

جامعة ديالى
كلية التربية الاساسية
قسم الارشاد التربوي

محاضرات
في

مشكلات الاطفال

المرحلة الثالثة

٢٠١٥

عدد الساعات: ٤

مفردات مادة (مشكلات الاطفال والمراهقين)

المرحلة : الثالثة

الفصل الدراسي الاول

مقدمة عن مشكلة الطفولة والمراهقة / اهمية دراستها في المرحلة الابتدائية

شخصية الطفل بين البيت والمدرسة

الفصل الأول

مدخل الى الاضطراب النفسي

الفصل الثاني

العوامل المسببة للاضطرابات والمشكلات النفسية وعلاجها

الفصل الثالث

الاضطرابات السلوكية في الطفولة والمراهقة

الفصل الرابع

المشكلات والاضطرابات الانفعالية في الطفولة والمراهقة

الفصل الخامس

مواجهة بعض المشاكل في الطفولة والمراهقة

الخصائص العامة للنمو

النمو الجسدي

النمو العقلي

النمو الاجتماعي



تعليم السلوك

الدكتور قحطان أحمد الظاهر

الطبعة الثانية

2004



مشكلات الأطفال

يلحظ الوالدين تغيرا ما في سلوك طفلهما ويظهر ذلك في عدم تكيف الطفل في بيئته الداخلية (الاسرة) او البيئة الخارجية (المجتمع) وتتعدد مشكلات الاطفال وتتنوع تبعا لعدة عوامل قد تكون اما: جسدية او نفسية او اسرية او مدرسية، وكل مشكلة لها مجموعة من الاسباب التي تفاعلت وتداخلت مع بعضها وادت بالتالي الى ظهورها لدى الطفل، ومن الصعب الفصل بين هذه الاسباب وتحديد أي منها كمسبب للمشكلة.

متى نعتبر سلوك الطفل مشكلة بحد ذاته يحتاج لعلاج؟؟

قد يلجأ الوالدين لطلب استشاره نفسية عاجلة لسلوك طفله ويعتقد ان سلوك طفلة غير طبيعي اما لجهله بطبيعة نمو الطفل او لشدة الحرص على سلامة الطفل وخوفا عليه من الامراض والاضطرابات النفسية خاصة اذا كان المولود الأول. وقد يكون الطفل سلوكه عاديا وطبيعيا تبعا للمرحلة التي يمر بها لذا من المهم جدا عزيزي المربي ان تعرف متى يكون سلوك ابنك طبيعيا او مرضيا.

بعد سلوك الطفل مشكلة تستدعي علاجاً عندما تلاحظ التالي

- استمرارية المشكلة: لا يبد ان يتكرر هذا السلوك الذي تعتقد انه غير طبيعي اكثر من مرة فظهور سلوك شاذ مرة او مرتين او ثلاث لا يدل على وجود

مشكلة عند الطفل لماذا؟؟

من سلوكا عارضا يخبثني تلقائيا او بجهد من الطفل او والديه

ذلك على وضع الخطة. فعندما نقول أن الهدف هو (أن يتصرف الفرد تصرفاً صحيحاً) فهذا يتطلب تحليله إلى مكوناته الجزئية مثل الجلوس بمقعده بهدوء خلال فترة الدرس، الانتباه إلى المعلم خلال فترة معينة، عدم مقاطعة المعلم، وعدم الاعتداء على أقرانه، وما إلى ذلك. وقد يتطلب الأمر أن يكون العلاج تدريجياً فمثلاً إذا كان الهدف هو أن يبقى التلميذ هادئاً في مقعده خلال فترة الدرس، فيمكن أن نبدأ بخمسة دقائق فبعشر دقائق ثم خمس عشرة دقيقة وبعدها عشرون دقيقة وهكذا إلى أن نصل إلى السلوك المستهدف. قد يضع المدرس الأهداف السلوكية لوحده، أو بمشاركة مدرسين آخرين، أو قد يشترك مع المشرف التربوي (إذا توفر في المدرسة) أو مع الطفل أو ولي أمره في ذلك. يقول أوبتن (Upton, 1983) في هذا الصدد إنه يمكن للمدرس أن يشترك مع الأطفال الكبار أو التبالخين في وضع الأهداف السلوكية. وهذا التخطيط قد يعطي دفعا قويا لنجاح البرنامج.

2- ترتيب المشكلات حسب الأهمية:

إن ترتيب المشكلات حسب أهميتها وألويتها ضروري لتحقيق النتائج السليمة التي تجنبنا مضايعة الوقت، والسير في الطريق الصحيح. فالمشكلة التي تؤثر في سير الدرس أولى بالبدء فيها من الأخرى التي يكون تأثيرها مقتصرًا في الفرد ذاته. فمثلاً الصراخ أو الأصوات العالية أو مقاطعة التلميذ للمعلم باستمرار خلال سير الدرس أولى بالمعالجة من مشكلة الانزواء وعدم التفاعل مع الآخرين، لأن تأثير الأولى أكثر في سير الدرس من الثانية والمشكلة المشتركة أولى بالمعالجة من المشكلة الفردية لأن ذلك ينعكس على ناتج العملية التعليمية، أفضل مما لو كان العلاج فردياً، فضلاً عن مردوده الاقتصادي، كما أن برامج تعديل السلوك تتميز كذلك بوجود إمكانية العلاج الجماعي من خلال برنامج معين.

الحماشرة (علم النفس) - 1978

المشاكل السلوكية

قبل البدء بتعريف المشكلة السلوكية، لابد من القول أن السلوك السوي وغير السوي متعلم، وللمجتمع دور كبير في تحديد ذلك إذ أن المجتمعات تضع أفرادها في مكانات أو مواقع مختلفة، تتطلب كل مكانة دوراً متميزاً. وهذا الترابط بين المكانة والدور يخضع للنسبية الاجتماعية. كما يخضع كل دور في كل مجتمع لمواصفات سلوكية يتوقعها الناس من الأشخاص الذين يمتلكون المكانة، وإذا تصرف الفرد بطريقة تخرج عن مواصفات هذا الدور نقول بأنه خرج عن الصيغة السلوكية المقبولة في مجتمعه.

تعريف المشكلة السلوكية:

إن المشاكل السلوكية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة، وإنما هي أنواع متعددة ودرجات متباينة، ومن هنا يأتي صعوبة إيجاد تعريف يتفق عليه المهتمون، حيث إن كل مختص يعرفه برؤيته الخاصة.

فيرى هارينج وفيليبس (Haring and Philips, 1962) إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية يعانون من مشاكل صغيرة أو كبيرة مع الناس الآخرين والزملاء والآباء والمعلمين. وهم يتصفون بأنهم غير سعداء وغير قادرين على العمل مع أنفسهم بصورة تضاعل قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام يمكن القول بأن المضطرب انفعالياً لديه معايير فشل كبيرة في الحياة بدلاً من معايير النجاح (Shea, 1978). يظهر من التعريف أن الباحثين ربطا الاضطراب الانفعالي بالاحباط والفشل ولكن هل الاحباط والفشل سبب الاضطراب الانفعالي، أو هناك أسباب أخرى سبب الاضطراب الانفعالي، وهو بدوره أدى إلى الاحباط والفشل.

(هـ) ميل لظهور اعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية.

يظهر من خلال هذا التعريف أنه أكثر شمولية من التعريفين السابقين، حيث ضم تحت جناحيه ما ذهب اليه هارينج وفيليبس (1962) وودي (1969) اضافة إلى ما ذكر أنه هناك ميلاً لظهور أعراض جسمية، منها ما يتعلق بالنطق والكلام، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية.

ويشير هويت وفورنس (Hewett and Forness 1974) إلى أن الطفل المضطرب سلوكياً هو طفل غير منته في الفصل ومنسحب وغير منسجم وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدرس أو المدرسة (السرطان والسالم، 1987).

يظهر من هذا التعريف أنه ضيق ومحدود وخاصة من حيث التأثير، في الوقت الذي يكون تأثيره كبيراً في الطفل نفسه، فهو محدود التأثير بالنسبة للأقران والمعلم إذا ما قورن بالحدوثية مثلاً، وهذا لا يعني أن تترك الحال كما هو عليه وإنما يكون من واجبا كتربويين أن نتدخل لمعالجته وألا نتسع وتتعلم.

ويركز كوفمان وهولهان (Kauffman and Hollahan) في تعريفهما على الجانب الاجتماعي، فيعتقد أن الأطفال المضطربين سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً أو مرفوضة شخصياً بشكل واضح ومتكرر، ولكن يمكن تعليمهم سلوكاً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومرضياً.

ويعرف عبد الغفار والشيخ (1985، ص 209) الطفل المضطرب هو الطفل الذي لا يستطيع أن ينشئ علاقات اجتماعية سليمة وفعالة مع غيره، ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه وغير مثمر. ولا بد من القول أن الاضطراب السلوكي ليس حكراً على فئة دون غيرها، إذ يتبادر إلى الذهن لأول وهلة إنه مقتصر على

(د) البعد الرابع (الجنوح الصبياني): ويشمل السرقة، التهرب من أداء الواجبات، الهروب من المدرسة، (نفس المصدر السابق، 1987)

ولابد من الذكر أنه يصعب أحياناً التعرف على المضطرب سلوكياً، ولكن يسهل التعرف على أولئك الذين يجلب (يلفت) سلوكهم انتباه الآخرين. والتعرف على التلاميذ الذين يعانون من مشاكل تساعد على تقديم ما يساعدهم في اطفاء المشاكل سواء عن طريق برامج تربوية أو خدمات طبية، كما تساعد المعلمين على إدراك الصعوبات التعليمية. وتساعد أيضاً على تقديم التعليم الملائم.

معايير الحكم على السلوك من حيث كونه سوياً أو غير سوي:

بادئ ذي بدء لابد من القول، إنه ليس سهلاً وصف السلوك إنه سوي أو غير سوي لأنها مسألة نسبية تخضع للزمان والمكان، فقد يكون سلوكاً ما غير سوي في الوقت الحاضر لكنه سوي عبر السنين السابقة، وقد يكون سلوكاً ما غير سوي في مجتمع ما، ولا يكون كذلك في مجتمع آخر فعلى سبيل المثال خجل البنات في المجتمع الغربي لكنه سلوكاً غير سوي بينما يعتبر سلوكاً سوياً اجتماعياً في المجتمع الشرقي.

أما السلوك السوي فهو السلوك المعبر عن تكيف مناسب، ويكون فيه تفاعل بين الفرد ومحيطه وبين نفسه تفاعلاً مثمراً.

وهناك عدة معايير مستخدمة بهذا الشأن فيها مواطن ضعف ولا يمكن الاعتماد على أحدها كلياً لتحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي ومن هذه المعايير: (جونستون وبنيباك 1980, Johnston and Pennypack) (الرفاعي؛ 1987).

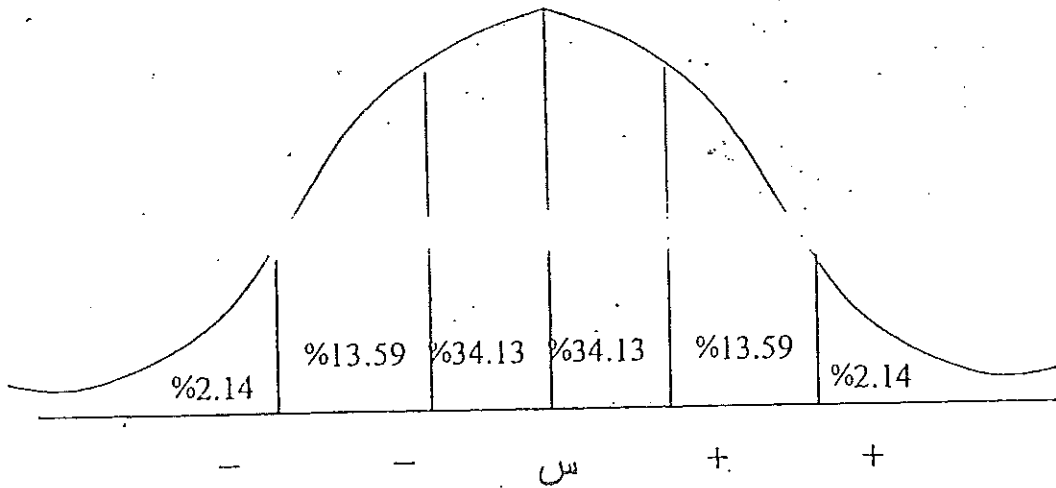
او اضطراب في هذه الوظيفة وصف السلوك بأنه سلوك غير سوي. أما إذا استطاع ان يؤدي السلوك الوظيفة المنشودة والغرض المطلوب دون خلل واضطراب قيل ان هذا السلوك سوي.

(د) المعيار الاحصائي:

ويعتمد هذا المعيار على فكرة التوزيع الطبيعي للسلوك الانساني السوي وغير السوي كما يوزع الذكاء وفق التوزيع الطبيعي، والسلوك الذي ينحرف عن المتوسط الحسابي (لما يفعله اغلبية الناس) يعد سلوكاً غير سوي.

شكل (2)

يمثل التوزيع الطبيعي السلوك



حيث نلاحظ من خلال هذا الشكل ان 68% من الافراد يقعون في الوسط. والسلوك السوي حسب هذا المعيار هو الذي يقع في الوسط. اما السلوك الذي يكون حدوثه نادراً، فينظر اليه على انه سلوك غير سوي. والانتقاد الذي يوجه الى هذا المعيار هو انه بغض النظر عن طبيعة السلوك فهو يعد سلوكاً سوياً أو طبيعياً اذا كان شائعاً احصائياً، ويعد سلوكاً غير طبيعي وغير سوي اذا كان حدوثه نادراً

2- قصور التحكم الذاتي: ليس للأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن البعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً في سلوكه "فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عادة بأنه سلوك غير سوي".

3- قصور السلوك الاجتماعي: لكل مجتمع مجموعة من التقاليد الاجتماعية التي تنظم السلوك، وحينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك "غير سوي".

