كلية العلوم الاجتماعية

المجلس العلمي

الرقم: .../م.ع.ك.ع.إ/ 2026 مستغانم في: 14 أفريل 2026

مستخرج من محضر المجلس العلمي

اجتمع المجلس العلمي لكلية العلوم الاجتماعية بجامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم في دورته العادية يوم الاثنين 04 مارس 2024، وكان من بين النقاط المدرجة ضمن جدول أعماله طلبات المصادقة على المطبوعات البيداغوجية المرفقة بتقارير الخبرة.

وبناءً على تقريري الخبرة الإيجابيين للأستاذين:

أ.د. هني حاج أحمد (جامعة مستغانم)، الموقع من قبله بتاريخ: 2024/02/17.

أ.د. مسعودي أمحمد (جامعة مستغانم)، الموقع من قبله بتاريخ: 2024/02/15.

وافق أعضاء المجلس على قبول المطبوعة البيداغوجية للأستاذة "**قوعيش مغنية**" بعنوان "**الاضطرابات السلوكية الانفعالية**" المقرر ضمن المواد المدرسة لمستوى السنة الثالثة ليسانس علم النفس المدرسي للسنة الجامعية 2022-2023.

رئيس المجلس العلمي

أ.د. العربي [illegible]
رئيس المجلس العلمي
لكلية العلوم الاجتماعية

Scanne avec CamScanner

الجمهـــــــوريـــــة الجـــزائـــــرية الديـمقراطيـــة الشعبيـة
République Algérienne démocratique et Populaire
وزارة التعليـــم العـــالـي و البحـــث العلمـــي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة عبدالحميد بن باديس مستغانم
كلية العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

مطبوعة بيداغوجية في مادة الاضطرابات السلوكية والانفعالية

محاضرات و دروس بيداغوجية لطلبة السنة الثالثة ليسانس علم النفس

تخصص علم النفس المدرسي

إعداد الدكتورة : قوعيش مغنية

أستاذة محاضرة—أ—

السنة الجامعية: 2022-2023

Scanne avec CamScanner

جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم

السداسي الأول

بطاقة مادة الاضطرابات السلوكية والانفعالية

اسم المادة: الاضطرابات السلوكية والانفعالية . رمز المادة: ا س ا

المستوى الدراسي: السنة الثالثة علم النفس المدرسي

الأستاذ المسؤول عن المادة

اللقب والاسم	الرتبة	الكلية	القسم	الشعبة	البريد الالكتروني المهني
قوعيش مغنية	MCA	العلوم اجتماعية	العلوم الاجتماعية	علم النفس	gouaichmaghnia@univ-mosta.dz

الطلبة المعنيين

قسم العلوم الاجتماعية — شعبة علم النفس — تخصص علم النفس المدرسي — السنة 03

معلومات عن المادة:

الوحدة البيداغوجية: اساسية — الرصيد: 05 — المعامل: 02

الحجم الساعي الأسبوعي: 4 سا و30 د

الدروس: 2 سا — الأعمال الموجهة: 2سا — العمل الشخصي: 1 سا و30 د — الاعمال التطبيقية: /

وضعية الانطلاق:

أن يكون الطالب قد تمكن اكتساب معارف مسبقة حول:

- النمو الطبيعي او التطور العاطفي والسلوكي الانفعالي والجسدي والاجتماعي والعقلي واللغوي في مرحلة الطفولة والمراهقة .
- متطلبات مرحلة الطفولة واحتياجاتها
- السلوك السوي وغير السوي.
- الاضطرابات السلوكية الشاملة.

Scanne avec CamScanner

وصف المادة:

وحدة التعليم: الأساسية.

المادة: الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

الرصيد: 05

المعامل: 02

تتناول المادة مفاهيم اضطرابات السلوكية والانفعالية بدءً من المحكات لتقييم الاضطراب السلوكي والانفعالي وصولا إلى مفهوم شامل في المدارس والمجتمع، كما يتم التركيز فيها أيضا على الاضطراب السلوكي الانفعالي والمفاهيم المتعلقة به، إضافة إلى التطرق إلى التصنيفات وأشكاله واجراءات الفحص والتشخيص مع تحديد أسباب والنظريات المفسرة لاضطراب السلوك وربطها بالوسط المدرسي ، مع تحديد متطلبات وأساليب تعديل السوك ، والفئات المستهدفة منه (السلوك العدواني، الانحراف، السرقة ،الهروب من المنزل)، دراسة حالات (طفل/مراهق) ، وتقييم الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية ي مجال تعديل السلوك بالمدرسة الجزائرية للمضطربين سلوكيا وانفعالية (الطفولة والمراهقة).

أهداف المادة:

- تمكين الطالب من إدراك المفاهيم الأساسية لاضطرابات السلوكية والانفعالية في مرحلة الطفولة والمراهقة .
- استيعاب الطالب لمبادئ الأساسية المرتبطة بتقديم الخدمات لفئة الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

الكفايات الختامية المستهدفة:

- أن يكون الطالب قد تمكن من اكتساب المفاهيم الأساسية (السلوك ، سوء التكيف الاجتماعي ،الاضطرابات الانفعالية ، الاضطرابات السلوكية، الانحراف) .
- أن يصنف الاضطرابات السلوكية والانفعالية وأشكالها.
- أن يشخّص انواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية في الطفولة والمراهقة التي تواجه المدارس وأساليب مواجهتها.
- أن يتمكن من معرفة الاساليب والاختبارات والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية للتقييم والتشخيص.
- أن يقيّم الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية ي مجال تعديل السلوك بالمدرسة الجزائرية للمضطربين سلوكيا وانفعالية (الطفولة والمراهقة).

Scanne avec CamScanner

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
– أهداف المادة	03
– قائمة المحتويات	04
– مقدمة	05
مدخل مفاهيمي الاضطرابات السلوكية والانفعالية.	06
1- مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية	06
2- تصنيف الاضطرابات السلوكية	07
3- خصائص ذوي الاضطرابات السلوكية	09
4-تشخيص الأطفال المضطربين سلوكيا	10
5- الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعا عند تلاميذ المرحلة الابتدائية	12
أولا : النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه	12
ثانيا :السلوك الانسحابي	30
ثالثا : الخوف المدرسي	34
رابعا : الخجل	40
خامسا :القلق.	43
سادسا :الكذب	45
سابعا : التسرب المدرسي	48
ثامنا : التأتأة	56
تاسعا : التوحد	67
عاشرا : السلوك العدواني	86
إحدى عشر :الادمان على الانترنت	108
ثاني عشر : المشكلات الصفية	113
ثالث عشر : اضطرابات النوم	116
الخاتمة	125
قائمة المراجع	126

المجلس العلمي

Scanne avec CamScanner

مقدمة :

يواجه المدرسون مشكلات سلوكية غير مقبولة داخل الفصول الدراسية والتي تهدد النظام التربوي بشكل كبير في العديد من المدارس ، على الرغم من أن غالبية الطلبة يسلكون سلوكا اجتماعيا مقبولا ، فإن أقلية منهم يتصرفون بشكل عدواني مما يكون له تأثير متفاوت على استقرار غرفة الصف وإنتاجيتها (الخليلي، 2005 :28).

وتعتبر المشكلات السلوكية ، في المدارس من بين أخطر المشكلات التي تواجه أطراف العملية التربوية من أباء ومدرسين ومديرين ومشرفين تربويين ، فالشغب والعدائية وإتلاف الممتلكات والعنف الموجه ضد المدرس والتلاميذ هي من الأمور التي تهدد العملية التربوية بمجملها (الصميلي،2008 :13).

ونظرا" للتنوع في المشكلات السلوكية و الآثار السلبية الناتجة عن تلك الممارسات وعلى كافة الجوانب الانفعالية والاجتماعية والتحصيلية ،تبرز أهمية تقديم المساعدة ومد يد العون، من خلال تفعيل برامج الإرشاد النفسي القائم على أسس علمية، وعليه تم الاتفاق بين التربويين في الآونة الأخيرة على ضرورة وجود المرشد النفسي المدرسي في كل مؤسسة تعليمية، لكي يؤدي واجباته ويتحمل مسؤولياته تجاه تطوير العملية التعليمية التعلمية ،وتحقيق النمو السليم المتكامل بأبعاده الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والأكاديمية للدارسين ، ووقاية التلاميذ من الاضطرابات السلوكية والمشكلات النفسية والدراسية (القانون التوجيهي للتربية الوطنية رقم 08-04 المؤرخ في 23 جانفي 2008).

مدخل عام للاضطرابات السلوكية والانفعالية

1- تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية وتعريفها من قبل التربويين والأخصائيين النفسيين، حيث لم يوجد تعريف واحد متفق عليه بشكل عام وذلك لأسباب متعددة، فقد أشار كل من هالان وكوفمان (Halhan, Kauffman, 1982) إلى تلك الأسباب وهي: (يحي، 2000، 16)

1. عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.
2. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
3. تباين السلوك والعواطف.
4. تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.
5. تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك.
6. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتخدمهم.

وقد استخدمت تعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها:

عرف هويت (Heweet, 1963) أن: "المضطرب هو الفاشل اجتماعيا وغير متوافق في سلوكه وفقا لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه إلى جانب جنسه وعمره". (يحي، 2000، 17)

أما وودي (Woody, 1969) فقد عرف المضطربين سلوكيا بأنهم: "غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول". (يحي، 2000، 17)

أما كوفمان (Kauffman) فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم: "من يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة" (يحي، 2000، 18).

وعلى الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية تشير إلى:

- الفرق بين السواء و اللاسواء هو الفرق في الدرجة لا فرق في النوع.
- المشكلة مزمنة وليست مؤقتة.
- السلوك يعتبر مضطربا وغير مقبول وفقا للتوقعات الاجتماعية والثقافية.(يحي،2000 ، 18)

2- تصنيف الاضطرابات السلوكية:

إن الهدف من عملية تصنيف المشكلات السلوكية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شانها أن تساهم في وصف الظاهرة و تحديد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من المشكلات السلوكية.

هناك مشكلات جوهرية واجهت عملية تصنيف الأطفال المضطربين منها:

أ- افتقار النظام التصنيفي لعناصر الثقة والفعالية.

ب- الاعتبارات القانونية الخاصة (قد يتعارض التعريف القانوني للأطفال المضطربين مع التعريفات النفسية والطبية، مما يدفع الجهات القانونية إلى رفض قضية التصنيف).

ج- التباين بين أنظمة تصنيف الراشدين والأطفال. (يحي، 2000، 18)

ونظرا للانتقادات التي وجهت إلى أنظمة التصنيف السابقة التي اعتمدت على التعريفات والجوانب الطبية والسيكولوجية والقانونية.

فقد عمد كوي (Quay, 1975) إلى وضع نظام تصنيفي متعدد الأبعاد يعتمد على تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير.

ويتألف تصنيف (كوي) من أربعة أبعاد وهي:

1. اضطرابات التصرف (عدم الثقة في الآخرين).
2. اضطرابات الشخصية (الانسحاب، القلق، الإحباط).

3. عدم النضج (قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الأحلام).

4. الانحراف الاجتماعي (السرقة، الإهمال، والمجموعات المنحرفة).(يحي، 2000، 19)

هناك تصنيف طبي نفسي وتصنيف تربوي وعلى المعلمين أن يكونوا على دراية بكلا التصنيفين، وذلك لوضع خطة تربوية فردية من قبل الفريق، ويظهر الجدول التالي المقارنة بينهما:

جدول رقم –01– المقارنة بين التصنيفات الطبية النفسية والتصنيفات التربوية

التصنيفات الطبية النفسية	التصنيفات التربوية
1- اضطرابات تطور اللغة.	1- اضطرابات الاتصال.
2- اضطرابات فصامية.	2- إعاقة انفعالية شديدة.
3- اضطرابات الاكتئاب بعد حادث معين.	3- اضطرابات السلوك.
4- اضطرابات تطور اللغة.	4- اضطراب القدرة على التعلم.

وتصنف الاضطرابات السلوكية بشكل عام بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية، حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الآخرين مثل: العدوان، الشتم، السرقة والنشاط الزائد بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة انسحابيه اجتماعية مثل: فقدان الشهية أو التشوه المرضي والاكتئاب، الانسحاب، المخاوف المرضية والصمت الانتقائي. (يحي، 2000، 19-20)

* **تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية: ويرمز له برمز** (DSM):

وهو تصنيف يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) وهو الأكثر استخداما من قبل الأطباء النفسيين، ويعتمد هذا التصنيف على وجهة نظر الطب النفسي في النظر إلى الاضطرابات في السلوك والذي يركز على الاضطرابات من الجانب الانفعالي وتبني وجهة النظر الطبية التي تفترض وجود أسباب داخلية لاضطرابات السلوك.

ووفقا لما ورد في الدليل الاحصائي الثالث المعدل الذي يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (1987) فقد تم تصنيف المشكلات السلوكية على النحو التالي:

أ- **مشكلات متعلقة بالنمو**: التخلف العقلي أو الدراسي، ومشكلات النمو اللغوي، وصعوبات التعلم.

ب- **مشكلات متعلقة باضطراب السلوك**: النشاط الحركي الزائد، والعدوانية، وتشتت الانتباه، والتخريب، والجنوح، والكذب، والانحرافات الجنسية.

ج- **مشكلات القلق**: قلق الانفصال، والقلق الاجتماعي، وتحاشي أو تجنب الاحتكاك بالآخرين.

د- **الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام**: الهزال أو النحافة المرضية، النهم، السمنة، والتهام المواد الضارة.

هـ- **اضطرابات الإخراج**: التبول اللاإرادي، والتغوط.

و- **اضطرابات الكلام واللغة**: اللجلجة، التلعثم، والبكم، والحبسة الصوتية.

ز- **اضطرابات أخرى**: ذهان الطفولة، والسلوك الاجتراري.

ولا يعني التصنيف على هذا النحو وجود حدود قاطعة بين الفئات، فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص. (بودالي، 2014، 20-21)

3- خصائص ذوي الاضطرابات السلوكية:

ترد فيما يلي العلامات والأعراض المتوقعة للاضطرابات السلوكية هي:

أ- اضطرابات العلاقات العائلية.

ب- اضطرابات العلاقات مع المعلمين.

ج- النشاط الزائد والحركة المفرطة.

د- العدوان نحو الذات والآخرين.

هـ- التهور.

و- عدم النضج الاجتماعي.

ز- الاكتئاب والشعور بالسعادة.

ح- التقوقع حول الذات.

ط- الاضطراب والقلق.

ي- أفكار انتحارية.

ك- عدم الانتباه والقدرة على التركيز كبقية الأفراد في مثل سنه.

وبالنسبة للخصائص التعليمية فهي:

أ- ضعف التحصيل الأكاديمي لذا على المعلم أن يساعد الطفل في تحسين مهاراته الأكاديمية بالإضافة إلى مساعدته في تعديل سلوكه.

ب- خلل في مهارات الاتصال الاجتماعي، مما يعيق الطفل من التعاون والاتصال مع المعلم، والتفاعل داخل غرفة الصف، والتفاهم مع بقية الطلاب. وقد يكون السبب الذي يؤدي إلى أبعاده عن التعليم الأكاديمي أكثر من ضعف التحصيل الأكاديمي.

أما الخصائص السلوكية يمكن تحديد ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية عند الطلاب:

1. اضطرابات في السلوك الخارجي.
2. اضطرابات في السلوك الداخلي.
3. اضطرابات سلوكية قليلة الحدوث. (يحي، 2000، 26-27)

4- تشخيص الأطفال المضطربين سلوكيا:

يعتبر (البطاينة، الجراح، 2007، 484-485) القرار بتحويل الطفل إلى خدمات تعليمية خاصة قرارا مهما يجب اتخاذه بحذر، وعادة من الصعب التمييز بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وأولئك الذين يعانون فقط من سلسلة من مشاكل التكيف العابرة، فكل طفل يبدي سلوكا غير مقبول، ولكن هناك أطفال يمارسون هذا السلوك لمدة أطول وبشكل أكثر من الآخرين.

ويطرح تشخيص ووضع عدد غير مناسب من الطلاب في البرامج التعليمية الخاصة أسئلة كثيرة حول العملية التي تستخدمها أنظمة المدارس في تحديد الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية، فهل تمزج هذه الأنظمة خطا ما بين الاختلافات الثقافية والسلوك المنحرف؟ أم هل تلعب النزاعات الشخصية لبعض صانعي القرار دورا في صنع القرار؟ وهل هناك جماعات أكثر احتمالا في إظهار أعراض الاضطرابات السلوكية؟

وقد طور وود وسميث (Wood & Smith, 1985) عملية لضبط تصرفات الأطفال المضطربين سلوكيا تتضمن خمس خطوات:

1. **الضبط في البيت أو غرفة الصف**: المستوى الأول من الاستجابة لمشاكل الطفل هو البيت أو غرفة الصف (المعلم)، فعادة يؤنب الوالد أو المعلم الطفل إذا ما مارس سلوكا غير اجتماعي، وإذا كانت المشكلة عابرة فمن الممكن الاعتماد على هذا المستوى ما دامت المشكلة ستؤخذ بعين الاعتبار.

2. **النشاطات**: إذا استمرت المشكلة في غرفة الصف فإن بعض الأنظمة المدرسية تستخدم فريقا يتكون من مجموعة من المختصين (علماء النفس، الإداريين، المعالجين النفسيين اللغويين)، وذلك لتصميم خطة يمكن أن ينفذها المعلم داخل غرفة الصف بمساعدة الفريق، وإذا ما فشلت الخطة بعد وقت معقول، فإنه من الضروري اتخاذ خطوات إضافية أخرى.

3. **الرجوع إلى خدمات تعليمية خاصة**: يتم جمع المعلومات عن الطفل بمساعدة الآباء، وبالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بمستوى الذكاء والصحة، فإنه يجب جمع بيانات عن الطفل في غرفة الصف، وبذلك تتم دراسة المشكلة في البيئة التي يجب أن ينفذ فيها الحل، ويتم جمع البيانات من خلال المقابلات ومقاييس التقدير (الامتحانات) والملاحظات.

4. **تعيين المكان الملائم**: في هذه المرحلة يقرر فريق التخمين أن الطفل غير مستفيد من البيئة الحالية، ويصدر توصيات حول ذلك، ومن الممكن أن تتضمن هذه التوصيات تغيير البيئة المكانية ببرامج تعليمية مختلفة (جديدة) توظف الخدمات الداعمة، كما يتم تطوير برنامج التعليم الفردي في هذه المرحلة (The Individualized Education Program (IEP)).

5. تنفيذ برنامج التعليم الفردي: يتم تنفيذ الخطة التي يتم تطويرها خلال الخطوات السابقة ويستمر جمع بيانات عن تقدم الطفل، ويعتبر البرنامج التعليمي الفردي (IEP) دليلا فاعلا للمعلمين الذين يحاولون أن يتعاملوا مع أطفال يعانون من اضطرابات سلوكية وعاطفية وذلك إذا ما استخدم بالشكل الصحيح.

5- الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعا عند تلاميذ المرحلة الابتدائية:

بناء على نتائج مجموعة من الدراسات و البحوث-التي سأشير إليها في متن الدراسة-و على نتائج الدراسة الاستطلاعية فإن أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى الأطفال هي مشكلة فرط النشاط الحركي العدوان الخوف المدرسي القلق الخجل السلوك الانسحابي و الكذب.

أولا : النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه:

النشاط الحركي الزائد: استخدمت عدة مصطلحات للإشارة إلى هذا الاضطراب ومن هذه المصطلحات الحركة الزائدة، والنشاط المفرط، والتلف الدماغي البسيط.

1 -تعريف النشاط الحركي الزائد:

من الناحية اللغوية:

يعرف "معجم لغوي عربي" (2007): كلمة النشاط . ج . نشاطات و أنشطة. بأنها القوة و الحزم و الإندفاع و الخفة في العمل.

أما كلمة حرك . حركا و حركة: أتى بحركة، لم يبقى ساكنا. (معجم لغوي عربي، 2007: 171).

و يعرفه قاموس اللغة الفرنسية Larousse: " بأنه حالة نشاط حركي و عدم استقرار السلوك." (Dictionnaire de FrançaisLarousse,2005 :557).

من الناحية الاصطلاحية:

يعرفه "معجم مصطلحات إعاقات النمو" بأنه: " زيادة في الحركة بمعدل أسرع من حركة المماثلين في العمر الزمني." (كريمان بديروأخرون،2007: 382).

عرف النشاط الزائد في (دليل التربية الخاصة، 1993) على أنه: "نشاط جسمي وحكي حاد ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، ويظهر هذا السلوك غالبا في سن الرابعة حتى سن (14-15) سنة". (يحي، 2000، 179)

وعرفه (عبد الحليم، 2010، 105) بأن الطفل المصاب بالنشاط الحركي المستمر لا يستطيع الجلوس في مكان واحد إلا لدقائق قليلة، ويتفحص الأشياء المحيطة به.

وعندما يرتبط سلوك النشاط الزائد بالمشكلات المتصلة بضبط السلوك الصفي فإنه يمكن تعريفه إجرائيا على أنه: "الخروج من المقعد، والتحدث دون استئذان، والتجول في غرفة الصف وإبقاء الأشياء على الأرض، والإزعاج اللفظي وغيرها من الأفعال غير الانضباطية".

فالنشاط الحركي هو زيادة النشاط الزائد عن الحد المقبول بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل غير متناسبة مع عمره الزمني. (يحي، 2000، 179-180)

1-2- مظاهر النشاط الحركي الزائد: يظهر سلوك النشاط الزائد من خلال المظاهر المتمثلة بعدم احترام المعلمين ومعاداة الأوامر المدرسية، العبث بالأثاث المدرسي واستعمال الألفاظ البذيئة وإحداث الأصوات المزعجة.

كما ترافق النشاط الزائد الخصائص السلوكية منها: (أبو حمادة، 2006، 402)

أ- عدم التنظيم.

ب- التهور والاندفاع.

ت- القلق.

ث- العصبية.

ج- القابلية للإثارة.

ح- عدم القدرة على الانتباه والتركيز.

خ- تصرفات غير متوقعة وتغيرات ملحوظة في المزاج.

د- علاقات اجتماعية مضطربة.

ذ- العدوان.

ر- اضطراب الوظائف الحركية.

وهذا كله يؤدي إلى ضعف في التحصيل الدراسي وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخرى. (يحي،2000، 180)

1-3-أسباب النشاط الحركي الزائد: حاولت نظريات متعددة تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه وأشارت إلى جملة من الأسباب المفترضة، ولما كانت نتائج الدراسات التربوية قد أخفقت في دعم تلك الأسباب المفترضة، مما اعتقد الباحثون أن النشاط الزائد ليس نتيجة عامل واحد، بل هو نتاج عدة عوامل تتفاعل مع بعضها، ومن هذه العوامل:

- **العوامل الجينية:** أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الزائد، ولكنها فشلت في التوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية. إلا أن الدراسات الجينية الحاسمة لم تنفذ بعد في مجال النشاط الزائد، فالميكانيزمات الجينية يتم التعرف عليها قبل أن يتحقق من وجودها. (يحي، 2000، 181)

- **العوامل العضوية:** أشارت مجموعة من الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطا زائدا هم الذين تعرضوا أكثر للعوامل التي قد تسبب تلفا دماغيا، ومن أسباب النشاط الزائد لأورام والضعف النمائي لأسباب متباينة، أو نقص الأكسجين في الأنسجة، أما دراسات أخرى فقد وجدت أنه ليس عرضا ضروريا أو شائعا من أعراض التلف الدماغي. (يحي، 2000، 181)

- **العوامل النفسية:** وهناك عدة عوامل نفسية متداخلة نذكر منها: (يحي، 2000، 181-182)

1) **المزاج:** قد تؤدي المشكلات في المزاج إلى اضطرابات سلوكي أكثر صعوبة، فالنشاط الزائد هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض أي انخفاض تقدير وزيادة مستوى التهيج لدى الطفال.

2) **التعزيز:** قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور أو استمرارية النشاط الزائد، ففي مرحلة ما قبل المدرسة يحظى نشاط الطفل بتعزيز الآخرين، أما عند انتقاله إلى المدرسة وفرض عليه قيود وتعليمات مما يجعل الطفل على

عدم الاعتياد بهذا الموقف، ومن هنا يصبح أكثر نشاطا ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي يؤدي بدوره إلى زيادة مستوى النشاط الزائد لديه.

3) النمذجة: أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد مستوى نشاطه ويصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا، وقد يكون الوالدين بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل ويعملان على تعزيزه. كما لا توجد أدلة علمية كافية تدعم هذا الافتراض.

- **العوامل البيئية:** يعتقد أن العوامل البيئية اثارة كبيرة للجهاز العصبي، مما يؤدي إلى سلوك النشاط الزائد ومن هذه العوامل: (يحي، 2000، 182-183)

أ- التسمم بالرصاص: وقد وجدت بعض الدراسات أن وجود نسبة عالية من الرصاص في دم الطفل يؤدي إلى النشاط الزائد.

ب- الإضاءة: يرى الخطيب (1993) أن التعرض للإضاءة العادية قد يؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطا زائدا أو ضغوطا بيئية تغير طبيعة الجسم فينتج النشاط الزائد، ولا توجد أدلة علمية لدعم هذا الافتراض.

ج- المواد المضافة للطعام: أشارت بعض الدراسات إلى أن النشاط الزائد قد يرتبط بتناولهم الطعام الذي يحتوي المواد الحافظة والصابغة التي تضيف النكهات المختلفة وبالمقابل وجدت دراسات أخرى أنه لا دليل على صحة هذا الافتراض.

2- تشتت الإنتباه:

مفهوم من الناحية اللغوية:

يعرفه "منجد اللغة والإعلام": شتّ . شتا و شتاتا: تفرّق . تشتت و انشت الشمل، تفرق: التفرّق. (منجد في اللغة و الإعلام، 1982: 373).

و يعرفه قاموس اللغة الفرنسية Larousse: " عدم قدرة العقل على التركيز طوعا على موضوع معين." (Dictionnaires de français.Larousse, 2005 :302).

- مفهوم من الناحية الاصطلاحية:يعرفه معجم مصطلحات إعاقات النمو" بأنه: " ضعف قدرة الطفل على التركيز في شيء محدد، خاصة أثناء عملية التعلم" (كريمان بدير وأخرون، 2007، 180).

3- تعريف النشاط الحركي الزائد وتشتت الإنتباه:

3-1-تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية DMS4:

" اضطراب النشاط الحركي الزائد / تشتت الإنتباه يعني عدم قدرة الطفل على الإنتباه و قابليته للتشتت، قد تؤثرعلى تركيزه أثناء قيامه بالنشاطات المختلفة، و عدم اتمامها بنجاح." (مشييرة عبدالحميد، 2005: 18).

3-2- التعريف الطبي للنشاط الحركي الزائد / تشتت الإنتباه:

تعرفه مجموعة متخصصة من الأطباء في تشتت الانتباه و الاضطرابات العقلية بأنه: " اضطراب عصبي حيوي يؤدي إلى عملية قصور حاد تؤثر على الأطفال بنسبة 5%من تلاميذ المدارس." (مشيرة عبد الحميد، 2005: 17).

يعرفه"المعهد القومي للصحة النفسية" على أنه: " اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل: التفكير و التعلم و الذاكرة و السلوك." (مشيرة عبد الحميد، 2005 : 17).

3-3- التعريف السلوكي للنشاط الحركي الزائد / تشتت الإنتباه:

يعرفه "براكلي"Berkeley " (1990) في نظريته عن اضطراب النشاط الحركي الزائد / تشتت الانتباه على أنه: " اضطراب في منع الإستجابة للوظائف التنفيذية، قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، و عجز في القدرة على تنظيم السلوك اتجاه الأهداف الحاضرة و المستقبلية مع عدم ملائمة السلوك بينيا." (مشيرة عبد الحميد، 2005: 18).

تعريف"برجن ""Breggin"(1991): " الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد و قصور إلإنتباه، على أنهم لم يحصلو على اهتمام من الوالدين، فحدث لهم هذا الاضطراب السلوكي." (مشيرة عبد الحميد،2005: 18).

4- أسباب النشاط الحركي الزائد / تشتت الانتباه:

تتعدد أسباب اضطراب التركيز والانتباه، وتختلف باختلاف العوامل المساعدة والظروف المهيئة لهذا الاضطراب وهي كالتالي:

1- **الأسباب البيئية: وتنقسم إلى ثلاثة مراحل هي:**

مرحلة الحمل:

قد تتعرض الأم في أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين كتناول المخدرات أو الكحول أو بعض العقاقير الطيبة خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى، وكذلك إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية أو السعال الديكي، مما يؤدي إلى إصابة الجنين بتلف في المخ، ومن ثم تلف المراكز العصبية المسؤولة عن العمليات الانتباهي.,

مرحلة الولادة :

- ضعف الجفت على رأس الجنين أثناء عملية الولادة المتعسرة.
- التفاف الحبل السري أثناء عملية الولادة، وعدم وصول الأكسجين لمخ الجنين.
- إصابة مخ الجنين أو جمجمة وذلك أثناء عملية الولادة.(محمد النوبي محمد علي، 2009: 38).

مرحلة ما بعد الولادة:

الحوادث: فإصابة الطفل في سنوات الطفولة المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث أو ارتطام رأسه بأشياء صلبة، يؤدي هذا إلى إصابة بعض المراكز العصبية في المخ وخاصة المسؤولة عن الانتباه والتركيز.

الأمراض المعدية: إن تعرض الطفل للحمى الشوكية أو الحصبة أو التهاب السحايا يؤدي إلى إصابة المراكز المسؤولة عن الانتباه في المخ، وخاصة الفص الجبهي والفصوص الخلفية للمخ.(محمد النوبي محمد علي، 2009: 38)

2-**الأسباب البيولوجية :**

خلل في وظائف المخ: قد يرجع إلى تلف الدماغ، أو ما يصيب الدورة الدموية من مشاكل، أو بعض العمليات الكيماوية التي تحدث في جسم الإنسان بشكل غير طبيعي أي أن هذا الاضطراب يحتمل أن يكون من أسبابه تلف نسيج المخ، حيث أن البعض منهم يعاني من نوبات صرعية، وقد يظهر الشذوذ في رسم المخ لدى25% من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية(**Www-arb-ctycare.com.14/04/2015** .

ضعف النمو العقلي: كلما زاد نمو الطفل زادت كفاءته الانتباهية، وإذا كان هناك صعوبات في نموه العقلي يؤدي ذلك إلى ضعف المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه، وبالتالي فإن النمو العقلي والمعرفي للطفل يؤثر على مستوى الانتباه لديه.

الخلل الكيميائي في التنقلات العصبية: الناقلات العصبية هي عبارة عن قواعد كيماوية تعمل عن نقل الإرشادات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ باختلاف التوازن الكيميائي، لهذه الناقلات العصبية الاضطراب ميكانيزم الانتباه.(محمد النوبي محمد علي، 2009: 39).

3- **الأسباب الاجتماعية والنفسية** :

سوء المعاملة الوالدية : إذا أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة (كإهمال_ العقاب البدني أو النفسي_ الحماية الزائدة.....) من شئنها تصيب الطفل بتشتت الانتباه وهذا ما تؤكده مختلف الدراسات ونذكر منها:

وهذا ما أكدته أيضا الدراسة التحليلية التي أجراها كل من (هيفل وكلارك **Heilveil and Clark** (**1990**للعوامل والظروف التي تحيط بأطفال، حيث كشفت النتائج أن الأطفال يعيشون في عزلة اجتماعية، ويعانون من عدم التفاعل والإهمال من المحيطين بهم، وأضافت نتائج هذه الدراسة أن معظم الأطفال ذوي تشتت الانتباه يتعرضون للعدوان من الأخرين ومن العقاب المتكرر.(علا عبد الباقي إبراهيم، 2007: 39)

عدم الاستقرار داخل الأسرة: الأسرة غير مستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، وكذلك عدم التوافق الزواجي وسوء الانسجام الأسري، كل هذا يترتب عنه ميول الطفل للإثارة وعدم التركيز.

5-تصنيفات صعوبة التركيز وتشتت الانتباه:

وهنا يشير (كيرك وكلفانت، 1988) إلى أشهر تصنيف لضعف الانتباه قدمته جمعية الطب النفس الأمريكية عام 1980، والذي يحدد نمطين من ضعف الانتباه:

ضعف الانتباه المرتبط بنشاط الزائد: والذي يتضمن المظاهر الآتية:

-قصور الانتباه:

1- الفشل في إنهاء المهمات التي يبدؤوها.

2- غالبا ما يبدو عليه عدم الاستماع.

.**3**- صعوبة الاستمرار في الأنشطة اللعب.

.**4**- غالبا ما ينسى أنشطة اليومية.

.**5**- يتشتت انتباهه بسهولة.

.**6**- يعاني من صعوبة في التركيز.

-الاندفاعية:

1. الانتقال من نشاط لآخر بشكل مستمر.
2. يتطفل على الآخرين ويقاطعهم.
3. يتصرف في غالب بلا تفكير.
4. يعاني من صعوبة التنظيم.
5. لا يستقر في مقعده.
6. يصرخ أو ينتابه نوبات غضب.
7. يعاني من صعوبة في الانتباه وأخذ دوره في الألعاب والأنشطة.
8. يحتاج إلى المزيد من المراقبة والإشراف.