4- الضيق الشديد: إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والخوف كلها انفعالات سوية وحتمية، ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة تؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها "غير سوية".

يلاحظ من خلال النقاط السابقة، إن التفريق بين السلوك السوي غير السوي يعتمد بشكل أساسي على درجة الاضطراب فقط، وقد لا يكون مقبولاً تماماً، بل يفترض أن ينظر إلى الملامح النوعية إضافة إلى الملامح الكمية في تحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي.

الفصل الخامس

العوامل المرتبطة بمشاكل السلوك

١ - العائلة ..

(أ) أساليب المعاملة الوالديه.

(ب) حجم العائلة.

(ج) ترتيب الطفل الميلاي.

(د) حوادث الفراق.

(هـ) الخلاف التربوي.

(و) المرض الابوي.

المخاضة رقم ١١ (١١) - ١١

العوامل المرتبطة بمشاكل السلوك

يحتاج الإنسان للتكيف، لأنه يعيش في مجتمع معقد ومتغير، لذلك وجب اعداده بشكل يؤهله لمواجهة الظروف لكي يصبح منسجماً مع نفسه ومع قيم مجتمعه، والتكيف عملية ديناميكية مستمرة يهدف من ورائها الى تغيير سلوك الفرد ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة. حيث يتطلب التكيف تنوعاً في السلوك يتناسب مع الظروف المختلفة التي يفرضها الواقع.

أما الحديث عن مشاكل السلوك أو سوء التكيف (Maladjustment) فهي كثيرة ومتنوعة، ولا تكون على درجة واحدة، وإنما تتأثر بمتغيرات عديدة كالمكان والزمان والعمر والجنس، فالمشاكل التي قد تكون في مجتمع ما، قد لا تكون بنفس النوع والكم في مجتمع آخر. كذلك الحال بالنسبة للزمن، والمشاكل التي تكون في المرحلة الابتدائية قد تختلف من حيث النوع والكم عن المشاكل التي تكون في المرحلة الثانوية والجامعية ومسائل الأطفال المحاقين قد لا تكون نفس مشاكل الأطفال الأسوياء من حيث النوع والكم، كذلك في التعبير عنها.

فالمشكلة في مجتمع ما، قد لا تكون كذلك في مجتمع آخر، فخل البنيت كما ذكر سابقاً سمة ايجابية في المجتمع الشرقي، لكنها تعد مشكلة في المجتمع الغربي. وقد تفرض بعض البيئات في افريقيا، أن يكون الطفل عدوانياً، وهو سلوك طبيعي في تلك البيئات، أي ما يقبله المجموع يعتبر سلوكاً مقبولاً وما لا يقبله المجموع يعد سلوكاً غير سوي.

ولا ادل على ذلك ما قام به كل من ديفي وبيكر وكولدستين (Davie & Becker and Goldstein) في وول (Wall, 1981) حيث ادرجوا نتائج عشرة

28.6		28.6		13-6	95237	1944	المعلمون	هوبر وآخرون (فرنسا)
30.0	8.0		22.0	14	810	1950	المعلمون	أولمان (الولايات المتحدة)
	6.8			12-9		1964	دراسة مفصلة	روتر وآخرون (المملكة المتحدة)
36.0	14.0		22.0	7	1600	1965	المعلمون (بلبل ميرمج)	ديفي وآخرون (المملكة المتحدة)

أما العوامل التي ترتبط بمشاكل السلوك فهي:

(1) الأسرة (Family)

إن للأسرة تأثيراً كبيراً في تنشئة الطفل وخاصة في سنواته الأولى، لأنها ترسم الملامح الأولى للشخصية فليس سهلاً إن يتكيف الفرد تماماً في هذا العالم المعقد المتغير لكي يكون متكيفاً مع نفسه، ومع بيته، وخاصة بعد الانفتاح الكبير بين العالم نتيجة للتطور التكنولوجي وامتزاج الثقافات.

وعلى أية حال، فإن المتغيرات المتعلقة بالأسرة كثيرة، يمكن تجزئتها إلى:

(أ) أساليب المعاملة الوالدية: أن لأساليب المعاملة الوالدية أثراً كبيراً في سلوك ابنائهم، إذ هي تشكل المناخ الأسري الذي يعد العنصر الأساسي في تكوين شخصية الطفل. فمثلاً يشير ليفي (Levy 1943) إن الأطفال الذين يعاملون من قبل أمهاتهم معاملة تتسم بالتدليل والحماية الزائدة. فإن سلوكهم يتسم بالعصيان

3- اتجاه الإهمال: إن بعض الآباء قد يهملون أبناءهم بشكل صريح أو غير صريح من خلال عدم إكترائهم بنظافتهم وريغباتهم وحاجاتهم الضرورية الفسيولوجية والنفسية. كما إنهم يعزفون عن التعزيز للسلوكيات المرغوبة التي يقوم بها أبناءهم. إن ذلك قد يخلق عند الأبناء شعوراً بالذنب والقلق وعدم الانتماء للأسرة، مما يفتح الأفق أمام الطفل إلى الانحراف من خلال الرفض الداخلي لهذه المعاملة والتي قد تأخذ شكلاً من أشكال العدوان. وقد يكون إهمال الأم أشد وطأة على الطفل وخاصة في سنواته الأولى إذ يعرقل نمو الطفل من الناحية الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية.

4- اتجاه التقبل والتدليل: ويتميز هذا الاتجاه بالتراخي والتهاون في معاملة الطفل إذ لا يتحمل مسؤوليات وابعاء تتناسب مع مستواه العمري. فكل حاجاته مجابة أيا كانت هذه الحاجات سواءاً وفق السياق المقبول أو غير المقبول.

إن لهذا الأسلوب آثاره السلبية في نمو شخصية الطفل، فيصبح معتمداً على غيره، كما يؤدي هذا الإساءة إلى أن يكون ذاتياً لا يؤثر غيره. وقد يسبب عدم النضج الانفعالي والاجتماعي.

5- اتجاه التذنب: إن عدم الاستقرار في معاملة الأبناء وفق منهجية ثابتة، قد يخلق القلق والخوف عند الأطفال إذ يستخدم أسلوب العقاب والثواب بشكل عشوائي بعيداً عن العلمية والموضوعية فقد لا يعرف الآباء تماماً متى يكافأ الطفل حقيقة، ومتى يعاقب مما يجعل الطفل في حيرة وقلق من أمره، مما يتسبب ذلك في خلق شخصية غير مستقرة.

6- اتجاه التفرقة: إن المعاملة التي تتسم بعدم المساواة بين الأبناء نتيجة لأسباب مختلفة كالجنس أو العمر الزمني أو الترتيب الميلادي أو الصحة أو الشكل الخاقي لها تأثيرها في بناء الشخصية سواءاً كان ذلك من الأب أو الأم أو

فرض النظم الجامدة	(1) المغالاة في اتهام الذات (2) المغالاة في الحاجة الى تقبل الآخرين به (3) السلبية (4) السلوك العدواني
التضارب في النظم المتبعة	(1) عدم تماسك قيم الطفل أو تضاربها (2) الميل نحو عدم الثبات (3) التردد في اتخاذ القرارات في المواقف المختلفة
الخلافات بين الوالدين	(1) القلق (2) التوتر (3) عدم الشعور بالأمن (4) الميل نحو النظر إلى العالم كمكان خطر وغير آمن.
الطلاق	(1) عدم الشعور بالأمن (2) العزلة (3) عدم وجود من يتمثل الطفل بقيمتهم وأساليبهم السلوكية
الغيرة من الأخوة	(1) العداوة (2) عدم بالأمن (3) عدم وجود من يتمثل الطفل بقيمتهم وأساليبهم السلوكية
الوالدان العصائبيان	(1) ميل الطفل إلى الخوف (2) عدم الشعور بالأمن (3) استخدام الحيل العصابية التي يستخدمها الوالدان
المثالية وارتفاع مستوى الطموح	(1) تمثل الطفل للمستويات العالمية المطلوبة (2) الاحباط (3) الشعور بالاثم (4) امتحان الذات نتيجة لما تتوقعه من فشل الطفل في بعض من هذه المستويات.

(ب) حجم الأسرة: يؤثر حجم الأسرة (عدد أفرادها) في أساليب الرعاية الوالدية المقدمة للأبناء، حيث أن كثرة الأبناء يجعل الآباء يميلون إلى أسلوب السيطرة في تحقيق المطالب، وإن قلة الأبناء يتيح للآباء الفرصة لاتباع أسلوب آخر يعتمد الاقتناع.

يقول جبريل (1987، ص 134) إن حجم الأسرة يؤثر في مدى تماسكها ومدى تباين أفرادها، كما يؤثر أيضاً في مقدار ونوع العلاقات وفرص التعامل بين أعضائها بعضهم نحو البعض الآخر.

للطفل الأصغر الذي يعد أقل تمثيلاً لها. وفي هذا السياق، توصلت دراسة شيفارد واوبنهم وميشيل (Shephard & Oppenheim and Mitchell 1971, p.189) إلى أن الانحراف السلوكي يكون فقط عند الطفل الأصغر أو الأكبر ويؤيد ذلك كروك والسون (Croake and Olsen, 1977) حيث توصلوا إلى أن الطفل الميلاي الأول أكثر انحرافاً.

إن المولود الأول غالباً ما يرزى إثبات تفوقه سواء في البيت أو في المدرسة أو في الشارع، وقد يلجأ في بعض الأحيان إلى السلوك السلبي لتحقيق ذلك. أما الطفل الوسيط فهو لا يستطيع منافسة أخوته الكبار، ولا ينال الرعاية والاهتمام التي يحصل عليها الأخوة الصغار. يقول الطويبي (1992، ص 128) ينسب الوليد الصغير واحداً من نمطين من السلوك فهو قد يتصرف مثل الطفل المدلل الذي يهرع والداه وأخوته إلى اشباع كل حاجاته. وفي هذه الحالة فإن الطفل يسمى شعوراً بالادونية والعجز، ويواجه صعوبة كبيرة في الاعتماد على نفسه، وقد يعجز عن ذلك كلية، أو أنه قد يختار النمط الثاني المحتمل من السلوك وهو السويش عن حجمه الصغير، وذلك يعطيه بالأعمال التي يعجز عنها في العادة من هم أكثر منه سناً، وبالتالي يصبح هذا الطفل معتمداً على نفسه بدرجة كبيرة، ويرفض كل محاولة لتدليله أو معاملته كطفل صغير جداً، ويمكن القول عند المقارنة بين الترتيب الميلاي الأول والأخير، بأن الطفل الأول والأكبر في ذات الوقت يميل إلى أن يكون المتنفذ والموجه والقائد لأخوته، فهو محط أنظار والديه والممثل الأول لتحقيق آمالهما، لذلك فهو يميل إلى أن يتمثل سلوك الكبار مما قد لا يحقق طفولته كما ينبغي، كما أنه من جهة أخرى محطة تجارب لأساليب التربية والرعاية التي تتخللها العشوائية والتجريب. مما يكون كتغذية راجعة لبقية الترتيب من خلال تجاوز الأخطاء التي وقعوا فيها. بينما يكون الطفل الأخير مدلاً من الجميع، مستجابة طلباته، معتمداً على غيره في كل صغيرة وكبيرة، الأمر الذي يجعله تابعاً

هولمان (Holman, 1953, pp. 654-688) قامت بدراسة على (100) طفل تميزوا بمشاكل سلوكية أو سوء تكيف. وجدت أن (57) طفلاً من عوائل منحلة بالطلاق، أما بقية (43) فقد توصلت الباحثة إلى أن أسر (13) منهم جيدة، أما (30) الآخرين فتميزت بسزاع وخصام مستمر بين الأب والأم. لذلك يمكن القول أن للعلاقة بين الوالدين تأثيراً كبيراً في النمو الانفعالي والاجتماعي للطفل. فالعلاقة الايجابية بين الوالدين المبنية على الحب والتفاهم والانسجام تنشر ظلالها على الابناء بحيث يتحقق تفاعل ايجابي بين الآباء والابناء وكذلك بين الابناء أنفسهم. أما إذا كانت العلاقة بين الزوجين علاقة خصام وشجار وتباغض، كذلك ينشر ظلاله على الابناء مما يجعلهم يشعرون بعدم الاستقرار والقلق والخوف على أنفسهم وعلى أسرتهن. وقد ينعكس ذلك خلال تفاعلهم مع البيئة المدرسية سواء كان ذلك مع الاقران أو المعلمين. كما يؤثر في تحصيلهم الدراسي. يقول الطويبي (1992، ص 124) في هذا الصدد انه عندما يفشل الوالدان في اشباع حاجاتهم النفسية كل منهما نحو الآخر، فإنهما يجدان الراحة في تفريغ انفعالاتهما على الأطفال، وهذا يزيد من مخاوف الأطفال من أنفسهم الذين يظنهم في أمورهم حسنة ونفسية

(و) المرض الأبوي: إن الظروف غير الصحية للآباء تنعكس بشكل سلبي على تنشئة الأطفال. فالآباء الذين يعانون من أمراض وخاصة العقلية تؤثر بشكل أو بآخر في تكيف الطفل:

روثر (Rutter, 1966) قارن (259) طفل شخصوا على أنهم تميزوا باضطرابات سلوكية أو نفسية مع عينة أخرى بلغت (145) كوفئت المجموعتان في متغيري العمر والمكانة الاجتماعية. توصلت الدراسة الى وجود معدل عال من المرض العقلي لآباء المجموعة الأولى مقارنة بالمجموعة الثانية.

أما بالنسبة للسلوك غير المتكيف، فقد بلغت 22.05% بالنسبة للطبقة الاجتماعية الخامسة، بينما بلغت 6.06% بالنسبة للطبقة الاجتماعية الأولى.

وفي هذا الاتجاه يقول روتر وكوينتون (Rutter and Quinton 1976, p. 179) إن هناك علاقة وثيقة بين الطبقة الاجتماعية ومشاكل السلوك ويعطي مثلاً فيقول أن 45% من الأطفال الذين يتميزون باضطرابات نفسية يأتون من أسر يكون الأب فيها عاملاً غير ماهر أو شبه ماهر.

إن عدم الكفاية المادية والثقافية لها الأثر الكبير في عدم توفر الفرص والظروف الطبيعية للتطور والنمو كما تتطلبها التربية الحديثة. حيث أن الأسرة الفقيرة لا تستطيع تأمين الحاجات الأساسية من أجل نمو أطفالهم نمواً سليماً، فهي مثلاً لا تستطيع توفير الألعاب الضرورية للطفل والتي تعتبر بشهادة جميع المربين أفضل وسيلة للتعليم. فاحتمالية وجود مسببات لفشل الطفل الفقير الحال عالية، والجميع يدرك ما للفشل والاحباط من تأثير سلبي في نفسية الطفل والتي قد تدفعه نحو كثير من الميول السلوكية غير السوية. كما ظهرت بحارته بأشهر الأبرياء الوسطى نحو إلى أنه رغم الفروق الحقيقية بين الطبقة الوسطى والطبقة الدنيا، إذ أن الأولى أكثر دفئاً وتسامحاً وسيطرة على انفعالاتها، بينما لا تكون الطبقة الدنيا كذلك، فإن هذه الفروق ليست ثابتة تماماً، وإنما قد تتغير من وقت لآخر ومن مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى.

(4) الجنس

إن متغير الجنس ذكراً كان أم أنثى يحدد نوعية الأساليب التي يستخدمها الوالدان في رعاية الأبناء. وقد يرجع اختلاف أساليب المعاملة الوالدية التي يحضى بها كل طفل من الجنسين إلى طبيعة المجتمع أو اختلاف الطفل نفسه أو اتجاه الوالدين نحو جنس الطفل.

(5) الازجاز الأكاديمي / التحصيل الدراسي المحاضرة رقم (5)

إن العلاقة وثيقة بين مشاكل السلوك والتحصيل الدراسي، حيث إن كلا منهما يؤثر في الآخر. فعندما يكون التلميذ مشكلاً سلوكياً فإنه غالباً ما يكون منشغلاً عن التدرس، كما أنه يلاقي في كثير من الأحيان موقفاً سلبياً من المعلم، مما يؤثر بشكل كبير في تحصيله الدراسي. وقد تكون المشاكل السلوكية نتيجة لعدم التحصيل لأسباب تتعلق بالتلميذ نفسه أو المعلم أو الظروف البيئية، مما تجعل التلميذ يشعر بعدم الارتياح، وقد يعبر عن ذلك بسلوك غير مرغوب.

سامسون (Sampson 1966 pp. 184-190) استعرض (44) دراسة أجريت خلال خمسين سنة أكدت جميعها العلاقة بين الفشل في القراءة والمشاكل السلوكية.

واختار دكلاص وروس (Douglas and Ross 1968, pp. 2-4) عينة متكونة من ثلاث فئات:

1- الفئة الأولى المتميزة تكيفاً حسناً نسبتها 27%

2- الفئة الثانية الأقل تكيفاً من الفئة الأولى ونسبتها 45%

3- الفئة الثالثة والتي تنتم بمشاكل سلوكية نسبتها 28%

توصلت الدراسة إلى أن الفئة الثالثة كانت أقل الفئات تحصيلاً في كل من القراءة والحساب.

أي أن التلاميذ الذين يتميزوا بمشاكل سلوكية كان تحصيلهم الدراسي واطناً قياساً بأقرانهم العاديين.

وتوصل روتر وآخرون (Rutter et al. 1970. P. 85) إلى أن التلاميذ من الجنسين الذين يتميزون بسلوكيات مرفوضة واضطرابات نفسية كانوا متخلفين في

(6) الصفات الجسمية

امتداد لما ذكر سابقاً في عامل الجنس في أن الذكور أكثر من البنات في المشاكل السلوكية، وقد يعود اضافة إلى ما ذكر إلى الاختلافات الجسمية حيث أن خشونة الذكر تجعله أميل من الأنثى لأحداث المشكلة السلوكية. كما إن الاختلاف بالصفات الجنسية خلال الجنس الواحد يرتبط بالمشاكل السلوكية، فمثلاً توصل ديفيدسون وآخرون (Davidson et al, 1957, pp: 48-61) إلى إيجاد علاقة بين الأطفال السمان وسلوكهم الإيجابي السهل، بينما الأطفال النحاف يميلون إلى أن يكونوا منسحبين قلقين.

وقام ميلر وآخرون (Miller et al, 1974, pp 156-157) مسحاً لألف أسرة في نيوكاسل البريطانية، وظهر أن هناك علاقة بين التطور الجسدي والمشاكل السلوكية كما ظهر فرق في الطول مقارنة بين الأطفال العاديين والأطفال الذين تميزوا بمشاكل سلوكية، وأظهر المسح كذلك فرقاً في الوزن بين الأطفال العاديين والأطفال المشكلين سلوكياً (185/1) يادوراما بالنسبة للأطفال العاديين على أقل طولاً في كل الأعمال لحد عمر (15) سنة بمقدار 1.5 أنج.

وقام ديفيس (Davies 1975) بدراسة طبق عشرة اختبارات لقياس القوة، والقدرة، وخفة الحركة، والتوازن، والتنظيم لعينة من التلاميذ المشكلين سلوكياً وعددهم (29) وآخرين عاديين بنفس أعمارهم من مدرسة اعدادية. تراوحت أعمارهم بين (13-15) سنة. أظهرت النتائج أن التلاميذ المشكلين سلوكياً كانوا أضعف من العاديين في المهارات الجسمية عدا واحدة.

وقد ذكر عبد الخالق (1992، ص 56) في هذا الصدد أن الطبيب النفسي كرتشمير (Kretschmer) درس علاقة البنية بالأمراض العقلية، فتوصل إلى أن

المترزايد باختلافه عن غيره من الاقران (كالاشقاء والاقارب والرفاق) سواءاً من حيث اهتماماته وافكاره أو من حيث أداؤه السلوكي، وما قد يترتب على ذلك من مشاعر القلق والتوتر والنزوع إلى العزلة والانسحاب.

وفي هذا السياق فقد ذكر عبد الخالق (1992، ص 56) إن هناك فريقين، فريق يرى أن الذكاء منفصل عن الشخصية، حيث يوجد نوعان من التنظيمات السلوكية المستقلة في السلوك البشري أولهما التنظيم المعرفي أو عملية تداول المعلومات التي تربط بالعمليات العقلية وثانيهما التنظيم الوجداني أو الشخصية والجوانب الانفعالية المتعلقة بالمواقف الاجتماعية والتكيف. وفريق آخر يرى أن التنظيمين متداخلان وهو ما يؤيده الكاتب. إذ أن هناك علاقة بين القلق والإدراك العقلي.

يقول ايزنك (Eysenck, 1960, p. 12) في هذا الصدد أن الذكاء اللفظي لدى المنطوي أعلى منه عند المنبسط والعكس مع الذكاء العملي، وإن الدقة مرتفعة لدى المنطوي بينما السرعة عند المنبسط أعلى إذ يخفل بالسرعة على حساب الدقة، ومعلوم أن السرعة والدقة وجهان أو مظهران هما للعلية العقلية. ويؤكد الكاتب فيما ذهب إليه ايزنك في المقطع الأول في أن الذكاء اللفظي عند المنطوي أعلى منه عند المنبسط، إذ قد يكون العكس هو الصحيح.

5- التعزيز الفوري للمتعلم حيث يعزف على الفور، ما إذا كانت استجابته صحيحة أم خاطئة قبل الانتقال إلى خطوة أخرى.

6- يعمل المدرس أو المعلم كمنصيح أو مرشد عندما يطلب منه ذلك.

2- التسلسل (Chaining)

يختلف التسلسل عن التشكيل في كونه يعزز بالمرحلة الأخيرة من السلوك المستهدف، وليس بالخطوات كما هو الحال في التشكيل وبعبارة أخرى مجموعة استجابات تربط ببعضها من خلال مثيرات محددة لتشكيل السلوك النهائي. ويجري التركيز في هذا الأسلوب على الهدف النهائي، وليس على الأجزاء. كما أنه يتعامل مع سلوكيات موجودة، وبذلك يختلف عن أسلوب التشكيل. فتعد تعليم المعاقين عقلياً مهارات العناية الذاتية (Self-help skills) على سبيل المثال ارتداء الملابس تتكون من عدة استجابات تربط كالسلسلة حيث يبدأ بلبس القميص فالبنطلون، فالجوارب ثم الحذاء، ويكافأ الفرد بعد الانتهاء من عملية الارتداء. ويمكن تلخيص أسلوب التسلسل بتقييم سلوك المستهدف إلى سلسلة من السلوكيات الصغيرة المتتالية ثم تربط هذه السلوكيات بعضها ببعض إلى أن نصل إلى السلوك المستهدف، ويجري تعزيزه ويفترض وضع السلسلة الأخيرة تحت سيطرة تنبيه قوى. وفي حالة الخطأ في تقديم الاستجابات المتسلسلة يجب الرجوع إلى نقطة البداية، ويفضل استخدام أسلوب آخر مع التسلسل وهو الحث والتلاشي لتحقيق الاستجابات المتسلسلة (Karoly, 1980)

الخص

3- الحث والتلاشي (الإخفاء) (Prompting and Fading)

يتلخص الحث باستخدام التنبيهات التحفيزية بتوجيه انتباه الفرد ومساعدته لانجاز الاستجابة المطلوبة. تشمل التنبيهات التحفيزية الإيماءات، الاشارات، اللفاظ، التلميحات، التعليمات، التوجيه الجسدي، وكل ما يساعد على الاستجابة

لل فرد ميل فطري لتقليد سلوكيات الآخرين حتى وإن لم يستلم أي مكافأة (ثواب) فونتانا (Fontana, 1977).

وما انتشر الموضوعات وأساليب الملابس والمسلك والحديث إلا دليل واضح على التعلم بالمحاكاة أو التقليد.

تؤدي المحاكاة إلى اكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل سلوكيات قديمة نتيجة لملاحظة سلوك الآخرين الذين يشكلون نماذج في نظر المقلدين. استخدم هذا الأسلوب في تعليم جوانب سلوكية وأكاديمية ومهارية، راي몬드 (Raymond, 1934).

مثال على ذلك عند معالجة طفل يخاف من الكلب، يمكن وضعه مع مجموعة من الأطفال لا يخشون الكلب بحيث يكون آخرهم. ويراهم أمامه يلعبون مع الكلب، وعندما يطمئن تماماً تقربه بشكل تدريجي خطوة بعد خطوة إلى أن يكون قريباً من الكلب وعند التأكد بان الطفل في وضع طبيعي بلا خوف يجري تقييده عند الأطفال واحد بعد آخر إلى أن يبقى الطفل لوحده مع الكلب لينتقل الأمر إلى الآخرين في لعبهم معه. ويمكن أن نعرضه لكلب آخر أكبر منه حجماً إلى أن يزال عنه الخوف تماماً.

يتأثر التقليد بعوامل عدة، كالعمر والنضج العقلي، حيث يكون الصغار أكثر تقليداً من الكبار.

كما يتأثر التقليد بجاذبية النموذج، وتوافق القيم والتماثل في بعض الخصائص الشخصية بين الفرد والنموذج. ويتأثر الأطفال بالنماذج الناجحة أكثر من النماذج الفاشلة، فمن غير المنطق أن يقلد طفل ذكي طفلاً متخلفاً.

الأسماء خارج الصف، وهي بدورها تتظاهر محاسبة التلاميذ ولكن بشكل صوري لكي تجعل التلميذ المستهدف ينظر إلى الأمر بجدية، وتشكره كلما قام بذلك.

استمر التدخل في بداية الأمر أسبوعاً بشكل مستمر بواقع درس واحد في اليوم، ثم أصبح في الأسبوع الثاني بين يوم وآخر لدرس واحد كذلك. أظهرت النتائج تغييراً كبيراً في سلوك التلميذ، حيث ابتعد عن السلوكيات غير المرغوبة. ولم يقتصر التحسن على التلميذ نفسه وإنما انعكس بشكل إيجابي على سير العملية التعليمية والإقران والمعلم.

تأخذ النمذجة أشكالاً متعددة كالنمذجة الحية، النمذجة المصورة أو النمذجة من خلال المشاركة (Ollendick and Cerney, 1981) :

(أ) النمذجة الحية: هي قيام النموذج بتأدية السلوك المستهدف أمام الشخص الذي يريد تعليمه ذلك السلوك.

(ب) النمذجة المصورة أو الرمزية: وهو أن يقوم الشخص المراد تعليمه بمراقبة سلوك النموذج من خلال الأفلام.

(ج) النمذجة من خلال المشاركة: وهو مراقبة النموذج وتأدية سلوكه المراد تعليمه بمساعدة المعززات المرغوبة، والتشجيع إلى أن يؤدي الاستجابة الصحيحة.

ولابد من الإشارة إلى أن أساليب النمذجة تكون مدخلاً على غاية من الأهمية كاستراتيجيات تعليمية فاعلة للمدرس.

ومن التجارب التي قارنت بين النمذجة الحية والنمذجة الرمزية التجربة التي قام بها بندورا وبلانجارد ورتز (Bandura, Blanchard, and Ritter, 1969) لتقيس الخوف من الثعابين لعينة من المراهقين والراشدين كانوا يخشون القيام

المراجع

- دافيدوف، ل، لسندا (1992) مدخل إلى علم النفس، ط3 القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- عبد الموجب، محمد عزت وآخرون (1982) أساسيات المنهج وتطبيقاته، القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
- Bandura, A., Blanchard, E. B. and Ritter, B. J. (1969) The relative efficacy of desensitization and modeling therapeutic approaches for inducing behavioural, effective and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, PP. 177-199.
- Fontana, D. (1977) *Personality and Education*. London: Open books.
- Harrop, A. (1983) *Behaviour Modofication In The Classroom*. London: Hadder And Stoughton.
- Karoly, P. Operant methods, In F. H. Kanfer And A. P. Goldstein, (Eds) (1980) *Helping People Change*, NewYork, Pergaman Press, pp. 247.
- Ollendick, T. H and Cerny, J. A. (1981) *Clinical Behaviour Therapy with Children*. NewYork: Plenum Perss.
- Raymond, J. (1984) *Teaching The Chlid with Special Needs*. London: Wordlock Educational Ltd.
- Sulzer- Azoroff, B. And Mayer, R. (1977) *Appling Behaviour Analysis Procedures with Children And Youth*. NewYork: Holt-Rinehart And Winston.
- Upton, G (1983) *Education of Children With Behaviour Problems*. Cardiff, Faculty of Education, University College Cardiff.
- Watson, 2-5. (1972) *Child Behaviour Modification. A Manual For Teachers, Nurses And Parents*. NewYork: Pergoman Press.