-النشاط الزائد:

1. يعاني من صعوبة بالغة في الالتزام بهدوء.
2. دائما ما يقوم بأنشطة مستمرة.
3. يعاني من صعوبة في البقاء في مقعد.
4. يتحرك بشكل ملفت للنظر خلال نومه .
5. يتسلق الأشياء ويقفز عليها. (لمعان مصطفى الجيلالي، 2011: 213).

تبدأ قبل سن السابعة من العمر، تستمر هذه الأعراض على الأقل لمدة ستة أشهر.

ضعف الانتباه(نقص التركيز) غير مرتبط بالنشاط الزائد:

ويكون هذا النمط أقل وطأة من النمط الأول لأنه لا يكون مصحوبا بحركة الزائدة، فهو يتسم بأنه بسيط بالرغم من أن هناك تشابه في السلوك بين نمطين.(لمعان مصطفى الجيلالي، 2010: 213).

6- أعراض صعوبة التركيز وضعف الانتباه:

يتصف الطفل المتمدرس الذي يعاني من صعوبة التركيز والانتباه بالأعراض التالية:

- ❖ صعوبة في التركيز والانتباه في العمل الذي يقوم به أو حتى اللعب.
- ❖ ضعف في ذاكرة.
- ❖ الفشل في التركيز والانتباه لتفاصيل الموضوع أو النشاط.
- ❖ صعوبة في تنظيم المهمة التي يقوم بها أو النشاط.
- ❖ القيام بعدة أخطاء في عمله تدل على عدم الاهتمام به كالواجبات المدرسية، اللغب، العمل، أو أي نشاط يمارسه.
- ❖ عدم القدرة على إتباع التعليمات والأوامر.
- ❖ عدم الإنصات عند الحديث معه.
- ❖ فشله الدائم في إتمام المهام التي تطلب منه.
- ❖ رفضه الدائم مشاركة الآخرين في النشاطات التي تحتاج إلى تركيز وجهد فكري.
- ❖ يسهل تشتيت انتباهه بالمؤثرات الخارجية.
- ❖ كثير النسيان في نشاطاته اليومية وعادة ما يفقد الأشياء الضرورية للقيام بالمهام المطلوبة أو النشاطات.
- ❖ يتميز بأحلام اليقظة.
- ❖ غير مرتب في مظهره أو حتى في نشاطاته ودروسه .(هناء إبراهيم صندقلي، 2009: 72).

وهذا ما قامت بتحديده جمعية الطب النفسي الأمريكية في دليلها التشخيصي أعراض النظريات الانتباه الأساسية في المظاهر الآتية:

- الفشل في إنهاء المهام التي يبدأها الطفل.
- ظهور ملامح عدم الاستماع.

- التشتت بسهولة (قابلية للتشتت).
- صعوبة التركيز على المهام الدراسية أو المهام التي تتطلب الإبقاء على عملية الانتباه.
- صعوبة الاستمرار في أنشطة اللعب.(محمود عوض الله سالم وآخرون، 2006: 76).

7- نسبة انتشار اضطراب عدم التركيز والانتباه:

إن اضطراب التركيز والانتباه من الحالات المنتشرة في جميع أنحاء العالم وتصل نسبة الإصابة به إلى 10% من الأطفال في مرحلة التعليم الابتدائي، وبحسب التقديرات الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الأمريكية **DSMIV** تصل نسبة هذا الاضطراب ما بين (3% إلى 6%) من تلاميذ المرحلة الابتدائية.(هناء إبراهيم صندقلي، 2009: 39)

ووجد أن معدل انتشاره في الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20% ،أما ويندر **Wender** "(**2005**)يقول أن نسبة هذا الاضطراب بين الذكور والإناث تتمثل في (06% للذكور و01% للإناث)، أما في ما يخص تفصيل يورده " الحامد" (2002) عن بعض الإحصائيات في الدول المختلفة لنسبة انتشار هذا الاضطراب كالتالي:

- المملكة العربية السعودية 13.**%**
- جمهورية مصر العربية 6,2 .**%**
- و.أ.م 6,5.**%**
- كندا 9,5% ذكور و3,3% إناث.
- بريطانيا 1% من طلاب المدارس و2% بشكل عام.(عون معين شاهين، 2011: 39).

8- الخصائص الشخصية للتلميذ التي يعاني صعوبة التركيز والانتباه:

1- الخصائص السلوكية:

- أداءاهم مرتبك وغير مرتب ومتسم بالفوضى..
- يضيقون ذرعا بأداء المهام وإكمالهم لها والانتهاء منها.
- يتجاهلون ما يقال لهم كما لو أنهم لا يسمعونه.

- يغفلون عن متابعة ما هو مطلوب منهم من الواجبات والتعليمات.
- يرفضون المهام التي تتطلب جهداً عقليا مستديما.
- تشتتهم الأصوات التي يتجاهلها الآخرين (مثل أصوات السيارات، والآخرين(
- ينسون النشاطات اليومية(مثل نسيان المواعيد أو الأدوات، والكتب، والحاجيات.(
- ينتقلون من محادثة إلى أخرى، ولا يصغون للآخرين، ويتجاهلون قواعد الألعاب أو النشاطات. (فتحي زيات ، 2006).

2- الخصائص الانفعالية:

- ❖ التوتر والقلق.
- ❖ اضطراب الحالة المزاجية.
- ❖ الانطواء وعدم الثقة بالنفس.
- ❖ فقدان الإحساس بالأمان.
- ❖ يكون غير ناضج انفعاليا، والانفعالية تتسم بالتقلب أحيانا يكون هادئ ومتزن المزاج، وأحياناً أخرى ينفجر في ثورة من الغضب يعقبها بكاء شديد.(نايف بن عابد الزراع، 2007: 50).

3- الخصائص المعرفية:

- ❖ اضطرابات في التعلم بصفة خاصة صعوبات القراءة والكتابة والتهجئة والرياضيات.
- ❖ كذلك يؤثر هذا الاضطراب على فاعلية الذاكرة والخاصة للذاكرة العامة، وتنظيم استقبال المثيرات وإدراكها، وكذلك يعاني من اضطراب في الإدراك والتميز والتكوين المفاهيم.

4- الخصائص الاجتماعية:

- ❖ تكون علاقتهم الاجتماعية سلبية.
- ❖ عدم القدرة على التواصل مع الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة.
- ❖ رفضه من طرف أقرانه والمتعاملين معه في الأسرة والمجتمع (نايف بن عابد الزراع، 2007: 52-53).

5- الخصائص التعليمية:

- ❖ صعوبات القراءة وإجراء العمليات الحسابية.

- ❖ التأخر الدراسي.
- ❖ ضعف في فهم ما يقرأ.
- ❖ قصور شديد في الإنتباه مع تشتت وشروذ.
- ❖ مشاكل في الإستعاب العام، والإستعاب القرائي.
- ❖ صعوبات في الإصغاء المستمر.(هناء إبراهيم صندقلي، 2009: 45).

9- تشخيص اضطراب صعوبة التركيز والانتباه:

عملية التشخيص تمر بعدة أساليب وهي:

- الحصول على السيرة المرضية للطفل والكشف السريري الطبي لمعرفة نوعية الأمراض العضوية التي يتعرض لها الطفل سابقا، والتي من المحتمل أن يكون بعضها قد تسبب في خلل لوظائف الدماغ.

- المقابلة الشخصية التي تتم مع الطفل لملاحظة سلوكيات، ومع الأهل لأخذ المعلومات الضرورية حول المظاهر المرتبطة باضطراب التركيز والانتباه.

- البيانات السلوكية وهي عبارة عن مقاييس متعلقة بتحديد درجة السلوك عند الطفل .

- التقييم النفسي والتربوي وهو عبارة عن استبيانات تعطيها صورة حقيقية عن وضع الطفل النفسي واحتمال تعرضه لواحدة من الاضطرابات النفسية، وتوضح لنا وضعه التربوي، وصعوباته التعليمية.(هناء إبراهيم الصندقلي، 2009: 46).

- كل هذه الأساليب تعتمد معالج أكبر نسبة من المعلومات الممكنة حول اضطراب التركيز والانتباه.

- وكذلك لابد من توافر مقاييس التشخيص أو شروط التشخيص التي نشرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي فالبديل التشخيصي للاضطرابات النفسية **DSM4** وهي كما يلي:

- ❖ إجراء الاختبارات النفسية والسلوكية على الطفل، كاختبارات الذكاء مثلاً.
- ❖ أن تكون الأعراض ً ظاهرة قبل سن السابعة من عمر الطفل.
- ❖ أن تكون جميع الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر أو أكثر قبل عملية التشخيص.

- أن تتواجد هذه السمات المرضية أو الأغراض على الأقل في بيئتين مختلفتين لهذا الطفل مثل بيئة المدرسية والمنزل، أو المدرسة أو الشارع. .....
- أن تؤثر هذه الأعراض على مستوى الطفل الأكاديمي والاجتماعي بشكل واضح.
- أن لا تكون هذه الأعراض ناتجة عن حالات مرضية نفسية أخرى أو أي اضطراب في الشخصية أو في السلوكيات كالقلق، الاكتئاب، والهستيريا والفصام وغيرها (هناء إبراهيم الصندقلي، 2009: 48).

8- الاضطرابات المصاحبة لصعوبة التركيز والانتباه:

هناك العديد من الاضطرابات التي تكون مصاحبة لاضطراب أو صعوبة التركيز والانتباه، لأن ضعف التركيز قد يكون مصاحبا بمشاكل أخرى مثل صعوبات التعلم، فيمكن أن تتوافر كلها في حالة واحدة وهي الآتي:

عدم القدرة على التوافق الاجتماعي: حيث أن الطفل الذي يعاني من صعوبة التركيز والانتباه قد يتسبب بالانزعاج لمن حوله ولأصدقائه، لذا يكون غير مرغوب به اجتماعيا، وذلك نتيجة لتصرفاته وسلوكاته، ويتدخل في أمور الآخرين، ويقاطع الأحاديث ويتسبب بإحراجات كثيرة لأهله بسبب سلوكه غير المقبول ويضع الكثير من الحواجز من خلال تعاطيه مع الآخر، مما يدفع بالمحيطين به لعدم فهمه بسهولة.(هناء إبراهيم الصندقلي، 2009: 57).

اضطرابات النوم: تزداد اضطرابات النوم لدى هذه الفئة من الأطفال، مما يجعلهم يشعرون دائما بإرهاق والذي يؤثر على تركيز والانتباه.(محمد النوبي محمد علي، 2009: 49).

الاضطرابات الانفعالية: الشعور بالنقص وانخفاض في تقدير الذات بإضافة إلى الشعور بالوحدة والسرعة والإحباط، بإضافة إلى القلق والإحساس بالخوف الدائم مع عدم الارتياح لما يحصل معه، والاكتئاب من خلال الحزن والانطوائية مع قلق مستمر غير قادر على التفكير بسرعة مع عدم القدرة على التركيز .

الاضطرابات السلوكية: تنتشر الكثير من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبة التركيز والانتباه، إذ يؤدي إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع بيئتهم، لدرجة عدم التركيز في الأنشطة التي يقومون بها داخل الفصل الدراسي.(بتصرف. محمد النوبي محمد علي، 2009: 48).

التأخر الدراسي: ونجد فيه:

أ.ضعف القدرة على الفهم: ضعف القدرة على فهم المعلومات التي يستقبلها سوآءا كانت شفهية أو كتابية.

ب.ضعف القدرة على التفكير: إذ أن تفكيره غير مترابط، وهذا يجعله يفكر في موضوعات هامشية بعيدة عن العمل المراد التركيز فيه.

ت.الكتابة الرديئة: حيث أن كتاباته تكون مليئة بأخطاء اللغوية.(محمد النوبي محمد علي، 2009: 49).

ث.صعوبة الإصغاء: فالطفل يمل من متابعة مثير ما بنفس الانتباه، كونه غير قادر على التمييز بين المثير الثانوي الرئيسي، مما يسبب له التشتت نحو المثيرات ممتعة كالنظر عبر النافذة أثناء سير الدرس، لهذا نجد الأطفال الذين يعانون من صعوبات الإصغاء لأكثر من دقائق معدودة مما يسبب لهم صعوبات تعلم مهارات جديدة.(هناء إبراهيم صندقلي، 2009: 86).

ج.الاستجابة الخاطئة: إذ يعاني الطفل من ضعف القدرة على التركيز، واستدعاء المعلومات الضرورية لفهم المسائل.(محمد النوبي محمد علي، 2009: 49).

ح.اضطرابات في الإدراك: وتتضمن في الإدراكات البصرية أو السمعية أو الحركية أو اللمسية، لذا قد يواجه الطفل صعوبات في كتابة الحروف بطريقة صحيحة، ولا يستطيع التمييز بين الأصوات.

خ. اضطرابات في الذاكرة: وهي عدم استدعاء ما تم مشاهدته أو سماعه أو ممارسة أو التدريب عليه، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات واضحة في ذاكرة البصرية أو السمعية قد تكون لديهم مشكلة في تعلم القراءة والتهجئة والكتابة وإجراء العمليات الحسابية.

د.اضطرابات اللغة الشفوية: وترجع إلى الصعوبات التي تواجهها الأطفال في فهم اللغة وتكامل اللغة الداخلية والتعبير عن الأفكار لفضياً.(محمود عوض الله سالم، 2008: 32).

ذ.الشرود الذهني: وهو لغة يعني الإزاحة مباشرة وسريعة لانتباه خلال سلسلة من المثيرات الغير الهامة ففي الشرود الذهني لا يتأثر أمر دون غيره ببؤرة الشعور فهو حالة عدم المبالاة.

اصطلح جاردن وزملائه 1959 **GARDNER** إلى هذا المفهوم على أنه عبارة عن ردود فعل الفردي اتجاه المثير الذي يحتوي على مجموعة من المعلومات المتقاطعة أو المقحمة وقد أطلق جاردن مصطلح المقيد المرن على هذا المفهوم واشار إليه على أنه يمال مضمون الأسلوب الاستقلال للاعتماد على المجال الإداري.

وقد أشار سانتو ستيفانو 1969 **SANTANSTEFANO** إلى أن الشرود الذهني هو طريقة تناول الفرد للمجال الإدراكي الذي يحتوي على معلومات متصلة وغير متصلة في المجال الإدراكي.

ويري مشام محمد الخولي 2000 أن الشرود الذهني تعود إلى الفروق الفردية في إدراك المعلومات المرتبطة أو المتداخلة أو المتناقضة مع تلك المعلومات المكونة للموضوع الأصلي المراد الانتباه إليه.

وعلى ضوء ذلك يشير الشرود الذهني إلى مدى قابلية أو تأثر الفرد بالمثيرات المتفاعلة والتي لا ترتبط بالموضوع المدرك.

كما يمكن إعتباره نمطا معرفيا يشير إلى الدرجة التي يوجه بها الفرد انتباهه انتقائيا للمعلومات المرتبطة ببعضها ومنع الانتباه المعلومات التي ليست لها علاقة بالموضع المثير ذاته. (عليلش فلة ،2009 :118).

9-علاج صعوبة الانتباه و النشاط الزائد:

السلوك يتحسن عندما يتلقى المصاب علاجا دوائي يتوقف عندما ينقطع هذا العلاج .ومن ثم فإن التدخلات العلاجية لاضطراب الانتباه تكون طبية دوائية، (صيدلانية) وتدخلات معرفية سلوكية (تتضمن مجال الإرشاد النفسي)بإضافة إلى التدخلات التربوية.

1- العلاج الدوائي :

بدأ العلاج الدوائي لاضطراب الانتباه في عام 1937 عندما سجل برادلي **BRADLEY** أثار استخدام البنزدرين على السلوك المصاب ومنذ ذلك الوقت تأكد فعالية ودور المنبهات ،كما لوحظ فإن باستخدام الأدوية مع هذا الاضطراب قوبل بجدل كبير، وهذا الاهتمام يدعم اعتقاد المصاب أن الأحداث الخارجية فقط هي التي ينتج عنها سلوكه ،ثم بدأ ينظر إلى الحاجات الدوائية ،المنبهات هي أكثر الأدوية استخداما مع اضطراب الانتباه وهي تتمتع بأفضل كفاءة ظاهرة في علاج هذا الاضطراب.

وأكثر الأدوية المستخدمة في العلاج هي:

المثيل فينيدات **METHVL PHENIDATE** ويعرف تجاريا بإسم ريتالين.

الدكسترو أمفيتامين **DEXTROAM PHETAMINE** ويعرف تجاريا بإسم دكسدرين **DEXEDRINE** (حسن مصطفى المعطي ،2001: 346).

وكصنف فإنه تحمل هذه الأدوية إلى أقصى حد فبرغم من السمعة السنية لها إلا أنها تحمل سجلا ممتازا في درجة الأمان وأعطت تحسنا حوالي 75% من المصابين للذين تعاطوها ،ممن لديهم اضطرابات الانتباه إذ أن مفعول هذه الأدوية هو تنشيط مراكز التحكم في السلوك المصاب وزيادة انتباهه.

2- العلاج النفسي:

نظراً لأن اضطراب عجز الانتباه ينجم عنه مشكلات تربوية أبرزها التأخر الدراسي ،كما أن قيامه ببعض السلوكات غير مقبولة من أقرانه ومن المحيطين به فكل ذلك يشعره بالفشل وانخفاض تقديره لذاته ،ويشعره بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب ،من ثم فإن العلاج النفسي يسمح للمصاب بإقامة علاقة إيجابية مع المعالج تجعله يفهم صعوباته ويحاول الوصول إلى حلولها ومن أساليب العلاج النفسي للمصاب مايلي:

2-1-العلاج التحليلي:

يبنى على فهم نفسية المصاب وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة ،وفهم حبل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه وتوضيح ذلك للمصاب من خلال العلاج النفسي التي تجري مع المصابين الصغار بواسطة اللعب أو بواسطة الرسم .(حسن مصطفى عبد المعطي ،2001 :346).

3- العلاج السلوكي:

يشير إلى مجموعة من الإجراءات التي تشكل قوانين السلوك ،تلك التي تصف العلاقة الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك ،وقد استخدمت أساليب التشكيل والحث والنمذجة والإطفاء وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه والتوجيه المادي في زيادة الانتباه.

أما أساليب تعديل السلوك التي تعتمد الثواب والعقاب بصفة خاصة تمد الآباء والمعلمين بمعلومات في غاية الأهمية في كيفية التعامل مع الأطفال بشكل علمي دقيق بعيدا عن العشوائية والتجريب .(لمعان مصطفى الجلالي ،2010: 214)

يستهدف تعديل السلوكيات المصاب غير المرغوبة كالاندفاعية وغالبا ما يستخدم أسلوب التدعيم الإيجابي: ويعني مكافأة المصاب بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه. وقد يكون التدعيم ماديا أو معنويا ،بمداعبته أو مدحه بعبارات الشكر ،كما تستخدم أساليب التدريب على التحكم في الذات وتنمية ملاحظة المصاب لنفسه وسلوكياته والتدريب على الاسترخاء وما إلى ذلك من وسائل الضبط الذاتي.

4- العلاج المعرفي السلوكي:

يستخدم في التدريب المصاب على المهارات الاجتماعية في التعامل مع الأقران وخفض السلوك العدواني وتنظيم الذات غير الملائم، ويمكن إجراء هذا العلاج فردياً أو جماعيا.

5- العلاج الأسري:

برغم أن العلاج بالمنبهات يمكن أن يؤدي إلى تحسينات في السلوك لكثير من المصابين مضطربي الانتباه، حتى أن 30% من المصابين في سن المدرسة ربما لا يظهرون استجابة ،لذا ننال المداخل العلاجية البديلة مثل تدريب الوالدين بأهمية أكبر ،وقد استخدم تدريب الوالدين كخيار علاجي من الآباء الذين يعارضون العلاج الدوائي(.حسن مصطفي المعطي ،2001: 358).

إضافة إلى بعض الطرق العلاجية:

- **لعب الأدوار :**

يقدم الطفل أنشطة تتخللها مثيرات مرغوبة مع مجموعة من الأقران أو لعبة مرغوب فيها لمجموعة من الأطفال بحيث يكون طفل المصاب واحد منهم .وتتطلب اللعبة انتباها وتركيزاً ،وقد يقوم الطفل بتقليد ومحاكات الآخرين من الأطفال خلال تلك الأنشطة التي يشارك فيها. إلا إن الاستمرارية على مثل هذه الأنشطة يمكن أن يحسن سلوك الطفل الذي يعاني من ضعف الانتباه.

❖ **توجيه والدي الطفل :**

وذلك بتدريبهم على الأساليب التي تستخدم في أنواع العلاج الذي يستخدم مع الطفل لاستمرارها وتواصل معها في البيت كي يحقق البناء المتكامل والوصول إلى تحقيق أهداف البرنامج التي تقدم في إطار المؤسسات التعليمية.

❖ **توجيه وتدريب المعلم:**

يعد المعلم محوراً أساسيا فاعلا ومؤثرا في المتعلم فهو يستطيع أن يقوم بدور رئيسي في البرنامج التي تقدم في إطار المؤسسات التعليمية من خلال الأساليب التربوية والفنيات التعليمية التي يستخدمها .من شأنه يحسن انتباه المتعلم سوآءا كان مصحوبا بالنشاط الزائد وغير المصحوب .(لمعان مصطفي الجلالي ،2010 : 215-216).

ثانيا :السلوك الانسحابي:

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

عرفه معجم علم النفس بأنه: "نمط من السلوك يتميز عادة بأبعاد الفرد عن نفسه وعن القيام بمهمات الحياة العادية ويرافق ذلك إحباط وتوتر، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية، ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحيانا الهروب من الواقع الذي يعيشه الفرد. (يحي، 2000، 193)

كما عرفته (سمعان، 2010، 799) بأنه: " الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي، والاخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب لعمر الطفل العقلي، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي".

أما كيل وكيتال (Kall, Kayeetal) فقد عرفا السلوك الاجتماعي تعريفا اجرائيا مفاده: " الأطفال المنسحبون اجتماعيا، هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية". (يحي، 2000، 193)

2-مظاهر الانسحاب الاجتماعي: تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي فيما يلي:

- العزلة
- انشغال البال.
- تجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين.
- عدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحيانا عدم الشعور بالسعادة، ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب.

كما قد تنطوي سلوكيات أخرى منها:

- القلق.

- الكسل أو الخمول.
- الخوف من التعامل مع الآخرين.
- الخوف من العقاب.
- عدم الوعي للذات وإدراكها.
- البطء والتلعثم في الكلام.
- الشعور بالنقص والدونية.
- سهولة الانقياد.
- عدم الاستجابة للتغيير.
- التعبير اللفظي المحدود.
- مص الأصابع.
- الخوف من الكبار وحب الروتين.(يحي،194،2000)

3-أسباب الانسحاب الاجتماعي: يعتبر السلوك الانسحابي مظهرا من مظاهر سوء التكيف لدى الأطفال ويمكن أن ينتج عنه عدة عوامل منها: (يحي، 2000، 196-197)

أ- وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي، أو خلل أو اضطراب في عمل هرمونات الجسم.

ب- وجود نقص في المهارات الاجتماعية، وعدم معرفة الطفل القواعد لإقامة علاقات مع الآخرين، وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية.

ج- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين، وكذلك تعرضه للأذى يسبب له سلوكا انسحابيا.

د- رفض الآباء لأبنائهم، وكذلك رفضهم لرفاق الطفل بشكل مباشر أو غير مباشر، فينتج له شعور بتدني مفهوم الذات لديه والميل للعزلة.

هـ- العادات والتقاليد السائدة في بيئة الفرد، بالإضافة إلى نمط الحياة العائلية.

و- الخجل وهو أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعا، مما يمنعه ذلك من مقابلة أناس جدد وتكوين صداقات جديدة.

4- علاج الانسحاب الاجتماعي عند الأطفال:

1- التدريب على المهارات الاجتماعية :يتمّ تدريب الطفل على:

البدء بالمحادثة، استخدام التواصل البصري ،المشاركة في اللعب الجماعي، طلب المساعدة بطريقة مناسبة.

وقد أثبتت برامج المهارات الاجتماعية فعاليتها في خفض العزلة الاجتماعية وزيادة الاندماج (Spence, 2018). أكّد الزهراني (2016) أن تدريب المهارات الاجتماعية لدى الأطفال تساعده على تخطي الأزمة.

2-التعزيز الإيجابي وزيادة السلوك الاجتماعي المرغوب :يعتمد على مكافأة أي مبادرة اجتماعية صغيرة مثل:

الابتسام – المشاركة – طرح سؤال – الجلوس مع أطفال آخرين.

هذا الأسلوب يستند إلى مبادئ التعلم الإجرائي كما أوضحSkinner ، وتؤكده تطبيقات حديثة في التدخل السلوكي للأطفال.(Cooper et al., 2020)

3-العلاج السلوكي المعرفي لتعديل الأفكار السلبية:يُساعد الطفل على تعديل الأفكار التالية:

"الآخرون لا يحبونني"، "لن أستطيع اللعب معهم"، "سأفشل."

وقد أثبتت المراجعات المنهجية نجاح العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في الحدّ من القلق والانسحاب لدى الأطفال.(Kendall et al., 2017)

4-دمج الطفل تدريجياً في المواقف الاجتماعية: وذلك عبر التعرض التدريجي للمواقف، بدءاً بحلقات لعب صغيرة، ثم مجموعات أكبر. وبيّنت الدراسات أنّ التعرض التدريجي يقلّل خوف التفاعل الاجتماعي ويحسّن الاندماج .

5-تعديل البيئة المدرسية وتشجيع التفاعل من خلال: تنظيم أنشطة تعاونية داخل الصف (مثل التعلّم التعاوني).

تكليف الطفل بأدوار بسيطة تُشجّعه على الظهور.

وقد أكّدت منظمة اليونيسيف (2021) على أهمية التفاعل المدرسي في خفض الانسحاب الاجتماعي.

6-إشراك الأسرة وتعليم الوالدين أساليب الدعم من أهمها:

- ❖ تجنّب وصف الطفل بالخجول أو المنسحب.
- ❖ تعزيز المحاولات الاجتماعية.
- ❖ تنظيم لقاءات لعب قصيرة مع طفل واحد ثم اثنين.

ثالثا : الخوف المدرسي:

تعتبر المخاوف المرضية من المدرسة واحدة من عديد الاضطرابات السلوكية التي تنتشر بين أطفالنا في مرحلة الطفولة بصفة عامة ولا تجد اهتماما كافيا لدراستها، وهي من المشكلات التي قد يواجهها فئة من الأطفال في سنوات عمرهم الباكرة، وقد تتسبب في إعاقة نموهم على المستويين الانفعالي والاجتماعي.

1- **تعريف الخوف المدرسي:** وردت عدة تعاريف للخوف من المدرسة لمجموعة من العلماء، وجاءت هذه التعاريف متقاربة في المضمون، وسوف نقتصر على البعض منها:

الخوف المدرسي عند جون بولبي (Bowlby, 1991): "هو عبارة عن خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة، والذي ينتج عنه غالبا فترات انقطاع جزئية أو كلية عن المدرسة ويصاحب هذا الخوف اضطرابات وجدانية وانفعالية شديدة تظهر في شكل أعراض مرضية كالخوف الحاد، والمزاج المتقلب والاتجاهات غير السوية نحو المدرسة، وشكاوي بدنية دون ما أساس عضوي لها يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية لتأكيد بقائه في البيت". (شكشك، 2008، 75)

وجاء الخوف المدرسي في تعريف محمد عبد العزيز (1993) على أنه: "شعور داخلي يشعر به الطفل نتيجة وجود مثير خارجي يتعلق بخصائص أسرة الطفل أو المتغيرات المدرسيةحيث يتوقع الأذى والشعور بالدونية فيسلك سلوكا يبعده عن المدرسية ويبقيه في البيت". (عبد العزيز، 1993، 82)

أما مجدي عبد الله (1997) فيرى أن الخوف المدرسي هو: "الإحجام عن الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء بالمدرسة، ويعبر الأطفال المتخوفين من المدرسة عن هذا الإحجام في صورة استجابات طبيعية أو شكاوي جسمية يقنعون بها والديهم بإبقائهم في المنزل، ومن هذه الشكاوي الجسمية: الصداع، وألم بالبطن، والغثيان، والحمى، وآلام عضلية، وإسهال وإمساك، وتعب ونعاس ... الخ". (مخيمر، علي، 2007، 160)

2-مظاهر الخوف المرضي من المدرسة: عادة ما يدعي الأطفال الذين يعانون من الخوف من المدرسة مبررات وجيهة كحيل ليتجنبوا بها الذهاب إلى المدرسة، فقد تظهر على هؤلاء الأطفال بعض المظاهر المرضية لتشمل:

أ- التغيرات الفيسيولوجية: يشعر الأطفال المصابون بالخوف المرضي من المدرسة من عدة مظاهر فيسيولوجية منها:

- شحوب الوجه واحمرار العينين وبرودة الأطراف.

- الصداع أو ألم بالمعدة، غثيان، دوار الرأس، والأعراض النفس-جسمية Psychosomatic.

- التغيرات في سرعة القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم في الحالات الحادة من الخوف، ويعمل القلب بسرعة تفوق طاقته.

- يشتد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير، وفي بعض الحالات قد ينعكس الوضع فيكاد يتوقف التنفس.

- يتدفق هرمون الادرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكلويتين بشدة في الدم، وهو هرمون قوي تؤدي الكميات القليلة منه إلى ازدياد سرعة النبض وارتفاع ضغط الدم، مما يساعد على ظهور علامات الخوف الجسمية المختلفة.

- ضعف قدرة وكفاءة المخ على العمل مما يؤدي إلى حدوث شلل مؤقت أو مستمر.

- تحدث تقلصات عضلية داخلية في صورة ردود أفعال انعكاسية (الرفاعي، 1995، 402)

ب- التغيرات السلوكية: وتتمثل في:

- الارتعاش والبكاء.

- رفض الذهاب إلى المدرسة.

- الخوف من البقاء في المدرسة.

- الخوف من الذهاب إلى دورات المياه في المدرسة لأنها تعد غير مألوفة لدى الطفل.

- التوقعات السلبية اتجاه المعلمين (المعلمين غير عادلين وظالمين ويعطون واجبات كثيرة)، واتجاه الواجبات (لأنها كثيرة ومملة)، واتجاه نحو الزملاء (عدائيون وعدوانيون). (بطرس حافظ، 2010، 231)

- ضعف أداء وإنجاز التلميذ، فالخوف لا يحفز التلميذ على الابداع وإنما يجعله شخصا متقوقعا في قالب ضيق لا يستطيع تخطي حدوده. (مدحت إبراهيم، 2002، 78)

ج- التغيرات المعرفية: وتشمل اضطراب التذكر وعدم القدرة على ترتيب الأفكار، وتشوش التفكير وتوقع الخطر مما يجعل الطفل محاصرا بمخاوفه، إضافة إلى أن التلميذ الخائف سرعان ما ينسى الأشياء الأساسية في حياته. (عبد المعطي، 2003، 292)

كما لا يستطيع التلميذ الخائف إدراك جميع ما يصل إلى حواسه من إحساسات إذ أن مراكز الترجمة الإدراكية بالمخ تضعف أو يبطل عملها إلى حد بعيد أثناء الشعور بالخوف.

د- التغيرات الانفعالية: إن التلميذ الخائف من المدرسة لا يتميز بالثبات الانفعالي، بل يتميز بالتقلب الوجداني، فقد يتنكر لصديقه ويبدي له الكراهية الشديدة، ولا يكون في ذلك متصنعا فيما يبديه من مشاعر الحب والكراهية.

فإذا ما اشتد خوف التلميذ من المدرسة فإنه ينخرط في سلسلة من الانفعالات الشديدة وقد يصيبه الإغماء أو فقدان الوعي، وقد تظهر عليه أعراض هستيرية أثناء سيطرة هذه المخاوف عليه. (عبد المعطي، 2003، 293)

إن هذه الأعراض المذكورة تختلف حسب شكل الخوف المدرسي وموضوعاته وما يتركه من أثر على صحة التلميذ النفسية والجسمية وعلى تحصيله الدراسي.

ويتفق الكثير من العلماء على أنه رغم تباين الأعراض (جسمية، ونفسية، ومعرفية) وتباين شدتها إلا أنهم لاحظوا أنها غالبا ما تحدث في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة، وقد تحدث أيضا أثناء وجود الطفل في المدرسة، إلا أنها تزول تماما بمجرد السماح للطفل بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة، كما تزول أيضا في نهاية الأسبوع وفي الاجازات المدرسية وفي العطل الصيفية، مما يدعم وجود علاقة بين أسباب هذه الأعراض وبين المواظبة أو عدم الذهاب إلى المدرسة. (صباح السقا، 1992، 199)

3-أسباب الخوف المدرسي: هناك أسباب عديدة وراء ظهور الخوف من المدرسة عند الطفل، إذ يتظافر أكثر من عامل في حدوثه منها:

- إن التعلق الشديد بالوالدين بصفة عامة والأم بصفة خاصة وشدة الارتباط بها وقلق الانفصال عنها يمثل أحد العوامل المساهمة في إحداث الخوف من المدرسة، إذ يرى إنجلش وبرسون (1980) أن ذهاب الطفل إلى المدرسة يتضمن صدمتين، فالأولى تمثلت في تجربة الانفصال عن الوالدين، أما الثانية فتمثلت في الاتصال بأناس غرباء كالمعلمة والمدجير والرفقاء الجدد، وتظهر لدى الطفل أعراض إكلينيكية معينة، وتزداد مخاوفه أثناء ذهابه إلى

المدرية أو عندما يمون بالصف الدراسي (الرفاعي،407،1995) ؛ فقد أشار إيماجوا (Imagawa, 1974) بأن علاقة الطفل بوالديه تلعب دورا حثيثا في خوفه من المدرسة خاصة علاقته بأمه والتي يشوبها التبعية والحماية الزائدة، وذلك من خلال دراسة لحالة الخوف من المدرسة اتضح أنها تتميز بالقلق والانطواء والانفعالية، كما أن علاقته بوالديه تفتقر إلى الاستقلالية. (حسن، 2003، 113)

- وجود مشاكل أسرية بين الآباء وتوتر العلاقات بينهم، وهنا يعتقد الطفل أنه من الضروري أن يبقى في المنزل لكي يحمي أمه من قسوة الأب، فقد توصل برنستين وجارفينكل (Pernstein & Gafinkel, 1988) إلى أن الوالدين في عائلات الأطفال الذين يعانون من الخوف من المدرسة يصفون المناخ العائلي بالتوتر، والاضطراب، والانفعالية، ويعد هذا نقيض ما أظهرته أسر الأطفال الأسوياء من حيث أنها تعبر عن التفاعل الايجابي داخل المنزل والاتصال المباشر بين أفراد الأسرة. (عبد الله، 2008، 476)

- سوء معاملة الآباء والمعلمين مما يؤدي إلى تكوين خبرات مؤلمة عن المدرسة والمعلم بوجه عام.

- تسلط الآباء وشغفهم في السيطرة على كل حركات الطفل دون أن يتركوا له حرية التفكير، فعليه أن يعطيهم طاعة عمياء يتولد عنده الخوف من معارضتهم، وبالتالي قد يسبب هذا في خوفه من المدرسة؛ كما أن الخوف من العقاب الأبوي أو تعرض الطفل إلى سخرية الآباء من فشل الأبناء أو مقارنتهم بأطفال آخرين ناجحين دراسيا يؤدي إلى الخوف من الذهاب إلى المدرسة. (الريماوي، 2003، 80)

- الانتقال السريع للطفل من حالة إلى أخرى دون المرور بمراحل تساعده على تجاوز مخاوفه وأهمها أن الكثير من العائلات خاصة في المدن الصغيرة والأرياف لا تتوفر لهم إمكانية تهيئة أبنائهم قبل سن السادسة من العمر للمدرسة من خلال تسجيلهم في رياض الأطفال نظرا للدور المهم الذي تقوم به رياض الأطفال في تهيئتهم للمدرسة.

- تترسخ استجابة خوف الطفل من المدرسة في الحالات التي يوافق فيها الأب أو الأم على عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة.

- غالبا ما يعاني الطفل الخوف من المدرسة في أعقاب انقطاعه عنها بسبب الإجازة أو المرض، وعندما يعود إليها يشعر بالخوف ويكثر هذا عند الأطفال الذين ينتمون إلى أسر يقل ويسوء فيها التواصل بين أفرادها وتنتشر فيها المشكلات السلوكية. (قاسم، 2007، 475)

ويمكن للمدرسة نفسها أن تثير الخوف عند الطفل إذا ارتبطت ببعض الأحداث المخيفة والمتمثلة في:

- الخوف من الاختبارات المدرسية.

- الخوف من الفشل نتيجة الشعور بعدم القدرة والكفاءة على الأداء.

- ففي مرحلة المدرسة الابتدائية كثيرا ما يعاني الطفل من مخاوف اجتماعية أي الخوف من انتقاد التلاميذ والمعلمين له ومخاوف تعليمية في التحصيل الدراسي أو الفشل المدرسي. (Ajuriguerra & Merceilli, 1983 37)

- الخوف من المعلم والذي قد يكون اكتسبه الطفل من بيئته الأسرية وتهديد الوالدين بعقاب معلمه نتيجة قيامه بسلوك لا يرضيهما، وفي هذا المقام تقول ابتسام عطية "إن الخوف يرجع إلى الصورة الذهنية السلبية التي تتكون عند الطفل منذ صغره عن المدرس أو المدرسة؛ إذ يقدمان له عن طريق أن دخول المدرسة يتواكب مع قهر آخر تمارسه الأسرة في البيت لضبط مواعيد المذاكرة والاستيقاظ والنوم، وكل هذا يساهم في تكوين صورة سلبية عن المدرسة يصعب تصحيحها فيما بعد". (خليل فاضل، 1994، 59)

- إن أسلوب المعاملة القاسية من المعلم اتجاه زملاء التلميذ تؤثر فيه، فأصوات التلاميذ العالية وتوبيخ المعلمين عليها تحدث عند الطفل اضطرابا نفسيا وبالتالي تكون أحد أسباب خوف التلميذ من المعلم. (شكشك، 2008، 77)

- كذلك من أسباب خوف الطفل من المدرسة ما يحصل في المواقف التربوية المدرسية حين يعمد المعلم إلى تعنيف التلميذ حين يتطوع للإجابة ويخطئ، بل وجعل زملائه يسخرون منه ببعض الحركات التهكمية، وبالتالي يحجم عن المشاركة في المناقشة، وهذا ما يسبب في خوفه من المدرسة. (بطرس حافظ، 2010، 337)؛ فقد أشارت نتائج الدراسة التي أجراها الزيود والحباشنة (2006) أن الممارسات الاستفزازية الخاطئة من بعض المعلمين والاستهزاء والسخرية من زملائه هي من بين أسباب الخوف المدرسي. (الزيود والحباشنة، 2006، 142)

لذا تعد أساليب تعامل المعلم التي يوظفها بصورة صحيحة خلال تعامله مع تلاميذه داخل القسم أحد المؤشرات على النجاح الدراسي، ويعد إفتقار المعلم لها عائقا قويا في تحقيق النجاح الدراسي، مما يؤدي إلى ظهور مشكلات مدرسية لدى التلميذ وتعيق تكيفه. (بلعالية، 2009، 12)

- انعدام الثقة بالنفس فقد تجد التلميذ لا يشارك في الأنشطة الصفية، وربما يترك بعض الأسئلة الصعبة عليه بدون حل في دفاتره دون أن يسأل المعلم أو حتى زملائه عنها، وقد يغفل التلميذ في هذه الحالة عن العديد من المعلومات لأنها تحتاج إلى وقت وجهد وصبر في التعامل معها؛ إذ أنها تشعره بالخوف والحرج والحساسية الشديدة من الزملاء والمعلمين إن أخطأ في الإجابة، لذا يتجنب ما أمكن العمل مع الزملاء أثناء القيام بالأنشطة الصفية. (الداهري، 2005، 270)

- قد يتكون الخوف عند الطفل نتيجة عدم تقبله للوسط المدرسي وخاصة القسم لأنه يمثل له مكان مغلق قد يحد من حريته ونشاطه خاصة إذا كان القسم مكتظا بالتلاميذ ولا يستجيب بالمعايير الهندسية والجمالية.

- وهناك عامل آخر يرتبط بسلوك الخوف من المدرسة هو كثرة الواجبات المدرسية التي تفوق قدرات التلاميذ وإمكاناتهم والتي أصبحت تمثل عبئا ثقيلا على التلاميذ وتؤثر على نموهم وتعرضهم للاضطرابات وتظهر عليهم أعراض الخوف من الفشل المدرسي.

- وقد يكون الخوف من المدرسة مرتبطا بمواقف مدرسية معينة، نتيجة لخبرات سيئة يعيشها الطفل في المدرسة مما يشعره بعدم الأمان والطمأنينة كعدم قدرة التلميذ على حصوله على الجوائز التشجيعية في المدرسة، من خلال التحصيل الأكاديمي، وهناك تلاميذ آخرون يشعرون بالخوف من حصولهم على درجات رديئة، ولهذا نجدهم يفضلون الصمت وعدم المشاركة في فصولهم أو مع الآخرين في أي نشاط ما، وبالتالي قد يشعرون بعدم الأمان. (الشربيني، 2002، 92)؛ و (Ajuriguerra & Mercelli : 1983, 37).

- شعور الطفل بعدم قابليته من الأطفال الآخرين وزملائه في المدرسة، وقد يتحول هذا الشعور إلى فعل، حيث يتعرض لاعتداء جسمي من أصدقائه أو أشخاص آخرين سواء داخل المدرسة أو خارجها يجعله يفقد الشعور بالأمن، والخوف من تكرار ذلك الحادث.

- يعتبر النقص الجسماني كالقصر الشديد والنحافة الشديدة والتشويه الخلقي والسمنة المفرطة والإعاقة الجسمية كلها عوامل تسبب للتلميذ الشعور بعدم الثقة بنفسه والخوف من المحيطين به. (الداهري، 2005، 117)؛ وهنا يظهر جليا أهمية اكتمال النمو لدى طفل المقدم على الدخول المدرسي الأول.

رابعا : الخجل:

1-تعريف الخجل: يعتبر الخجل حالة عاطفية وانفعالية معقدة تنطوي على شعور بالنقص والعيب، وهي لا تبعث على الارتياح أو الاطمئنان في النفس (سوسن الجبلي، 2005، 14)

والتلميذ الخجول هو تلميذ يعاني من عدم –أو صعوبة–القدرة على الأخذ والعطاء مع زملائه في المدرسة وخارج المدرسة، ومن صفاته: الشعور بالنقص، وعدم الثقة بالنفس، والانطواء، والخوف من الآخرين، والقلق، وأحلام اليقظة، والحساسية المفرطة.

ومن أهم أضرار الخجل عند التلميذ أنه يمنعه من الاندماج في الحياة الاجتماعية– المدرسية مع زملائه سواء داخل الفصل أو أثناء اشتراكهم في الألعاب والنشاطات (الخالدي ووهبي، 1997، 196)

2-أعراض الخجل: يصاحب الخجل أعراض متعددة صنفها (pilkons & Norqwood) كما يلي:

أعراض سلوكية: ومن مظاهرها الكبح والسلبية، وتجنب الاتصال البصري، تجنب المواقف الاجتماعية، التحدث بصوت منخفض جدا، حركات جسدية غير ملائمة إما بقلتها أو زيادة الإفراط في الابتسام، عدم الطلاقة اللفظية، عدم المبادرة الاجتماعية، الانسحاب الاجتماعي والصمت في المواقف التي تتضمن تفاعلا اجتماعيا، انخفاض توكيد الذات.

أعراض فيسيولوجية: زيادة دقات القلب، التعرق، الارتجاف، جفاف الفم، الشعور بالغثيان.

أعراض معرفية: انخفاض تقدير الذات، حمل أفكار سلبية حول المواقف والآخرين، يجد صعوبة في مواجهة الآخرين، عدم الاستفادة من المواقف الاجتماعية...

أعراض انفعالية: ومن مظاهرها ظهور انفعالات سلبية كالارتباك والشعور المؤلم بالذات الشعور بالاستحياء، الحزن الشعور بالوحدة، القلق والشعور بعدم الأمان. (القمش والمعايطة، 2007، 225-226)

إن التلميذ الخجول لا يمثل أية مشكلة سلوكية أو انضباطية، فهو على العكس تماما، فبينما يجتهد العديد من زملائه لجذب الانتباه إليهم –ولو بشكل مزعج–تجد التلميذ الخجول يبذل نفس الجهد في محاولة تجنب اهتمام الآخرين به؛ ونظرا لأنه يخشى لفت الأنظار إليه، فإنه يفضل إخفاء نفسه في خلفية الأحداث؛ والعيش منعزلا

ومنزويا عن رفاقه، وهو بذلك يجد صعوبة في الاتصال بهم والتفاعل معهم، والمبادرة في الكلام والمشاركة في المناقشات، وهو يتراجع أمام أبسط القرارات التي يجب أخذها في الحياة الاجتماعية.

وقد يسيء المعلم تفسير خجل التلميذ، حيث يظن أن إحجامه عن المشاركة في القسم يرجع إلى عدم قدرته على الفهم، حتى أنه قد يخلص إلى انه بطيء في التحصيل الدراسي، فيتجنب توجيه الأسئلة إليه أثناء الدرس معتقدا أنه يجهل الإجابة، عندها ستبدأ توقعات المعلم الخاطئة بشأن مستوى التلميذ تتحقق، حيث تتزعزع ثقة التلميذ بنفسه وتفتر همته، الأمر الذي يقوده إلى المزيد من العزلة والانسحاب، فلا يستطيع أن يركز فكره للاستماع ولا للإجابة أو الفهم، مما يؤثر سلبا على تحصيله الدراسي.

ولكن ليس كل طفل خجول متأخرا دراسيا، بل قد يكون العكس، وكون التعليم يهدف إلى إنماء شخصية الإنسان إنماء كاملا، يعني أن علينا أن نبحث عن إمكانية الربط بين تكوين الإنسان من جهة واندماجه كقيمة اجتماعية في الحياة (نقلا عن جان بياجيه، الخالدي ووهبي، 1997، 198).

3-علاج الخجل عند الأطفال :

1-التقييم والتشخيص المبدئي:

يُعدّ التقييم أول خطوة في العلاج، إذ يُحدَّد مستوى الخجل إن كان عابرًا أم مؤشرًا على قلق اجتماعي. تُظهر الدراسات أن الخجل المرتبط بعوامل أسرية مثل خجل الأم قد يؤدي لاحقًا إلى قلق اجتماعي عند الأبناء .وهذا يؤكد أهمية الفهم الشامل للطفل وسياقه الأسري قبل البدء بالعلاج(Zeytinoglu et al., 2021) .

2-التثقيف النفسيPsychoeducation

تعليم الطفل أن الخجل طبيعي ويسهل التغلب عليه يسهم في خفض القلق. وتوصي برامج العلاج المعرفي-السلوكي بدمج التثقيف النفسي في بداية الجلسات لأنه يعزز فهم الطفل ومشاركته.

(Kendall & Hedtke, Coping Cat Manual).

3-العلاج المعرفي-السلوكي:يُعدّ من أكثر الأساليب فاعلية، إذ يعلّم الطفل التعرف على أفكاره السلبية وتعديلها، ثم مواجهتها تدريجيًا. أظهرت الأبحاث الحديثة أن تعديل برامج الـ CBTلتناسب القلق الاجتماعي يزيد من فعاليتها.(Parent et al., 2022)

4- التعرّض التدريجي:

تطبيق التعرّض المنظم لمواقف اجتماعية يقلل تدريجيًا من الخوف. ودلت مراجعات منهجية على أن التعرّض وحده قد يكون فعالًا بشكل كبير في تقليل القلق الاجتماعي عند الأطفال .(Cordier et al., 2021) كما أظهرت نتائج أخرى أن الجمع بين التعرّض وإعادة البناء المعرفي يُعد خيارًا أكثر قوة.(Lee et al., 2023)

5-تدريب المهارات الاجتماعية:

يتعلم الطفل مهارات بدء الحوار، تبادل الحديث، مهارات التواصل غير اللفظي. وقد بينت مراجعة شاملة أن تدريب المهارات الاجتماعية المدعوم بالنمذجة والتعزيز الإيجابي يساعد الأطفال الخجولين على تحسين تفاعلهم الاجتماعي.(Cordier et al., 2021)

6-مشاركة الوالدين في العلاج:

أن دمج الوالدين مع تدريب المهارات الاجتماعية ويتعلم الأهل تقديم التعزيز، وتسهيل المواقف الاجتماعية، و النمذجة الإيجابية.

7-التدخل المدرسي: المدرسة بيئة مهمة لتطبيق العلاج كالاستخدام ألعاب جماعية، تمثيل الأدوار، مجموعات دعم اجتماعي.

وقد أوضحت نتائج بعض البرامج في المدارس أن تدريب المهارات الاجتماعية المدرسية يقلل الخجل ويزيد الاندماج بين الأطفال.(Cordier et al., 2021)

8-المتابعة والتقييم المستمر:

توصي الأدبيات بمتابعة الطفل بعد العلاج للتأكد من ثبات التحسن، واستخدام مقاييس قبل/بعد التدخل .(Parent et al., 2022)

9-الإحالة إلى مختص عند الحاجة :عندما يكون الخجل شديدًا لدرجة يعيق وظائف الطفل اليومية، أو عندما يكون مؤشرًا على اضطراب القلق الاجتماعي.

خامسا :القلق:

1-تعريف القلق: القلق هو حالة من التوتر الشامل والمستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسيمة (نقلا عن بلقيس اسماعيل داغستاني)

وعن مصدره، ينشأ القلق عند الأطفال كاستجابة لمراحل التطور المختلفة، ويرى شتاينز أنه ينشأ لدى الأطفال عندما يبدأون في تعلم مهارات جديدة وقدرات جديدة، ومن أهم أنواع القلق قلق الانفصام وهو شعور غامض غير صار مصحوب بالخوف والتوتر نتيجة شعور الطفل بوجود خطر يهدده وهو الخوف من فقدان الأم وانفصاله عنها (صالح والسمبري، 2009، 8).

إن القلق هو أحد المخاوف المهمة التي يعاني منها الأطفال، وفي الغالب يظهر القلق كجزء من النمو وبشكل نمطي حوالي الشهر الثامن، ويبلغ أوجه منتصف السنة الثانية، ويختفي ثم يعود للظهور مرة أخرى في بداية السنة الرابعة إلى الخامسة أين يقلق هؤلاء الأطفال من الانفصال –بصفة خاصة عن الأم-. ويفترض أن قلق الانفصال يضمحل في سن السادسة لتحل محله المخاوف المرضية أو الأمراض الجسمية، وقد سمى سيغموند فرويد هذا القلق "بقلق الخصاء" (القمش والمعايطة،2007، 258).

وينقسم القلق من حيث المصادر المثيرة إلى:

القلق الموضوعي العادي، وفيه يكون مثير القلق خارجيا ومعروفا سببه.

القلق الذاتي العادي وفيه يكون مثير القلق داخليا كخوف الفرد من تأنيب الضمير.

القلق العصابي، وهو أعقد أنواع القلق، حيث أن سببه داخلي غير معروف، وهو ما يسمى بالقلق اللاشعوري، وهناك القلق الشامل الذي يشمل جميع جوانب حياة الفرد.

وهناك تصنيف آخر للقلق يشمل القلق العام، وهو قلق غير محدد الموضوع، بل يكون غامضا وعائما، وهناك القلق الثانوي، وهو القلق الذي يكون عرضا من أعراض الأمراض النفسية. (بلقيس، 1997، 11)

2-أسباب القلق: يختلف قلق الأطفال عن قلق الراشدين، وذلك بسبب عدم نضج الأطفال واعتماديتهم وخبراتهم المحدودة في الحياة، بالإضافة إلى تعرضهم لتغيرات كثيرة قد تمثل ضغوطا بالنسبة لهم كالالتحاق بالحضانة أو بداية الدخول إلى المدرسة، أو غياب أحد الوالدين بسبب سفر طويل أو وفاة أحدهما، أو عودة الأم إلى العمل

بعد توقفها عنه، أو الانتقال إلى منزل جديد... مما يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق والعجز وعدم الارتياح (أسامة مصطفى، 2011، 329)؛

يمكن إيجاز أسباب القلق في الآتي:

الانفصال المؤقت للأم عن طفلها خلال مرحلة المهد.

خوف الطفل من فقدان الحب من قبل الوالدين هو أحد مصادر القلق خلال هذه الفترة.

يرى فرويد Freud أن السبب الرئيسي للقلق هو شعور الطفل بغياب أمه وابتعاده عنها.

مشكلات الطفولة التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط، والحرمان من العطف. (عن بلقيس، 1997، 12)

3-أعراض القلق عند الأطفال: يرى أحمد عبد الخالق ومايسة النبال (1990) أن الأطفال المصابين بالقلق يتسمون بالحساسية المفرطة والمخاوف الغير واقعية، والخجل والجبن، والخوف من المدرسة، ونقص الشعور بالثقة.

وبشكل أكثر تفصيلا يمكن إيجاز أعراض القلق فيما يلي:

الأعراض الانفعالية: وتتمثل في:

البكاء لفترات طويلة.

عدم الثبات الانفعالي.

كثرة الحركة وعدم الاستقرار.

الأعراض الفيسيولوجية: زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ومن ثم زيادة الأدرينالين في الدم ومن ثم تظهر بعض الأعراض مثل اضطراب النوم، الصداع، زيادة ضربات القلب، جفاف الحلق، اضطرابات الشهية، زيادة مرات التبرز والتبول.

الأعراض المعرفية:

عدم القدرة على التركيز.

عدم القدرة على الانتباه.

عدم القدرة على التذكر.

عدم القدرة على تنظيم المعلومات.

التوقع المستمر للخطر والشر والكوارث سواء في الحاضر أو المستقبل (موت أو فقد أو انفصال عن من يحبهم، فشل في الدراسة، حدوث مشكلة له.....)

الأعراض الاجتماعية: الانشغال بتوقع الشر يعوق الطفل عن إقامة علاقات اجتماعية سليمة وتظهر أعراض القلق فيما يلي:

تجنب التفاعل مع الآخرين.

نقص المهارات الاجتماعية بسبب التوجس والخوف من الآخرين.

نقص توكيد الذات والثقة بالذات في المواقف الاجتماعية. (مخيمر و علي، 136،2007-137).

سادسا :الكذب:

الكذب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير سوي تنتج عنه كثير من المشكلات الاجتماعية، فضلا عن أن تعود الطفل على الكذب يجعله يشب كذابا لا يحترم الصدق والأمانة... وقد تشغل هذه المشكلة بال كثير من الآباء والأمهات، في حين أن بعض لا يعبر كذب أطفالهم أي اهتمام. (أسامة مصطفى، 2011، 101)

1-**تعريف الكذب**: يعرف ديبرا Duprat الكذب على أنه " واقعة نفسية-اجتماعية، ومحاولة إيحاء شفهية يعمل الفرد بواسطتها وبصورة متفاوتة في القصد على إقناع الآخر لا يتطابق مع الحقيقة. (منصوري، 2008، 134)

2-أسباب الكذب: يكمن خلف الكذب عدد من العوامل والأسباب التي تدفع الطفل إلى الكذب منها:

أ- التنشئة الاجتماعية.

ب- التفكك الأسري.

ج- الاستعداد للكذب.

د- عامل الهروب من العقوبة.

هـ- ومن بين الأسباب العامة للكذب كما أو ضحها شارزشيفر، هورد ميلمان (1989).

- الانكار: طريقة لتجنب الذكريات المؤلمة وكذلك المشاعر والخيالات.
- التفاخر: التفاخر والتباهي كي يحصل على الاعجاب.
- الولاء: يكذب الطفل كي يحمي اطفالا آخرين.
- المكسب الشخصي: من أجل الحصول على مكاسب شخصية.
- صورة الذات: يكون قد قيل للطفل مرارا بأنه كاذب حتى أصبح مقتنعا بذلك.
- عدم الثقة: اعتاد الأبوان أن لا يثقا بالطفل ولا يصدقانه عندما يخبرهما بالحقيقة، وبالتالي يفضل أن يكذب. (شيفر، وميلمان، 1989، 455).

3-علاج الكذب عند الأطفال :

1- تعزيز الصدق (التعزيز الإيجابي)

مكافأة الطفل عندما يقول الحقيقة، والإشادة به أمام الأسرة. أثبتت الدراسات أن التعزيز الإيجابي يقلّل السلوكيات غير المرغوبة ويقوّي السلوك البديل.

2-تجنّب العقاب الشديد: العقوبة القاسية تجعل الطفل يلجأ للكذب لتجنّب العقاب. يشير البحث التربوي إلى أن الأساليب العقابية الصارمة ترتبط بزيادة الكذب وليس تقليله.

3-تعليم الطفل الفرق بين الخيال والواقع: الأطفال قد يكذبون بدافع التخيّل. تساعد القصص والنقاشات القصيرة على تمييز الحقيقة من التخمين.

4-القدوة الحسنة: يكتسب الطفل الصدق من سلوك الوالدين، إذ تُظهر الأبحاث أن النمذجة Modeling من أقوى أساليب التعلّم الاجتماعي .

5-شرح عواقب الكذب بطريقة هادئة: مثل فقدان الثقة وتكرار الأخطاء. التفسير الهادئ يساعد على تنمية الضبط الذاتي لدى الطفل.

6-وضع قواعد واضحة في البيت: مثل: "نقول الحقيقة دائماً" – "نطلب الإذن قبل أخذ الأشياء". القواعد المختصرة الواضحة تقلّل السلوكيات .

7-البحث عن أسباب الكذب :قد يكون الكذب مرتبطاً:بالخوف ،أو ضعف الثقة بالنفس ،أو الغيرة، أو ضعف المهارات الاجتماعية.

سابعا : التسرب المدرسي:

- 1_ تعريف التسرب المدرسي:

- لقد تعددت واختلفت مفاهيم التسرب المدرسي باختلاف المجتمعات وذلك تبعا للقوانين والسياسات والأنظمة التعليمية السائدة في كل بلد، حيث وردت تعاريف كثيرة للتسرب نذكر منها ما يلي:
- تعريف زهران (1977) للتسرب على أنه: " ترك التلميذ التعليم قبل إكمال المرحلة التعليمية لظروف اجتماعية أو أي ظروف أخرى " (صالح، بدون سنة: 119).
- وأشار محمد حسن المبعوث للتسرب بأنه: " ترك التلميذ المدرسة قبل نهاية السنة الأخيرة من المرحلة الدراسية التي سجلوا فيها، ويعتبر إهدارا لأن التلميذ الذي يترك الدراسة قبل نهاية المرحلة الدراسية لم يبلغ الأهداف المحددة لهذه المرحلة " (الغامدي، 1997: 13).
- أما بيشغورت Picherot (1980) يعرفه بأنه: " عدم إكمال الدراسة ومغادرة مقاعدها قبل الوقت المحدد لأي سبب كان، وقد يكون مصحوبا بنوع من التمرد على المدرسة، وفي مثل هذه الحال قد لا يكون راجعا إلى النقص في قدرات المتعلم بل يكون راجعا إلى أسباب أخرى " (صالح، بدون سنة: 119).
- ويرى قراعين (1981) التسرب بأنه: " إنقطاع التلاميذ عن المدرسة من مرحلة تعليمية قبل نهايتها " (حبايب، 1997: 131).
- وقد عرفه الحقيل (1993) بأنه: " انقطاع التلميذ عن المدرسة انقطاعا كليا " (حكيم، 2007: 7).
- ويعرفه ولتر كندل W.Kendall بأنه: " ترك المدرسة قبل إنهاء مرحلة معينة من التعليم " (المهنا، 2001: 105).
- فظاهرة التسرب المدرسي حسب اليونسكو: " تخص التلاميذ الذين لا ينهون دراستهم في عدد السنوات المحددة لها " (بلعنتر وبوكرتوتة، 2001: 9).
- ويعرفه الغامدي (2002) بأنه: " ترك التلميذ الدراسة قبل نهاية المرحلة التي سجل فيها " (حكيم، 2007: 7).
- كما يقصد به حالة التخلي التلقائي عن الدراسة لأسباب خاصة، وحالة التلاميذ الذين تقصيهم المؤسسة التعليمية قبل إنهاء مرحلة الدراسة لأسباب موضوعية مختلفة لها علاقة بالسلوك والمستوى الدراسي (بن حمودة، 2008: 46).

- **2_ أشكال التسرب المدرسي:**
- هناك شكلين من التسرب المدرسي هما:
- **2_1_ الشكل الأول:** هم التلاميذ الذين يتخلوا عن دراستهم لأسباب مختلفة.
- **2_2_ الشكل الثاني:** هم التلاميذ المقصيون نتيجة تدني تحصيلهم الدراسي، وفشلهم في تحقيق مستوى تعليميا محددا في نهاية التمدرس الإجباري (16) سنة.

– 3_ مؤشرات التسرب المدرسي:

- _ قلة المشاركة في النشاطات المدرسية.
- _ صعوبة الاتصال مع الأساتذة والزملاء.
- _ ظهور صعوبات التعلم.
- _ التأخر والغياب المتكرر عن المدرسة.
- _ النتائج الدراسية الضعيفة، حيث يكون المعدل في الفصول الدراسية أقل من (20/10) الضروري للإنتقال.
- _ اتجاهات سلبية نحو المدرسة وعدم الرغبة في التعلم.
- _ الهروب والرسوب المتكرر من المدرسة.
- _ المشكلات السلوكية والإنفعالية والنزاعات المتكررة مع الأساتذة والإدارة.
- _ الإهمال في أداء الواجبات المدرسية.

– 4_ أسباب التسرب المدرسي:

- تم تصنيف أسباب التسرب إلى نوعين وهي:
- _ أسباب متعلقة بالتلميذ (أسباب شخصية داخلية).
- _ أسباب متعلقة بمحيط التلميذ (أسباب خارجية).

- **4_1_ الأسباب الشخصية:**

وهي أسباب تتعلق بالتلميذ، والتي تعرقل استمرار دراسته ونجاحه، وتتمثل في:

- مشاكل صحية أو عاهات جسمية التي يعاني منها التلميذ، إلى جانب الأثر النفسي الذي تحدثه في نفسية التلميذ عندما يقارن نفسه بالآخرين، فيشعر بالنقص والدونية التي تحول بينه وبين الاستمرار في الدراسة.

– انخفاض مستوى الذكاء، غير أن معدل الذكاء بالرغم من أهميته الظاهرية، لا يشكل العامل الحاسم في التسرب، حيث نجد من المتسربين تلاميذ متفوقين فكريا، لكنهم يتركون المدرسة لاعتقادهم أن ما يقدم لهم مضيعة للوقت أو لأسباب أخرى.

- ضعف القدرة على الإنتباه، والتركيز، والفهم وضعف الذاكرة، والتي تؤدي إلى قلة إستفادة التلميذ دراسيا.
- لديه انطباعا سيئا عن الدراسة، فالتعلم بالنسبة له لا يمثل أية قيمة (مسلم، 2007: 111).

– الميل إلى العزلة والإنطواء وضعف الثقة بالنفس.

- تدني التحصيل الدراسي، بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي مما يؤدي إلى رسوب التلميذ المتكرر.
- تدني الدافعية للتعلم، والنفور من المدرسة (الشعور بعدم الجدوى من التعليم)، وكذا تدني مستوى الطموح.
- الإفتقار للعادات الدراسية الصحيحة وإهمال الواجبات المدرسية وتراكم الدروس، حيث يشعر التلميذ بالعجز والإحباط في مسايرة زملائه تحصيليا.
- الرسوب المتكرر وكبر السن، حيث يشعر التلاميذ بالنقص وعدم التقبل في البيت والمدرسة، فيعتبرون أنفسهم فاشلين مما يزيد من شعورهم باليأس والكسل وعدم الرغبة في الدراسة والذي يؤدي بهم في الأخير إلى التسرب المدرسي.

-لغياب المتكرر عن المدرسة، فغياب التلميذ بصفة متكررة عن المدرسة يعيقه عن الاستفادة من الفرص التعليمية وعمليات التنشئة الاجتماعية التي توفرها المدرسة.

- المعاناة من الصعوبات الدراسية، حيث ينتج عنها سلوكات اللامبالاة والسلبية والتغيب، وكذا انخفاض مستوى التحصيل الدراسي على المدى المتوسط، الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى فشل مدرسي وبالتالي إلى التسرب المدرسي.
- التغيرات البيولوجية والنفسية التي يتعرض لها التلميذ في هذه المرحلة لاسيما أنها تتزامن مع مرحلة المراهقة وما تعتريها من تغيرات تتمثل في: اضطرابات وجدانية، إنفعالية والتي تؤثر على تعلم التلميذ.
- ضعف تقبله وتكيفه للمواقف التربوية، وعدم رضاه عن البرامج والأنظمة الدراسية، وصعوبة المناهج الدراسية.
- اتجاهات سلبية نحو المدرسة، حيث يشعر التلميذ بعدم الرضا عن النظام المدرسي وعن البرامج المدرسية، مما يخلق لديه الشعور بالملل واللامبالاة وإهمال الواجبات وهذا ما يعرضه للتسرب المدرسي، ولعل أهم العناصر المؤدية إلى التسرب الإحساس بالملل الذي يطغى على التلميذ المستهدف للتسرب، فالملل هو ما يؤدي إلى عدم الإهتمام وضعف النتائج والتصورات السلبية.

- جاذبية سوق العمل حيت تتغلب عليه النزعة المادية والربح السريع.

- **4_2_ الأسباب الخارجية:**

- وهي أسباب أسرية وتربوية، وتتمثل فيما يلي:

- **4_2_1_ الأسباب المتعلقة بالأسرة:**

- تؤثر الأسرة على تسرب الأبناء من المدرسة وذلك للأسباب التالية:

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

- _ التفكك الأسري كالطلاق أو كموت أحد الوالدين.

- _ سوء معاملة الوالدين والتمييز ما بين الأبناء، وغياب التحفيز والتشجيع على التعلم.

- _ كثرة تنقل الأسرة من منطقة إلى أخرى أو من بلد إلى آخر، حيث يكون هناك إختلاف في طرق التعليم من مدرسة إلى أخرى، فيجد التلميذ نفسه متأخرا دراسيا.

- _ غياب التواصل بين المدرسة والأسرة.

- _ سوء المعاملة الأسرية سواء الحماية الزائدة التي تجعل التلميذ اتكاليا، أو المعاملة الصارمة التي تجعله يشعر بالتوتر والقلق، والبحث عن مكان آخر للتنفيس.

- _ إهمال الوالدين وعدم متابعة أبنائهم دراسيا، وغياب الرقابة التي تؤدي إلى عدم إنضباط الأبناء في الدوام على الدراسة، مما يساعد على التسرب.