المحاضرة رقم (٧) زيادة السلوكيات المرغوبة

التعزيز الايجابي (Positive Reinforcement)

استخدم التعزيز الايجابي بشكل واسع في تعديل السلوك، وكان أكثر الأساليب قبولاً من التربويين وعلماء النفس والزملائ (الأفراد الذين يطبق عليهم هذا الأسلوب) (AL Dahir, 1987) يتلخص التعزيز الايجابي بتقديم معززات بشكل مشروط مع ظهور الاستجابة الصحيحة. يتطلب ذلك حسن اختيار المعزز بما يتلاءم مع الفرد المستهدف أو مجموعة الأفراد المستهدفين، أعمارهم، درجة ذكائهم، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، كما إنه يقدم بشكل فوري وبانتظام بعيداً عن العشوائية، كما يجري تقليل التعزيز بشكل تدريجي، أو الانتقال من التعزيز المادي إلى التعزيز الاجتماعي، أو الإبقاء على الاجتماعي في حالة تطبيق النوعين وذلك لتحقيق استمرار السلوك المستهدف.

ومن الاستدلال على ذلك دراسة آلين وآخرون (Allen, and others, 1964)

التي تعد من الدراسات الرائدة التي استخدمت التعزيز الموجب (الانتباه) وأثره في السلوك الاجتماعي لطفلة في الرابعة من عمرها، كانت في الحضانه، لا تتفاعل اجتماعياً مع الأطفال، ولكنها تقوم بسلوكيات أخرى لتحظى بانتباه المعلمات.

استغرق خط الأساس الأول خمسة أيام قبل بدء العلاج، وفي اليوم السادس بدأت خطة تنفيذ البرنامج، فطلبوا من المعلمات (الانتباه) إلى الطفلة عندما تقترب من الأطفال الآخرين، أو تحاول اللعب معهم، وتجاهلاً كاملاً عندما تلعب وحدها، أو تحاول الاقتراب من المعلمات. استمرت مرحلة العلاج ستة أيام، ازدادت اثناءها نسبة تفاعل الطفلة مع الأطفال الآخرين إلى درجة كبيرة قياساً بالمرحلة التي سبقت فترة العلاج.

درايمان وأوليري (Drabman and Oleary, 1971) دراسات متعددة عن فاعلية برامج التوفير الرمزي في:

- 1- تنقيص مشاكل السلوك.
- 2- زيادة في السلوك الدراسي.
- 3- زيادة في الانجاز الاكاديمي.
- 4- زيادة في سلوكيات أخرى كالحضور والمراقة.

ومن الأمثلة على ذلك دراسة أبرامس (Abrams 1979) التي هدفت معرفة نظام التوفير الرمزي (Token Economy System) الذي يستخدم كتعزيز وعقاب في تحسين أهداف سلوكية محددة والانجاز القرائي للبنات المضطربات انفعالياً.

قيس التحصيل القرائي بالقراءة المنهجية من خلال مجموعتين، مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة باختبار قبلي وبعدي. أما السلوكيات المستهدفة فهي الإساءة للهيئة التعليمية للأقران، التشويه الذاتي، تكرار التسكع في الممرات وقد قسمت لفرم سلوكيات غير المرغوبة من خلال الملاحظة النظامية.

استخدم هذا البرنامج مع (80) بنتاً والذي اتبع نظام النقاط للحصول على الرموز وكيفية الحفاظ عليها. وقد علق المعلم قائمة بالسلوكيات الاجتماعية المرغوبة على اللوحة الرسمية لكل صف.

توصل البحث إلى النتائج التالية:

- 1- أظهرت المجموعة التجريبية تفوقاً كبيراً في الانجاز القرائي بالقياس إلى المجموعة الضابطة من خلال الاختبار القبلي والبعدي.
- 2- بعد تطبيق هذا البرنامج أدى إلى:

استبدالها بمعززات داعمة كثيرة أو تكون قليلة جداً بحيث لا تمثل شيئاً بالنسبة للمعززات الداعمة.

7- ولأجل نجاح البرنامج، لابد أن تكون المعززات الداعمة كثيرة ومتنوعة لتلبي رغبات الأفراد، وخاصة عند تطبيق البرنامج مع مجموعات، ولكي نبعد كذلك حالة الإشباع.

8- يجب أن يكون الرمز ذا قيمة معروفة لدى المتعلم، كما يكون سهلاً للصرف، ولينقل إلى مكان الاستبدال، كما إنه مناسب لإعمار المتعلمين. وقد يكون استعمال العملات النقدية الحقيقية أكثر فاعلية عند تعليم التلاميذ الرياضيات أو المهارات الاقتصادية.

9- يمكن استخدام التعزيز الاجتماعي مع الرموز لتحقيق الاستجابة المطلوبة، وقد يكون التعزيز الاجتماعي في البيئة الطبيعية تغذية راجعة ايجابية أكثر من الرموز.

بمجرد أن يتغير التعزيز متواضعا، وخاصة عند اكتساب التلميذ للاستجابة الصحيحة ثم الانتقال التدريجي إلى التعزيز المتقطع لتحقيق استمرار السلوك المرغوب.

11- يتأثر نجاح البرنامج بعدد التلاميذ الذين يخضعون للبرنامج، عدد المعلمين الذين يطبقون البرنامج، عدد المشاكل المستهدفة، طبيعة المشاكل، مكان وزمان تطبيق البرنامج، القدرة الاقتصادية للمؤسسة التعليمية.

إذ قد يكون البرنامج مع فرد واحد أكثر احتمالاً للنجاح من مجموعة، فقد لا يستطيع جميع أفراد المجموعة تحقيق السلوك المطلوب، أو قد يشكل أحدهم ضغطاً نفسياً على بعضهم، وربما يفسد تلميذ أو تلميذان البرنامج. كما أن البرنامج يحتاج إلى التقييم المستمر.

استخدمت فيها معززات متنوعة تجنباً للاشباع، وقامت المعلمة بإعادة التعليمات كل يوم من أيام التعزيز الرمزي.

في الأيام الثلاثة الأولى، استبدلت المعززات الرمزية يومياً، وبعدها أصبحوا يستبدلونها مرة كل يومين، فمرة كل ثلاثة أيام - وهكذا أدى برنامج التعزيز الرمزي إلى تقليل السلوكات الشائكة لدى الأطفال الثمانية من (76%) أثناء مرحلة خط الأساس الى (10%) أثناء مرحلة التعزيز الرمزي.

التعزيز السلبي (Negative Reinforcement)

يتلخص التعزيز السلبي بإزالة المثيرات البغيضة من أجل زيادة السلوك المستهدف. المثال على ذلك عدم جلوس التلاميذ في أماكنهم بحالة غير مرغوبة أو مثير بغضب، صياح المعلم يعد معزراً سلبياً يؤدي إلى جلوس التلاميذ في أماكنهم، أي نقصان عدم الجلوس في أماكنهم وزيادة الجلوس، فهو بهذا الحال، الوجه الآخر للتعزيز الايجابي. ولتوضيح الفرق بين التعزيز الايجابي والتعزيز السلبي في كونهما، جهازان لعمالة واحدة.

التعزيز الايجابي (كاستخدام المدح، الابتسام) يؤدي إلى زيادة هدوء التلاميذ ونقصان التحدث الجهري. أما في حالة التعزيز السلبي (صياح المعلم مثلاً) يؤدي إلى نقصان التحدث الجهري، ومن ثم زيادة هدوء التلاميذ.

فلو رمزنا لهدوء التلاميذ = س

ورمزنا لتحدث التلاميذ الجهري = ص فيكون ..

التعزيز الايجابي ← زيادة س ← نقصان ص
التعزيز السلبي ← نقصان ص ← زيادة س

ويمكن القول إن هناك ارتباطاً بين العقاب وخاصة البدني والسلوك

العدواني. إذ قد يكون المعلم في بعض الأحيان سبباً في حدوث السلوك غير المرغوب فيه من حيث لا يدري، وفي نفس الوقت يحاسب التلميذ على ذلك، مما يجعل التلميذ يشعر بظلم مضاعف. ومن أمثلة ذلك عندما يكون وقوف المعلم على جانب واحد دون آخر، بحيث يكون قسم من التلاميذ محجوبين عنه. إن هذا الأمر سيفسح المجال أمام التلميذ لكي يقوموا بسلوكات غير مرغوب فيها، كأن يتحدث أحدهم مع زميله أو يتكلم مع صديق له من نافذة الصف، النظر من النافذة، الخروج من المقعد أو القيام بأعمال لا علاقة لها بالدرس، كأن يقرأ في كتاب خارجي أو مجلة أو يرسم أو يخط أو يكتب واجباً لدرس آخر إلى غيرها من الأعمال، وقد ينظر المعلم إليه صدمة فيعاقبه على ذلك، في الوقت الذي يفسح له المجال لفعل ذلك. لذلك فإن التلميذ قد يحمل الأثم الداخلي الذي لم يستطع التنفيس عنه خلال وجوده في الصف، فيعكسه في أغلب الأحيان بشكل سلوك عدواني على تلميذ آخر أصغر منه، أو العيبت بموجودات الصف، أو ممتلكات الآخرين. وقد يحمل الأثم

الذي على اليد في المدرسة. فتفسس عن طريق النساء الخوف وجرأ التمتع.

ومن الدراسات التي استخدمت التعزيز السلبي دراسة بنيت وكنيدي (Bennet and Kennedy, 1980) التي هدفت علاج طفل في الثامنة في عمره. شخص على أنه معاق عوقاً شديداً يتقيأ باستمرار بعد الطعام. تخصص الاجراء باستخدام التعزيز السلبي وهو التوبيخ اللفظي من خلال استخدام لفظة (كلا) بشكل شديد عندما يتقيأ والتعزيز المغاير للسلوك الآخر (Differential Reinforcement of Other Behaviour) تطلبت الدراسة عمل خط أساس لقياس المشكلة بشكل دقيق، وذلك من خلال ملاحظة الطفل ساعة بعد الفطور وساعة بعد الغداء لمدة (12) جلسة. وعند حساب المعدل الحسابي لعدد مرات التقيؤ ظهر (3-5) مرات. وتمثلت المرحلة الثانية (مرحلة التدخل) باستخدام التعزيز السلبي أولاً والمتمثل

في المرحلة الأخيرة (مرحلة التدخل الثانية) أعيد استخدام التوبيخ الخفيف الذي أدى إلى نقصان السلوك المزعج ثانية.

إن نقصان السلوك المزعج في مرحلة التدخل الأولى، وزيادته في مرحلة التوقف ثم نقصانه ثانية في مرحلة التدخل الثانية، يعطي الدليل القوي على أن التدخل هو السبب الحقيقي لنقصان السلوك المزعج، وليس لأسباب أخرى.

ضبط المثير (Stimulus Control)

يتمثل ضبط المثير بالسيطرة على السلوك من خلال التحكم بالمثيرات البيئية. وهذا يتطلب ملاحظة المثيرات التي تسبق الاستجابة غير المرغوبة وإبعادها، وجعل المثيرات التي تدعو إلى السلوك المرغوب ظاهرة بارزة وتعزيزها. ويستوجب تقديم التنبيه مع التعزيز لكي يتحقق السلوك المرغوب.

والخطوات الاتية توضح هذا الأسلوب (Karloly, 1980) :

- 1- لاحظ الارتباطات الوظيفية بين المثيرات التي تسبق السلوك والسلوك المراد
- 2- ابعاد المثيرات التي تسبب السلوك غير المرغوب فيه بعد تعيينها فعندما يكون التلميذ (س) هو المثير الذي جعل التلميذ (ص) يقوم بسلوك مرفوض، فيجب ابعاد التلميذ (س).
- 3- اجعل المثيرات التي تسبب السلوك المرغوب واضحة وبارزة لتكون رسالة بشكل غير مباشر إلى الآخرين لتحقيق الضبط.
- 4- لا تفرط في التحكم بالمثيرات، لأن تقديم التنبيه دون تعزيز يضعف من قدرته على استدعاء الاستجابة.

حتى نبعث عن حلول لها أو نعتد على نظم مشاركة أخرى ، ومن أهم هذه
المعوقات :

- أ - مرض الوالدين أو أحدهما .
- ب - شعور الوالدين بالإحباط وفقد الأمل من إمكانية حل مشكلة الطفل .
- ج - انشغال الوالدين عن تربية الطفل .
- د - إنكار الوالدين وجود مشكلة أو اضطراب لدى الطفل .
- هـ - تفضيل الوالدين بقاء المشكلة واستمرارها عن عرضها وطلب
المساعدة .

- و - عدم القدرة على رصد اعتمادات إضافية لحل المشكلة .
- ز - اتجاهات الوالدين سلبية نحو الإرشاد النفسى .
- ح - عدم استعداد الوالدين للمشاركة ؛ نتيجة لنقص القدرات أو نقص
المعرفة والخبرات لديهما ، أو صعوبة توفير وقت للمشاركة .

العامل مع المعلم فى مجال الإرشاد النفسى للأطفال

تهدف التربية بمفهومها الشامل إلى إكساب المتعلم المعرفة والخبرة
والمهارة ، وتهدف أيضا إلى تنمية ذاته وقدراته الشخصية وإعداده ؛ لمواجهة
مطالب الحياة فى ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والفكرية الجديدة ، كما
تهدف إلى مساعدة المتعلم على تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى والصحة
النفسية .