-

- _ مصاحبة رفقاء السوء و إكتساب سلوكات غير سوية والتي تعرقل تعلمه الدراسي.

- _ تدني المستوى الثقافي للأسرة، حيث يكون له تأثير على التحصيل الدراسي للأبناء في المدرسة.

- _ التحمل المبكر للمسؤولية العائلية والمساعدة في الدخل بسبب كبر حجم الأسرة وانخفاض دخلها.

- _ إنخفاض المستوى التعليمي والاجتماعي للأسرة، والتي تؤثر على عدم استجابة التلميذ للحياة المدرسية، فقد دلت بعض الدراسات أن هناك تناسبا طرديا بين بقاء الأبناء في المدرسة وتقدمه الدراسي والمستوى التعليمي للأسرة.

- **4_2_2_ الأسباب التربوية:**

وهي أسباب مرتبطة بالمدرسة وتشمل مختلف النقائص التي تتصل بالجوانب البيداغوجية للعملية التعليمية وظروف التمدرس والنظام التعليمي، حيث تؤدي هذه الأسباب إلى تفشي ظاهرة التسرب لدى التلاميذ وذلك من خلال:

- ظروف تمدرس سيئة (عدم توفر بيئة تعليمية مناسبة)، أو بعد المدرسة عن البيت وصعوبة المواصلات.
- غياب متابعة التلاميذ من طرف الإدارة.
- الرسوب المتكرر وتجاوز السن القانوني وفصله من المدرسة.
- سوء المعاملة من طرف الإدارة المدرسية.
- عدم ملائمة المناهج الدراسية لاهتمامات وحاجات التلاميذ وتركيزها على الناحية النظرية وإهمال الجانب العملي.
- كثرة المواد الدراسية وصعوبة فهمها وسوء توزيعها زمنيا حيث يصبح البرنامج مرهقا لأعصاب التلاميذ ومتعبا لأذهانهم.
- كثرة الواجبات المنزلية التي تعجز التلميذ وتشعره بالنفور.
- الجو التعليمي الروتيني وغياب الحوافز وضعف التواصل مع الأولياء.
- التوجيه المدرسي السيئ الذي لا يهتم أساسا بميول التلميذ وقدراته وإنما يعتمد على المعدلات والتي في غالب الأحيان لا تعبر عن إمكاناته الحقيقية وإنما فقط لتحقيق متطلبات الخريطة المدرسية.
- ضعف أداء الأستاذ.
- سوء معاملة الأساتذة واستخدام العقاب البدني والمعنوي، والتمييز ما بين التلاميذ، كلها تؤثر سلبا على تعلم التلميذ.
- عدم تنويع الأساتذة في أساليب التدريس والوسائل التعليمية مع سوء الإستخدام لأساليب التقويم مع التلاميذ متجاهلين بذلك الفروق الفردية، إذ أن طرق التدريس التقليدية التي تعتمد على الحفظ والتكرار الآلي تلقي عبئا على بعض التلاميذ وتجعلهم يكرهون الدراسة وينفرون من المدرسة.
- كثرة غيابات بعض الأساتذة أو تنقلهم أثناء العام الدراسي ما بين المدارس ينعكس سلبا على إنتظام التلميذ.
- عدم وجود حوافز إيجابية تجذب التلاميذ إلى المدرسة وتجعله أكثر إرتباطا بها.

- **5_ الآثار السلبية للتسرب المدرسي:**

يعتبر التلاميذ أمل المستقبل، وعلى عاتقهم مسؤولية بناء المجتمع، لذا فإن تسرب بعضهم عن الدراسة يعتبر خسارة وإهدار تربوي، الذي ينعكس سلبا على الفرد والمجتمع، ويمكن تلخيص آثار التسرب فيما يلي:

- **5_1_ آثار التسرب المدرسي على المتسرب:**

للتسرب المدرسي إنعكاسات سلبية على المتسرب تتمثل في:

- إعاقته عن إحراز أي تقدم علمي وعجزه عن مواكبة التطور.
- تعرضه للبطالة لافتقاره إلى المهارات الضرورية للعمل.
- الإنضمام للجماعات غير السوية وتعرضه للإنحراف بسبب الفراغ (نقاز، 2011: 20).
- ينعكس سلبا على حالته النفسية مما يجعله متوترا نفسيا نتيجة فشله الدراسي، لأن هذا الأخير من المعالم البارزة الذي قد يكون له تأثير بالغ على سلوك التلاميذ وتصرفاتهم (بركان، بدون سنة: 132_133).
- يكون المتسرب أقل قدرة على التكيف مع متطلبات سوق العمل بسبب قلة خبراته وإعداده، كما لا يجد أمامه سوى القليل من فرص العمل والتي غالبا ما تكون من النوع الذي يعطيه دخلا محدودا والتي تعتمد على الجهد العضلي دون العقلي، وبالتالي لا يستطيع توفير مطالب الحياة الرئيسية لنفسه ولأفراد عائلته، الأمر الذي يجعله غير مستقر وغير متكيف مع تغيرات الحياة من حوله ويعيقه عن تلبية حاجات أسرته وفقا لطموحاته (المهنا، 2001: 133_134).

- **5_2_ آثار التسرب المدرسي على المدرسة والنظام التربوي:**

- يمس التسرب مردود النظام التربوي في بعديه البيداغوجي والمالي بسبب المصاريف الضائعة، ولديه تأثير على التوقعات والتخطيطات فيما يتعلق بالتمدرس والاستثمارات، حيث يحدث اختلال في توازن النظام التعليمي بين مدخلاته ومخرجاته (العزيزي، 1996: 10).

- **5_3_ آثار التسرب المدرسي على المجتمع واقتصاد الدولة:**

- تعتبر مشكلة التسرب من المشاكل الاجتماعية والاقتصادية بسبب إهدار المصاريف والطاقات والأهداف التربوية ويؤثر تأثيرا كبيرا وواضحا على جميع نواحي المجتمع وتكوينه، لأنه يؤدي إلى زيادة نسبة البطالة، ويسبب ضعف الاقتصاد (نقاز، 2011: 20).
- تسرب أعداد كبيرة من التلاميذ يجعلهم عرضة للأمية، مما يجعل الدولة تخصص ميزانية إضافية لمحاربتها (بركان، بدون سنة: 132).

ـ حرمان المجتمع من الأشخاص المؤهلين المطلوبين في المجالات الاقتصادية المختلفة لإدارة عمليات الإنتاج والتنمية (المهنا، 2001: 107)، كما يجعل اليد العاملة أقل كفاءة، لأن العمل في عصرنا يخضع للوسائل التكنولوجية التي يصعب التكوين فيها لمن يكون مستواه العلمي محدودا (بلعنتر وبوكرتوتة، 2001: 20).

- المتسرب لا يحظى بأي تقدير من الآخرين، لأن مجتمعنا يعطي قيمة ومكانة وأهمية خاصة للعلم لأنه بحاجة إلى الأفراد المتعلمين والمؤهلين علميا (نقاز، 2011: 21).
- يشكل التسرب عبئا أمام الدولة بسبب المصاريف الباهظة التي تحول دون تحقيق الأهداف التربوية، مما ينعكس سلبا على مستوى دخل الدولة، فالتسرب يؤدي إلى ضياع الجهود البشرية، وعدم تحقق النتائج المرجوة من الأموال المستثمرة في هذا القطاع.

- **6_ الإجراءات الوقائية من التسرب المدرسي:**

ومن خلال ما يلي سنتطرق إلى أهم الإجراءات الوقائية المتبعة في التخفيف من ظاهرة التسرب المدرسي، والتي تقع على عاتق الأسرة والمدرسة.

- **6_1_ بالنسبة للأسرة:**

يتجلى دور الأسرة في وقاية أبنائهم من التسرب المدرسي في الحرص على ما يلي:

- متابعة الأبناء بانتظام وتحفيزهم على التعلم، وهذا ما أكدته دراسة محمد عبد القادر عبد الغفار (1985)، عن أهمية متابعة الوالدين لأبنائهم دراسيا لتحقيق النجاح الدراسي (غزال، 2001: 16).
- العمل على إبعاد الأبناء عن مصاحبة رفاق السوء وذلك عن طريق الاقناع والتوعية.
- محاولة إبعاد الأبناء عن سوق العمل.
- توفير جو عائلي مناسب للتعلم يسوده الحب والاحترام، ومراعاة ظروف سن المراهقة.
- تقديم الدعم المعنوي للأبناء وتشجيعهم على متابعة الدراسة وتوعيتهم بأهميتها في تحقيق الأهداف المستقبلية، وتجنب النقد والمقارنة.
- تجنب تغيير المدرسة بصورة متكررة واختيار واحدة مناسبة.

- **6_2_ بالنسبة للمدرسة:**

- الإهتمام الكافي بمشكلة التوجيه المدرسي باعتبارها عملية مصيرية يتحدد وفقها المجال الدراسي أو المهني الذي يتبعه التلميذ، ولذا فإن أي خطأ في عملية التوجيه يؤدي إلى صعوبات يواجهها التلميذ في دراسته.
- تحسين طرق التعليم وأساليبه بما يناسب الفروق الفردية للتلاميذ، فإن الطرق المشوقة التي تعتمد على الحيوية تجذب التلاميذ إلى الدراسة.

- تنظيم التوزيع الزمني للمواد الدراسية حتى لا يصبح البرنامج مرهقا للتلاميذ.
- إثارة ميول التلاميذ وجذب اهتماماتهم نحو الموضوعات التي تدرس باستخدام الوسائل الحديثة.
- استخدام أساليب المعالجة البيداغوجية للتلاميذ كالاستدراك والدعم.
- القيام بعمليات تحسيسية للتلاميذ من أجل توعيتهم بأهمية الدراسة والنجاح وترغيبهم في العلم والمعرفة، وتوعيتهم بأضرار التسرب المدرسي.
- تعزيز الثقة بالنفس لدى التلاميذ.
- التعرف المبكر على التلاميذ المعرضين للتسرب المدرسي وذلك من أجل العمل على الوقاية المبكرة من هذه المشكلة والتقليل من حجمها.
- استخدام أساليب التشجيع والتعزيز المناسبة مع التلاميذ وتجنب السخرية والعقاب.
- حث الأساتذة على تكوين علاقات حسنة مع التلاميذ، قائمة على الاحترام المتبادل بينهما.
- تعزيز التعاون ما بين المدرسة والأسرة.
- تفعيل دور المستشار التربوي للتكفل بالمشكلات المدرسية (قرشى، 2009: 167).
- عقد مجالس دورية للأقسام للاهتمام بالجوانب التربوية والوصول إلى تقييم موضوعي لعمل التلميذ، وإشراك ممثلي التلاميذ والأولياء (وزارة التربية الوطنية، 2000: 21).

ثامنا : التأتأة:

1-تعريف التأتأة:Stuttering

-أ- لغة :تأتأ:تأتأ تأتأة وتأتاء:ردد التاء عند الكلام (المنجد،2003 :ذص).

-ب- إصطلاحا: تعددت التعاريف حسب وجهات نظر الباحثين المختلفة.

-يعرف أحمد عكاشة (1974) التأتأة بأنها "هي انقطاع في سريان الايقاع الطبيعي للكلام، وذلك لحدوث تكرار غير طبيعي ، حيث يلفت الانتباه فيما يتدخل في عملية التواصل أو سبب الحزن و الأسى عند الشخص المتأتئ أو من يستمع إليه."

-كما يعرف أحمد زهران(1987) "بأن التأتأة هي التردد في الكلام وألا يكاد يخرج من الفم" (السيد ،2008 : 28).

-أما فيصل محمد (1990) يعرفها بأنها" نوع من التردد في اضطرابات الكلام، حيث يردد المصاب حرفا أو مقطعا ترديدا لا إراديا، و تعتبر التأتأة حالة اهتزازية تشبه حالة إعتقال اللسان حيث يعجز الفرد عن إخراج الكلمة أو المقطع".(خير الزارد،1990: 18).

-ويضيف جيرهارت "(1992)Gearheart أن التأتأة هي اضطراب في تدفق الكلام الطبيعي ،وهذا الاضطراب يرجع إلى صعوبات في الأبعاد الخمسة لتدفق الكلام وهي:

-التعاقب أو التسلسل أو ترتيب الأصوات.

-الدوام أو طول الوقت لأي عنصر.

-المعدل أو سرعة نطق الألفاظ والمقطع والكلمات.

-الإيقاع بمعنى عندما يكون الإيقاع خاطئا فإن إدراك ووضوح الكلمات يقل كثيرا.

-الطلاقة أو سلامة نطق الألفاظ"(مصطفى سالم ،2014 :137).

-ويعرفها محمد ناصر قطبي(1994)" بأنها سلوك تخاطبي يتعلمه الطفل مند السنين الأولى من العمر وهي عبارة عن تكرار أو إطالة الحروف أو وجود وقفات تقطع تدفق الكلام ويصاحبها أحيانا حركات في الوجه والأطراف"(السيد توكل منى،2008 :28).

-أما روبرت ليما ن(1998) يعرفها" بأنها صعوبات في إكمال الكلمات أو البدء في الكلام وتتميز بقطع مفاجئ أثناء الكلام أو بتكرار الأصوات أو المقاطع اللفظية" (الجرواي وصديق،2007 :85).

-تعريف قطحان أحمد الظاهر (2009):التأتأة هي اضطراب أو التواتر في طلاقة الحديث، و ذلك بحبسه بشكل متقطع أو تكرار تشنجي أو مط الأصوات، تكرار المقاطع اللفظية أو الكلمات أو العبارات، و من مظاهر

الاضطراب التوقف أثناء الكلام ووجود مقدمات أو إعتراضات مثل :أم، أو ،أ، آه أو ما شابه ذلك أما التكرار فيكون أما بتكرار الصوت الأول كككككتاب أو بتكرار مقطع كتكتكتاب أو الكلمة كتاب، كتاب، كتاب.

- وتعرف التأتأة Stutteringحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية"D.S.M5.

اضطرابات في السلاسة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، وتستمر مع الزمن، وتتميز بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد أو أكثر منها :

-التكرار الصوتي واللفظي.

-تمديد الصوت للحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة .

-تكسر الكلمات على سبيل المثال، توقفات ضمن الكلمة.

- وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة.

-الإطناب بمعنى استعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات الإشكالية .

-تنتج الكلمات مع زيادة التوتر الجسدي.

- التكرار الأحادي لكلمة كاملة" (ترجمة الحمادي ، 2014 : 26).

من خلال ما ذكرناه في التعريفات الخاصة بالتأتأة يمكن أن تستنتج الباحثة أن:

- **2-أشكال التأتأة:**

- يصنف محمد حولة (2009) التأتأة إلى أربع أنواع أكثر شيوعا وتتمثل في:

- **1- التأتأة التكرارية-**Iterative- Stuttering: يتميز هذا النوع من التأتأة بتكرارات وتوقفات لا إ رادية تتجلى عموما في المقاطع الاولى من الكلمة الاولى في الجملة ويختلف عدد التكرارات حسب الحالة .
- **2-التأتأة الاختلاجية** :Clonic-Stuttering :يتجسد هذا النوع من الصعوبة التي يجدها المصاب في التكلم حيث يتوقف لمدة زمنية معتبرة قبل أن يتمكن من إصدار الكلمة بشكل إنفجاري.
- **3-التأتأة التكرارية الإختلاجية**Clonic-Iterative : وتتمثل في تواجد كلا النوعين السابقين عند الشخص واحد فنلاحظ توقف تام متبوع بتكرارات متعددة أو مقاطع صوتية .
- **4-التأتأة** بالكف Tonic- Stuttering: يتميز المصاب بهذا النوع من التأتأة بتوقف نهائي عند الحركة قبل التكلم وبعد مدة زمنية يتمكن من النطق ليتوقف مرة أخرى سواء في وسط الجملة أو في بداية الجملة التي يليها (محمد ،2009 : 4) .

- أما جايتر(1998) Guitar يصنفها:

- **1. التأتأة النمائية أو المبتدئة:Developmental&Beginning Stuttering**:تبدأ في

سن ما قبل المدرسة، تظهر لمدة أسابيع أو شهور يليها فترة فاصلة من الكلام العادي، وفي هده المرحلة يصعب على الطفال النطق أو التعبير بوضوح أو بطلاقة عادية مع بطئ في الإستجابة الكلامية مع بدل الجهد والإنفعال من أجل إخراج الكلمات وفي هده المرحلة تكون التأتأة تواترية يلاحظ فيها بوادر الإهتزاز والتردد السريع ثم الإسترخاء في عضلات النطق دون،وخلال هده المرحلة تحدث التأتأة عندما يكون الأطفال مثارين أو متضايقين، وعندما يكون لديهم الكثير ليقولوه وتحت ظروف أخرى من ضغط التخاطب وهدا النوع من التأتأة يحدث فيه الشفاء بنسبة مرتفعة.

- **2. التأتأة المتوسطة:Intermedate Stuttering**

- تحدث عادة في السنوات المدرسة الابتدائية ويكون الاضطراب فيها مزمنا مع قلة شديدة في فترات الكلام العادي ويصبح هؤلاء الأطفال على وعي بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأتئين وتكثر في الأجزاء الرئيسية للكلام: الأسماء، الأفعال،،الصفات، الظروف. وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة صعوبة نطق الكلمة الاولى وع وجود جهد واضح و إستجابات إنفعالية وتغير في ملامح الوجه ومحاولات الضغط على الشفتين وعلى عضلات الحنجرة، حركات إرتعاشية أو إهتزازية متكررة يعقبها تشنجات لا إرادية مع ترديد كلمات أو حروف دون القدرة على الانتقال إلى الكلمة التالية وتسمى لذا تسمى هده المرحلة بالمرحلة التشنجية الإهتزازية.

- **3. التأتأة المتقدمة أو الثابتة:Advanced or Incipient Stuttering**

- تظهر عادة في الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة وفيها تصبح التأتأة إلى حد كبير استجابة لمواقف محددة مثل: القراءة أمام الفصل، والتحدث مع الغرباء، والشراء في المحلات ،وعند التحدث في الهاتف ومن بين أعراضها تعسر في الكلام لا يمكن للمصاب أن يحدث أي صوت بالرغم من حركة أعضاء الكلام ويصاحب ذلك تشنج الوجه وارتعاش في الأطراف والضغط على الشفاه مع اهتزازات لا إرادية شديدة وتباعد تباعد المسافة بين كل كلمة وكلمة أو مقطع وآخر وينتهي المقطع عادة بالانفجار صوتي يدرك المصاب أثره السيئ نفسه وعلى السامعين ويؤدي إلى مشاعر القلق والإحباط والشعور بالنقص ومشاعر الذنب والعدوان والتخوف من الحديثSpeech phobia (السيد،2008 : 73-75).

- **3-مظاهر التأتأة:**

- تتصف التأتأة بمجموعة أعراض الأساسية التي تميزها عن صعوبات الطلاقة العادية في الكلام وتختلف من طفل إلى أخر ومن بين الأعراض

- **3-1-التكرار:Repetition** هو تكرار جزء من الكلمة أو كلمة أو عبارة عدة مرات،وقد يكرر

أصوات معينة، ويمكن أن تكون طريقة التكرار بهدوء وبطء،أو قد تكون سريعة وعبارة عن مقاطع تخرج بصوت يشبه طلقات متدافعة سريعة، ولكن غالبا ما يكون تكرار مقاطع الكلمات مصحوبا بالتردد والتوتر النفسي والجسمي والتكرار يكون لبعض عناصر الكلام مثل:

- -تكرار حرف معين مثل : م م م محمد
- -تكرار للمقاطع اللفظية مثل : فا فا فا فانوس
- -تكرار للكلمة : لكن لكن لكن لكن أنظر
- -تكرار للعبارة : دع – دعني – دعني ارى.
- **3-2-المد والإطالة:Prolongation** قد تصدر الأصوات مع المد أو إطالة إضافية وخاصة الحروف الساكنة،وهده الإطالة للصوت يمكن أن تصدر بشكل هادئ أو قد تكون بشكل متوتر وفيها يمد الطفل الصوت في بداية أو وسط كلمة معينة وكأن الطفل يدفع الصوت دفعا ليخرج من فمه.
- **3-3-التوقف: Blockage** هوحدوث وقفات للطفل أثناء الكلام عند بداية الحديث أي إنقطاع الصوت وهو صعوبة في بدأ الكلام أو إستمراره لصعوبة إستمرار إندفاع الهواء الكافي للكلام وقد تكون الوقفة في أول الكلمة أو في منتصفها أو بين الكلمات وبعضها ،حيث تتوقف عضلات الكلام عن الحركة بشكل مفاجئ وكأنها تجمدت إلى أن تعود على العمل.
- **3-4-المجاهدةInstead of effort**: هوالمناضلة من أجل بدء الكلام وتكون البداية مصحوبة بجهد. وتعني الدفع بشدة في بعض الأحيان؛حيث يمكن سماع الطفل وهو يدفع بشدة وبمجهود بعض الأصوات للنطق بها ويبدو الطفل وكان ميكانيكية الكلام قد تعطلت، ويحاول الطفل بذل جهد إضافي لإعادة عملها.
- **3-5-إضطراب عملية التنفس:Respiratory disorer**تتمثل في إختلال عملية التنفس متل إستنشاق الهواء بصورة مفاجئة،وإخراج كل هواء الزفير في الكلام،ثم محاولة إستخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات،ويشعر الطفل وكأنه لا يستطيع أن يحصل على الهواء الكافي لإنهاء جملته،أو ربما يستنشق الطفل الهواء بشكل شهقات متتابعة وقصيرة(السيد ،**2008 :26 –27**).
- **3-6-الإضافة:Addition** فقد يضيف الطفل كلمات أو أصواتا إضافية لا تضيف شيئا الى المعنى "أو أنني،أم م م.....أحب.....أم م م تناول الشكولاطة"هي كلمات يضيفها المتأتأ في بداية الكلام بهدف تخطي عائق بدء الكلام ببعض الكلمات الصعبة.

- **3-7-سلوك التفادي: Avoidance**
- يرى النحاس (2006) يلجأ معظم المتأتأتئين بعد فترة من الإحباط والشعور بالرفض الإجتماعي إلى أي شيء لمنع تأتأتهم، فيحاولون إبتكار وسائل وأساليب لتفادي حدوث التأتاة، ومن العجيب أن نرى ذوي التأتأة الشديدة غالبا ما يلجؤن إلى سلوك التفادي، أما الذي يتأتأ تأتأة بسيطة نظرا إلى أنه لم يزل لديه قدرة من الطلاقة فإنه يلجا إلى أساليب التفادي كرفض الكلام في مواقف معينة وكذلك التأجيل أو الإنسحاب والإبتعاد عن النشاطات الإجتماعية وعدم الإختلاط للإحراج(حسين يحي،2013 :246) .
- **3-8-عدم الإكتمال: Blocking** في بعض الأحيان ،يتوقف الطفل فجأة عن الكلام ويترك الكلمة أو الجملة ناقصة بدون تكملة(مصطفى سالم ،2014 : 144-145).
- **4- النظريات المفسرة للتأتأة:**
- **4-1-نظرية السيطرة المخية:Theory Cerbral Dominancc** يتزعمها الباحث الأمريكي ترافس Trafse الذي يرى بأن التأتأة عرض لإضطراب بيولوجي أو إضطراب عصبي فسيولوجي داخلي معقد،يتلخص في أن تحويل طفل أيسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث التأتأة في الكلام،والأساس الذي تنطلق منه النظرية هو أن المخ ينقسم إلى شطرين كرويين، ومن خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الأخر،وتكون هده السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى و العكس،بمعنى أخر فقد وجدت بعض الدراسات بإستخدام الرسام الكهربائي (EEG). أن الذكور الذين لديهم التأتأة وجد لديهم إخماد أو تثبيط كف للموجة ألفا بالفص الأيمن أثناء إثارة الكلمات، العاديين فلديهم تثبيط وكف بالفص الأيسر، كما أن لديهم تأتأة يظهر لديهم إستخدام اليد اليسرى، كما يستخدمون كلا اليدين بمهارة، فهي علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يساري إلى الكتابة باليمنى ينتج عنه شئي من التداخل في عمل كل من نصفي المخ الكرويين ،ويؤدي هذا التداخل إلى إزدياد سيطرة نصف الكرة اليساري، فيتعادل شطر المخ في السيطرة، وينتج عن تعادليهما إضطراب في كلام الطفل(لجرواني؛صديق،2013: 51،52.)
- **4-2-النظرية البيوكيميائية والفسيولوجية Physiological and Biochemical**
- يرى ويست West بأن التأتاة هي نتيجة لإستعداد وراثي،وقد أكد Westعام(1958) على حالة عدم إتزان الدم وإرتفاع نسبة السكر فيه لدى الشخص المتأتئ وترتبط هذه النظرية بأبحاث الأيض الأساسي وكيمياء الدم،وأمواج الدماغ ، والتوائم والعوامل الفسيولوجية العصبية.كما أكدت نظريات أخرى على أهمية كما أكدت نظريات أخرى على أهمية التغيرات الدينامية الهوائية والفسيولوجية التي تظهر في الجهاز الصوتي

خلال الكلام والتي تقول بأن التأتأة مشكلة في التصويت والتنفيس الهوائي والنطق، كم أشارت نظريات أخرى إلى التحويلات الصوتية التي تجعل بداية الكلام صعبة لدى الشخص المتأتئ، وكذلك توقيت وتدفق الهواء، كما يرى آخرون أن عنصر التنسيق والتوتر الزائد في منطقة الحنجرة كعوامل مسببة للتأتأة، وينظر باحثون آخرون إلى أن عدم السيطرة على النشاط الحنجري يسبب التأتأة.

- **4-3-النظرية الجينية:Genetic Theory**

- وترى بأن التأتأة لها أساس وراثي، ويشير البعض من الباحثين إلى أن 65 % من الأفراد المتأتئين لديهم أحد الأبوين أو الأقارب يتأتئون، بينما لم يجد الباحثون الآخرون أي عامل وراثي وراء التأتأة, بالإضافة إلى أن وجود أقارب يتأتئون لا يعني بالضرورة وجود أصل وراثي , وطور هذه النظرية ويندل جونسون Wendel Johnson ، كما سميت بالنظرية النمائية Developmental Theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory Struggle Theoryو يرى جونسون Johnson أن تشخيص التأتأة من قبل الآباء يوفر بيئة الفرق والإعاقة حيث يبدأ الطفل بالكلام غير الطبيعي كاستجابة للقلق وللضغوطات ولانتقادات الآباء، حيث يستجيب كل من الآباء والطفل لفكرة الإعاقة أكثر من سلوك كلام الطفل، ويقول جونسون Johnson أن التأتأة تبدأ في أذن الآباء قبل فم الطفل.

- **4-4- نظرية الفشل في الإتصال:Theory of communication Failure**

- لصاحبها بلودستين Bloodstein بأن التأتأة نتيجة للفشل في الاتصال والمحادثة مع أشخاص آخرين كما يفهمها الطفل، حيث تبدأ التأتأة كاستجابة للتوتر وللتقطع الناتج في الكلام الذي يحدث بسبب الفشل المستمر في التحدث مع الآخرين في وجود ضغط في التفاهم معهم(الجرواني ؛صديق،2013 :53،54).

- **4-5-نظريات علم النفس:Theories psychologie**

- **4-5-1-نظرية التحليل النفسي:Theory Psychanalysis**

- إن وجهة نظر فرويد Freud في التأتاة أنها أحد أشكال العصاب neurosis والذي هو شكل بسيط من الإضطرابات النفسية يكون فيه إضطراب جزئي في الشخصية ينعكس من خلال إضطراب في الكلام، ،وأن التأتأه ناتجة عن صراعات لا شعورية، وهي محاولة يقوم بها الشخص المتكلم ليشبع حاجة إنفعالية لا شعورية، ووسيلة لإشباع حاجات جنسية فميه، وهي وسيلة دفاع يلجأ إليها الشخص للحد من تطور القلق عندما تهدده بعض المثيرات في الظهور، وعندما يحاول الكلام، فإن حركات الفن لديه تكون شبيهة بحركات مص الثدي الأصلية عندما كان رضيعًا.

- **4-5-2-نظرية الإشراط الكلاسيكي:Classic Conditioning Theories**

- توصل عالم النفس الروسي الشهير بافلوفPavlovتشير إلى أن : التأتأة هي نتيجة للفشل غير المشروط في الكلام الطلق بسبب قلق المتكلم حول كلامه، وإذا حدث ذلك فإن الشخص سوف يتأتئ في أي موقف مثير للقلق، وينظر إلى التأتأة على أنها نتيجة لحالة وظيفية للجهاز الصوتي, فهي تتميز بالتوتر الذي يحدث للجهاز الصوتي، كما وتعمل التوترات الانفعالية والقلق الاجتماعي على إحداثها(إيمان،2010 :109-110).

3-5-4-النظرية السلوكية Behavioral theory :

- حاول أصحاب هذه النظرية تفسير سلوكيات الفرد سواء العادية وغير العادية في ضوء عملية التعلم، لذا فهم يعتبرون التأتأة من وجهة نظرهم عبارة عن سلوك يتعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة، الأطفال الصغار في سن 3-4 سنوات يتعرضون لاضطرابات في طلاقة الكلام خلال ممارستهم الأولى لها لأنهم غير قادرين على نطق الأصوات من جهة ولقلة محصولهم اللغوي أن عدم الطلاقة المقترن بردود فعل المستمع من جهة أخرى، ويرى Johnsonالسلبية تعد المسبب الحقيقي للتأتأة، بمعنى أن الطفل عندما يتكلم وتحدث له التأتأة،وينتقد من قبل الآخرين فإنه يدعم هذا الاضطراب ويدعم حدوثه مرة أخرى، وهذا ما يسمى بالنظرية التفاعلية، وهناك جانب آخر يتسق مع تفسير نظرية التعلم ويتضمن تعرض الفرد للجلجة، وهو ما يسمى أثر الثبات أو الاتساق Consistency المتلجلج إلى اللجلجة في بعض الكلمات أو في كلمات معينة دون الأخرى، مما يشير إلى أنه يعرف مسبقًا أنه سوف يتلجلج عند نطق تلك الكلمة، الأمر الذي يجعله يتلجلج بالفعل مرة تلو مرة.

- **5-النظرية البيئية الإجتماعية:Social Theory & Enviromental**

- كثير من الباحثين أرجعوا التأتأة إلى عوامل بيئية إجتماعية حيت ذكر مورلي Morley بعض العوامل البيئية والشخصية التي تؤدي إلى التأتأة من بينها:

- **5-1-الصدمة المفاجئة:Sudden shock**حيث وجد بعض المصابين بالتأتأة أن هناك إرتباطا بين حدوث صدمة شديدة أو خبرة مخيفة في مرحلة الطفولة وبين ظاهرة التأتأة.

- **5-2-تصحيح العيوب التعبيرية: Correction of defective articulation**

- وهي محاولات من قبل الوالدين أو المحيطين بالطفل لتصحيح عيوب الطفل الكلامية،وقد تؤدي تلك المحاولات إلى شعور الطفل بالإحباط والخوف الدائم من الفشل في الكلام.

- **5-3-التقليد:Imitation**

- إن الطفل الصغير نادرا ما يدرك عدو الطلاقة اللفظية، ولذا فقد يقوم بتقليد تأتأة طفل آخر،وقد تحدث كذلك نتيجة تقليد لا شعوري لكلام الأب أو الأم أو أي طفل آخر في الأسرة يتأتأ (محمود أمين،2000 : 39).
- و عليه ترى الباحثة بأن أسباب نشأة التأتأة قد تكون عضوية نتيجة إصابة دماغية أو جسمية بالإضافة إلى العوامل البيئية أو المحيطية التي يعيش فيها الفرد دون نسيان الأسباب النفسية و العصبية التي يمكن لها أن تكون مؤثرة بشكل كافي في ظهور التأتأة لذلك يجب مراعاة كل الجوانب خاصة بالفرد في ظهور إضطراب التأتأة.

- **6-الخصائص النفسية للمتأتيين:**

- حيث يمكن لنا ذكر الخصائص النفسية للمتأتئين كما يلي : (منال مقيل، 1990 : 145).

❖ سوء التوافق.

❖ عدم التكييف.

❖ الشعور بعدم الأمان.

❖ الخجل و سهولة الاستثارة.

❖ الحساسية المفرطة.

❖ التوتر وتوقع الرفض من قبل الآخرين.

❖ الانطوائية.

❖ عدم الثبات الانفعالي.

❖ الانخفاض في الاستقلالية الذاتية و المهارات الإجتماعية.

❖ ظهور أعراض عصبية.

❖ الإنخفاض في وظيفة التحكم العقلي.

❖ مشاعر القلق.

❖ نقص روح المبادرة.

❖ إتجاهات عدوانية نحو الذات، و عدم الثقة بالنفس.

❖ ردود فعل السريع في الكلام.

❖ ضعف القدرة الإدراكية .

- **7-دور المربي في التعامل مع الطفل المتأتي:** إن للمربي دور كبير في إكتشاف الإضطرابات اللغوية التي تظهر على الطفل، وفي توعية أوليائه، ويعتبر فرداً مساهما في علاج الطفل الذي يعاني من التأتأة وذلك بالتعامل الخاص مع الطفل المتأتي والمتمثل في:
- أ-إحالة الأطفال الذي يعانون من التأتأة الى أخصائي عالج اضطرابات اللغة.
- ب- تعزيز إستجابة الطفل لفظيا وذلك بمنحه أو تشجيعه أو تقديم له هدية أو لعبة أو حتى إبتسامة.
- ت- عدم توجيه الأسئلة إلى الطفل بشكل مفاجيء وذلك بإتاحة الفرص للإستجابة أو يمتنع عن الإجابة.
- ث- ويفضل عدم مقاطعة الطفل المتأتأ أوإيقافه إلا إذا أراد هو ذلك (Estienne,2002:)
- ج. تعليمه وتدريبه دون تردد.
- ح. عدم إظهار أسلوب الشفقة الزائدة للطفل حتى لا يتعقد من وضعه.
- خ- تعليمه اللغة للتعبير عن حاجة والمشاعر المكبوتة لديه.
- د- عدم لفت النظر للطفل المتأتأة خاصة أمام أقرانه.
- ذ- تشجيعه على القراءة.
- ر- تحفيظه الأدعية والأناشيد لكي يستطيع التخلص من إضطراب التأتأة. (سعيد حسني العزة:160،2002-161)..

7-الأساليب العلاجية للتأتأة:

كثرة وتعددت الأساليب التي استخدمت في علاج اللجلجة؛ نظرا لتشابك العوامل المؤدية ‘إلى تلك الظاهرة النفسية المركبة والمتداخلة المتغيرات سوف تحاول الباحثة إلقاء الضوء على بعض الأساليب العلاجية.

- **7-1-الكلام الإيقاعي:Rhytmic speech** تقوم هذه الطريقة بناء على أن درجة التأتأة تنخفض حين يتكلم المتأتأ بطريقة إيقاعيةRhythmic manner ،ولذلك إستخدمت آلة المترونو-Metro nomeالتي تساعد على نطق كل مقطع مع كل إيقاع،حيث يقسم موضوع الفراءة إلى كلمات يسيرة تقرأ بتناسب مع توقيت آلة المترونوم ومن تم يحدث تقدم تدريجي في طريقة الكلام.
- **7-2-تظليل الكلام: Speech shadowing**
- حيث يقرأ المتأتأ بصوت مرتفع القطعة المقطع نفسه الذي يقرأه المعالج ومعه في نفس الوقت بفارق جزء من ثانية ،إستخدم شيري وساير Cherry & Sayersز هذه الطريقة لعلاج بعض الأفراد المتأتئين،وقد لاحظا أن هناك تحسنا طرأ على طريقة كلامهم (حسين يحي،2013 :249).
- **7-3-الإطالة:Prolongation**يجعل الفرد المتأتأ في إسترخاء بذني وعقلي،ثم في قراءة مقطع بدرجة

بطيئة جدا مع الإطالة في كل مقطع يقرأه مثل "بندقية" فإنها تتم على النحو التالي:ب.....ند.....قية.ينبغي أن يستمر تطويل المقاطع حتى تنتهي الجملة بدون توقفات خلالها،كما يجب أن يمارس التطويل حتى أثناء المحادثات مع الآخرين.

- ويرى بهرت راج (Raj1986) أ ن المصابين بالتأتأة الشديدة يستجبون لتلك الطريقة، وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج عن وجود نتائج جيدة، وأظهرت الحالات تحسنا ملحوظا .
- **7-4-إرشاد الآباء: Counseling the parents** يرى أوليفر بلودشتين (Bloodstein(1976ضرورة أستخدام الإرشاد الوالدي كوسيلة علاجية تساعد في تخفيض عدد المصابين بالتأتأة، ويتفق معه(بهرت راجRaj)حيث يرى أن الأطفال يتميز كلامهم بالتقطع Mild interuptionsأثناء الحديث مثل التكرارات والترددات Hesitations ،وهنا لا يحتاج الطفل الى علاج بل توجيه سليم وفعال من طرف والديه،أما أثناء علاج التأتأة المبدئية ينبغي أن يركز العلاج عى إعطاء معلومات كافية للآباء، حيث ينصح الآباء على عدم جدب إنتباه الطفل لطريقة كلامه وذلك بإتباع النقاط التالية:
  - -تشجيع كلام الطفل وتجاهل مظاهر قصوره اللفظي.
  - -عدم جدب انتباه الطفل لطريقة كلامه.
  - -عدم وصف الطفل بأنه متأتأ.
  - -لا ينبغي مقارنته بأي طفل آخر.
  - -تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين.
  - -تنمية الشعور بالثقة والمسؤولية والحب المتبادل والاحترام لدى الطفل.
  - -العمل على تحسين المناخ البيئي المحيط بالطفل ،والتخفيف من حدة العوامل التي تعمل على خلق التوتر والاضطراب للطفل.
  - -عدم إشعار الطفل بأنه مختلف عن الآخرين في طريقة كلامه حتى لا يكون حساسا نحو الطريقة التي يتحدث بها.
  - -مساعدة الطفل على أن ينمو نموا سليما،وعلى التعرف على طاقاته الكامنة، وقدراته الإبتكارية(محمود أمين،2000 :50).
- **7-5-العلاج النفسي: Psychological Therapy** يستعان بالأخصائي النفسي للتعامل مع المشكلات الإنفعالية المسببة للتأتأة ،ويعطي أهمية قليلة لأعراض الكلام بقدر يعطي الإهتمام للمشكلات

النفسية والضغوطات التي يتعرض لها المتعالج.فيركز الأخصائي النفسي على العمليات النفسية ووسائل الدفاع المستخدمة وتطور الشخصية ومشاعر القلق والخوف.

- **7-6-التحكم بتدفق الهواء:Management of Airflow**يعتمد هذا الإجراء على عنصرين هما الزيادة التدريجية في هواء الشهيق والثاني الزفير البطيء لإخراج الهواء من خلال الفم. وخلال التدريب على الأخصائي أن يتأكد أن المتعالج لا يبقي هواء في رئتيه حتى الهواء القليل يجب إخراجه قبل البدء بالشهيق وتناسب هذه الطريقة الأفراد الذين ترتبط تأتأتهم بمشكلات في ضبط تدفق الهواء(الزريقات،2005: 259).

- **7-7- التدريب على الإسترخاء: Relaxation Training**

- يتضمن هذا الأسلوب تدريب الفرد على الاسترخاء أثناء الكلام ، ويلزم هنا معرفة كيفية ممارسة برنامج الاسترخاء لمختلف أجزاء الجسم عامة ، وأجزاء جهاز النطق خاصة ، وقد استخدم البعض هذا الأسلوب في علاج التأتأة إستنادا إلى وجهة النظر التي تفسر اللجلجة في ضوء ما يتعرض له الفرد من ، توتر وقلق ، يجعله يضغط على أجهزة الصوت والنطق ،وهي أمور يمكن تخليص الفرد منها أثناء الاسترخاء ، مما يساعد على ا لكلام بطلاقة . بيد أن هذا الأسلوب يتطلب تدريب الفرد جيدًا على ضبط النفس ، وتعلم الاسترخاء بمفرده كي يستطيع تعميم نتائج ذلك خارج جلسات العلاج وفي مواقف الحياة العادية ، وهو أمر قد يصعب على كثير من الحالات (الشخص، 1997 :304-305).

- **7-8-الإيحاء المباشرOracles direct**: والذي يقدم بصفة مباشرة وبسهولة كبيرة وبتعبير آخر وهي طريقة علاجية تستجيب لطموحات المتأتئ وتهدف الى تخليصه من عدة تصرفات يرغب في التخلص منها، كأن نقول له (إن حالتك تتحسن شيئا فشيئا، وتستمر على هذا السلوك طويلاً)

- **7-9-الإيحاء الغير المباشر Oracles indirect**: وهو أكثرإستعمالاً ، لأن المختصين في هذا المجال لاحظوا أن المتأتئ يرى بواسطة هذه الطرق العالجية أمال كبير..... نتيجة لعدة أشكال ساعده على ذلك منها: - مراكز مختصة لعالج هذه الاضطرابات وتمارين موجهة لتعزيز عضلا ت الأعضاء الخاصة بالتنفس والنطق والتصويت.(الزريقات،2005: 260).

تاسعا : التوحد:

تعريف التوحد:

ا–لغة:

Autisme التوحد مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية " Autos" والتي تعني نفسه soi même.
(دعو سميرة وشنوفي نورية، 2013: 72)

ب–اصطلاحا:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها:

لقد استخدم هذا المصطلح في الوطن العربي تحت تسميات عديدة (الذهان، التوحد الذاتوية، الاجترارية) وتتفق هذه المسميات مع الاتجاه المؤيدة بأن التوحد يعتبر مرضا عقليا "ذهان أو فصام"، ويمكن عرضها على النحو التالي:

***الذهان الطفولة المبكرة: infantile autisme**

هو أحد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الذهان كأحد نماذج الشخصية الشاذة، ويشتهر لدى الأطفال تحث سن العاشرة ومن خصائصه ضعف القدرة على الاتصال اللفظي بالأخرين ومحاولات القوية للاحتفاظ بكل شيء كما هو، وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالأخرين.

وغالبا ما يبدو الطفل الذهاني ذكيا، ولكنه لا يسلك سلوكا سويا في البيئة العادية.

***الذهان الاجتراري: Autistes Psychoses**

يعرفه ماهلر **mahler** بأنه شكل من أشكال الذهان التطفلي تكون فيه بنية الأنا معينة بنيويا ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه والطفل يبنى الاجترارية كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية. (مصطفى نوري القمش،2011: 18).

***الاجترارية: Autisme**

هي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار، وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات، وقد اعتقد أن الاجترارية هي الخاصية الاولى للفصام.

كما عرفه كمال الدسوقي المعنى الكلي الاجترار يمكن فهمه من ثلاث معايير رئيسية:

التفكير الذي تحكمه الحاجات الشخصية أو النفسية.

إدراك العالم في حدود الرغبات.

الانشغال المفرط أو الاهتمام البالغ بأفكار نفسه وتخيلاته الخاصة. (عبد الرحمان سيد سليمان،2001: 21)

- وعرف التوحد wolf : التوحديون هم من يعانون من نقص الاتصال الانفعالي ونقص الاتصال اللغوي المتصل في فساد النمو اللغوي مع شدود في تشكل مضمون الكلام، وترديد آلي لما يسمع وشذوذ في اللعب والتحليل والنمطية والإصرار على الطقوس والروتين، وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغير في الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير هادفة كهز الرأس وحركة اليدين والأصابع.

- وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية 1994 بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا في ذلك على الاتصال اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر بعد السن 3 سنوات، ويؤثر على الأداء في التعليم. (سهي أمين أحمد نصر، 2002: 69) وهو نادر يظهر عند الذكور أكثر من الإناث. (بدرة ميموني، 2011: 60)

- أما الجمعية الوطنية الأطفال التوحدين فقد عرفته هو اضطراب تعرف سلوكيا، وتظهر مظاهره الأساسية قبل أن يصل الطفل إلى 30 شهرا، ويتضمن الاضطراب في المجالات التالية: سرعة وتتابع النمو الاستجابة الحسية لمثيرات الكلام أو اللغة، أو السعة المعرفية، التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات. (بخيت عبد الكريم، 1999: 165) .

3-أسباب التوحد:

منذ إن انتبه العلماء للأعراض التي سموها فيما بعد باضطراب التوحد. مازالت الأسباب غير معروفة بصورة دقيقة وثابتة (مجهولة). وذلك لعدم وجود عرض معين، وإنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية من

طفل لآخر، حيث هناك فرضيات متعددة بحثت في أسباب التوحد ولكن سرعان ما تنهار أمام الفرضيات الجدد. شارت إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها الأسرية، والنفسية، والبيولوجية، والكيمائية، وسوف يتم عرض هذه الأسباب فيما يلي:

ا-الأسباب النفسية: (Psychologique Factor):

البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الو الدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية يسهم في حدوث الاضطراب.

ويؤكد ذلك ليوكانر 1943 إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين:

نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل.

نتيجة المناخ النفسي الشيء الذي يعيش فيه الطفل. (لمياء عبد الحميد بيومي،2008: 48)

وقد يلعب الوضع الاقتصادي الأسرة في ضغوط من نوع ما يؤدي إلى التنافر أو التناغم بين أفراد الأسرة وأيضا إلى ضغوط من أنواع معينة. (سميرة بقيون، 2007: 155)

فمنذ القدم كان الوالدان يتهمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن والتي تسبب الإصابة بالتوحد، وخصوصاً الأم مما أطلق عليها الأم الباردة (الثلاجة). ولكن لم تثبت تلك الفرضية، حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الأطفال المصابين إلى عوائل بديلة خالية من الأمراض النفسية (برودة العواطف وغيرها)، لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال. ويلاحظ أيضا إن الإصابة بهذا الاضطراب قد تبدأ أحيانا منذ الولادة، لم يكن تعامل الوالدين واضحاً في هذه الفترة. (عادل جاسب شبيب، 2008: 18)

ب-الأسباب البيولوجية:

بدأ الاهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية في حدوث اضطراب التوحد، وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لم تعد تفسير أسباب هذا الاضطراب، وبسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من معاناة في أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية فإن هنالك اهتمام بالنواحي البيولوجية كسبب في حدوث التوحد، هذا ما أكدته دراسة (سميرة السعد،1998: 135)

من أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية، وليست نفسية فقد تكون ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفا بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ، وتظهر أعرض التوحد وفيما يلي عرض لهذه الأسباب:

***الجـــينية:**

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل باضطراب التوحد بحيث تقـوم المورثـات الجينـات بنقـل الكثـير مـن الخصـائص البشـرية مـن الوالـدين إلى طفلهـم كـاللون، الطـول، الشكل.....الخ إضافة للكثير من الاضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكانها في الكرموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث يكون سببا لحدوث هذا الاضطراب.

كمـا أثبتـت بعـض الدراسـات الحديثـة "ليـدا Lida 1993" أن هنـاك ارتباطـا بـين التوحـد وبـين خلـل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم الذي يعتبر شكل وراثي حديث مسبب التوحد والاعاقة العقلية وصعوبات التعلم وله دور في (Fragil X) يسمى حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من إناث ويؤثر هذا الكروموزوم حوالي(**10.7%**)من حالات التوحد الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث 5 بالمئة من حالات التوحد و تشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الأخر بالتوحد لا تقل عن 90 بالمئة كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزمات خلال(20أو24) يوم من الحمل أو في الثلاث شهر الأولى وتفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزمات (مصطفى نوري القمش، 2007: 127).

ج–المضاعفات الولادية قبل الولادة:

وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين وأيضا المواد الموجودة في بطن الجنين، كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالي للتأثير للعقاقير التي تتعاطها الأم أثناء فترة الحمل.

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الاضطراب التكونية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

- **الالتهابات الفيروسية:**

الحصبة الألمانية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

تضخم الخلايا الفيروسية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

الالتهاب الدماغي الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

- **اضطراب عملية الأيض:**

حالات شذود أيض البيورين: وهو خلل في الانزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

د–الكيمائية الحيوية:

تلعب اضطراب الكيمياء الحيوية دورا كبير في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين حدوثه، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيماء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري.

المخ والأعصاب تتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية، وهي مواد كيماوية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية. (محمد السعيد أبو حلاوة: 2001، 33)

هـ–خلل في الجهاز العصبي المركزي:

قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي فقد يكون هناك قصورا معينا في الوظائف الفيزيولوجية، وقد اثبتت الدراسة بلوتين (1998) أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص التوحديين والمجموعة من الأشخاص العاديين وجدت بأن الحجم الكلي للمخ يتزايد لدى المصابين بالتوحدية والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص الجداري والفص الصدغي والفص القذالي ولم توجد فروقا في الفصوص الأمامية.

4-أعرض التوحـــــد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لأخر حيت تمس الجانب اللغوي، العلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب، السلوك.

ا-التواصل

يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتاً، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

ب-التفاعل الاجتماعي:

يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، تكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.

فالأطفال اللذين لا يتكلمون لديهم إعاقة في محادثات وبالتالي فإن الخصائص الكلامية كطبقة الصوت والتنعيم ومعدل الصوت والايقاع ونبرة الصوت تكون شاذة. (سهى أحمد أمين نصر، 2002: 22) .

ج-المشكلات الحسية :

استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.

د-اللعب :

هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.

و-السلوك:

قد يكون نشطاً أو حركاً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض) دون سبب واضح. قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه. هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانيا، أو مؤذياً للذات. وقد تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر، وبدرجات متفاوتة.

إن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- ❖ يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم ممن حوله.
- ❖ لا يحب أن يحضنه أحد.
- ❖ يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- ❖ لا يخاف من الخطر.
- ❖ يكرر كلام الأخرين.
- ❖ نشاط زائد ملحوظ أو خمل مبالغ فيه.
- ❖ لا يلعب مع الأطفال الأخرين.
- ❖ ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.
- ❖ بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
- ❖ يقاوم تغير الروتين.
- ❖ لا ينظر في عين من يكلمه.
- ❖ تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- ❖ فقدان الخيال والابداع في طريقة لعبه.
- ❖ وجود حركات متكرر وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين. (إبراهيم فرج عبد الله الرزيقات،2004: 44)

❖ مشاكل اللغة والكلام في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أن 05 %من التوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم.

❖ كما أن الأطفال التوحديون لا يستطيعون فهم المزاج والسخرية.

يتشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر جاذبية، كما أن الأطفال التوحديون في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات الحس وإمساك وحركات غير منضبطة (إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل، 2009: 22)

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (kanner) إبنه قائلا " يبدوا مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤنب، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدوا سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب، يبدو أنه منسحب ومتقوقع على نفسه. (إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، 2004 :63)

5-تشخيص التوحد:

ا-معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IV TR:

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV TR إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور (1) أعراض أو أكثر من المجموعة.

- **المجموعة الأولى: قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي ويعبر عنه كما يلي:**

خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل (تعبيرات الوجه، الوضع الجسماني التواصل البصري، الإيماءات) (مجدي فتحي عزال،2007: 15).

عدم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية المناسبة نمائية مع الأقران.

الافتقار إلى التلقائية في مشاركة الأخرين أفراحهم وأحزانهم.

عدم المقدر على تبادل المشاعر الانفعالية والاجتماعية مع الأخرين.

- **المجموعة الثانية: قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي:**

تأخر نمو اللغة المنطوقة أو انعدامها كليا.

عدم المقدرة على المبادرة في الكلام أو المحادثة أو المحافظة على الاستمرارية فيها لمن يتمتع منهم بالقدرة على الحديث.

استخدام نمطي أو تكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة غير مفهومة (مجدي فتحي عزال،2007: 15).

شذوذ واضح في تركيب الجمل في تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.

شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الأخرين أو استمراره.

عدم القدرة على اللعب الإلهام العفوي أو اللعب التخيلي الملائم للمستوى النمائي.

- **المجموعة الثالث: قصور نشاط الطفل على سلوكات نمطية وتكرارية:**

كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.

حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، وضرب الرأس)

انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل: يد لعبة، سلسلة مفاتيح.

جهود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى.

ب-التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، والشكل النهائي ل (ICD 10) ظهر في عام (1993)، حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية ذكر الجوانب الأساسية وهي:

ظهور أعرض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.

قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي التبادل.

نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.

شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في السنوات الثلاث الأولى من العمر. (مصطفى نوري القمش، 2011: 110)

أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقة نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة، ريت (RETT)أو انفصام في الشخصية المبكرة. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 87)

ج–العلامات المبكرة للتوحد:

رغم أن تشخيص اضطراب التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معلمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 87)

من صفر إلى ستة أشهر: يمكن أن تجد اضطرابات متكررة في التفاعل.

- طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشكي.
- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة متكررة للنظر.
- عامة طفل هادئ (جامد).

من 06أشهر إلى 12: انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.

- نفور واشمئزاز من المأكولات.
- عدم انتظام مرحلة التطور الحركي.

السنة الثانية والثالثة:

- غير مبال بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.

السنة الرابعة والخامسة:

- اختلال واضح في استخدام سلوك غير اللفظي مثل التحديق من العين إلى العين التعبير الوجهي.
- انعدام ألعاب الخيال المنوعة أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى التطوري.
- استخدام متكرر ونمطي للغة أو استخدام لغة خاصة. (خالد نيسان،2009: 124)
- اللغة محددة ومنعدمة.
- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 88)

ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد في حالة أن طفلا ما أظهر 07أو أكثر من هذه السمات فان تشخيص للتوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهذه السمات هي:

- صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الأخرين.
- يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- يقاوم التعلم.
- يقاوم تغيير الروتين.
- الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.
- لا يبدي خوفا من المخاطر.
- يشير بالإيماءات/ فرط الحركة/ لا يحب العناق./ تدوير الأجسام واللعب معها / ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء/ أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (خالدة نيسان،2009: 128) .

6-التشـــخيص الفارق:

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل، ولأجل تشخيص دقيق لا بد من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات، فيما يسمى بالتشخيص الفارق، ونتعرف لهذا التشخيص الفارق بين التوحد والاعاقات الأخرى كالتالي:

أ–التوحد والتخلف العقلي:

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتخلط بعض أعراضهما ولا سيما إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (20) شهرا، مصطفى نوري القمش(112:2011) فتزيد عملية التشخيص تعقيدا وقد تكون من أعراضه تكرار الحركات النمطية التي هي سمة مميزة في التوحد، ومن جهة أخرى فكثيرا ما يصاحب التخلف العقلي الشديد صعوبات في الكلام والتخاطب التي تميز إعاقة التوحد فأيضا فتزيد من صعوبة التشخيص إن الحالة توحد فقط أم تخلف عقلي فقط أم الإصابة بالاثنين.

كما ذكر فراح (1994) عدد من الاختلافات والفروق نذكر منها:

يتميز طفل التخلف العقلي بنزعة إلى التقرب والارتباط بالوالدية والتواصل معهما، وهي سمة الاجتماعي غائمة تماما في حالة التوحد.

طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعا طفل التوحد الذي يخلط مثلا بين "أنا" و"أنت" فيستعمل كلا منها مكان الأخرى، وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.

طفل التخلف العقلي أسهل مراسا في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهد قائمة وصبر.

طفل التخلف العقلي من الممكن أن يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نمو في اللغة، ولو أنه قد يتأخر في بنائها إلى حد.

طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبا، أما طفل التخلف العقلي (البسيط) فإنه قد يحقق استقلالية ذاتيا بمساعدة برامج التأهيل، ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفه مناسبة. (عوض بن محب بن سعيد المعيدي، 2010: 50-51)

المتخلف عقليا لديه اضطراب واضح في الذاكرة، إذ لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف تالية، بينما التوحدي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان، ولكن لديه اضطراب واضح في الادراك فيستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى.

تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد، ويمكن التشخيص المبكر لهذه الحالات، أما بالنسبة لحالات التوحد، فبعضها ينمو بصورة طبيعية حتى عمر سنتين وبالأكثر حتى (30) شهرا ثم يبدأ الأعراض في الظهور.

يتمتع التوحدي بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات. (مصطفى نوري القمش، 2011: 114-115)

ب-التوحد واضطراب ريت Rett:

زملة "ريت" هي إحدى إعاقات الطفولة، أكتشفها "ريت" (1966) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيه التوحديين، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية. (مصطفى نوري القمش، 2011: 118-119)

يتميز اضطراب "ريت" عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6-8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 89-90)

وأن الطفل التوحدي لديه مستوى أفضل من المهارات الحركية مقارنة مع اضطراب "ريت"(محمد السيد عبد الرحمان ومنى خليفة علي حسين وعلي إبراهيم، 2005: 26)

ج-التوحد واضطراب Asperger:

تشتمل أعراض اضطراب "اسبرجر" قصور في مهارات التوازن الاكتئاب الكلام التكراري إخراج الصوت بنفس الوثيرة، كراهية التغير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الاخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (دعوة سميرة وشنوفي نورة،2013: 90)

وقد حدد عكاشة جوانب التشابه بين التوحد وزملة "اسبيرجر" في العناصر التالية:

1-وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.

2-غياب التواصل غير اللفظي.

3-مخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة.

4-قصور في الحركات الدقيقة.

أما شارون نيورث فقد حدود هذه الجوانب فيما يلي:

سلوكيات تكرارية، مشكلات اجتماعية شديدة، مشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة.

أما الجوانب الاختلاف بين التوحد وزملة "اسبيرجر" فقد وصفها عثمان فراج، شارون نيورث كما يلي:

1-عدم بدء ظهور أعراض اسبيرجر، الا خلال مرحلة الطفولة المتأخر، بينما تظهر حالات التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة. (مصطفى نوري القمش، 2011: 118-119)

2-يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الأخرين، بينما يبدي الطفل بالاسبيرجر رغبة في التواصل مع الأخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي الى اضطراب العلاقة معهم.

3-لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبيرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

4-نسبة الذكاء الاسبيرجر تقترب من الطبيعي ولكن لديه تباين بين نتائج اختيار الذكاء اللفظي والأدائي. (إيهاب محمد خليل، 2009: 83-84)

ويرى فراح أنه بالرغم من وجود بعض الاختلافات بين التوحد وزملة اسبرجر فإنه من الصعب التفرقة بينهما الا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة.

فالاضطرابان يظهران من أولى خطوات التشخيص كأنهما اضطراب واحد، لكن المختص النفسي المتمكن الذي يقوم بتشخيص فارقي دقيق يدرك أنهما اضطرابان مختلفان.

د-التوحد وفصام الطفولة:

ان اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي تلبس أو غموض يدور حول تشخيصهما. فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي، الذي لا يطور علاقاته الاجتماعية مع الاخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول البيئة.

ان بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أوفي سن متأخر من الطفولة.

وعلى المختص النفسي أن يحذر من تدخل هذه الأعراض ويقوم بتشخيص فارقي لكي يفرق بين اضطراب التوحد وأي اضطراب آخر مثل اضطراب الصمم. (خولة أحمد يحي،2000: 229)

ويمكن استخلاص أهم السمات المشتركة بين التوحد والفصام ما يلي:

- فقدان الاتصال بالواقع.
- الانغلاق على النفس.
- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر.
- عدم البراعة في التحدث والعمل.

وبالرغم من هذا التشابه في كثير من الأعراض، فإن الدليل التشخيصي الإحصائي في طبيعته الثالثة، والرابعة صنف كلا منهما كحالة منفردة بذاتها لوضوح الفروق على النحو التالي:

- ❖ حالات التوحد لا تتكرر في العائلة الواحدة، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة.
- ❖ التوحد يصيب الذكور أمثر من الإناث بنسبة (1:4)، بينما يصيب الفصام الإناث والذكور على حد السواء.
- ❖ التوحد يصاحبه غالبا تخلف عقلي، بينما لا يحدث ذلك مع الفصام.
- ❖ لا تظهر أعراض الهلاوس والهذاءات في التوحد، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكد.
- ❖ لا يتطور التوحد فيما بعد إلى فصام بتخطي الطفال مرحلة البلوغ.
- ❖ التوحد يظهر في الأعوام الأولى من العمر، لكن الفصام عند سن البلوغ.
- ❖ التوحد اضطراب نمائي، بينما الفصام مرض عقلي، فالتوحدي جامد الحس لا يعبر ولا يفهم اللغات والعواطف ولا يتبادلها، بينما يكثر الفصامي من التعبير عن عواطفه.
- ❖ التوحديون يتجنبون التقاء العيون، بينما نادرا ما يحدث هذا في حالات الفصام. (مصطفى نوري القمش،2011: 116-117)

هـ–التوحد والإعاقة السمعية:

إن بعض الأطفال المصابين بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل في أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل التوحدي، ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية.

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها عادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات وحركات الشفاه، لكن عدم القدرة على الكلام، وعدم القدرة على التواصل بسبب الانعزال القوي والاكتئاب ما يقربهم بالتوحد، لكن ما ان يستطيعون اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي استفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد. (مصطفى نوري القمش،2011: 122)

و–التوحد والحرمان العاطفي واكتئاب الرضيع:

كلما كان الطفل صغير كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، وجملة الأعراض عزلة الرضيع يبدو كتغير لأعرض مشتركة لمختلف الوضعيات: طفل هادى جدا، مسالم، ساكن، الإيجابي، اضطرابات المزاج، يمكن أن تظهر في حالة الاكتئاب والحرمان العاطفي الكبير.

إذا كان نظريا قدرات التواصل متحفظة بهما يمكن أن تكون مخفية أو معيقة من الانسحاب المعمق، وشدة الجمود الحركي، غير أن الالحاح على الدخول في التواصل يجلب عامة خفض السلوكات العزلة والانسحاب عند الطفل الصغير المحروم أو المكتئب، في حين أن نفس الالحاح يشكل دائما ظواهر الانسحاب عند الطفل التوحدي. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 93)

ولتشخيص اضطراب التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جدا في الأعراض لا بد من تشخيص فارقي دقيق يميز بين اضطراب التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى.

7–البرنامج التربوي العلاجي:

أ–برنامج Teach:

هو برنامج أسسه Eric Schopler في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحدين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم حيث يعتمد البرنامج

على تنظيم البيئة وإعطاء التوحدين معلومات بصرية واضحة يعتمد Teach مقياس Cors كأساس للتقييم في البرنامج.

إن جزاء مهما من برنامج Teach موجه لتطوير مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء الأطفال التوحدين بحيث يتضمن روتينا وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة. (يحي القبالي،2001: 246)

ويرى شوبلر بأن هناك ستة مبادئ رئيسية يعتمد عليها برنامج تيش وهي على النحو التالي:

1-يمثل التوحد تحديا طويل الأمد والهدف هو تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوفرة، وأيضا من خلال توفير بيئة داعمة ومناسبة.

2-تقييم كل طفل بإجراءات التقييم الرسمية باستخدام أفضل الاختبارات المتوافرة وبإجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والاباء والآخرون بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل.

3-استعمال جوانب القوة للطفل التوحدي في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في معالجة السمعية، والتنظيم، والذاكرة وهي تعد من أفضل الطرق في تعليم التعلم المستقبل وتعديل السلوكات غير المرغوبة ويمكن استخدام الأسلوب في المدرسة والمنزل ومكان العمل.

4-أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم

5-أفضل البرامج المفيدة هي تلك التي تستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المعرفية وهذه تأخذ بعين الاعتبار الفروق في النمو وتسمح بالعمل مع الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي.

6-تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد ويزيد من تحمل المسؤولية. (عوض بن مجب بن سعيد المعيدي، 2009: 60).

ب-برنامج ليب Leap:

ما يتميز به برنامج ليب أنه يجمع الأطفال التوحدين والأطفال العاديين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعي والانفعالية واللغوية

والسلوك الكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمع منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

والتركيز الأولي لبرنامج Leap يشتمل على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشمل التدريب:

تنظيم الصف، ضبط الصف، منهاج الإشراف، متابعة لما وراء المعلمين، مشاركة الأسرة. (عوض بن مجب بن سعيد المعيدي، 2009: 60).

8-أساليب التدخل العلاجي التأهيلي:

ا-أساليب التدخل النفسي:

حاول ليوكانر 1942 وهو أول من أكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين وبخاصة الأم، والطفل وبذلك نظر الآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم، ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج توحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة بالأم.

يركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسية وانفعالية جيدة، ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه نحو التواصل الاجتماعي، أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى الاستجابات ذهانيه حادة. (عادل جاسب شيب،2008: 38)

كما أن الكفالة النفسية للأطفال التوحديين لابد أن تكون مبكرة قدر الإمكان، حيث تأخذ الطابع الفردي، كما تأخذ الطابع الجماعي، وذلك يكون في المراكز المتخصصة من طرف فريق متعدد التخصصات وهذه الكفالة بتدريب وتحسين الجانب اللغوي والحركي.

وبطبيعة الحال فإننا ندرك أن طفل يعاني تأخر لغوي، اجتماعي عاطفي يحتاج إلى العلاج النفسي (دعو سميرة وشنوفي نورية، 2013: 94)

ب–أساليب التدخل السلوكي:

تقوم هذه الفكرة في علاج الأطفال التوحديين على مكافأة السلوك المطلوب بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحدي لدى الطفل، ويرجع السبب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة التوحد لعدة أسباب منها:

1–أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.

2–هذا الأسلوب لا يعبر اهتماما للأسباب المؤدية إلى التوحد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.

3–أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.

4–ثبت نجاح هذا الأسلوب وقد اتفق المختصون أنه يمكن استخدام النموذجة والأشرطة الإجرائي لمساعدة التوحديين. (يحي القباني، 2001: 249)

تعتمد طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على طريقة مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الإشراطية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من واطسون في بداية القرن الماضي المطور من خلال سكنر لاحقا، محاولات ضبط الطفل التوحدي من خلال المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة الطفل المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكات غير المرغوبة، لقد أشار لوفاس بأن الطفل التوحدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل مكثف ومنتظم. إنه ليس من الضروري أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقط، إنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين وغيرهم على استخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدرب عليها بشرط أن يكون الهدف واضحا وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم أساليب السلوك الاجتماعي.

ج–أساليب العلاج بالمسك والاحتضان:

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوى ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابط بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

عاشرا : السلوك العدواني :

تعريف السلوك العدواني :

1.1–لغة :

ورد في المنجد اللغة العربية لفظ العدوانية:

ب عدا –عداءا–عدوانا يعني "ابتغاء الشر أو عبادة بالشر أو الاعتداء أو البغي "(قاموس مجاني الطلاب ،2001).