وإذا كانت المدرسة هى البيئة التى تم فيها ومن خلالها

السابقة ؛ فإن المعلم ما زال هو الشخص المهم والمحورى والم

التعليمية فى تحقيق أهدافها ، وقد اكتسب المعلم هذه الأد

العصبي للضغوط ، والحالة المزاجية .

ويلاحظ أن المشاكل المتعلقة بالوراثة قد تظهر مباشرة عند الولادة أو خلال

المرحلة الأولى من النمو ، ويمكن أن تظهر بشكل تدريجي خلال العمر الزمني (١١ و ١٢) . أي هي داء ينتشر بفعل عوامل وراثية ويثبت نفسه بنجاح في

هذه المرحلة ، ومن أمثلة ذلك : حالة البلاهة الوراثية : كما أن الوراثة قد

تظهر على دفعات خلال نضوج النشاط الحركي مثل : القدرة على الجلوس والمشي

والنطق ، وإذا لاحظنا تفوقاً للذكور في النشاطات العقلية نجد تفوقاً للإناث في

النطق ، وفي تطور الذكاء هناك تسارع لدى الإناث على الذكور عند عمر زمني

(٥ أو ٦) سنوات ، ولكن عند الوصول إلى عمر زمني (١٢) سنة يميل الذكور

إلى اللحاق بهم ويكون لهم تفوق في بعض النشاطات الفكرية .

ولا ينبغي أن معدل نمو الخصائص الفطرية يمكن تعديله بواسطة أحداث بيئية

مرغوبة أو غير مرغوبة ، باعتبار أن هناك تفاعل بين النضج والتعلم . فالأمهات

القلقات يمكن أن يدفعن بالطفل لتعلم عادة بسرعة ، وفي المقابل يمكن من خلال

عدم الاكتراث أو قساوة القلب يتم حرمان الطفل من بعض التجارب المؤثرة جداً

والتي من الممكن أن تساعد في الحصول على قدرة التحكم في مثل هذه العادات

كما هو الحال في الإعاقات التي تؤثر على احساس الطفل بسلامة وضعه

(الجسدي والنفسي) وبالتالي على تطور شخصيته ، معنى ذلك أن بعض

الخصائص يمكن النظر إليها على أنها صفة وراثية ولكن الحقيقة أنها قد تكون

نتيجة من تقليد الطفل للعادات الخاصة بأبويه أو على شكل آخر تكون ناتجة عن

أشكال التربية غير الصحيحة .

هذا يعني أن الوراثة لا تؤثر على النمو الفكري فقط بل تؤثر على النمو الجسدي والنفسي أيضاً

سؤال

تعرض لها في السن المعين ، فهل سيكون الطفل متجهياً لا محالة للنمو غير الطبيعي حتى نهاية عمره ؟

أهمية السن

العديد من التجارب تؤيد وجود فترات معينة من النمو يكون للتجارب

التعليمية أثر أكبر خلالها وأثر أقل بعد انقضاءها ومن أمثلة ذلك : ما ذهب إليه

"ستندلر" Stendler من أن هناك فترتين زمنيتين يتعلم الطفل خلالهما

الاستقلالية عن الأم الفترة الأولى في عمر (الثمانية أشهر) ، والفترة الثانية ما

بين (٢-٣) سنوات ، فإذا فشل الطفل في السيطرة على بعض سلوكيات أمه ،

واكتشاف البيئة من حوله ، فمن الممكن أن ينمو الطفل اعتمادياً ويكون لديه

ضمير ضعيف جداً (الأنا الأعلى ضعيف لديه) .

وعلى الجانب الآخر إذا حُرِمَ الطفل من عطف والديه فجأة خلال السنوات

الخمس الأولى فإن الطفل لا يستطيع التغلب على هذه التجربة العنيفة وسيكون

لديه ضعف انفعالي وعدم تحمل المسؤولية ، حتى وأن وجدت حلولاً لهذه المشكلة

فيما بعد ، وهذه التجارب تختلف عن التجارب العارضة التي يمكن التغلب

عليها مع الوقت أو أن ظروف الحياة نفسها تنكاتف لتضع حلولاً للتقليل من

آثارها السلبية .

وهذا يؤكد على أهمية اكتساب المهارات (تدريجياً) لحل المشكلات

الحياتية وفهم قواعد المجتمع الثقافية ، وهذه العمليات يقوم بها الوالدان .

فيساعدان الطفل ويشجعانه على ممارستها ، ولكي يتم ذلك فلا بد من وجود ثقة

متبادلة بين الطفل والوالدين ، وفي ضوء هذه الثقة يتم تحديد أي الأمور يتم

الاعتماد على الأبوين فيها وأي الأمور تحتاج من الطفل الثقة بالنفس

والاستقلالية لكي يقوم بها .

٢- عوامل خاصة بالمجتمع : مثل الخدمات الصحية والتربوية التي يقدمها المجتمع ، اتجاهات المجتمع نحو بعض القضايا ، مقدار ما يوفره المجتمع للطفل من وسائل رعاية وترفيه .

٣- عوامل خاصة بجماعة الأصدقاء : مثل الأنماط السلوكية التي يكتسبها الطفل من هذه الجماعة من طرق حل المشكلات ، واستعداده للتنازل عن بعض رغباته ، وسلوك الطفل داخل الجماعة (ديمقراطي ، متسلط ، فوضوي) وتعزيز أعضاء الجماعة لسلوك ما دون الآخر ، مما يدفع الطفل إلى ممارسة هذا السلوك مع أفراد المجتمع في الأسرة والمدرسة ، بالإضافة إلى إمكانية انضمام الطفل في جماعات تمارس أنماط سلوكية غير مقبولة مثل السرقة ، العدوان ، التدخين ... الخ .

بعد الإشارة إلى أهم العوامل التي تؤدي إلى الاضطرابات والمشكلات لدى الأطفال ، نعرض نماذج لهذه الاضطرابات والمشكلات كالآتي :

- ١- الاضطرابات الانفعالية .
- ٢- الاضطرابات السلوكية .
- ٣- اضطرابات النطق والكلام .
- ٤- اضطرابات الأكل .
- ٥- اضطرابات النوم .
- ٦- مشكلات متعلقة بالمدرسة .

وسيتم عرض الاضطرابات أو المشكلة بطريقة مختصرة في خطوات معددة قدر الإمكان حتى يمكن التعرف على المشكلة بسهولة ، والخطوات التي يتم الالتزام بها هي : المشكلة ، سلوك المشكلة ، الآثار الناتجة عن المشكلة ، أسباب المشكلة ، التشخيص التفريقي ، أدوات التعرف على المشكلة .

أنواع القلق التطوري : *مفردات القلق، القلق الاجتماعي، القلق الاجتماعي*

يشير التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD (1992) (١) إلى وجود خمسة اضطرابات نوعية قد تصيب الأطفال بأعراض القلق وهي : قلق الانفصال ، القلق من المخاوف ، القلق الاجتماعي ، الغيرة والتنافس ، القلق المعمم .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي - الرابع للاضطرابات العقلية (DSM - IV; 1994) (٢) إلى ثلاثة أنواع من قلق الأطفال (وكذلك المراهقين) هي: اضطراب قلق الانفصال ، اضطراب القلق الزائد ، اضطراب التجنب - الهروب) وتعرض للأنواع الثلاثة باختصار كالتالي :

١- اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety

المشكلة :

أسبوع
اضطراب يستمر لمدة أسبوعين على الأقل ، ويرتبط بالانفصال عن أولئك الذين يرتبط بهم الطفل ، ويبدأ في سن ما قبل المدرسة الابتدائية ، خاصة عند دخول الحضانة ، ويظل إلى الصف الثالث أو الرابع الابتدائي ، ويمكن أن يظل إلى نهاية المرحلة الابتدائية ، أو نهاية المرحلة الثانوية ، أو التعليم الجامعي (محمود حمودة ، ١٩٩١ ، ١٨٢-١٨٤) . أما في DSM. IV فإن قلق الانفصال خبرة متوقعة للطفل في الأعوام الأولى من حياته أو عند دخول المدرسة ، ولكن إذا استمر لمدة شهر أو أكثر مع شعور الطائل بحزن شديد ، ففي هذه الحالة يصنف على أنه حالة مرضية .

(1) ICD : International Classification of Disease.

(2) DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

سلوك المشكلة :

- ١- على الرغم أن الطفل لديه رغبة في تكوين صداقة أو الاشتراك في نشاط ما مع أطفال آخرين إلا أنه يتجنب فعل ذلك .
- ٢- الشعور بالحجل مع الغرباء .
- ٣- الخوف من إساءة الآخرين له .
- ٤- الخوف من التقويم السلبي له من الآخرين .
- ٥- تفضيل العمل منفردا .
- ٦- الميل إلى تضخيم الأخطار المحتملة إلى درجة تقنعه أو تقنع القائمين على تربيته بضرورة التجنب .
- ٧- الشكوى من أعراض بدنية .

٣- اضطراب القلق الزائد Overanxious Disorder

المشكلة :

"وجود انشغال زائد غير واقعي ، يشتمل على تنوع في المواقف الاجتماعية والرياضية والأكاديمية ، مع انشغال الطفل الزائد بأحداث الماضي والمستقبل وكذلك الانشغال الزائد بأدائه في المواقف السابقة" . (محمد الشناوى

محمد عبدالرحمن ، ١٩٩٨ ، ٢٤٩ - ٢٥٠)

سلوك المشكلة :

- ١- قلق زائد متعلق بمواقف عديدة .
- ٢- ظهور حساسية ذاتية زائدة .

- ١- القلق في ضوء الاتجاه الفيزيولوجي يرتبط مثلاً بالخلل في الدورة الدموية في الرأس ، والخلل في هرمون الأدرينالين ، والخلل في نشاط المخ .
- ٢- القلق في ضوء اتجاه التحليل النفسي يرتبط بخبرات الطفولة ومصدره الأنا . . .
- ٣- القلق في ضوء الاتجاه السلوكي استجابة متعلمة من الوالدين في الأسرة ، أو من التلاميذ في الفصل الدراسي ، أو من جماعة اللعب .
- ٤- القلق في ضوء الاتجاه المعرفي مرتبط بالعمليات المعرفية وطريقة استخدامها .
- ٥- القلق في ضوء المعطيات الثقافية الاجتماعية مرتبط بالتنشئة الاجتماعية وثقافة المجتمع ، والتغيرات الثقافية واستخدام معايير مختلفة للحكم على الصواب والخطأ لدى الطفل .

التشخيص التفريقي :

- ١- يجب التفرقة بين قلق الانفصال والقلق الزائد/ : فالأول- تكون فيه الانشغالات مقيدة نسبياً وفي الثاني- تكون فيه الانشغالات غير مقيدة ولكن ترتبط بمواقف وأحداث كثيرة .
- ٢- عند دراسة القلق لدى الأطفال يجب أن نهتم بالتمييز بين الانفعال والأفعال فإذا رأينا الطفل يبكي مثلاً فعلياً أن نميز بين ما إذا كان الطفل يبكي لشعوره بوجود خطر أم أنه يبكي لأن أمه مشغولة عنه فقط ، كذلك يجب التمييز بين القلق والفعل الدال عليه ، لأن الطفل قد يستمتع بالفعاليات لذاتها .
- ٣- يجب التفريق بين القلق والخوف العادي . فالخوف في القلق داخلي وفي

ثانياً: المخاوف المرضية المحددة (نوعياً) (الفوبيا) (١)

Specific Phobias

المشكلة :

"المخاوف المرضية (الفوبيا) خوف مبالغ فيه من أشياء محددة أو مواقف بعينها ، وتصنف الفوبيا ضمن اضطرابات القلق حسب (DSM. 1994)
مع ملاحظة أنه فقط في عمر الست سنوات يتم ملاحظة الخوف لدى الطفل وهذا يعنى أن نمو الإدراك الحسى والنضج الجسدى يعدان مهمان لهذا الانفعال لكى يعبر عن نفسه (Dutta Ray, 1990, 82) ، ويجب الانتباه إلى أن الطفل فى السنوات الأولى لا يستطيع أن يميز بين الخوف العادى والخوف المبالغ فيه .

سلوك المشكلة :

- ١- خوف مبالغ فيه من مشير ما محدد (مرتفعات حيوانات ... الخ) وعند تعرض الطفل للمشير تتولد استجابة الخوف مباشرة .
- ٢- تكرار سلوك الخوف واستمراره لمدة ستة شهور على الأقل خاصة لدى الأطفال دون الثامنة عشر .
- ٣- استجابة الخوف قد تكون فى شكل إجمام عن المشير أو رغبة إكراهية فى تفادى المشير ، وفى ضوء قواعد التعلم أنه عند وجود مشير الخوف ومحاولة الطفل تجنبه فى كل مرة ، فذلك يؤدى إلى خفض القلق من ناحية وتقوية سلوك التجنب من ناحية أخرى وتكرار هذا السلوك يصبح من الصعب

(١) نستخدم المصطلحات الثلاثة : المخاوف - الخوف - الفوبيا ، بمعنى واحد وهو : الخوف المرضى .

- ارتباط الخوف بأشياء محددة ثم تعلم هذا الارتباط (نظرية التعلم) مثال:
 الأم التي تهكي لطفلها قصة مخيفة كل ليلة قبل النوم وفي الظلام ؛
 سوف تكسبه الخوف من الظلام بعد ذلك ، والطفل الذي تعرض إلى العض
 من الكلب ؛ سوف يخاف من رؤية الكلب أو سماع صوته فيما بعد .
- يمكن أن يكتسب الخوف عن طريق التعلم بالملاحظة وذلك عن طريق ملاحظة
 آخرين يتصرفون بطريقة تدل على شعورهم بالخوف في موقف معين (نظرية
 التعلم) وعلى ذلك نتوقع وجود أنواع معينة من المخاوف لدى الآباء
 والأبناء .