وهي مشتقة من المفهوم اللاتيني "**Agredir**" أي السير نحو ، وهي الهجوم والبحث عن المعارك ، وتميل كذلك إلى السمة الأساسية التي من خلالها تجعل الحاجات الأساسية للفرد مؤمنة (فايد ،2001: 11).

2.1–اصطلاحا:

1 . يعرف **احمد بدوي** (**1977**) السلوك العدواني بأنه : " سلوك يهدف إلى إيذاء الغير أو الذات أو ما يحل محلها من رموز ، ويعتبر السلوك الاعتداء تعويضا عن الإحباط Frustration الذي يشعر به الشخص المعتدي ". (عمارة ، 2007: 10).

2 . يعرف **هـ. كوفمان** H. Koufman (1970) السلوك العدواني بأنه : " الاستجابة التي تهدف إلى إلحاق الضرر والأذى بالآخرين ". (معمرية، 2004 : بدون صفحة).

3 . ويعرفه **هنري أ. موراي** H. A. Murray (1938) بأنه : " التغلب على المعارضة بالقوة، القتال، الثأر لأذى، مهاجمة أو إيذاء أو قتل آخر ". (معمرية، 2004).

4 . ويعرفه ج. **م. دارلي وآخرون** J. M. Darly et al (1983) بأنه : " السلوك الذي يؤدي إلى الأذى والتدمير ويأخذ صورة الهجوم والاعتداء على الغير والممتلكات العامة ". (معمرية وماحي ، 2004).

5 . أما **محي الدين أحمد حسين وآخرون** 1983 فيرون أن السلوك العدواني يمكن تصنيفه إلى سلوك عدواني بدني وسلوك عدواني لفظي. ويعرفونه بأنه : " أي سلوك يصدره الفرد، لفظيا أو بدنيا، صريحا أو ضمنيا ، مباشرا أو غير مباشر، ناشطا أو سلبيا، وحدده صاحبه بأنه سلوك أملته عليه مواقف الغضب أو الإحباط أو الإزعاج من قبل الآخرين،

أو مشاعر عدائية، وترتب على هذا السلوك أذى بدني أو مادي أو نفسي للآخرين أو للشخص نفسه ". (معمرية، 2004 : 44).

6 . ويعرفه **البرت باندورا** Bandura(1973) "هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين وهذا السلوك يعرف اجتماعياً على أنه عدواني".

كما يعرفه كذلك على انه "سلوك ينتج عنه ابذءا شخص أو تحطيم للممتلكات والإيذاء إما أن يكون نفسيا على شكل ضرب (ركل ودفع)، ويحدد باندورا ثلاثة معايير ليتم في ضوئها الحكم على السلوك بأنه عدواني : (القمش و المعايطة، 2007: 203)

الأول: خصائص السلوك ذاته (إهانة أو ضرب أو تخريب)

الثاني: شدة السلوك ,فالسلوك الشديد يعتبر عدوانيا,كالتحدث مع شخص أخر بصوت حاد.

الثالث:خصائص الشخص المعتدي,مثل جنسه ,عمره,وسلوكه في الماضي وخصائص الشخص المعتدي عليه.

7-حيث يرى **فرويد** Freud (1959) إن العدوانية هي إحدى غرائز التي يمكن أن تتجه ضد العالم الخارجي أو ضد الذات .(عمارة ، 2007: 10)

8-وقد عرف **شابلين** العدوان " بأنه هجوم أو فعل معادي موجه نحو شخص ما آو شيء ما وهو إظهار رغبة في التفوق على الأشخاص الآخرين ويعتبر استجابة للإحباط كما يعني الرغبة في الاعتداء على الآخرين آو إيذائهم والاستخفاف بهم أو السخرية منهم بأشكال مختلفة بغرض إنزال العقوبة بهم" (شحيمي، 1994: 167)

9-وقد أشار **فيشباخ** Feshbuch(1970) على أن السلوك العدواني هو كل سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص أخر أو إتلافه لشيء ما .(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ،بدون سنة : 270) كما انه يميز بين الأفعال التي تؤدي بالصدفة إلى الأذى أو التلف وبين الأفعال المقصودة ، ويوضح ذلك بان العدوان غير المقصود الذي يؤدي إلى إيذاء الآخرين والى إتلاف الممتلكات ، يرى أن تلك النتائج عرضية . (عمارة ، 2007: 10)

وفي معجم **Norbert Sillamy** العدوانية هي الميل للهجوم وبمعنى الضيق ،هذا المصطلح يعود إلى الطبع الشرس المؤدي للحرب وبمعنى أوسع تتميز ديناميكية الفرد الذي يفرض وجوده أي الذي لا يخشى الصعوبات حتى يستطيع إشباع حاجاته اليومية.

ولابلاش و بونتاليس (1997) يعرفان العدوانية على أنها ميل أو مجموعة من النزاعات المستحدثة في سلوكات حقيقية أو هوامية وهي ترمي إلى إيذاء الأخر وتدميره ، معارضته و احتقاره. وهي نزوة العنف التي يشعر بها الفرد ضد نفسه أو ضد الأخر والتي يعبر عنها كلاميا أو فعليا. (عمارة،1997: 323)

2 . المفاهيم ذات الصلة بالسلوك العدواني :

يتضح من تناول التعريفات المختلفة لسلوك العدواني وتصنيفاته .ان السلوك العدواني يتكون من متصل يبدأ بالغضب وينتهي بالعدوان أو العنف .

1- **الغضب والعدوان** : فالغضب Anger يمثل استجابة انفعالية متزايدة غالبا ما تظهر على نحو عدواني بطرق لفظية وبدنية ، وبصفة خاصة حينما يهدد أو يهاجم الشخص، والغضب من الناحية النفسية يعني حالة انفعالية تتضمن كلا من عزو اللوم لخطا مدرك والدافع لتصحيح هذا الخطأ ، أما العدوان فهو توجيه الأذى المقصود للآخرين أو للذات (فايد ،2001: 22).

واعتبر باص وبيري Buss and perry (1992) الغضب بمثابة المكون الانفعالي أو الوجداني للسلوك العدواني ، فهو يشمل على الاستثارة الفسيولوجية و الاستعداد للعدوان خاصة العدوان الغاضب (عمارة ، 2008: 30)

2- **العدائية والعدوان** :يقصد بالعداء شعور داخلي بالغضب والعداوة والكراهية موجه نحو الذات أو نحو شخص أو موقف ما ، والمشاعر العدائية تستخدم كإشارة إلى الاتجاه الذي يقف خلف السلوك آو المكون الانفعالي للاتجاه فالعداوة استجابة اتجاهية تنطوي على المشاعر العدائية والتقويمات السلبية للأشخاص والأحداث .(العقاد، 2001 : 100)

3- **العدوان والعنف** :يرى سعد المغربي 1987 إن العدوان يشتمل على العنف ، حيث يتضمن العدوان العنف كوسيلة عدوانية ، كما يمثل العنف الاستجابة السلوكية ذات السمة الانفعالية المرتفعة (JEAN Maris domenach .et all , 1990 : 9_10) ، التي تدفع صاحبها نحو العنف دون وعى وتفكير لما يحدث وللنتائج المترتبة على هذا الفعل ، مع انتهاك حقوق الإنسان. (عمارة ، 2008: 33)

4- في حين يرى محمد خضر إن العنف شكل من أشكال العدوان وإنهما وجهان لعملة واحدة وبهذا يعرف العدوان كالتالي :

انه كل فعل أو مستتر مباشر أو غير مباشر مادي أو معنوي موجه لإلحاق الأذى بالذات أو بأخر أو جماعة أو ملكية أي واحد منهم (حسين ، 2007: 21)

3. تصنيف السلوك العدواني :

توجد تصنيفات عديدة للعدوان تختلف كثيرا في طبيعتها ,ويرجع هذا الأمر إلى صعوبة التعريف ,مما جعل الباحثين يميلون لتعريفه من خلال تصنيفاته المتنوعة من حيث نوعه (سويا بناء آم مرضيا) ، أو من حيث أشكاله آو صور التعبير عنه ، ومن حيث توجهه ضد الآخرين أم ضد الذات (عوض، 1999: 160).

أما بالنسبة لتصنيف العدوان وفقا لنوعه ,نجد أن هناك اتفاقا على وجود نوعين من العدوان: العدوان السوي والعدوان المرضى كما يصنفها اريك فروم E .Fromm ، أو العدوان في جانبيه السوي البناء والمرضي الهدام كما يرى سيجموند فرويد S.Freud(المغربي، 1993: 124)

وهنا نجد أن هناك نوعين من العدوان (السوي_المرضي) .أما العدوان الهدام فهو موجها نحو الآخرين أو ضد الذات.

أما بالنسبة لتصنيف العدوان وفقا لصور التعبير عنه فقد قام الباحثون بتصنيف السلوك العدواني إلى أشكال مختلفة.

صنفه أرنو لد باص 1961 وهو أول من قدم تصنيفا للعدوان في ثماني فئات ترتكز على أساس ثلاثة محاور هي : إيجابي مقابل سلبي، مباشر مقابل غير مباشر، بدني مقابل لفظي. (فايد ، 2004: 14).

وصنفه ب ر سابينفييلد 1965 Bert R. Sappenfield إلى عدوان بدني أو مادي صريح مثل إلحاق الضرر بإنسان أو بممتلكاته، وعدوان لفظي صريح مثل الشتم واللوم والنقد والسخرية والتهكم وترويج الإشاعات الضارة. (معمرية، 2004).

أما د. زيلمان 1979 D. Zilman فقدم تصنيفا للسلوك العدواني في أربعة أبعاد هي: العدوان البدني، العداوة التهديدات العدوانية، السلوك التعبيري. (فايد، 2004: 15).
وصنفه باترسون وآخرون إلى : (يحيا ،2000: 188)

-الشتم ، واستهزاء ,كان يذكر الشخص الوقائع أو المعلومات بلهجة سلبية ,

-الحقير ، وهو إطلاق العبارات والشتائم على الطرف آخر بحيث تنتقص من قيمته يجعله موضوع للسخرية .

-استفزاز بالحركات ,كالضرب على الأرض بقوة.

-السلبية الجسدية ,كمهاجمة شخص أخر لإلحاق الأذى به.

-التدمير لأشياء الآخرين وتخريبها .

-التزمت بالآراء.

أما س. فيشباخ S. Feshbach 1971 فقد صنفه إلى نوعين هما : العدوان الوسيلي أو الوسيطي وهو الذي يهدف إلى استرداد بعض الأشياء أو الموضوعات أو أخذها بالقهر والاغتصاب. والعدوان العدائي الغاضب الذي يهدف إلى إلحاق الضرر بالآخر، ويكون مصحوبا بأحاسيس ومشاعر الغضب والحقد والتذمر. (معمرية ، 2004).

ويقسم احمد محمد مطر (1986)السلوك العدواني إلى : (عمارة، 2008: 23).

1-**عدوان لفظي**: ويقصد به ما يستخدمه الطلاب من كلمات وتعبيرات لفظية غير مناسبة مثل السخرية والتنا بز بالألقاب ,والاستهجان اللفظي (تبادل الشتائم) وإثارة الشائعات والفتن بين الزملاء بعضهم بعضا.

2-**عدوان بدني** :ويقصد به أفعال أو استجابات العداء التي يستخدم فيها الطلاب القوة البدنية يهدف إيقاع الأذى بالآخرين (زملاء –أصدقاء –إخوة –معلمين).

3-**عدوان على الممتلكات** :ويقصد به إيقاع الأذى على ممتلكات الآخرين بالإتلاف أو الاستحواذ عليها بالقوة آو دون علم أصحابها آو ينقل الممتلكات إلى أماكن أخرى .

4-**عدوان موجه نحو الذات** : ويقصد به توجيه الطلاب اللوم إلى أنفسهم والإضرار بمصالحهم الذاتية اعتقادا بأن في ذلك إرضاء للآخرين الذين تعرضوا لعدوانهم .كما يعبر عنه بالعدوان المازوشي وهو رفض السلوك الخاطئ الذي يقوم به الفرد ويبدو معيبا في نظر الآخرين ، وغالبا ما يوجه عدوانيته نحو ذاته خيب توقعه (Frits.wigman ,1977 ;18) وهذه الأبعاد الأربعة هي التي يتولى البحث الحالي دراستها لدى عينة من الطلاب في المرحلة الثانوية مضيفة الباحثة عدوان موجه نحو الزملاء .

4 . أسباب السلوك العدواني:

العدوان ظاهرة نفسية اجتماعية لا يمكن إرجاعها إلى سبب واحد بل هناك عدة عوامل تتكاتف معا وتتحد جنبا على جنب في تكوين ونشأة السلوك العدواني ومن يمكن تقسيم أسباب السلوك العدواني إلى الأسباب التالية :

1.4- العوامل الفسيولوجية (الداخلية):

الأسباب الجسمية مثل النشاط الزائد الناتج عن اختلاف إفرازات بعض الغدد كالغدة الدرقية، أو الغدة النخامية _مع مستوى منخفض من الذكاء مما لا يمكن الفرد من تصريف نشاطه الزائد في أوجه مفيدة فيوجهها نحو العدوان .

وتذهب كثير من الدراسات منها دراسة سبلوسكي Sapolsky(1997) إن زيادة هرمون التستسترون Testostérone تجعل المراهقين الذكور يستجيبون بطريقة عدوانية .كما تمدنا البحوث الجينية بمعلومات عن حقيقة هامة تتمثل في انه قد يحدث مصادفة وجود كرموزوم إضافي محدد للجنس لدى بعض الأشخاص XYY chromosome théorie إذ انه يوجد في الذكور السوية تركيب كرمزومي XY , فانه قد تبين أن بعض الذكور قد يحتوي على كرموزوم إضافي من نوع Y فهم يتسم سلوكهم بالعنف والقسوة والعدوانية .(عمارة، 2008: 64).

2.4– العوامل النفسية:

تنحصر العوامل النفسية المسببة لسلوك العدواني في ما يلي :

1– **الإحباط** : إن الإحباط نتيجة لا مفر منها ، وهذا راجع لما يواجهه الفرد من احباطات متكررة وكل هذه الاحباطات تجعل الفرد يخضع أو يسلك السلوك العدواني ،فكلما وجد الفرد عائق يمنعه من بلوغ أهدافه فتصرف بعدوانية.

2– **الصراع**: من أهم أشكال الصراع الطبقي ، الصراع العنصري ، صراع الأجيال، وكل هذه الأشكال من الصراعات تجعل الفرد لا يجد حلولا لها وهذا ما يجعله يسلك أو يستجيب بالسلوك العدواني .

3– **الصدمات** : يمثل في التعرض للعدوان أو الكوارث الطبيعية وكذا الحروب مما يؤدي بالفرد إلى الإحساس بالفشل ، وكل من يخلفه ذلك من توتر وقلق ناتج من تلك الصدمة.

4– **تعلم العدوان** :ويكون ذلك عن طريق التقليد ويرى سكوت Scot إن السلوك العدواني شأنه شأن السلوكات الأخرى فهو سلوك متعلم ، وهو ما ارتكزت عليه نظرية التعلم الاجتماعي .

5– **الانفعالات الشديدة** : بحيث نجد الغضب الشديد ,الكره الشديد أو الخوف الشديد يؤدي إلى ظهور السلوك العدواني مع نقص القدرة على ضبط النفس (قوري ، 2011).

ولقد كشفت دراسة ديكمنت وآخرين Dykeman and others (1996) عن اثر العوامل النفسية على ممارسة السلوك العدواني لدى الطلاب واشتملت العينة (170) طالبا ومن ما أسفرت نتائج الدراسة أن العوامل النفسية تنبئ بالسلوك العدواني لدى الشباب داخل وخارج المدارس.(عمارة، 2008: 191).

3.4– العوامل الأسرية (أساليب المعاملة الو الدية):

من مؤشرات المناخ الأسري أساليب التنشئة الو الدية للأبناء وفي هذا نحد العديد من أساليب بعضها سوي وبعضها غير سوي ومن الأساليب الغير السوية (عمارة ،2008: 65 -67):

1- **القسوة وإثارة الألم النفسي** :فالفرد العدواني هو نتيجة عنف الوالدين في تعاملهم معه ,فلقد وضح Buss (1961) إن تأثير العقاب ألوالدي ربما يكف الاستجابات العدوانية ولكن يظهر تأثيره على المدى البعيد في اكبر وأكثر تكرارا لان العقاب في حد ذاته هجوم ومن ثم فهو مثير للعدوان يعممه الفرد فيما بعد في حياته على من حوله فينقل عدوانه من والديه إلى الإخوة ثم أصدقائه ثم البيئة الخارجية بصفة عامة وإذا لم يتعلم الفرد أن يكف عدوانه نحو والديه كأول شكل للسلطة فانه سوف يشكل خطورة في المستقبل على مجتمعه.

2- **التساهل والتسامح**: هو التساهل آو تسامح أبائهم في مواقف العدوان فمن شان التساهل أن يساعد على تكرار السلوك وكان التساهل بمثابة تصديق على إمكانية حدوث السلوك وتصديق على قبوله ، وهذا ما يجعل العدوان شيوعا عندهم .حيث يرى Buss(1961) إن أسلوب التسامح لا يحد من العدوان وإنما يعزز ويشجع على العدوان لذلك فالمطلوب هو الاعتدال في العقاب الذي لايشكل تعزيز للعدوان ومن ثم استمراره ,حيث وجد أن الذكور الأقل عدوانية في مرحلة المراهقة كان والديهم يعاقبونهم باعتدال على سلوكهم العدواني نحو الآخرين .

3- **التفرقة** : يرى نبيل حافظ ,وعبد الرحمن سليمان (1997) في كتابه مقدمة في علم النفس الاجتماعي يرى إن التفرقة في المعاملة بين الأبناء مما يوقر صدورهم تجاه بعضهم البعض ويسهم في توتر العلاقات بينهم مما ينعكس سلبا على جو الأسرة ,أو الإهمال والترك الذي لا يسهم في تهذيب سلوكيات الأبناء غير مقبولة اجتماعيا وقد يؤدي إلى انحرافهم السلوكي و تأخيرهم الدراسي يسبب الافتقار في الرقابة . فتفرقة الوالدين في معاملة أبنائهم تسبب الشعور بالغيرة.

4- **عدم الاتساق**: يرى Mussent (1974) إن عدم الاتساق هو الذي في ظله يسمح للفرد بأصداء استجابات عدوانية في موقف معين ولا يسمح له بها في موقف أخر وقد تسمح له الأم بها ولا يسمح بها الأب ، فان ذلك يمثل مناخا ملائما تماما للسلوك العدواني ,حيث لا يستطيعون في ظله التمييز بين ما هو مقبول وما هو غير مقبول .

5- **الحماية الزائدة** : يرى نبيل حافظ ,وعبد الرحمن سليمان (1997) إن الحماية الزائدة التي تعوق نمو شخصيات الأبناء واعتمادهم على أنفسهم وإحساسهم بالمسؤولية الشخصية والاجتماعية واستقلاليتهم في التصرف (الضيدان ، 2003: 89).

4.4- العوامل المدرسية :

فالمدرسة تعد أحد المؤسسات الاجتماعية التي تحافظ على ثقافة المجتمع ونقلها من جيل لأخر ، وتوفير الفرص المناسبة لكافة جوانب النمو ، إلا أن هناك عدد من العوامل التي تؤثر في المناخ المدرسي تساهم في ظهور السلوكيات العدوانية لدى الطلاب منها :

1.4.4-الإدارة المدرسية والسلوك العدواني :

في دراسة لكل من ايب واتكينسون Epp and Watkinson (1997) للكشف عن العلاقة الإدارة المدرسية بالسلوك العدوانية للطلاب ولقد ركزت هذه الدراسة على ممارسة الإدارة المدرسية وطرق التعليم وبخاصة التعقيد الإداري وانعكاسه على السلوك العدواني للطلاب .ولقد أوضحت النتائج الأثر السلبي لهذه الجوانب التي تمثل دافعا للسلوك العدواني لدى الطلاب .ويذهب في نفس الاتجاه بيترسون وآخرون Peterson and Others(1997) حول السلوك العدواني للتلاميذ بالمدارس الثانوية بهدف الكشف عن علاقة التشدد الإداري بعدوانية الطلاب ، أسفرت نتائج الدراسة إن الإدارة المتشددة دورا قويا في دفع التلاميذ نحو ممارسة السلوكيات العدوانية نحو زملائهم والأفراد الأخريين داخل وخارج المدارس وتهديدات الطلاب للمعلمين (عمارة ، 2008: 72).

2.4.4-الأنشطة والسلوك العدواني :

فقد أشارت دراسة جاكين Jenkin (1997) عن دور المقررات الدراسية كأنشطة تربوية ضد عنف الطلاب بالمدارس الثانوية ، ولقد أوضحت النتائج أن المقررات الدراسية لم تتضمن المعلومات التي تتعلق بالسلوك العدواني ومخاطره مما يجعل الطلاب غير مدركين لخطورة ممارسة السلوك العدواني كسلوك مضاد للمجتمع. (عمارة ، 2008: 74).

3.4.4- الرفاق والسلوك العدواني :

إن انتماء المراهق لزملائه بالمدرسة ،تجعله يتأثر بمعاييرهم نظرا لتجانس نفس المرحلة العمرية ، ولتماثل ظروفهم وشعورهم نحو حاجاتهم وضوابط المجتمع ،حيث يلاحظ التأثير والتقليد السريع وخاصة في سلوكياتهم العدوانية (عوض، 1999: 160).

وهناك العديد من الدراسات في هذا الجانب منها دراسة سوزان برين Berin Sussan وكاين ليفن Linven Karen(1988) ، وندل وفيورمان (1989) ، وأسامة سعد أبو سريع (1991) ، مرزوق عبد المجيد مرزوق (1994) ، اتجهت لدراسة الغمر الزمني في مسايرة الأقران ، وأسفرت نتائج هذه الدراسات إلى وجود ارتباط موجب بين

مسايرة الأقران مع تزايد العمر الزمني للمراهق ، حيث تعد مرحلة المراهقة من أكثر المراحل التي يحتاج المراهق فيها إلى وجود الأقران، ويرجع ذلك إلى الرغبة في الاستقلال عن سلطة الوالدين ,والرغبة في اعتماد على النفس ،وتطلع المراهقين إلى تحمل المسئولية (أبو سريع ، 1991: 65).

4.4.4–قسوة المعلمين والسلوك العدواني للتلاميذ :

تلعب العلاقة بين المدرس والطلاب دورا مهما في بناء شخصياتهم بدرجة أنه يمكن اعتبارها المفتاح الموصل إلى نجاح الموقف التعليمي أو فشله ,وسببا في تكوين السلوك العدواني ، ويلاحظ أن المدرس الذي يحقر تلاميذه ويقلل من شانهم ويسخر من قدرتهم و يضطرهم إلى أن يسلكوا سبل الغش والكذب والعنف ، ومن الدراسات التي اهتمت ببحث مشكلة السلوك العدواني لدى طلاب المداس الثانوية داخل وخارج المدرسة، دراسة فيرست Fürst(1997) ومن بين ما أظهرته النتائج إن ضعف الاحترام المتبادل بين الطلاب وهيئة التدريس بالمدرسة له أثر سلبي على الطالب وانتهاجه لسلوك العنف نحو الآخرين (محمد على عمارة ، 2008: 81).

5.4– العوامل الثقافية والإعلامية :

لقد أكدت نتائج معظم البحوث إن الأبناء يقلدون ما يشاهدونه من عنف وعدوان في القصص السينمائية والتلفزيونية ، منها دراسة كوزيه (1996) عن اثر برامج التليفزيون في ممارسة العنف لدى الطلاب ، وقد أكدت النتائج إن برامج العنف التي يعرضها التلفزيون ، لها إضرار كبيرة على دفع الطلاب نحو ممارسة وتقليد العنف داخل وخارج المدرسة ، ولذا أوصت الدراسة بعرض برامج تلفيزيونيه وقائية علاجية نحو عنف الطلاب.

6.4– العوامل الاقتصادية :

تعتبر العوامل الاقتصادية ذات تأثير نافد في حياة كل أسرة أو فرد ومن الصعب تجاهلها أو التقليل من شانها فيذكر إن ما يقارب من 8% من التلاميذ يظهرون مشكلات تعليمية في المدرسة ويخفقون في التكيف والتوافق مع المؤسسات في المجتمع ، ,ومن المسلم به ان المستوى الاقتصادي له من الأهمية ، مما يجعله قادرا على تحسين ظروف الحياة لأي اسر واو مجتمع ، ومن أهم العوامل التي تنبئ بسوء الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسر والمجتمعات هي :الفقر ،الازدحام، الحرمان الزائد بالمنزل ، البطالة والعيش على المعونات الاجتماعية والظروف المنزلية السيئة تعد من أهم العوامل التي تزيد من مخاطر تعرض الأبناء للاضطرابات السلوكية (القمش والمعايطة، 2007 : 28).

5 . النظريات المفسرة للسلوك العدواني :

اختلفت وجهات النظر المحللين والباحثين وعلماء النفس في شرح وتفسير السلوك العدواني ومن بين هذه النظريات هي:

1.5 . النظريات الغريزية :

وهي من النظريات الأولى التي قدمت تفسيرا للسلوك العدواني. ومن أنصارها (وليام ماكدوجال W. Mc Dougal، س. فرويد S. Freud ، أ. أدلر A. Adler،يونج yung, كونراد لورنز Lorenz K.,) بوجود حافز عدواني فطري. فمكدوجال يرجعه إلى غريزة المقاتلة التي يحركها انفعال الغضب.

أما فرويد (1915- 1920) فقد فسر غريزة العدوان باعتبارها غريزة فطرية، وهي تعبير عن غريزة الموت. وتتجه هذه الغريزة في أصلها إلى تدمير الذات (المازوخية). فيرى أن البشر مدفوعون بشكل لا شعوري نحو تدمير دواتهم، أي مدفوعون نحو الموت، ولا تتجه هذه الغريزة إلى الخارج ضد الآخرين (السادية) إلا كظاهرة ثانوية فقط، ويتم ذلك من أجل حماية الذات عن طريق ميكانيزمات الدفاع. (معمرية، 2004).

وقد نظر فرويد إلى العدوان باعتباره منشأ داخلي ,وضغط مستمر يتطلب التفريغ (التنفيس) ، حتى إذا لم توجد احباطات . وهنا نجد أن الحاجة إلى تنفيس العدوان قد تتغلب على الضوابط الدفاعية التي تكبحه عادة ,ويبزغ العدوان تلقائيا .(فايد، 2004: 28)

ويتفق أ. أدلر (1870- 1939) مع فرويد في كون العدوان غريزي يمكن توجهه تجاه النفس أو الآخرين ، حيث عرف العدوان بأنه الرغبة في الهجوم على الآخرين ،كما اتفق معه على أن الطاقة العدوانية يمكن توجيهها من خلال عدد من النشاطات مثل الابتكار الفني والكتابة..... (عمارة، 2007: 42).

أما يونج yung(1875-1961) فقد وحد بين غريزة الموت وغريزة الحياة تحت اسم اللبيدو ليصبح شكل واحد ذو وجهين متناقضين الحب والكراهية فعندما لا يولد الحب وهو الوجه الايجابي يظهر الوجه الأخر السلبي وهو الكراهية والتدمير حيث أن سيكولوجية الأنا تقوم على الإدماج الداخلي واللاشعوري ليس فقط لموضوع الحب بل أيضا لموضوع الكراهية، والذي يستمر مكبوتا ويشكل تهديدا كامنا للانا وأحيانا ما ينفجر هذا التهديد للخارج في شكل سلوك عدواني عند مواجهة الإحباط (عمارة، 2007: 43).

أما لورنز (1966- 1977) وهو ممثل لعلماء الإيثولوجيا Ethology. فقد افترض أن السلوك العدواني ناتج عن غريزة القتال، وهو تعبير حتمي لها. وهي غريزة موجودة عند الإنسان والعديد من الحيوانات. وهذه الغريزة يتم إنتاجها باستمرار داخل الكائن الحي وبمعدلات ثابتة. ولذلك فهي تتراكم مع الوقت. وهي لا تعمل بمفردها بل توجد مثيرات

مولِّدة. وعندما تتراكم الغريزة ولا تجد طريقا لتصريفها، فإن أي إثارة يتعرض لها الكائن تجعله ينفجر بالعدوان. ، وحسب لورنز، هناك عاملان لحدوث العدوان وهما : تراكم الطاقة الغريزية_ والمثيرات المولدة للعدوان. وقد حاول تفسير ظواهر عدوانية مثل الحروب والعدوان الفردي والجماعي بهذا المفهوم. (معمرية، 2004 : 128).

2.5 . نظرية الإحباط . العدوان : Frustration - Agression Hypothèses

من العلماء النفسيين الأوائل الذين قدموا نظرية الاحباط-العدوان بقسم علم النفس بجامعة Yale(1939) ، وهم جوهان دولار Gohan Dollarrde –لونارد دوب Doob-نيلل ميلر Miller-مور Mawrer - روبرت سيزر Sears ، هؤلاء أسسوا هذه النظرية وقدموا ملخصا عن مفهوم العلاقة بين الإحباط والعدوان (مرشد ،2005 :27).

حيث يوصف الإحباط بأنه شعور ذاتي يمر به الفرد عندما يواجه عائق ما يحول دون تحقيق هدف مرغوب أو نتيجة يتطلع إليها والإحباط يؤدي إلى الغضب ومن تم إلى العدوان غالبا ، ولقد تزعم هذا الإتجاه عام 1939 كل من جروهان دولارد وزملاؤه ولقد اقترحوا نظرية حول العلاقة بين الإحباط والعدوان تشير إلى : (فايد ، 2004: 22).

ا- إذا وجد الإحباط وقع العدوان بمعنى أن الإحباط يؤدي دائما إلى العدوان سواء (مباشر أو ضمني).

ب- إذا وقع العدوان وجد الإحباط بمعنى أن العدوان يسبقه دائما الإحباط .

ج- إن الإحباط هو تحريض للإصابة بألم .

ويميز روش Ruch (1967) بين ثلاثة أنواع من الإحباط : (عمارة، 2007: 47)

6- **الإحباط البيئي** :ينشا عندما يواجه الفرد بعقبه في البيئة تعوق إشباع حاجة ما .

7- **الإحباط الشخصي** :ينشا عندما يكون عند الفرد بعض خصائص جسمية أو شخصية والتي تمنعه للإشباع حاجاته أو طموحه.

4- إحباط الصراع: ينشا عندما يقارن الفرد بين الحاجات ويحتم عليه أن يختار إشباع حاجة واحدة فقط من هذه الحاجات ففي كل حالة يواجه الفرد موقفا قد يختار فيه واحدة من الاستجابتين وكل استجابة منها تشبع حاجة من حاجاته ولكنها تمنع إشباع الحاجة الأخرى ولكن ميللر Miller(1941) أعاد تصحيح هذه النظرية حيث أدرك أن هناك استجابات أخرى للإحباط ,فبالإضافة إلى حدوث العدوان نتيجة للإحباط إلا انه قد يحدث أيضا استجابات

أخرى للإحباط كالانطواء والانسحاب والاكتئاب إلا أن ميللر استمر في اعتقاده بان الاستجابة العدوانية تحدث بدافع وتحريض من الإحباط.

وقد حددت هذه النظرية أربعة عوامل تتحكم في العلاقة بين الإحباط والعدوان وهي: (الضيدان ،2003: 41).

أ . قوة استثارة العدوان:

تتأثر قوة الاستثارة العدوانية بعدد الخبرات الباعثة على الإحباط فالعلاقة بين هذه الخبرات والعدوان علاقة طردية، وهذه العلاقة تتأثر بمتغيرات ثلاثة متداخلة هي: قوة المثير الباعث على الإحباط ، درجة إعاقة الاستجابة وتكرار الاستجابة المحبطة.

ب . كف الأفعال العدوانية:

في بعض الظروف تتحول الاستجابة العدوانية المعلنة إلى استجابة عدوانية غير معلنة ووفقاً لنظرية دولار فإن توقع العقاب في المتغيرات الأكثر فعالية في تحويل الاستجابة العدوانية المعلنة إلى استجابة عدوانية غير معلنة، أي حالة من الشعور بالعداء أو الكراهية وبالتالي كلما زاد احتمال توقع العقاب زاد تبعاً لذلك مقدار الكف لهذا الفعل.

ج . إزاحة العدوان:

توضح النظرية أن المرء يلجأ إلى توجيه عدوانه إلى جهة أخرى غير الجهة المسؤولة عن الإحباط ولذلك إذا ما توقع من الجهة الأولى العقاب فالطفل يعتدي على لعبته بكسرها ويفكر بفكها لأن والديه قاما بعقابه وهو غاضب منهما وغير قادر على العدوان عليهما لذلك كان الاعتداء على لعبته إزالة للعدوان الموجه لوالديه أساساً.

د . التنفيس العدواني:

التنفيس يعني إفراغ الشحنة الانفعالية الآتية من الإحباط، لذلك وفقاً لهذه النظرية فإن كف العدوان أو منعه يؤدي إلى الإحباط وبما أن الإحباط يؤدي للعدوان فإن كف العدوان يحدث استثارة عدوانية من جديد، وتصبح النتيجة عكسية في حالة إفراغ العدوان، ذلك أن إفراغ العدوان يمنع الإحباط الأمر الذي يقود إلى خفض الاستثارة العدوانية».