التشخيص التفريقي :

١- يتم التفريق بين الخوف Fear والخوف (الفوبيا) Phobia . في حالة
 الخوف يكون رد الفعل إزاء خطر حقيقي ، واستجابة الخوف تكون في
 الغالب وقائية يحمي بها الطفل نفسه من شيء مكروه أو خطر ،
 والاستجابة هنا نوع من الخوف نسميه : الحذر أو الحيطة أو الخوف
 الواقعي ، وفي حالة الخوف يكون رد الفعل إزاء خطر غير حقيقي ويحدث
 تكرار لاستجابة الخوف مع تضخيم الخوف في موقف ما ، في هذه الحالة
 يصبح الخوف شاذا ويسمى "خوف" لأنه خوف غير معقول .

٢- يتم التفريق بين استجابة الخوف الأصلية واستجابة الخوف الرمزية ، ففي
 بعض الحالات تكون استجابة الخوف رمزا إلى استجابة خواف أخرى ،
 فمثلا خواف المدرسة قد يكون قلقا بسبب الانفصال عن الأم ، وخواف
 الشارع قد يرمز إلى الخوف من التعرض للاعتداء ، ففي المجالين : تتم
 إزاحة الانفعال من مصدره الأصلي إلى مصدر بديل أكثر قبولا . والخوف

توجد في هذه المرحلة مخاوف سمعية خاصة ببعض الأشياء مثل صوت المكينات .

هـ- أكثر المخاوف في العمر الزمني (٢-٦) سنة تكون : حول الظلمة والحيوانات (الكلاب خاصة) والأشخاص السيئين ، والسارقين والأطباء ، والأمهات اللاتي لم يعدن إلى البيت بعد الذهاب لعمل زيارة خارج البيت .

و- في العمر الزمني ما بين (٦-١٣) سنة ، يأخذ الخوف مفهوم أخطر مثل : الخوف من الأشياء غير الطبيعية (الأشباح ، الساحرات) والخوف من المخاطر التي لم تهددهم حتى الآن ، والخوف من جرس الباب ، والتليفونات ، والجواسيس ، والحروب ، وأشخاص مختبئين ، والخوف من الذهاب إلى المدرسة متأخرين ، والخوف من المدرسة ، والخوف من الامتحانات ... الخ . (Dutta Ray, S., 1990 - 82)

أدوات التعرف على المشكلة :

- ١- قوائم السلوك (من خلال الملاحظة سواء في أماكن طبيعية أو مقلدة) .
- ٢- التقرير الذاتي للطفل إذا كان لديه نمو لغوي وقدرة تعبيرية تسمح بذلك .
- ٣- الاختبارات النفسية المعدة لقياس القويبات أو الاختبارات الإسقاطية .
- ٤- المقاييس الفيزيولوجية لقياس القلق المصاحب للمخاوف المرضية .
- ٥- المعلومات التي يتم جمعها من الوالدين أو المعلم أو أفراد آخرين أثناء المقابلة .

الخجل وهو نتيجة ؛ لأن فشل الإنسان المستمر في التفاعل مع الآخرين يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات .

٢- فقد الثقة في الآخرين ؛ لأن الطفل يتوقع منهم دائما ردود فعل سلبية ، بجانب أن لديه تقديراً منخفضاً للذات .

٣- سوء العواطف الاجتماعي باعتبار أن فقد الثقة في الآخرين وتوقع ردود سلبية منهم مع الرغبة في تجنب التفاعلات الاجتماعية ، كل هذه الممارسات وغيرها تؤدي إلى : وجود نزعة لدى الطفل إلى تجنب الآخرين من ناحية ونقص المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي من ناحية أخرى .

٤- نتيجة للعوامل السابقة ؛ نجد الطفل تنقصه القدرة على تأكيد ذاته والتعبير عن ذاته والدفاع عن نفسه وعن حقوقه المشروعة .

٥- مصاحبات أخرى تنتج عن المشكلة مثل : عدم رغبة الطفل في التعرف على أطفال آخرين ، وتدنى درجاته التحصيلية بالإضافة إلى اضطرابات الأكل والنوم . الخ .

الأسباب :

١- استعداد وراثي : ويؤيد هذا الافتراض أن الخوف وهو أحد عناصر الخجل له استعداد وراثي .

٢- نقص المهارات الاجتماعية نتيجة ؛ لعدم تدريب الطفل على الاستقلالية .

٣- الشعور الزائد بالخوف أو التلق .

٤- انخفاض تقدير الذات باعتبار أن انخفاض تقدير الذات مقدمة للخجل .

الحياء يتحول إلى خجل ويتغير سلوك الطفل من التركيز على فعل ما هو صواب إلى فقد الثقة والضعف والاستسلام ، ولذلك عُرِفَ الخجل بأنه نوع من الحياء المفرط .

أدوات التعرف على المشكلة :

- ١- الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل في المواقف الاجتماعية من قبل الوالدين أو القائمين على تربية الطفل في المدرسة .
- ٢- اختبارات نفسية لقياس الخجل .
- ٣- التقرير الذاتي للطفل نفسه إذا كان لديه قوَى يساعده على التعبير الذاتي .
- ٤- المقابلة مع الطفل نفسه أو أفراد أسرته أو زملاء الفصل أو المعلم .
- ٥- البيانات المسجلة في سجل الطفل المدرسي من قبل المعلم أو الاخصائي الاجتماعي النفسي .

رابعاً: الفَتُور Apathy

المشكلة :

حالة من الانكسار والشعور بالضعف وتبليد الحس وبرودة المشاعر والكسل والتراخي .

سلوك المشكلة :

يمكن تمييز الطفل الفاتر Apathetic بنشاط أو أكثر من الأنماط السلوكية

الآتية :

٤- الانشغال برصد أخطاء الآخرين والتشكيك في مواقفهم مما يؤدي إلى سوء توافق اجتماعي .

٥- صعوبة وضع أهداف مستقبلية تتفق مع الاستعدادات والميول .

الأسباب :

١- الجمود في ممارسة أنماط سلوكية نمطية في الأسرة أو المدرسة يعرّتب عليها الملل والنفور ثم فتور الهمة Doldrums .

٢- الاستمرار في ممارسة أنماط سلوكية كانت تناسب مرحلة عمرية سابقة ولم تعد تناسب المرحلة الحالية تشكل عقبة أمام الطفل لكي ينمو طبيعياً .

٣- تربية الطفل على السلبية والانتظار دون تدريبه على المبادرة وتحمل المسؤولية .

٤- الازدواجية لدى كل من الوالدين والمعلم في استخدام الثواب والعقاب ، والتناقض بين الأقوال والأفعال .

٥- عمل صداقة مع أطفال لديهم فتور أو انحراف سلوكي .

التشخيص التفريقي :

١- يتم التفريق بين الطفل الفاتر والطفل الإنكالي Dependent في النقاط الآتية :

- الطفل الفاتر لا يعتمد على الآخرين كلياً وقد يرفض أوامرهم وفي المقابل الإنكالي يعتمد على الآخرين ويستجيب لأوامرهم .

- الطفل الفاتر لا يتأثر بالنقد كثيراً وفي المقابل الإنكالي لديه حساسية للنقد شديدة .

خامساً: الغيرة Jealousy

المشكلة :

الغيرة انفعال مركب من عدة انفعالات تظهر معاً وأهمها : حب التملك والغضب والشعور السلبي نحو الذات . وينتج الشعور بالغيرة من خيبة الطفل في الحصول على أمر محبوب : كشيء أو قوة أو مال أو شيء مادي محبوب (مثل الألعاب) أو اهتمام الآخرين .

سلوك المشكلة :

يتم التعبير عن الغيرة خلال السنوات الأولى في حياة الطفل وذلك من خلال الهجوم الجسدي على حديثي الولادة أو من خلال سلوكيات سابقة مثل: التحدث للأطفال الصغار أو تبليل الفراش ... الخ ، ولاحقاً تستمر الغيرة ويتم التعبير عنها بطرق أخرى مثل عدم الراحة والتحدى والعناد أو على شكل السرحان والخيال . (Dutta Ray, S. 1990, 83 - 84)

الآثار :

- ١- تراكم مشاعر النقص (الشعور السلبي نحو الذات) ونقص الكفاءة ، مع ملاحظة أن أشد أنواع الغيرة هو ما ينشأ عن الشعور بالنقص .
- ٢- تكرار الشعور بالغيرة الشديدة في الطفولة ، واستمراره في مراحل الحياة التالية يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب في المراحل النمائية التالية .
- ٣- تؤدي إلى الكثير من الاضطرابات السلوكية مثل : العدوان ، والتبول اللاإرادي ، والسرقعة والكذب وقضم الأظافر .
- ٤- تؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي : لأن الطفل الذي لديه انفعال الغيرة

٧- اختلاف معاملة الطفل من طفل إلى طفل آخر حيث يمدح طفل ويذم طفل آخر.

التشخيص التفريقي :

- يتم التفريق بين الغيرة المرتبطة بالمنافسة التي تؤدي إلى العمل وبذل الجهد دون إحداث أي ضرر للآخرين وبين الغيرة المرضية التي تؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي ، وتؤدي إلى إحداث ضرر للآخرين .
- يتم الحكم على الغيرة في ضوء المرحلة العمرية ، فالغيرة في مرحلة الطفولة المبكرة لا تعتبر مرضية لأنها مرتبطة بخصائص الطفل المتمركز حول ذاته ولديه حب الظهور .

أدوات التعرف على المشكلة :

- ١- ملاحظة سلوك الطفل تجاه الأطفال الآخرين في المنزل أو المدرسة وقد يتم في غرفة الملاحظة عندما يوضع الطفل مع مجموعة أطفال ويتم ملاحظة سلوكه
- ٢- الاختبارات النفسية المعدة لقياس انفعال الغيرة أو الاختبارات الإسقاطية المناسبة .
- ٣- المقابلة مع الطفل نفسه أو أفراد الأسرة أو المعلم أو زملاء الفصل ، أو زملاء اللعب (إن أمكن) .

الذين يتبولون لا إرادياً في الليل . وأغلب الأطفال في هذا النوع يحلمون أنهم في وسط ماء (بحر ، بئير) ، ويخربسون التبول بطريقة عادية ، ورغم أنهم لا يشعرون بوقت حدوث التبول إلا أنهم يتذكروه وتصل نسبة التبول الإرادى الليلي حوالى ٦٦٪ من حالات التبول الإرادى .

٢- التبول اللارادى النهارى Diurnal Enuresis : وتطلق على الأطفال الذين يتبولون نهائياً أو أثناء اليقظة ، والأطفال من هذا النوع يظهر عليهم الارتباك والحجل والغضب . وتصل نسبة التبول اللارادى النهارى من ٢-٥٪ من حالات التبول اللارادى .

٣- التبول اللارادى النهارى الليلي : ويطلق على الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً في النهار والليل على السواء .

٤- التبول اللارادى المرافق للإحداث Episodic Enuresis ، ويحدث لدى بعض الأطفال في مناسبات ومواقف معينة مثل : الذهاب إلى المدرسة أو سفر الأم ، أو الاحتفال بعيد ميلاد طفل آخر ، أو تركيز اهتمام الأم على طفل آخر .. الخ .

٥- التبول اللارادى المنتظم في مقابل غير المنتظم Uniform- Irregular Enuresis : في الأنواع التى أشرنا إليها قد يكون التبول اللارادى منتظماً أى يحدث في أوقات محددة وثابتة ، وقد يحدث مرة ثم يختفى ليظهر بعد أسابيع أو شهور .

٦- التبول اللارادى الانتكاسى Retrograde Enuresis : ويحدث هذا النوع لدى الطفل الذى تعلم ضبط التبول ولكن نتيجة وجود عوامل طارئة (أسرية أو بيئية) يتبول الطفل لا إرادياً وذلك بعد مرور ستة أشهر أو أكثر على تعلمه ضبط التبول .

الأسباب :

١- أسباب عضوية ونفسية وظيفية : مثل : وجود التهابات بحوض الكلى أو الحالب أو المثانة والتهابات المستقيم ، وتضخم الحية خلف الأذن (حيث تسبب صعوبة في التنفس) ، وتضخم اللوزتين ، وعدم نضج الجهاز العصبي ، ونقص معدلات الهرمونات المضادة للتبول ، ونقص الفيتامينات مما يترتب عليها صعوبة السيطرة على عضلات المثانة ، زيادة نسبة البول عن طريق شرب كميات كبيرة من السوائل قبل النوم .

٢- أسباب نفسية : مثل : الغيرة ، الخوف من الظلام والحيوانات ، والتقصص المزعجة ، الخوف من قسوة الوالدين وتهديباتهما ، الحرمان العاطفي ، الاكتئاب ، قلق الانفصال ، الغضب والسلوك العدواني ، الشعور بالذنب (في الطفولة المتوسطة والمتأخرة) .

٣- أسباب اجتماعية : مثل : عدم اكتساب الوالدين للطفل عادات مقبولة ، سوء علاقة الطفل بوالديه ، الاهتمام المبالغ فيه في تدريب الطفل على ضبط التبول والنظافة ، إكساب الطفل عادات ضبط التبول في وقت مبكر ، التسامح أو الإهمال عند رؤية الطفل يتبول ، فقدان الطفل للشعور بالأمن ، التفكك الأسري وما يترتب عليه من آثار سلبية .

٤- قد يكون التبول اللاإرادي وسيلة لإثارة ضيق وغضب الوالدين ، أو يكون وسيلة ليقتنع الآخرين بأنه ما زال طفلاً ويحتاج إلى رعايتهم ، أو يكون وسيلة لجذب اهتمام الآخرين له ، ويحدث هذا مثلاً عندما يجد طفلاً مريضاً ثم يوليه الوالدين اهتماماً خاصاً فيخاف الطفل من نقص هذا الاهتمام بعد شفاؤه من المرض فيلجأ إلى وسيلة أخرى مثل التبول اللاإرادي .

الإرادي ، وكذلك معرفة أساليب رعايته وتربيته في المنزل والمدرسة .

٣- مقابلة القائم على تربية الطفل بهدف جمع معلومات عن الحالة وتطور

المشكلة والسلوكيات الدالة على وجود المشكلة ، ومن ناحية أخرى يتم

جمع معلومات عن اتجاهاتهم نحو الطفل وأساليب التنشئة الاجتماعية

المتبعة مع الطفل .