3.5 . النظرية السلوكية :

يفسر السلوكيون العدوان وفقا لمفاهيمهم التي يستخدمونها لتفسير السلوك. فالسلوك العدواني لا يكون إلا إذا وجد مثير أو ظرف معين مثل فقدان الهوية ، الفقر ، الحرمان كما أشاروا إلى دور الانفعالات في إثارة الانفعالية . (Bailly,1997)

وهناك نوعان من الإشراط هما :

1) **الإشراط الإستجابي** الذي بحث فيه الروسي إيفان ب. بافلوف I. P. Pavlov ويحدث فيه السلوك كاستجابة لمثير سابق. فالفرد يصدر سلوكا عدوانيا كاستجابة لمثير سابق وهو تلقيه لإهانة مثلا، أو رؤيته لمعزز عند ضحية ضعيف يمكن أخذه بالقوة.

2) **الإشراط الإجرائي** بحث فيه السيكولوجي الأمريكي ب. ف. سكنر B. F. Skinner الذي يقول: يصدر السلوك كإجراء في البيئة فيحدث فيها تغيرات، ويتأثر بعد ذلك بما يعقبه؛ فإذا كان تعزيزا زاد احتمال صدوره، أما إذا لم يعزز أو تعرض للعقاب فإن احتمال صدوره يتناقص. فالسلوك العدواني وفقا لهذا الإشراط، يحدث ويستمر عندما يعقبه ثواب.

وتتفرغ هذه النظرية إلى نظريتين الأولى هي نظرية الإحباط –العدوان لدولارد وزملائه Dollart et al(1939) والثانية هي نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandoura,1979).

5 .4. نظرية التعلم بالمحاكاة :

يرى السيكولوجي الأمريكي ألبرت باندورا A. Bandoura أن السلوك العدواني كثيرا ما يتعلم عن طريق تقليد نماذج عدوانية كالآباء والمعلمين والأفراد المعجب بهم.تأثير الأقران وتأثير النماذج الرمزية كالتلفزيون، فمعظم سلوك الأطفال مكتسب وذلك بتقليد النماذج ،لكن تعلم هذا السلوك يتوقف على ما يترتب عليه من ثواب أو عقاب. (عبد الرشيد ،2005 : 30).

حيث أن نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandoura(1973) وميرل Murrell، وروس Ross، وسيزرلاند Sutherland. تقول النظرية السلوكية أن الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم ، ويحتل مفهوم العادة مركزا أساسيا في هذه النظرية فالعادة متعلمة ومكتسبة وليست موروثة وعلى ذلك فان بناء الشخصية يمكن أن ينعدل ويتغير كما أبرزت هذه النظرية أهمية الدافع والباعث كمحرك للسلوك سواء الموروث منه آو المكتسب .وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن المبدأ الذي يحكم نشأة واستمرار العديد من سلوكياتنا أن كل سلوك يتم تدعيمه في الماضي والحاضر سيستمر في المستقبل ,وخاصة في المواقف المشابهة ,والتدعيم قد يكون ذاتيا أو اجتماعيا .(فايد ، 2004: 36).

والأطفال يتعلمون العدوان ليس فقط من تأثير سلوكهم الخاص ،ولكن ايضا من ملاحظتهم لطريقة والديهم وسلوك الاخرين (عبد العظيم ،2005: 25).

ولقد قدم باندورا Bandoura العوامل التي تساعد على استمرار السلوك العدواني في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي . (عمارة ،2008: 59).

- **التدعيم المباشر الخارجي** : المتمثل في امتداح الوالدين أو المجتمع لسلوك الفرد العدواني .
- **تعزيزات الذات** :إذ يرى المعتدي أن سلوكه يجلب له نفعا يحقق له مصلحة ،آو لأفراد أسرته.
- **التدعيم البديلي** :المتمثل برؤية الفرد المكاسب المادية التي يحصل عليها المعتدي ، وتخلصه من الإضرار المحتملة ، فيحاول هذا الفرد تقليد المعتدي في عدوانه .
- **التحرر من عقاب الذات** :بان يجرد المعتدي عليه الصفات الإنسانية ، ويقنع ذاته بان المعتدي عليه يستحق الاعتداء عليه وإلحاق الأذى به.

5.5 . نظرية التعلم بالتوقع وقيمة التعزيز : هذه النظرية في التعلم ، وبالتالي فهي ترى أن السلوك العدواني متعلم. ويضع جوليان ب. روتر J. B. Roter صاحب هذه النظرية أربعة مفاهيم لتفسير السلوك، وهي : (معمرية، 1995).

1) إمكان حدوث السلوك.

2) التوقع.

3) قيمة التعزيز.

4) الموقف النفسي.

وبهذه المفاهيم الأربعة تفسر السلوك العدواني كما يلي : أنه في (موقف معين) فإن (إمكان حدوث سلوك عدواني) معين يعتمد على (توقع) الشخص العدواني بأنه بسلوكه العدواني هذا سوف يحصل على شيء يرغب فيه مادي أو معنويا، وأن هذا الشيء الذي سوف يحصل عليه، مفضل لديه (قيمة التعزيز) في هذا (الموقف النفسي) أكثر من أي شيء آخر يمكن أن يحصل عليه أيضا.

6.5 . نظرية السمات :

ترى هذه النظرية أن العدوان سمة من سمات الشخصية، وهناك فروق بين الأفراد في هذه السمة. ويعتبر ايزنك H. J. Eysenck من أكبر دعاة هذه النظرية الذي يقول بوجود شخصية عدوانية.

وباستخدامه للتحليل العاملي، قدم براهين علمية على صحة ما يذهب إليه كما يلي :

1 . أن جميع الأفراد يولدون بأجهزة عصبية مختلفة، فمنهم من هو سهل الاستثارة ومنهم من هو صعب الاستثارة.

2 . الشخصيات سهلة الاستثارة تصبح مضطربة، والشخص المضطرب لديه استعداد في أن يصبح عدوانيا أو مجرما ، وقد توصل ايزنك في أحد أبحاثه (1977) إلى أن العدوان يمثل القطب الموجب في بعد ثنائي الاتجاه و أن القطب السالب يتمثل في اللاعدوان أو الخجل والحياء (معمرية ،2004 : 128).

7.5 . النظريات البيئية :

تشير هذه النظريات إلى أن العدوان يتأثر بالعوامل البيئية الفيزيقية. وقد تناولت البحوث ثلاثة موضوعات بيئية في علاقتها بالعدوان والعنف هي ما يلي : (معمرية ، 2004 : 129).

1) الضوضاء : تبين من نتائج الدراسات في هذا الصدد أن الأفراد الذين يعيشون في الحضر ويتعرضون لضوضاء صاخبة، يظهرون مستويات أعلى من العدوانية تجاه الآخرين أو البيئة أكثر من الأفراد الذين لا يتعرضون للضوضاء. فالضوضاء تعتبر نوعا من الضغوط البيئية التي يستجيب لها الأفراد بالعدوان.

2) الازدحام : الازدحام بصفة عامة لا يؤدي إلى ارتكاب السلوك العدواني، ولكن دراسات وإن كانت قليلة وجدت أن الازدحام يدفع الأفراد إلى الإتيان بالسلوك العدواني، خاصة إذا توفرت ظروف مناسبة كالشعور بالتهديد وتعذر الهرب أو بالضغوط وإدراك الفرد للموقف.

3) الحرارة : يعتبر التعرض باستمرار لدرجة حرارة مرتفعة كضغط بيئي، أحد العوامل المساعدة على ظهور السلوك العدواني ، إلا أن الدراسات في هذا المجال لم تحسم هذه العلاقة .(القمش و المعايطة ، 2007: 213)

8.5 . النظريات البيولوجية:

تهتم هذه النظرية بالعوامل البيولوجية في الكائن الحي كالصبغيات والجينات الجنسية والهرمونات والجهاز العصبي المركزي واللامركزي والغدد الصماء والتأثيرات البيوكيميائية والأنشطة الكهربائية في المخ .ومن الدراسات التي اتجهت لدراسة الهرمونات ولاحظت ارتباط بين زيادة هرمون الذكورة Testostérone ونقص السيروتونين Sérotonine ، في

التأثير على السلوك العدواني ، دراسة ليبا Lippa (1990) إن الذكور عن الإناث .كما أشارت دراسة ليبست Li psitt(1990) أن نقص السيروتونين Sérotonine يرتبط بحدوث سرعة الاستثارة وزيادة العدوان .

كما أشار مرسي (1985) إن هناك نسبة كبيرة من الأشخاص العدوانيين لا يعانون من اضطرابات فسيولوجية ، لكن الخبرة والتفاعل مع البيئة بصورة سلبية أهم بكثير من العوامل الجينية فيما يتعلق بالسلوك العدواني.(عمارة ، 2008: 37)

- **نظرة الإسلام لسلوك العدواني :**

إن الإسلام دين رحمة وسلام ،يحب الحياة ويقدسها ،بل ويحب الناس فيها ،وهو لذلك يحررهم من الخوف ،ويرسم الطريقة المثلى لتعيش الانسانية متجهة إلى غايتها من الرقي والتقدم ،وهي مظلة بظلال الأمن ، فهذا الرسول الأعظم (صلى الله عليه وسلم يقول " إنما أنا رحمة مهداة" (الدرامي ، 1987 : 15) ،وقد أكد هذه المعني في قول الحق تبارك وتعالى " وما أرسلناك الا رحمة للعالمين " (سورة الأنبياء :107.).

فنجد الإسلام قد حارب العدوان بين المسلمين على اختلاف أشكاله ،كي تبقى لحمة المسلمين متماسكة ،لذلك نهى الرسول "صل الله عليه وسلم " عن العدوان اللفظي بين المسلمين حيث قال: سباب المسلم فسوق وقتاله كفر: (النووي،1990: 387) .وقول الحق تبارك وتعالى :" ولا تلمزوا أنفسكم ولا تنابزوا بالألقاب " (الحجرات :11) ،ونهيه عن سب المشركين في قوله تعالى " ولا تسبوا الذين يدعون من دون الله فيسبوا الله عدوا بغير علم " (الأنعام:108).

يضاف إلى ذلك العدوان المعنوي والاعتداء على الآخرين وعلى ممتلكاتهم ،بل وعلى حرماتهم نجد ان الرسول يجمل النهي عن كل ذلك في بالحديث الذي يرويه أبو هريرة قال رسول الله "ص" :"لا تحاسدوا ولا تناجشوا ولا تباغضوا ولا تدابروا ،ولا يبع بعضكم على بيع بعض ،وكونوا عباد الله اخوانا ،المسلم أخو المسلم ،لا يظلمه ولا يخذله ولا يحقره ، التقوى هاهنا ،"ويشير الى صدره ثلاث مرات ،بحسب أمرئ من الشر ان يحقر اخاه المسلم ،كل مسلم على المسلم حرام :دمه ،وماله، وعرضه : (النووي ،1990: 82) .

كما أن النميمة وما تجره من ويلات ودمار هي من العدوان اللفظي ،فقد روى الرسول "ص" انه قال : ألا أخبركم بخياركم ؟قالوا : بلى يا رسول الله ،قال :" الذين اذا رءوا ذكر الله عز وجل ،ثم قال : "الا أخبركم بشراركم ؟ المشاؤون بالنميمة ،المفسدون بين الاحبة ،الباغون للبراء العنت "(أبو حطب ،2002 : 31) فالنميمة من مظاهر العدوان اللفظي فهي تؤدي إلى تدمير العلاقات الاجتماعية والاساءة للآخرين والتصدع الاجتماعي بين الأفراد.

6- قياس السلوك العدواني :

باعتبار أن العدوان ظاهرة سلوكية معقدة وليس لها تعريف واحد متفق عليه فان عملية قياسه ستكون مسالة معقدة ,ويزيد من صعوبة قياسه تباين وجهات النظر التي حاولت تفسيره ولذلك تعددت طرق قياس العدوان ، ومن بين الطرق الأكثر شيوعا وتباينا ما يلي : (أبو قورة ، 1996: 89-95).

1.6- الملاحظة المباشرة (Direct Observation):

ويتضمن تدريب الملاحظين على استخدام نظام ملاحظة مباشرة ,وذلك بعد تعريف السلوك العدواني تعريفا إجرائيا .وقد تتم الملاحظة في البيت أو الصف آو ساحة المدرسة.

2.6- قياس السلوك العدواني (Mea surement of perment produts):

من خلال تحديد النتائج المترتبة عنه يتم تحديد مستوى السلوك العدواني عن طريق تحديد النتائج التي أحدثها الفعل العدواني بالنسبة للأشخاص أو الممتلكات المستهدفة .

3.6- التقارير الذاتية (Self _Report Inventories) :

وهنا يقوم الفرد بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه فقد يسأل الفرد عن عدد مرات التي تشاجر فيها مع الأفراد الآخرين في فترة زمنية محددة ، ويعتبر مقياس Buss ومقياس Novaco من أكثر مقاييس التقدير الذاتي استخداما لقياس العدوان .

4.6- المقابلة السلوكية (Behaviora Interview):

تعتبر وسيلة هامة لتعرف على خصائص العدوان وتحديد الظروف التي يحدث فيها والعمليات المعرفية والانفعالية التي تصاحبه ،وأنواعه وردود الأفعال الأشخاص الآخرين، أو تتبع نتائج السلوك .

5.6- المتابعة الذاتية (Self _ Monitoring):

وفيها يقوم الشخص بملاحظة سلوكه العدواني وتدوين البيانات فيما يتعلق بالمواقف التي تثير غضبه ، وطريقة استجابته للموقف والنتائج التي تمخضت عن السلوك العدواني، ومن مميزات هذه الطريقة مساعدة الشخص على الوعي بسلوكه والعوامل المرتبطة به وهي ذات فائدة من الناحية العلاجية .

6.6- اختبارات الشخصية (Personality Tests):

مثل اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه واختبار بقع الحبر لروشاخ .

7.6- تقدير الأقران (Peer Rating):

تتم عن طريق توجيه مجموعة من الأسئلة إلى عدد من الأفراد للإجابة عنها بهدف التعرف على الأفراد العدوانيين .

8.6- قوائم التقدير (Rating Scales):

وفي هذه الطريقة يقوم المعلمون آو المعالجون آو الآباء آو غيرهم بتقييم السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة .ويعتبر هذا المقياس أكثر و اشهرالقياسات في قياس السلوك العدواني .

استراتيجيات تخفيض السلوكيات العدوانية :

تتحدد الاستراتيجيات الملازمة لتخفيض السلوكيات العدوانية ب: (عمارة ، 2008: 167 -179)

أولا: الأسرة :

من أهم العوامل المساعدة على تحسين العلاقة بين الأولياء وأبنائهم هي المبادرة المجتمعة Community initiatives من خلال الأنشطة المجتمعية التي تركز أساسا على كسر الدوائر العنف داخل محيط الأسرة وأهم هذه الأنشطة وأكثرها فعالية هو الوساطات والتدخلات طويلة الأمد والتي تمد الأسرة بالخدمات والمعونات المختلفة ومن هذه الخدمات و المجهودات التعاونية من خلال المنظمات الدينية والترفيهية والخدمة الاجتماعية ، الوكالات الصحية ، والجمعيات الأهلية ، فعلى سبيل المثال تقديم برامج للمهارات الو الدية والعلاقات الأسرية وخاصة تلك التي تركز مهارات النقاش السليم البعيد عن العنف وذلك بتدريب الآباء على حل النزاعات بالمنزل ، كذلك برامج لحل الصراعات وإدارة الغضب .

ثانيا: المدرسة :

يستطيع المعلمون والإداريون في المدارس القيام بدور تكميلي في تطوير وتنمية المرونة لديهم عن طريق توفير البيئة التعليمية الآمنة والايجابية وغرس الطموحات والآمال العريضة بداخلهم لتحقيق النجاح الأكاديمي والاجتماعي معهم وتعتمد البرامج المدرسية الأكثر فاعلية لمقاومة السلوك العدواني .

❖ **كفاءة التعلم الاجتماعي : Teaching Social Compétence**

وتتمثل في توجيهات معينة من المهارات الشخصية الايجابية ، مع تعزيز وتقوية التوجيه في مناهج منفصلة لمقاومة العنف ويتم تدريب الطلاب على تنمية المهارات الآتية :

أ- فهم وإدراك الانفعالات الخاصة بهم ولغيرهم.

ب- الإدراك الدقيق لموقف ما يمكنهم من الاستجابات المناسبة .

ت- التنبؤ بعواقب أفعال الشخصية ، وخاصة لهؤلاء المتورطون في العدوانية .

ث- الالتزام بالهدوء لتفكير قبل الفعل وذلك لتقليل الضغوط ولاستبدال العدوانية بسلوك ايجابي مع التحكم في السلوك العدواني.

ج- التصرف بشكل تعاوني وحل المشاكل الاجتماعية بشكل فعال .

ح- العمل على خلق بيئة هادئة ايجابية ، والعمل على تأسيس معايير سلوكية وتأسيس قواعد وتنظيمات للاستجابة العدوانية .

❖ **مهام يقع مسؤولية تنفيذها على المرشدين التربويين :**

1- تكثيف المقابلات الارشادية لهؤلاء الطلاب لمعرفة اسباب المشكلة والعمل على تلافيها.

2- توجيه الطلاب وارشادهم وتوعيتهم لمفهوم السلوك العدواني واشكاله ومظاهره واسبابه لتجنيبهم السلوكيات التي تسبب الحاق الاذى بالأخرين ، وتدريبهم على معالجة السلوك العدواني من خلال تنمية التفكير الابداعي لديهم وذلك من خلال : (الفسفوس ،2006: 28).

✓ حصص التوجيه الجماعي .

✓ الارشاد الجمعي .

✓ المقابلات الفردية .

✓ التعاون مع مدير الثانوية .

✓ التعاون مع الهيئة التدريسية .

✓ مقابلات اولياء امور الطلاب.

✓ التركيز على البرامج الوقائية التي تحد من السلوك العدواني .

✓ الاهتمام بالخصائص النمائية في المراحل المختلفة وتوجيه طاقات الطلاب واهتماماتهم الى الجوانب النافعة .

✓ توعية الطلاب للسلوك المسموح به وغير المسموح به ، وشرح تعليمات النظام المدرسي ونظام العقوبات لهم منذ بداية العام الدراسي .

✓ تدريب الطلاب على حل الصراعات عن طريق الحوار والتفاهم والتفاوض وليس عن طريق العنف والعدوان .

✓ اكتشاف الطلاب ذوي الشخصيات القيادية وتدريبهم على برامج خاصة لحل الصراعات دون اللجوء الى العدوان لكي يقوم هؤلاء الطلاب بتوعية زملائهم الاخرين على كيفية حل مشكلاتهم وصراعاتهم عن طريق الحوار والتفاهم والتفاوض .

✓ اشراك الطالب في مشاهد يرى من خلالها الاخرين الذين يمارسون سلوكا وديا مقبولا.

✓ تعزيز الجانب الديني الذي يرشد الطالب الى التوقف عن ممارسة السلوك العدواني .

✓ مراقبة الطلبة داخل الثانوية وتوجيه سلوكهم نحو الافضل .

✓ دراسة أسباب حالات التأخر عن الطابور الصباحي ومناقشتها مع الطلاب المتأخرين وتجنب عزلهم عن زملائهم او عقابهم قبل بحث الاسباب معهم ،وليكن ذلك في الفرص وليس بحرمانهم من الحصة الاولى او جزء منها .

✓ الاهتمام بتشكيل اللجان الإرشادية الطلابية لتقوم بتأدية دورها طبقا لما ورد في لائحة تشكيلها ،حيث ان هذا يتيح للطلبة فرصة تحمل المسؤولية والتدريب على الحياة الاجتماعية المنظمة والحياة الجامعية الديمقراطية بجانب امتصاص طاقاتهم فيما يفيدهم ويشغل وقت فراغهم .

✓ حصر الطلاب اصحاب السلوك العدواني واعداد برامج جماعية وتوعية لمواجهة هذا السلوك على ان يشتركوا في اعداد وتنفيذ هذه البرامج .

✓ عقد ندوات توعوية للطلبة تساهم في ارشاد الطلاب نحو مضار مصادقة رفقاء السوء والذين لديهم سلوكيات مرفوضة من قبل المجتمع ,

✓ اجراءات دراسات تحليلية حول وضع الحلول المناسبة التي تعالج السلوك العدواني لتقليل حجم واثار هذه المشكلة .

✓ عقد لقاءات دورية مع المدير لمناقشة موضوع السلوك العدواني وكيفية العمل المشترك لمواجهته والحد منه .

✓ عقد اجتماعات دورية للمعلمين لبحث موضوع العدوان سواء داخل غرفة الصف أو المدرسة والاستماع إلى أراءهم واشراكهم في مواجهة ومعالجة هذا السلوك وتدريبهم على كيفية التعامل معه.

✓ عقد اجتماعات وندوات أو دورات إرشادية للأولياء الامور لتوعيتهم بخصائص النمو ومراحلها عند الأبناء وفهم متطلباتهم وأسس التعامل معهم ،وحثهم على متابعتهم ،ومساعدتهم في تعريف أبنائهم كيفية اختيار الأصدقاء واستخدام الأساليب التربوية في معالجة مشكلات الأبناء.

✓ توجيه الأهل لاختيار البرامج التلفزيونية المناسبة لعمر التلميذ وغرس قيم المجتمع وانتقاء الأغراض التعليمية والتربوية أثناء شراء الهدايا واللعب(الفسفوس ،2006: 29).

ثالثا: المجتمع :

فالمجتمع الذي يمثل شبكة من الهياكل وتنظيمات اجتماعية يمكن أم يمثل مانع يعوق الاندماج في سلوكيات العدوان وعنف ويذكر محمد على عمارة (2008) بعض الأمثلة منها:

1- الأمن المدرسي :

من أكثر إجراءات الأمن المدرسي شيوعا ومراقبة الطلاب داخل صالات وطرقات المدرسة ،وحيث يتحرك الطلاب ويجلسون مثل الاستراحات والمطاعم ،والمراقبون هم أعضاء هيئة التدريس أنفسهم ، كما أن بعض المدارس تستعمل الوالدين كمراقبين كبديل للمدرسة أو حراس الأمن ، وهذا الإجراء غير مكلف وله أثار ايجابية كثيرة لان الطلاب قد يميلون إلى سلوكيات سيئة عندما يحسون أنهم مراقبون من قبل أغراب ، أما التواجد الوالدي قد يعطيهم إحساس بأنهم يجب أن يعيدوا النظر في اتجاهاته نحو العنف مما يدفعهم لنبذ الميول العدوانية والاستجابة لنصائح الوالدين.

2- وسائل الإعلام :

في دراسة ايدمان ايمي (1997) Aidman ;Amy عن تأثير وسائل الإعلام مثل التلفزيونية والأفلام ، والإعلانات ووسائل الإعلام الحديثة مثل الانترنت والعاب الفيديو ,بمعنى تأثير العنف الإعلامي على عدوانية التلاميذ ، وكانت من ضمن ما أسفرت عنه نتائج الدراسة إن وسائل الإعلام تشجع التلاميذ على أن يتعلموا السلوكيات العدوانية .وهنا يؤكد ليترمان حنة (2000) Leiterman .Hannah إلى أهمية المبادرات المجتمعية وذلك بعقد مؤتمرات على مستوى الولايات لمناقشة المشكلات للطلاب المراهقين حتى يمكن تخفيض أو منع السلوكيات العدوانية .

إحدى عشر :الادمان على الانترنت:

1– مفهوم الإدمان:

يعرفه محمد علي بأنه الاعتياد المستمر للفرد والاستغراق في قضاء أطول في تصفح الانترنيت ومشاهدته لمواقع يرغبها ويفضله. (النوبي و علي 2010، 55)

عرفه بيرد ولف بأنه حالة انعدام السيطرة والاستخدام المدمر لهذه الوسيلة التقنية، وتتشابه الأعراض المرضية المصاحبة للمقامرة المرضية . (تحسين 2004، 50)

تعرفه الجمعية الأمريكية بأنه استخدام الانترنت بما يتجاوز 38 ساعة أسبوعيا لغير حاجة العمل مع الميل إلى زيادة ساعات استخدام الانترنت لإشباع الرغبة نفسها التي كانت تشبعها من قبل ساعات أقل، مع المعانات من أعراض نفسية وجسمية عند انقطاع الاتصال، منها التوتر النفسي الحركي، والقلق، وتركيز التفكير بشكل قهري حول الانترنت. (عصام و الدبوبي 2011، 334)

2 أعراضه:

الإدمان على استخدام الانترنت لا يقتصر على اللعب فقط، وقد ذكرها "محمد علي" بشكل عام كما يلي: (النوبي و علي 2010، 50)

- استمرار استعمال الانترنت على رغم من وجود بعض المشكلات مثل فقدان العلاقات الاجتماعية وتأخر الدراسي.
- إهمال الواجبات الاجتماعية والوظيفية بسبب استعمال الانترنت، وتكلم عنها في الحياة اليومية.
- زيادة عدد الساعات أمام الانترنت بشكل مطرد تتجاوز فترات التي حددها الفرد لنفسه.
- التعطش للانترنت وإهمال الحياة الاجتماعية.
- إهمال متطلبات العائلة والشعور بالقلق عندما يحدث عطل في الانترنت، وإهمال نظامه الغذائي.
- إنفاق مبالغ بسبب الانترنيت من اشتراك وشراء أدوات إلكترونية مختلفة.
- إنكار المستخدم قضائه وقتا طويلا أمام الانترنت في الأسبوع .

- الدخول للانترنت رغم وجود عمل كثير يجب على المستخدم إنجازه.
- حدوث بعض الأعراض الانسحابية النفسية.

3. أشكاله:

حسب الدراسات في مجال شبكة الانترنت فإن أكثر المجالات استخداما لدى مدمني الانترنت هي كالتالي: (خطراف 2020، 255،256)

- **إدمان المواقع الإباحية:**

يرى فضيل دليو أن المواقع الإباحية الجنسية عبر الانترنت هي شكل من أشكال الجريمة المنظمة التي تقوم بها شبكات محلية، جهوية وعالمية وذلك بتقديم العروض أو اقتحام البريد الإلكتروني، وتشير الإحصائيات في الجزائر أن 63 بالمئة من المراهقين يرتادون الانترنت دون علم أوليائهم، فيقع المراهقون في هاوية الدخول إليها بدعوى الفضول ثم يقع في مصيدة الإدمان عليها.

- **إدمان غرف الدردشة وتسوق عبر الانترنت:**

تشغل الدردشة عبر الانترنت مساحة كبيرة من حزمة البيانات التي تم تبادلها بين مستخدمي هذه الشبكة العالمية، بل أن كثيرا من المستخدمين لا يرون في الأنترنت إلا وسيلة للوصول للآخرين، وقد تؤدي خطوط الدردشة عبر الانترنت إلى الإدمان، وإلا جانب التسوق القهري عبر الانترنت فهناك مدى من قسائم الشراء أو المنتجات وخدمات في معظم الأحيان واسعة جدا ولا يمكن ربطها بنشاط معين للمستخدم. (هتهات 2014، 55)

- **الإدمان على معلومات الأنترنت:**

وهي الشراهة في البحث عن المعلومات ن والسعي وراء إيجادها والاستمرار في تفقد الانترنت للحصول على المعلومات.

- **إدمان الألعاب الإلكترونية:**

تمنح ألعاب الكمبيوتر الشخص المرتبط بالأنترنت مثل(إيفركوسين)شعور البطل لبعض الألعاب، وهذا بدوره يشكل مشاكل أكبر.

4. إيجابيات وسلبيات:

تعتبر الانترنت سلاح ذو حدين، لها إيجابيات وسلبيات مرتبطة حسب استخدامات الفرد، ففي هذا العنصر سنتطرق إلى الكشف عن هذه الإيجابيات وسلبيات خاصة بالانترنت:

- **الإيجابيات:**

- الانترنت قفزة هائلة تعرض المعلومات عن الأشخاص أو المؤسسات من أجل أهداف تجارية وغيرها حول العالم.
- الحصول على المعلومات المطلوبة لأبحاث مثل مجلة بايت للحاسوب واسعة الانتشار في العالم تتيح لك الفرصة مجانا إلى جميع المقالات من عام 1993 إلى اللحظة. (النوبي و علي 2010، 89،90)
- تسهيل إمكانيات التعاون بين الأفراد والمؤسسات في الوطن الواحد في عالم أجمع.
- توسيع أفق التلميذ وتكوين الروح العالمية عنده عن طريق تشجيعه للدخول في المنافسات الأكاديمية والذهنية مع طلاب من دول أخرى. (الملاح 2010، 20،21)
- تنمية مهارات الاستطلاع والتعلم الذاتي، حيث صاغت الانترنيت شكلا جديدا في تعليم والتعلم الاستكشافي المفتوح المشوق.
- تنمية مهارة الأسلوب التفاعلي والمشاركة بالمعلومات والآراء، وكذا تعلم اللغات الأجنبية المختلفة. (فاروق 1997، 29)
- زيادة الحصيلة الثقافية لدى المتعلم لأنه يطلع على كل المعلومات العالمية الحديثة ويطلع خبرات وثقافات أخرى.
- زيادة مستوى التعاون بين المعلم والتلميذ حول الآليات التعامل مع تعليم الالكتروني.
- تنمية أفاق التفكير وشخصية وروح المبادرة لدى الطلبة.
- رفع مستوى التحصيل بدرجة أكبر من طرق التقليدية مع ابتعاد التنافس السلبي بين الطلبة. (محمد 2010، 304)

- **السلبيات** :

- قلة إنجاز الواجبات التعليمية مع الافتقار إلى العمق بحيث يتعرفون فقط إلى العناوين الرئيسية.

- سهولة الغش وذلك من خلال قص النصوص من مواقع الانترنيت ولصقها في الأبحاث العلمية دون بذل الطالب جهدا شخصيا فيها. (شهين 1991، 125)

- عدم وجود روابط بين المناهج والتكنولوجيا، وانعدام وعي بهذه التكنولوجيا في التعليم.

- المواقع اللا أخلاقية التي تكثر وتتكاثر في الانترنت، والتي يتم نشرها بأساليب عديدة في محاولة انجذاب الأطفال والمراهقين إلى سلوكيات منحرفة ومنافية للأخلاق.

- تعرض لعمليات احتيال ونصب وتهديد والابتزاز مع نشر مفاهيم العنصرية. (السرايرة 2007، 87)

- الدعوة إلى الانتحار والتشجيع لع من خلال بعض المواقع ودردشة.

- الانغماس في استخدام برامج الاختراق إليها والتسلل لإزعاج الآخرين، وإرسال الفيروسات التخريبية المزعجة. (السامرائي 1993، 61)

- مشكلة إدمان الانترنت والأمراض النفسية التي تنجم في سوء استخدام الانترنت مثل الاكتئاب.

- الإفراط في استخدام اللهجات والابتعاد عن اللغة العربية.

- ممارسة انتهاك حقوق المكتبة بالنسخ الأغاني والأفلام. (فتحي 2003، 21)

- قد تسبب بعض الأفكار والآراء الاجتماعية والدينية والاقتصادية التي قد لا تتفق مع قيم وعقائد المجتمعات. (الراضي 2010، 156).

5. مخاطر الانترنت:

- **المخاطر النفسية والاجتماعية للإنترنت:**

- للانترنت مخاطر على الفرد وتختلف من النفسية واجتماعية عديدة تؤدي إلى الاكتئاب وغيرها من الصفات الغير مرغوب فيه، وهذا وما سنسلط عليه الضوء في التالي: (بلخضر بلا تاريخ، 93)

- يعيش المراهق في حالة صراع دائم مع نفسه، حيث يغمره الفضول للدخول في مواقع الإنترنت دون رقابة من هنا تبدأ مشاكل سوء الاختيار، والذي ينتج عنه وقوع المراهقين في مخاطر الإنترنيت، حيث يعتمد على شبكة اعتمادا كليا حتى يتحول إلى كائن إلكتروني.

- وقوع المراهق في العنف وجنوح الأحداث.
- انفصال المراهق عن الواقع المعاش ويرجع السبب في إدمانه على الإنترنيت.
- دخول المراهق إلى مواقع الجنس، نظرا لتعرضهم إلى مشاكل وأزمات نفسية وعاطفية.
- تعرضهم إلى مشاكل صحية كآلام في الظهر، وآلام في الرقبة نظرا لبقائهم ساعات طويلة أمام الإنترنيت.
- ففتور العلاقات الاجتماعية باستبدالها بعلاقات جديدة عبر الإنترنيت.
- تزايد المحادثة عبر الإنترنيت (الزواج من خلال الشبكة) مما يؤثر على العادات والتقاليد الاجتماعية.

انفصال المراهق عن الواقع المعاش بسبب إدمانه على الانترنت مما يؤثر تحصيله الدراسي.

- **المخاطر الصحية:**

لابد من الحديث بإسهاب عن المخاطر الصحة التي يتسبب بها الاستخدام المفرط للانترنت على الصحة، فبحسب خبراء "بي سي وورلد" يجب التنبه إلى مشاكل الصحية التالية ووقاية منها لضمان الصحة عند استخدام الانترنت:

- مشاكل الضغط، وآلام الكتف والظهر.
- زيادة الوزن، إجهاد العينين، وخلل الدورة الدموية مما يؤدي للإصابة بجلطات الدموية في شرايين العميقة.

ثاني عشر : المشكلات الصفية :

إن المشكلات الصفية هي ناتجة عن السلوك السيئ الذي يصدره التلاميذ بفعل عوامل قد تكون محددة ومرهونة بالجو الصفي آو عوامل غير محددة لدى التلميذ(برهم, نضال عبد اللطيف، 2005 :271) .