٤- تطبيق بعض الاختبارات النفسية سواء كانت اختبارات تقيس القدرة العامة

(الذكاء) أو اختبارات خاصة بالتبول الإرادي أو اختبارات خاصة

بالاضطرابات الانفعالية لقياس الخوف والغيرة ... الخ .

ثانياً: السلوك العدواني Aggressive Behavior

المشكلة :

"سلوك يتضمن الهدف أو القصد إلى إيذاء شخص آخر ، والتعبير بـ
"الهدف أو القصد" يتضمن العزم والتصميم - أي أن الفرد يتصرف لكي يحدث
نتيجة معينة - وهذا يعد جانباً جوهرياً وأساسياً من جوانب تعريف العدوان .
وقد ظهرت جلور هذا التعريف في بعض النظريات (فرويد ، ماكديجال) وطبقا
لتعريف العدوان على هذا النحو فإن العدوان متغير بسيط ، وتأكيد التعريف
على ضرورة توفر النية لدى الفرد يتيح فرصة إيجاد عدة من الفرق النافعة ،
وبخاصة الفرق بين السلوك التوكيدي والسلوك العدواني ، والفرق بين السلوك
العدواني والضرر التصادفي غير المقصود (في .إ .م ، كولز ، ١٩٩٢ ،

الآثار :

١- حدوث مشاكل من جانب الطفل في المنزل أو المدرسة مما يؤدي إلى ممارسة أساليب سلوكية معينة مثل : استبعاده أو فصله من المدرسة ، أو نبذه ... الخ . ويعترب على ذلك اضطراب الأداء الوظيفي اليومي له سواء في المنزل أو المدرسة :

٢- حدوث أضرار للآخرين نتيجة تعرضهم للاندوان .

٣- ما يتكلفه المجتمع من جراء السلوك العدواني سواء ما يتصل بإصلاح ما تم إتلافه أو عمل برامج تربوية ارشادية ، أو إنشاء مؤسسات خاصة ... الخ .

الأسباب (١) :

١- أسباب ترجع إلى الطفل نفسه ، كما هو الحال مع الأطفال الذين يتسمون بصعوبة التعامل معهم difficult children ، أو الأطفال الذين يعانون من اضطراب في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي ، أو انخفاض الأداء الأكاديمي ومستوى الذكاء .

٢- أسباب ترجع إلى الوالدين والأسرة ، ومن أمثلة ذلك: عامل الوراثة، إصابة الوالدين أو إحداها بمرض نفسي ، وقيام أحد الوالدين بالسلوك الإجرامي أو تعاطيه للكحوليات ، أساليب معاملة والديه غير سوية ، الانفصال والطلاق ، الخلافات الزوجية ، تدنى المستوى الاقتصادي والاجتماعي .

٣- أسباب ترجع إلى المدرسة ، مثل : الممارسات السلوكية داخل المدرسة من حيث : غياب الإشراف ، عدم التأكيد على الأداء الأكاديمي ، عدم

(١) الأسباب المشار إليها هي عوامل مسؤولة عن الاضطرابات السلوكية ومنها السلوك العدواني .

مشاعر وحقوق الآخرين ، مع وضع في الاعتبار أن كل من العدوانى والتوكيدى يعبر عن مشاعره السلبية وأفكاره ، ولكن الاختلاف بينهما فى : طريقة التعبير ، والنية التى تسبق التعبير ، والآثار المترتبة عليهما .

٣- يتم التفريق بين السلوك العدوانى والضرر التصادفى غير المقصود ، حيث نجد النية متوفرة فى السلوك العدوانى لإحداث الضرر ، وعدم توفرها فى الضرر التصادفى غير المقصود .

٤- "يتم التفريق بين العدوان المباشر والعدوان الوسيطى ، لأن إيذاء شخص آخر - بالنسبة للأطفال على وجه الخصوص - قد لا يكون الهدف الأساسى للسلوك ، ولكنه وسيلة إلى غاية أبعد ، ألا وهى الحصول على اهتمام الآخرين من لهم أهمية خاصة فى البيئة ، فمثل هذا السلوك قد أشار إليه (Feshback (1964 بوصفه عدوانا وسيطيا" (إ. م . كولنز ، ١٩٩٢ ، ٢٤٢) .

أدوات التعرف على المشكلة :

- ١- ملاحظة سلوك الطفل فى المواقف الطبيعية سواء فى المنزل أو المدرسة .
- ٢- الاحالات التى تتم من المدرسة إلى المرشد النفسى .
- ٣- شكاوى الوالدين أو أولياء الأمور الذين يقع على أبنائهم العدوان .
- ٤- متابعة الحالات فى المؤسسات المعنية مثل أقسام الشرطة ، ومؤسسات الأحداث ... الخ .

الاختبارات النفسية المعدة لقياس السلوك العدوانى بجانب الاختبارات الإسقاطية التى نستدل من خلالها على السلوك العدوانى .

الأخيرة من الكلمة ، مما يؤدي إلى صعوبة فهم كلام الطفل مثالي : نطق مك بدلا من سكة .

ب- التَّحْرِيف Distortion ،

" في هذا النوع يصدر الطفل صوت الكلمة بشكل خاطئ يعتمد عن الصوت الحقيقي . ويحدث هذا في الغالب في حالة تأخر الكلام عند الطفل في عمر (٣,٥ - ٤) سنوات . (حسن مصطفى ، ٢٠٠١ ، ١٦٨)

ويتضمن بعض الأخطاء في أصوات معينة مثل : س ، ش ، حيث ينطق صوت "س" مصحوبا بصغير طويل ، أو ينطق صوت "ش" من جانب الفم أو اللسان ، ويستخدم البعض مصطلح ثأناه (الثقة) lispng للإشارة إلى هذا النوع من اضطرابات النطق ، مثال : مدرسة تنطق مدرثة ، أو أسة ، وروح تنطق أوح ، وصحة تنطق إحة ، وخلص تنطق هلاس ، وشارع تنطق آرى .

ج- الإبدال Substitution ،

يعتبر الإبدال لدى كثير من الأطفال أكثر الأخطاء تكراراً . ويُعرف بأنه انحراف عن النص الأصلي مع المحافظة على المعنى المعبر عنه في النص . ويتضمن نطق صوت بدلا من آخر عند الكلام ، ويفترض وجود تشابه بين الاثنيين مثال : لاجل بدلا من رجل ، وساي بدلا من شاي . واستبدال كلمة والد بكلمة أب ، وأحيانا يكون الإبدال فيه تشويه لمعنى الجملة مثل : قراءة كلمة كتب بدلا من كتاب .

ج- رودة الفعل الانفعالية الناتجة عن صعوبة ممارسة الكلام . (عبدالعزيز الشخص ، ١٩٩٧)

وطبقا لـ DSM - IV يمكن التعرف على اللجلجة في ضوء عرض أو أكثر من الأعراض الآتية : تكرار الصوت ، التطويل ، مكثات الكلام ، إبدالات ملحوظة في الكلمة ، الألفاظ المفتحة أثناء انسياب الكلام .

وطبقا لـ ICD-10 فإن اللجلجة تعرف بأنها كلام يتسم بتكرار الأصوات أو تطويل بها أو تكرار للمقاطع أو الكلمات ، وقد يلاحظ مكثات تعوق التدفق النغمي للصوت " .

آثار المشكلة :

- ١- صعوبة التواصل مع الآخرين نتيجة لصعوبة نقل المعلومات إلى الآخرين أو فهم لغة الآخرين وتعليماتهم .
- ٢- يترتب على صعوبة التواصل مع الآخرين قلة فرص التأثر بالآخرين أو التأثير على الآخرين ، أو التعاون معهم ، أو مشاركتهم في انفعالاتهم من فرح وحزن .. الخ .
- ٣- نقص القاموس اللغوي لدى الطفل ، وهذا بدوره أيضا يزيد من صعوبة التواصل مع الآخرين ، ونقص فرص التعلم مع الأطفال العاديين ،
- ٤- زيادة القلق النفسي والصراع النفسي نتيجة لصعوبة التواصل مع الآخرين وانعدام الأمن والطمأنينة .
- ٥- انخفاض مفهوم الذات نتيجة للعوامل السابقة ، بالإضافة إلى تراكم الخبرات السيئة من المحاولات الفاشلة للتواصل .

وتعد الظروف الأسرية التي ينشأ فيها الطفل مؤثراً مهماً وخطيراً في نموه اللغوي ، فاضطراب العلاقة بين الأب والأم ، وسيادة جو من الانفصال والشجار بين أفراد الأسرة ، وزيادة عدد الأبناء ، والتفرقة في المعاملة ، وإهمال الطفل ، واستخدام العقاب المستمر ؛ كلها تُعد من العوامل المسببة لاضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال .

وباعتبار المدرسة جزءاً مهماً من البيئة فما يتعرض له الطفل من ضغوط دراسية ، وواجبات ومطالب قد لا تتناسب مع قدراته ، وما يترتب على ذلك من؛ اخفاق ورسوب متكرر ، وما يترتب به من التعرض للعقاب سواء في المدرسة أو المنزل ، وبالتالي الشعور بالقلق أو العدوان أو الانطواء وغيرها من المشاكل النفسية التي قد تؤثر عليه ، فيتعرض لاضطرابات النطق والكلام .

ب- الإعاقة السمعية :

تعتمد درجة اضطرابات النطق والكلام على درجة الفقد في القدرة السمعية ، بحيث تزداد الاضطرابات كلما زادت درجة الفقد السمعي . وقد يتوقف ذلك أيضاً على الجزء المصاب من جهاز السمع (الأذن الخارجية ، الأذن الوسطى ، الأذن الداخلية ، العصب السمعي ، مركز السمع بالمخ) .

وهناك عامل آخر يتحكم في تأثير الإعاقة السمعية وهو العمر الزمني للطفل عند الإصابة بالإعاقة ، فقد يصاب بها قبل تعلم الكلام (عند الميلاد أو خلال الخمس سنوات الأولى) مما يؤثر على الحصيلة اللغوية التي تمكنه من فهم الكلام وممارسته .

هـ- وجود خلل في الإدراك يُصعبُ على الطفل فهم الكلام الذي يسمعه ، رغم أنه يسمع بحاسة سمع عادية ، وقد يسمع الكلام ويفهمه ولا يستطيع الاستجابة له بالكلام ، نظراً لوجود خلل في مناطق إنتاج الكلام في المخ .

ثالثاً: أسباب تتعلق بمرحلة الإرسال (ممارسة الكلام)

تعدد الأجهزة المشتركة في هذه المرحلة لتشمل : الجهاز التنفسي ، والجهاز الصوتي ، وأجهزة النطق ، بالإضافة إلى التنفس الصدري ، والأعضاء الداخلية ، وأي خلل أو مرض أو إصابة تتعرض لها هذه الأجهزة قد تؤثر على الكلام وتعطي أمثلة على ذلك :

أ - إصابة الجهاز التنفسي بنزلات البرد ، والدرن والالتهاب الرئوي الشديد أو الربو ؛ كل ذلك يؤثر على عملية نطق الأصوات وتشكيلها وتنظيمها في كلمات مستمرة ومفهومة .

ب- إصابة الجهاز الصوتي (الحنجرة والأحبال الصوتية) يؤدي إلى اضطرابات النطق والكلام ؛ باعتبار أن الجهاز الصوتي هو المسئول عن إنتاج اللبنة الأولى لعملية الكلام ، مع ملاحظة أن أهم أمراض الحنجرة هي : الضعف ، الأورام ، الالتهابات ، الإصابات ، وجود عقْد على الأحبال الصوتية تشبه حبات المسبحة أحياناً ، اختلال أعصاب الأحبال الصوتية سواء المسئولة عن الأحساس أو أعصاب الحركة أو أعصاب التأزر ، شلل الأحبال الصوتية .

ج- إصابة أجهزة الرنين والنطق وتشمل : تجاوز كل من البلعوم والفم والأنف التي تقوم بتضخيم الصوت ، وإعطائه الرنين والبصمة المميزة لصوت كل

ز ، س ، ط ، ظ ، ك ، ي بشكل صحيح .

ب- التأكد من عدم شذوذه جسمي أو عضوي مسئول عن أخطاء النطق ، وأن يستبعد حالات النطق الرديء أو عسر النطق Dysarthria والعجز السمعي والتخلف العقلي .

في مجال اللججة :

أ- التمييز بين اللججة والحبسة الكلامية الشنجية Spastic dysphonia حيث أن الثانية تتميز بوجود شذوذ في أسلوب التنفس وعدم خروج مقاطع الكلام .

ب- التمييز بين اللججة واضطراب تشوش انسياب الكلام Cluttering فالأخير : يتسم بالتكلم بسرعة ولا تتضح فيه الكلمات ، وهو اضطراب كلامي يتسم بنماذج كلامية شاذة وغير متناغمة ، وعادة ما يكون المصابون غير واعين بالاضطراب - لكن في اللججة يلاحظ أن المصابين على وعى بصعوباتهم الكلامية ، بالإضافة لذلك فإن اضطراب تشوش انسياب الكلام يكون عادة سمة مصاحبة لاضطراب اللغة التعبيرية (حسن مصطفى ، ٢٠٠١ ، ١٧٠ : ١٨٣)

أدوات التعرف على المشكلة :

أ- دراسة الحالة وهي من أفضل الأدوات الملائمة في هذا المجال حيث يقوم بذلك المرشد النفسي بمساعدة فريق من المختصين يضم الاخصائي الاجتماعي ، الاخصائي النفسي ، اخصائي اضطرابات النطق والكلام ، والطبيب المختص الذي يجمع تقارير الأطباء في مجالات الأنف والأذن والحنجرة والصدر والأعصاب والعظام ويكتب تقريراً ملخصاً لها ، بالإضافة إلى أولياء الأمور والمعلمين .

الآثار :

التعب الزائد ، وصعوبة في الراحة والسكون والاسترخاء أثناء النوم ،
وصعوبة التركيز ، وقد يميل الطفل للبكاء .

٣- كثرة النوم **Hypersomnia** ،

ويظهر في صورة زيادة النوم وكثرته (عدد ساعات النوم قد تزيد عن ١٥ ساعة) خاصة أثناء النهار سواء في المنزل أو في المدرسة فنجد الطفل تنتابه اغفائة أو نوم عميق أثناء الدرس وقد يحدث هذا في مقرر ما أو أكثر من مقرر.

الآثار :

عدم انتباه الطفل وتعرضه للحوادث ، وانخفاض التحصيل الدراسي ،
وتعرضه لمشاكل صحية ، وسوء العلاقات الاجتماعية .

٤- اضطراب جدول النوم : **Sleep wake Schedule disorder**

وهو اضطراب في موعد النوم وإيقاعه نتيجة تغير مواعيد المذاكرة أو
مواعيد الراحة واللعب .

الآثار :

الشعور بالضيق والإجهاد والكسل والوهن النفسي وتشتت الانتباه وعدم
التركيز .

الآثار :

زيادة التوتر والقلق ، والعمور بالاكتئاب ، وفقد الثقة بالنفس ، وتعرض
الطفل لحوادث أو إصابات وذلك عند السير أثناء النوم .

أسباب المشكلة : أسباب اضطراب النوم

- ١- الاضطرابات الانفعالية الشديدة سواء كانت سلبية (خوف ، غضب) أو
إيجابية (فرح ، سعادة) .
- ٢- وجود أفكار أو مشكلات تشغل العقل ، أو القيام بأنشطة صعبة
مجهدة .
- ٣- ظروف جديدة مثل تغير المنزل أو النقل أو المعلم ، أو موت شخص عزيز ،
أو وجود أم بديلة .
- ٤- أمراض مثل البرد والانفلونزا ، وسوء التغذية .
- ٥- صعوبة التنفس وارتفاع ضغط الدم ، وانخفاض السكر في الدم .
- ٦- ظروف خارجية أدت إلى اختلال جدول النوم .
- ٧- وجود أمراض جسدية مزمنة أو حادة ، ونقص الهرمونات ، وعدم نضج
الجهاز العصبي .
- ٨- وجود إزعاجات وضوضاء في مكان النوم .
- ٩- الإفراط في الطعام أو تناول اشروبات أو المهدئات التي تستخدم في علاج
بعض الأمراض مثل الصغ أو السعال .
- ١٠- كثرة الواجبات المدرسية ، مما يشعره بالإحباط والقلق ؛ فيضطرب نوم
الطفل .

التعرف على المشكلة :

- يمكن التعرف على المشكلة من خلال شكوى الوالدين أو المعلم .
- الملاحظة الذاتية للطفل .
- المقابلة مع الطفل أو مع أفراد الأسرة أو المعلم .
- يمكن للمرشد النفسي الاستدلال على المشكلة عند التعامل مع مشكلة أخرى مثل التأخر الدراسي أو السلوك العدوانى .

اضطرابات الأكل Eating Disorder

المشكلة :

اختلالات حادة في سلوك الأكل ومن أهم مظاهر هذه الاختلالات : الشره العصبى وفقد الشهية العصبى ، واشتهاء أطعمة شاذة ، واضطراب التقيؤ لدى الأطفال . (DSM, 1994, 94) ، واضطراب التغذية عبارة عن اضطراب له مظاهر متنوعة تشمل : رفض الطعام والإفراط الطارئ في الطعام ، مع وجود عناية فائقة بالطعام (ICD - 10) ، وبشكل عام يراعى عند التشخيص أن يكون الطفل قد تعرض للاضطراب قبل سن السادسة ، وأن الطفل قد فشل في المحافظة على وزنه ، ولا يوجد دليل على وجود مرض عضوى .

سلوك المشكلة :

نشير إلى سلوك المشكلة من خلال السلوك الخاص بمظاهر الاختلالات .

١- فقد الشهية العصبى Anorexia Nervosa

يمكن تقسيمه إلى نوعين :

استخدام العقاقير ، وكذلك الارتباط باضطرابات الشخصية التي تشمل :
الشخصية التجنبية والاعتمادية والوسواسية .

أما بالنسبة للمضاعفات الطبية فتحدث نتيجة للجوع وسوء التغذية ومن
العلامات الشائعة : جفاف الجلد وميله للإصفرار والحساسية للبرد .

وبالنسبة للأفراد الذين يدفعون أنفسهم للتقيؤ فإن ذلك يؤدي إلى تضخم
الغدة اللعابية وتآكل المينا بالأسنان ونقص عنصر البوتاسيوم الذي قد يؤدي إلى
اضطراب عناصر الجسم .

التشخيص التفريقي :

يجب التمييز بين حالة نقص الوزن المرتبطة ببعض الاضطرابات الانفعالية
مثل : الاكتئاب . وفقد الشهية العصبي ، ففي الحالة الأولى لا يوجد اضطراب
لصورة الجسم أو خوف شديد من السمنة ، كما في الحالة الثانية .

كذلك يجب التمييز بين أنماط الأكل الغريبة في حالة النقص وبين فقد
الشهية العصبي .

التمييز بين فقد الشهية الناتج عن خلل في وظائف الغدة النخامية وبين
فقد الشهية العصبي . ففي الحالة الثانية يكون الفرد لديه حيوية ونشاط أكثر
من الحالة الأولى .

٢- الشره العصبي Bulimia Nervosa

يعرف بأنه : تناول كميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة وبسرعة
شديدة خلال فترات معينة يشعر فيها الفرد أنه لا يتحكم في سلوك الأكل لديه ،

الشه العصبي في الأوزان المعتدلة أو فوق المعتدلة ، لأنه في حالة فقدان الشهية تكون الحاجة إلى زيادة الوزن ، كما أن الشه العصبي يمكن علاجه وفي المقابل يحتاج علاج فقد الشهية إلى فترة طويلة ، من هنا كان التأكيد على عدم وجود أعراض فقدان الشهية على مريض الشه كشرط للتشخيص .

- من الممكن وجود أعراض الشه العصبي لدى حالات التخلف العقلي أو بعض أنواع الصرع ، وأيضاً في حالة اضطراب الشخصية الحدية
Borderline personality disorder

٢- اشتهاً اطعمية شاذة:

يتناول الطفل في هذا الاضطراب مراداً غير مغذية مثل القاذورات والصلصال والورق والطين والقماش والشعر والألوان والمواد اللاصقة (البلاستر) .. وينتشر هذا الاضطراب لدى الأطفال (ابتداءً من العام الأول) والمتخلفين عقلياً ويتناقص هذا الاضطراب مع التقدم في العمر. (أحمد عبدالحق ، ١٩٩٣ ، ٣٥٢) . يبدأ التشخيص عندما يكون العمر الزمني والعقلي للطفل سنتين على الأقل . ولا يكون السلوك جزءاً من أنماط سلوكية يجيزها المجتمع . ويفضل أن يكون قد مر شهر على الأقل بعد ظهور الأعراض ، وأن يتكرر السلوك مرتين في الأسبوع على الأقل .

٤- اضطراب التقيؤ لدى الأطفال:

وهذا الاضطراب يشير إلى أن الطفل يُرجع الطعام إلى درجة يفقد فيها الطفل وزنه ، ويفشل الطفل في الوصول إلى الوزن المناسب بالنسبة إلى عمره ، وينتشر هذا الاضطراب لدى الأطفال من عمر زمني (٣) شهور وتنتشر لدى

- ج- السعي للكمال .
 د- الشعور بالحرج .
 ٢- العامل الإجتماعى الثقافى : بعض الأدلة على ذلك :
 أ - العلاقات داخل الأسرة ضعيفة ومن السهل كسرها .
 ب- الحماية الزائدة للطفل مما يحول دون الاستقلال الوظيفى .
 ج- تجنب الصراعات والافتقار إلى القدرة على اتخاذ القرار .
 د- فقد الطفل لقدرته على تنظيم طعامه الذاتى ، ويعلم معتمداً على الآخرين
 ومنفذاً لتعليماتهم .
 هـ- مبالغة الأسرة فى تقديراتها لشكل الجسم ووزنه .
 و- النظام الغذائى للأسرة .
 ز- الانتقادات أو السخرية لوزن الطفل وطريقة أكله والكمية التى يتناولها .
 ح- اختلاف معايير الجاذبية الجسدية (النحافة - الجمال) من ثقافة إلى أخرى:
 يساهم فى وجود الاضطراب لدى فئة دون الأخرى .

أدوات التعرف على المشكلة :

- يمكن التعرف على اضطراب الأكل من خلال :
 أ - الملاحظة المباشرة للطفل فى المنزل أو المدرسة .
 ب- الاختبارات النفسية المعدة فى هذا المجال .
 ج- الطفل نفسه من خلال الملاحظة الذاتية .
 د- القائمين على تربية الطفل .
 هـ- عند تعامل المرشد النفسى مع مشكلة أخرى مثل التدخين ، الشعور
 بالذنب ، القلق .

- ٤- كثرة الراجبات المدرسية وشعور التلميذ بالإحباط لعدم إنجازها .
- ٥- مستوى المقررات الدراسية لا يتناسب مع القدرات العقلية للتلميذ فإذا كانت القدرات العقلية للتلميذ أقل فهي لا تساعد على التحصيل الجيد ، وإذا كانت أكثر فإنها تساعد على الإهمال والتفوق لعدم وجود أنشطة تتحدى هذه القدرات ، فيدرك أن غيابها لا يؤثر على تقدمه الدراسي .
- ٦- خضوع التلميذ لإغراء زملائه ، فيفضل دعوة للعب الكرة مرة أو التجوال في الشوارع أو دخول السينما وتكرار هذه السلوكيات يحدث الهروب من المدرسة المستمر .
- ٧- قد يستخدم بعض أفراد الأسرة المدرسة كأداة تهديد وعقاب فيشعر التلميذ أنه إذا أخطأ فسوف يتم إخبار المعلم أو المدير بذلك .
- ٨- قد يُثبت الوالدان سلوك الهروب عند التلميذ عندما يفضلون بقاءه في المنزل بسبب راحتهم الشخصية ؛ ونتيجة لذلك يجد الطفل في المنزل بيئة صالحة للتماس المعاذير .
- ٩- اضطراب العلاقة بين التلميذ والوالدين ، وقد يأخذ هذا الاضطراب صوراً عديدة منها : الإهمال ، النبذ والرفض ، الحماية الزائدة ، توقع طموح زائد للأبناء ، عدم الاكتران بالمشكلة .
- ١٠- التلميذ لم يتدرب على تحمل المسؤولية ، وبالتالي لم يأخذ الحياة مأخذ الجد ، وقد يكون نمط من الأنماط الآتية : المعزول عن الأسرة اللامبالي ، المتعارض ، المدلل .
- ١١- قد يعاني التلميذ من اضطراب فوبيا المدرسة .

ويمكن الاعتماد على درجة الامتحانات الشهرية كمؤشر على جدية التلميذ وانضباطه .

ثانياً: التأخر الدراسي Under achievement

المشكلة :

تأخر التلميذ في التحصيل الدراسي بالمقارنة بباقي التلاميذ العاديين ، في الفصول العادية .

سلوك المشكلة :

مصطلح التأخر الدراسي ، عبارة عن تكوين فرضي بمعنى : أنه لا يلاحظ ولكن يستدل عليه من نتائجه ، والتأخر دراسياً من حيث الذكاء يقع في التصنيف بين فئة العاديين وفئة المتخلفين عقلياً ، والخاصية السابقة جعلت المهنيين بمجال التربية في حيرة بشأن تحديد مسئولية رعاية فئة المتأخرين دراسياً فهل تتم من خلال خدمات التربية العادية أم من خلال خدمات التربية الخاصة .

قد يكون التأخر الدراسي في مقرر دراسي ما أو أكثر من مقرر ، وقد يكون في جميع المقررات الدراسية وفي هذه الحالة يطلق عليه التأخر الدراسي الشامل ، وقد يكون التأخر الدراسي في شكل رسوب دراسي من سنة إلى أخرى وقد يكون حادثاً لأول مرة .

آثار المشكلة :

يشير "مالجوك" Maluc إلى أن الطفل المتأخر دراسياً تفهده مشكلاته النفسية وتستهلك جهده وطاقته ، فهو شخص يحارب في جبهتين ، جزء من

أولاً : العوامل التي ترتبط بالتلميذ

- ١- عوامل انفعالية مثل : ضعف الثقة بالنفس أو القلق والخوف والتعب والحجل والشعور بالحرمان النفسي ، والغضب .
- ٢- نفور التلميذ من المواد المدرسية والمدرسة ، نتيجة ارتباط موقف مؤلم بمادة ما أو معلم ما ، أو أن التلميذ يكره المدرسة بشدة لصرامة اللوائح والنظم المتبعة .
- ٣- عوامل جسمية مثل : الأمراض التي تؤدي إلى نقص عام في الحيوية (مثل سوء التغذية) أو ضعف في الحواس .
- ٤- عوامل ترتبط بالعجز عن التعلم ، العجز عن التعلم يعتبر حالة خاصة من حالات التأخر الدراسي ، ونستدل عليه من وجود اضطرابات في عملية أو أكثر من العمليات النفسية التي تتعلق بالفهم واستخدام اللغة ، وهذه قد تظهر في اضطرابات السماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو الحساب .

ثانياً ، العوامل التي ترتبط بالمدرسة

- ١- ضعف إعداد التلاميذ ، فإذا لم يُعدَّ التلميذ بشكل جيد وانتقل إلى مرحلة تالية محتاج إلى دراسة أعمق نسبياً فإنه يتخلف بشكل واضح عن زملائه
- ٢- اتجاهات المعلمين السلبية نحو التلاميذ وتظهر في سلوك المعلم من معاملته القاسية للتلميذ وإهائته والسخرية منه أمام زملائه .
- ٣- اتباع طرقاً للتدريس لا تضع في اعتبارها نشاط التلميذ وإيجابيته .
- ٤- تنقلات المعلمين وتصيينهم بعد فترة من بدء الدراسة وتعديل الجداول بشكل