والحقيقة أن المدرسين يختلفون فيما بينهم فيما يعتبرونه سلوكا صحيحا وما يعتبرونه سلوكا سيئا ويمكن آن تكون أسباب السلوك الصفي السيئ والذي يؤثر في شيوع النظام الصفي هي:(يوسف قطامي، 1998: 246-248):

1 -الملل والضجر :Boredomo

شعور التلاميذ بالرتابة والجمود في الأنشطة الصفية يجعلهم يقعون فريسة لمشاعر الملل والضجر.

2-الإحباط والتوتر :Tension _frustration

إن هناك أسباب تدعو لشعور التلميذ بالإحباط في التعلم الصفي لذلك تحوله من تلميذ منظم إلى تلميذ مشاكس ومخل للنظام الصفي .

3-ميل الطلاب إلى جذب الانتباه Attention:

إن الطالب يعجز في النجاح في التحصيل الدراسي يسعى نحو جذب الانتباه المدرس والطالب عن طريق سلوكه السيئ والمزعج (عبد العزيز عطاالله المعايطة ، 272:2007)

مصادر المشكلات الصفية :

يمكن استعراض عدد من المصادر المتسببة للمشكلات الصفية والتي تعيق النظام الصفي وهي كالتالي(يوسف قطامي ، 1998: 247) :

ا/ مشكلات تنجم عن المدرس :

-القيادة المتسلطة جدا .

-القيادة الغير الراشدة أو الحكيمة .

-تقلب قيادة المدرس .

-انعدام التخطيط .

-حساسية المدرس الفردية والشخصية .

-ردود الفعل المدرس الزائدة للمحافظة على كرامته .

-عدم الثبات في إعطاء الوعود والتهديدات .

-استعمال العقاب بشكل خاطئ وغير مجد .

ب/ **مشكلات تنجم عن النشاطات التعليمية :**

-صعوبة اللغة التي يتحدث بها المدرس في تعليمه الصفي .

-تكرار النشاطات التعليمية ورتابتها .

-اقتصار النشاطات الصفية على الجوانب اللفظية . .(خولة احمد يحيا ،2000: 163)

ج/ **مشكلات تنجم من تركيب الجماعة الصفية :**

-العدوى السلوكية وتقليد التلاميذ لزملائهم .

-الجو العقابي الذي يسود الصف .

-الجو التنافسي العدواني .

-الاحباطات الدائمة المستمرة .

-غياب الاستعدادات للأنشطة والممارسات الديمقراطية(آمل الخليلي، 2005 :28) .

-شيوع الجو الديكتاتوري في الصف .

-غياب الطمأنينة والأمن .

د/ مشكلات تنجم عن التلميذ نفسه :

- مستوى القدرة العقلية للطالب .

-العوامل الصحية يمكن أن تؤثر في سلوك التلاميذ .

-شخصية التلميذ المبنية على النضج الشخصية (محمد حسين العمايرة ،2002 :61-62).

هـ/ مشكلات تنجم عن الجو العائلي للطالب : لا يمكن تجاهل الأثر الذي يتركه الأقرباء وغيرهم من مناصري التعليم المدرسي مما يساعد في تكوين نظرة ايجابية تجاه المدرسة . ويخلق في نفس الطالب الرغبة في التعلم والالتزام بالنظام المدرسي .والقوانين الموضوعة فيها .

كما أن الجو العائلي للطالب وسوء المعاملة من طرف الوالدين .والمشاجرات والخلافات بين أفراد الأسرة قد تترك أثارا محددة في سلوك الطالب في المدرسة وقد يؤدي إلى قيام الطفل ببعض الأنماط السلوكية غير المقبولة داخل وخارج غرفة الصف . (محمد حسين العمايرة ،2002 :60).

ثلاث عشر: اضطرابات النوم:

تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات الشخصية انتشارا" بين الناس ،حيث تقدر نسبة الذين يعانون من هذه الاضطرابات بصفة مزمنة حوالي ثلث سكان العالم ،فضلا" عن الاضطرابات العابرة للنوم ،اذ يكون جزءا" من الحياة اليومية في هذا العصر نتيجة تعقد مطالب الحياة ،أو قد يكون متسببا" عن ضغوط نفسية واجتماعية وان عدم اشباع حاجة الشخص للنوم يؤثر حتما" على الجهاز العصبي ومن ثم على الجسم كله ،فيؤدي ذلك إلى نقص الانتباه ،واضطراب الادراك ،وحدوث هلاوس مختلفة الانواع ،وبطء في النشاط الحركي ورعشة اليدين ،وتكاسل القلب والرئتين ،والحساسية المفركة للألم (خليل ابراهيم البياتي،2002 : 305)

ونظرا" لأهمية اضطرابات النوم بسبب اثاره السلبية على الصحة العامة للفرد ،جرى تصنيفها ضمن تصنيفات طبية متعددة ،وهي على النحو التالي :

اصناف اضطرابات النوم :

1- تصنيف منظمة الصحة العالمية Who .ICD

2- تصنيف جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكية DSM-4.APA

3- التصنيف العالمي لاضطرابات النوم الصادرة عن الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم International Classification of sleep disorders

لقد ورد في تصنيف الأطباء النفسانيين الأمريكية الرابع DSM-4 ما يأتي :

اضطرابات النوم تنتظم في اربعة أقسام وفقا للأسباب التي يفترض أنها تسببها وهي :

- اضطرابات النوم الأولية Primary Sleep Disorders

وهي لا تنشأ عن اضطراب عقلي او سبب طبي ولا عن مادة كيميائية معينة ولا يحتمل انها ناشئة عن اختلال داخلي المنشأ في اليات توليد أو توقيت النوم –اليقظة Sleep-Wake الساعة البيولوجية والتي غالبا ما تتعقد بفعل العوامل الاشتراطية وتقسم هذه الإضطرابات إلى :

ا- شلل النوم Dyssomning، ويكون فيها مقدار النوم أو نوعيته أو توقيته غير طبيعي .

ب- الاضطرابات المرفقة للنوم Parasomnias تظهر فيها أحداث سلوكية أو فسلجية غير طبيعية يكون حدوثها مصاحبا للنوم أومرحلة معينة منه أو التحولات بين نوبات النوم –اليقظة.

ج- اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب عقلي اخر Sleep Disorders Related to another mental Disorder هذا النوع من الاضطرابات ناجمة عن اضطراب المزاج Mod Disorder او اضطراب القلق .

د- اضطرابات ناجمة عن ظرف طبي .

و- اضطرابات النوم الناجمة عن المواد مثل ادوية معينة تسبب اضطراب النوم او تظهر في احيان معينة بسبب الانقطاع عن تناول ادوية اعتاد الفرد على تناولها .

س- اضطراب النوم غير العضوية **Organic sleep –Non Disorders** هذه المجموعة من الاضطرابات تضم :

- اضطراب خلل النوم **Dyssomias** وهي حالات ذات منشأ نفسي أساسا ويكون الاضطراب السائد فيها هو في مقدار نوعيته أو توقيته وذلك لاسباب انفعالية وتضم هذه الفئة:

1- الأرق **Insomnia**

2- فرط النوم **Haporsomnia**

3- إضطرابات جدول النوم-اليقظة .

- الاضطرابات المرافقة للنوم **Parasominas** وهي أحداث ذات نوبات غير سوية تحدثي أثناء النوم وتعود إلى سن الطفولة بسبب نمو غير سوي ، بينما تكون في سن الرشد ذات سبب نفسي المنشأ غالبا ،ومنها :

1- المشي اثناء النوم **Somnabulisme**

2- فزع النوم **Stat errors**

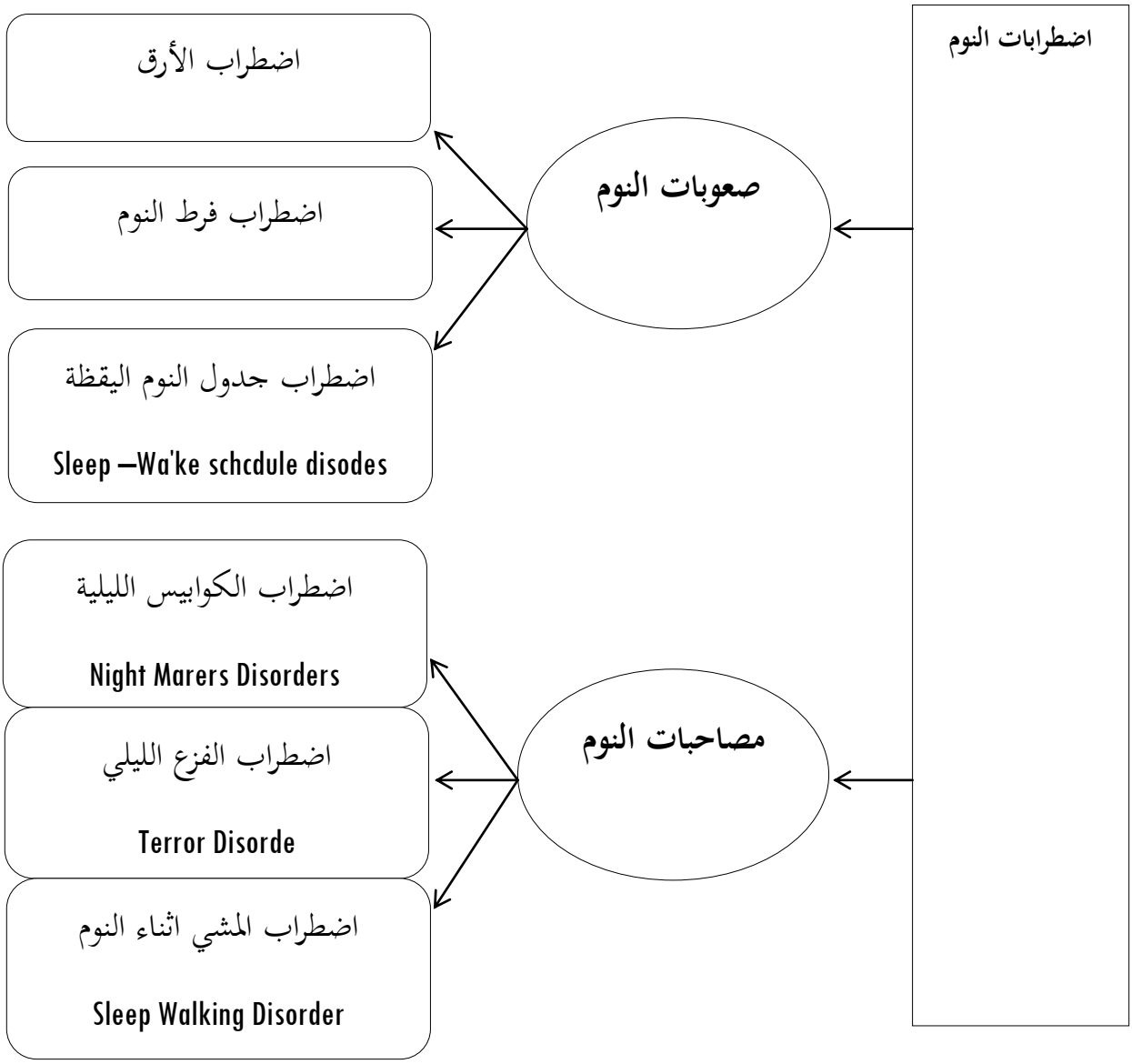
3- الكوابيس **Night mars**

4- الخذر أو النوم المفاجىء **Narcolepsy**

5- الجمده **Cataplexy** وهو فقدان القوى العضلية المفاجىء

6- اختناق النوم **Apnea**

7- سلسل البول **Enuresis**



رقم (01) يوضح اضطراب النوم

1–الاضطرابات الأساسية في عملية النوم – اليقظة :

ا/ الأرق : Insomnia

هو امتناع النوم الكافي على الراغب في النوم .ولا يدخل ذلك في حالات السهر او الاستيقاظ الإرادي ،وهو يأتي بدرجات مختلفة ،وهو اكثر اضطرابات النوم شيوعا" ،ويحدث لدى النساء اكثر من الرجال ،وتكمن معاينة الأرق من خلال حدوثه ومعرفة اسبابه في الأتي :

- ✓ التاخر في الدخول في النوم (ارق بداية النوم) ،والذي يحتمل ان يكون اكثر اشكال الأرق شيوعا" ،والمتمثل بصعوبات بدء النوم ،والمحافظة عليه .
- ✓ تكرار الإستيقاظ (أرق مواصلة النوم) فترة غير كافية من النوم أو الإستمرار في النوم .
- ✓ استيقاظ نهائي مبكر (أرق نهاية النوم) وهو نقص الإستمتاع بالنوم .
- ✓ الشعور بالتعب بعدم النوم أو إنعدام الراحة بعد الإستيقاظ .
- ✓ القابلية للدخول في النوم اثناء النهار ومعونة الضعف في الأنشطة اليومية التالية للنوم غير المرضي وينتج عن ذلك شكوى من الإجهاد عن ذلك شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار ،مما يؤثر على أداء الشخص ونشاطه فضلا" عن معاناته من سرعة الإستثارة والتنبيه المفرط .
- ✓ يحتمل أن يكون الأرق استجابة وقتية لاضطراب انفعالي او كوابيس او اختناق النوم .
- ✓ يحدث الأرق نتيجة لوضع فيزيقي كالتعب أو الإجهاد أو الإنهاك الشديد .
- ✓ تغيير مكان النوم الذي اعتاد عليه الشخص .
- ✓ عدم انتظام أوقات النوم .
- ✓ عدم رضا الشخص عن نومه وهو المحك الأكثر توترا" في الدراسات الإكلينيكية بشأن اضطرابات النوم ،ذلك أن هناك فترات يبدو الأشخاص فيها انهم لا يمكن أن يكونوا في حال اسوأ مما هم عليه ،نتيجة لإعتيادهم النوم ثلاث ساعات فقط في ليلة واحدة .
- ✓ القلق والمخاوف والشعور بالذنب وتوقع الفشل في الامتحان والخسارة في مشروع معين كدلالات إكلينيكية ينتج عنها إضطراب القلق .

ب/ النوم المفرط :Hypersomnia

وهو نقيض الأرق وفيه تطول ساعات النوم إلى مافوق الحد الأعلى الطبيعي إلى حوال (**5.10**) ساعات أو يزيد فيه زمن النوم إلى ما يتعدى المعدل الطبيعي الذي استقر عليه نوم الفرد عادة ،ومن **أهم مظاهره** :الميل إلى النوم المبكر عن مواعيده المعتادة وصعوبة الاستفاقة من النوم والشعور بالتعب : (احمد عكاشة ، 2009 : 28)

ويمكن أن تعود أسبابه إلى اضطرابات في وظيفة نواة الهيبوتلاموس في الدماغ ،او اضطراب في مركز السيطرة على دورة اليقظة –النوم ومن اسبابه أيضا" الاضطرابات الوجدانية مثل الكأبة ،الحزن ، الهستريا (ردود الأفعال التحولية) ،بينما أشارت دراسات أخرى إلى فرط النوم يمكن يوجد لدى الذين

يعانون من صعوبة التنفس بسبب السمنة **Obesity** ويظهر لدى الشباب الذين لديهم زيادة مفرطة بالشهية .

ويمكن معاجة إفراط النوم باستخدام الامفيتامين أو الريتالين ومضاد الإكتئاب .

ج/ إضطراب جدول النوم واليقظة Sleep Wakschedule

ويتميز هذا إضطراب (جدول) أو (المواعيد) أو (إيقاع) النوم واليقظة بوجود شكوى من الأرق أو من فرط النوم ،وغالبا" ما ينشأ عن أرق في الليل ،وزيادة فترة نومه في النهار ،ويتعلق هذا الإضطراب بتغيير مواعيد العمل ،أو بكثرة تغيير أوقات النوم ،أو التنقل بين بلدان يختلف فيها التوقيت المعتاد والمحلي و الإقامة المتنقلة بينها .

ويؤدي اضطراب جدول النوم واليقظة إلى الاختلال الوظيفي في النظام البيولوجي اليومي للفرد ،فضلا" عن شعوره بالضيق والتوتر النفسي ونقص الطاقة ، وعجز من الناحية المعرفية كشرود الذهن وعدم التركيز كما وجد أن للعوامل الإنفعالية والمعرفية تأثيرا" واضحا" للإصابة بهذه الإضطراب .

ولتشخيص اضطراب جدول النوم واليقظة يجب أن يكون الأرق أو إفراط النوم شديدا" ليصل إلى الصورة الإكلينيكية كل منها ،وعادة ما يتخذ هذا الاضطراب أنواعا" مختلفة وهي كالاتي:

1- النوم المتاخر ،وفيه يكون النوم متأخرا" أو تأخر الاستيقاظ مع صعوبة بدء النوم في الوقت الذي يرغبه الشخص ،وكذلك صعوبة اليقظة .

2- النوم المبكر،وفي هذه الحالة يكون بدء النوم مبكرا" ،والاستيقاظ مبكرا" مع صعوبة بداية النوم والاستيقاظ .

3- النوم المرتبط بالتغيير في موعد النوم ،وغالبا" مايحدث هذا التغيير بسبب تعدد وتكرار السفر من بلد إلى أخر .

4- النوم المرتبط بتوقيتات العمل الرسمي وفي هذه الحالة يضطرب إيقاع النوم بسبب تغيير أوقات العمل الذي مارسه الشخص ،كالتوقيتات الصفية والشتوية ،والعطل الرسمية ،المناسبات المختلفة ،وخاصة في حالة تعددها وتكرارها .

5- النوم غير المحدد ،وخاصة لغير الملتزمين بنظام معين ،ويصاحب اضطراب جدول النوم واليقظة شعور الرد بالكدر والكسل ،وفقد الدافعية للنشاط ،ونقص الطاقة مع اختلال العلاقات الاجتماعية ،ضعف القدرة على التركيز ،كما تحصل بعض الاضطرابات الجسمية وفي مقدمتها المعدة .

د/ نوبات النوم : Narcolepsy

وهي حالة الدخول في النوم بطريقة غير طبيعية وبدون مقدمات ،ولهذا تسمى في بعض الأحيان بغفوات النوم المفاجىء والتي يصبح فيها الفرد ليس لديه القدرة على السيطرة على الدخول في حالة النوم ،ويمكن أن تحدث عندما يكون الفرد وهو يسير في الشارع أو أثناء قيادة السيارة أو عندما يتناول وجبة غذائية **Eating A meal**. : (www.umm.edu/adult-sleep-dis.htm)

ومن اعراض او علامات هذه النوبات :

- فقدان التوتر العضلي فجأة مما يؤدي إلى سقوط الفرد بسرعة على الأرض .
- الشعور بشلل الحركة عند الاستفاقة من نوبة النوم **sleep paralysis**
- تحدث فيها أحلام وهلاوس والتي تقع خلال فترة النوم الحالمة أو فترة غير الحالمة .

هـ/ النعاس : Somnolence

من حالات النوم الزائد والمفرط هي الحالات التي يشعر فيها الفرد بالنعاس أثناء اليقظة مع الاستعداد للوقوع بسرعة في النوم إذا ما تهيأت له الإمكانات التي تساعده على النوم والفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب يجد من الصعب عليه البقاء مستيقظا" فهو ينام ويستيقظ ثم يعود للنوم ثانية ... وايضا" توجد أسباب أخرى منها الفراغ ،الملل،فقدان الحوافز .

2- إضطرابات النوم التي تصاحبها اعراض سلوكية :

ا/ النومشة أو المشي أثناء النوم Somnambulism:

وهي أشكال من السلوك الالي **Automatic** تحدث خلال ظروف معقدة وعادة يكون الفرد غير واعي لتلك الظروف أو الفعاليات ،يكثر هذا النوم من اضطرابات النوم لدى الاطفال والاحداث ، وتحدث عادة في الثلث الأول من النوم خاصة الدرجة الثالثة والرابعة من فترات النوم الغير الحا لم ،وهي الدرجات الاكثر عمقا من النوم وتبدأ الحالة بنهوض الفرد من نومه وقيامه بأعمال تلقائية كنزع ثيابه أو لبسها والمشي والكلام وحتى الخروج من البيت والمشي لمسافات طويلة ،وتكون عيناه مفتوحتين ويستطيع تفادي العوارض والأخطار في تجواله وتنتهي الحالة اما بالاستفاقة التلقائية مع ظهور حالة الإرباك الفكري ،أو يعود الفرد إلى حالة النوم الطبيعي ،وعند استيقاظه لا يتذكر شيأ مما حدث له أثناء النوم ، ومن أسباب هذا الاضطراب قد يكون الارهاق الشديد ، الحرمان من النوم ،المشاكل الانفعالية ،ويمكن أن يؤدي هذا الإضطراب إلى نتائج خطيرة إذ ما حدث واخطأ المنومشين في تفادي ما قد يعترضه من عقبات ومخاطر أثناء نومشته .

ب/ الكلام أثناء النوم :

تحدث هذه الحالة بنسبة اقل من حالات المشي أثناء النوم ،وتحدث أيضا" خلال درجات النوم العميق أثناء فترة النوم غير الحالمة في الثلث الأول من النوم وعادة ما يكون الكلام الذي يتكلم به النائم يفتقد إلى الوضوح والترابط ،وهو أشبه ما يكون بالتمتمة غير المفهومة.

ج/ رعب الليلي أو رعب النوم Night terror

يحدث هذا الاضطراب خلال فترة النوم غير الحالمة ويكثر لدى الاطفال وفيها يستيقظ الطفل من النوم ويبدأ بالصراخ وفي حالة من القلق والخوف ،ولكن في الصباح لا يتذكر ما حدث له اثناء النوم وفي حالات معينة قد يتبول اثناء هذه الحالة ، ومن أسباب هذا الاضطراب قد يكون نتيجة لإثارة المنطقة الصدغية في الدماغ وهي بذلك تشبه الصرع الصدغي .وبعضها الاخر يكون سببه مواقف وتجارب مزعجة في حياة الفرد .وتحدث الحالة للاطفال مابين الساعة الواحدة والثالثة صباحا" ،ومن مفارقات الفزع الليلي او الرعب يوجد لدى الاطفال إلا انه يختفي بعد البلوغ .

د/ أحلام الكوابيس Night Mares

يتميز اضطراب الكوابيس الليلية بحالة الاستيقاظ المتكررة من النوم ،مصحوبة باستدعاء الأفكار عن تفاصيل حلم مزعج ومخيف يعيش أحداثه الشخص خلال النوم ،وربما يعيش أحداثا" أكثر من حلم واحد ،وتتضمن هذه الأحلام تهديدا" لحياته ،أو لتغيير شعوره بالطمأنينة والأمن النفسي وتقديره لذاته ، مما يؤدي إلى إضطراب استمرارية النوم فتكون مسببة القلق بتزايد وجود ضغوطات نفسية ومن الصعب أن يشخص هذا الإضطراب ،إذا بدأ واستمر تحت تأثير سبب عضوي أو تأثير كيميائي : (. اديب محمد الخالدي & مفتاح محمد الخالدي:170).

هـ/ صك الأسنان Bruxism:

يعاني بعض الأفراد أثناء نومهم من نوبات متكررة من حالة صك الأسنان والتي تنجم عن الحركة الانقباضية المتوالية لعضلات الفك ،والنائم عادة لا يحس بها ، ويتابع نومه بدون إستيقاظ وتحدث للذين يعانون من القلق المقترن بالغضب ، والأفراد الذين يتناولون المواد الكحولية .وهذه الحالة لا تحدث خلال النوم كله ،لكنها أكثر حدوثا" في نوم الدرجة الثانية من مراحل النوم ويقدر نسبة إنتشارها بين الناس بصورة واضحة بما يقارب (5-10 %) .

و/ شلل النوم Sleep paralysis:

وهي حالة من الشعور بعدم القدرة على تحريك الأطراف إراديا أو النهوض ،وتحدث قبيل الوقوع بالنوم مباشرة ،لكن أكثر ما تحدث أثناء النوم الحالم إذ يستفيق الفرد من نومه خلال الليل أو عند الاستيقاظ مباشرة ولسبب ما ، وهذه كثيرا ما تحدث في بعض العوامل دون غيرها . :[2])

ز/ اضطرابات نوم سلوكية خطيرة :

اكتشفت هذه الاضطرابات حديثا وجرى تشخيص أول حالة من هذه الاضطرابات **1986** الالية الحركية في هذه الاضطرابات تعمل على العكس تماما من اضطراب شلل النوم ،، فيقوم النائم مثلا بالركل والضرب أو القفز المفاجيء من السرير والحديث والصراخ ، مما يسبب بحدوث اصابة خطيرة للفرد الذي يحلم او لمن يشاركه السرير ،وهذه الاضطرابات تصيب الرجال اكثر مال تصيب النساء إذا توقف عمل إرتخاء العضلات مما ينتج عن صدور الحركات الجسدية من الفرد النائم (علي محمد كاظم الجبوري : 299).

ح/ حالة الصداع النصفي :

قد تحدث اضطرابات النوم بسبب حالة الصداع النصفي وهي عادة شديدة الالم اثناء النوم وعظم هذه النوبات تحدث أثناء فترات النوم الحالم وهي بسبب ألامها تضطر الفرد للاستيقاظ .

ط/ الشخير :

يقع الشخير عادة في مرحلة النوم العميق ويتناقص أو يتوقف في مرحلة النوم الحالمة ، وينشأ الشخير أو يصدر صوته لأن التوتر العضلي ينخفض بعد أن يستسلم الفرد للنعاس ، ثم إن اللسان والفك الأسفل إذا كان الفرد ينام على ظهره ينزلق قليلا إلى الوراء ،مما يؤدي إلى مرور الهواء من تجويف الأنف مما يجعله يتنفس من فمه ودخول الهواء السريع يؤدي إلى تذبذب المجرى الهوائي العلوي (سقف الحلق الرخو) مما يؤدي الى صدور صوت الشخير ،يزداد الشخير لدى الافراد الذين يعانون من السمنة أو نزلات البرد ، وأنواع الحساسية المختلفة ولدى الذين يعانون من المشكلات الجيوب الأنفية ،ويظهر لدى الاطفال الذين يعانون من تضخم اللوزتين وأخطر ما في الشخير عندما يكون عاليا" ، أنه قد يكون علامة على إضطراب مرضي أخر أكثر خطورة ،وهو إضطراب فقدان التنفس في النوم: (www.healthcentral.com/sleep) :

ي/ اختناق النوم : Sleep apnea

وهو إضطراب شائع ويمكن أن يكون خطير جدا" ومهدد لحالة الفرد ، لأن التنفس يتوقف أو يصبح سطحي جدا" وتكون وقفة التنفس لمدة 10-20 ثانية أو أكثر ، وهذه الوقفة يمكن أن تحدث 20-30 مرة أو أكثر في الساعة الواحدة ، وفي هذه الأثناء يستفيق النائم لتنفس مرة ثانية ليعوض عن نقص الأوكسجين الذي حصل لديه : (علي محمود كاظم الجبوري ،2013: 302).

المجلس العلمي

6- كيف يتم تنظيم النوم:

يعتقد بوجود أكثر من جزء لتنظيم النوم في الدماغ بل يعتقد بوجود شبكة كاملة من الارتباطات العصبية والكهربية والهرمونية لتنظيم العملية برمتها. وهذه المراكز تؤثر وتتأثر بعضها بالآخر سلبا وإيجابا وتتركز المنطقة الأساسية للتحكم في النوم بشكل رئيسي في جذع الدماغ.(Brain Stem)

كل العوامل المحيطة بالإنسان تؤثر في النوم الذي يقضي فيه الإنسان ثلث عمره: الحالة النفسية, الحالة الجسدية, الألم, مكان النوم, وقته, الأدوية التي يتناولها, استعماله للمنبهات.....إلخ.

دور السيروتونين: وهو ناقل عصبي (Neurotransmitter)مهم جدا. حيث لوحظ أن قلة هذا الناقل نتيجة مشكلة في مراكز إنتاجه كالنواة الحافية الظهرية (Dorsal Raphe Nucleus) يقلل من النوم كثيرا.

نقص لوازم وجود السيروتونين الكيميائية مثل (إل-تريبتوفان L-Tryptophan) يؤثر سلبا على كمية ونوعية النوم أيضا.

النورإبينفرين والخلايا المنتجة له تلعب دورا مهما في تنظيم النوم. فتحريض هذه الخلايا وزيادة الإبينفرين يؤثر سلبا في النوم.

الأسيتايلكولين (Acetylcholine) وهو أحد النواقل العصبية المهمة يدخل في طريقة تنظيم النوم وبالذات في تأثيره على مرحلة النوم ذو حركة العين السريعة.(REM Sleep)

الميلاتونين (Melatonin) وهو هرمون يفرز بواسطة الغدة الصنوبرية (Pineal Gland) هو واحد من أهم عوامل تنظيم النوم. ينخفض معدل إفراز هذا الهرمون مع ضوء النهار ويزداد ليلا. وتعتبر الغدة فوق متصالب الوطاء (المهاد (Hypothalamus) هي مركز التحكم في افراز الميلاتونين وبالتالي مركزا رئيسيا للتحكم في آلية النوم.

توجد مواد كيميائية أخرى طبيعية تتراكم أثناء فترات الاستيقاظ لتولد الرغبة في النوم مثل (Process C).

Scanne avec CamScanner

خاتمة:

في ختام هذا المطلب، يتضح أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تمثل إحدى أبرز التحديات التي تواجه الممارسات التربوية داخل الوسط المدرسي، لما لها من انعكاسات سلبية على التوافق النفسي والتحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية للتلاميذ. وقد أظهر العرض أن هذه الاضطرابات ليست نمطاً واحداً، بل تتنوع بين اضطرابات سلوكية خارجية كالسلوك العدواني والتمرد، واضطرابات انفعالية داخلية كالقلق والاكتئاب والانسحاب، إضافة إلى حالات مركبة تجمع بين الجانبين.

كما تبين أن هذه الاضطرابات نتاج تفاعل معقد بين عوامل فردية وأسرية ومدرسية، الأمر الذي يفرض ضرورة تبني مقاربة شمولية في فهمها وتشخيصها. ومن هنا تبرز أهمية علم النفس المدرسي في الكشف المبكر عن هذه الحالات، وتفسيرها في ضوء الأطر النظرية، والتدخل بأساليب علمية تستهدف تعديل السلوك وتحقيق التوازن الانفعالي.

وعليه، فإن التكفل بهذه الاضطرابات لا يقتصر على المعالجة فقط، بل يمتد إلى الوقاية والتوجيه والإرشاد، من خلال تفعيل دور المختص النفسي المدرسي، وتعزيز التعاون بين الأسرة والمدرسة، بما يسهم في توفير بيئة تربوية داعمة لنمو المتعلم نفسياً وسلوكياً بشكل سليم.

كلية العلوم الإجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

Scanne avec CamScanner

قائمة المراجع:

- ارون بيك (2000)، **المعالج المعرفي والاضطرابات الانفعالية** ،ترجمة عادل مصطفى ، دار افاق العربية ،القاهرة .
- أحمد عبد الكريم (2010)،**الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال والمراهقين** ،عمان ،دار الثقافة ،الطبعة الأولى.
- انتصار، يونس. (1984). **السلوك الإنساني. الإسكندرية:** دار المعارف.
- أحمد علي الراض(2010) . **التعليم الالكتروني..** عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- إيمان ،فؤاد كاشف.(2010).**مشكلات الكلام واللجلجة** .ط 1.القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- –الجرواني، هالة إبراهيم و صديق، رحاب محمود.(2013). **إضطراب التأتأة رؤية تشخيصية علاجية** .د ط.إسكندرية،مصر:دار المعرفة.
- الدبوس رنا سحيم (2004). **التلعثم وعلاقته بالتحصيل الدراسي ومفهوم الذات دراسة مقارنة في مرحلة الطفولة المتأخرة.** رسالة ماجستير. القاهرة: كلية الآداب جامعة عين شمس.
- –السيد الشخص، عبد العزيز.(1997). اضطرابات النطق والكلام.ط 1.الرياض، السعودية.
- –السيد، منى توكل.(2008). **التهتهة لدى الأطفال**.د ط.الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- الشخص، عبد العزيز(1997)، **اضطرابات النطق والكلام**، منشورات كلية التربية،جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
- الغامدي، صالح بن يحي الجار الله .(2009).**اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتقدير الذات** .رسالة دكتواره،جامعة أم القرى،سعودية.
- العزيزي، أحمد الرفاعي بهجت (1996). **ظاهرة التسرب الدراسي لتلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي ـ دراسة تحليلية للعوامل والأسباب** ـ. مجلة كلية التربية، مصر، (25) 09_51.

- الغامدي، فهد إبراهيم القاشي (1997). **الخدمات الإرشادية وأثرها في الحد من ظاهرة التسرب المدرسي بالمرحلة المتوسطة بمدينة جدة بالمملكة العربية السعودية.** رسالة ماجستير غير منشورة في علوم التربية، جامعة الجزائر، الجزائر.
- ـ المهنا، إبراهيم عبد الكريم (2001). **عوامل التسرب الدراسي لدى المنحرفين.** الرياض: مؤسسة اليمامة الصحفية.

Scanne avec CamScanner

- احمد عكاشة (2009)، **علم النفس الفسيولوجي** – مكتبة انجلو المصرية –الطبعة 11 ص: 280
- إبراهيم فرج عبد الله الرزيقات (2004)، **التوحد، الخصائص والعلاج**، عمان دار المسيرة بدون طبعة.
- إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل(2009)، **الأوتيزم "التوحد" والإعاقة العقلية**، القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- إمام السامرائي. "**مصادر المعلومات الالكترونية وتأثيرها على المكتبات.**" المجلة العربية للمعلومات، 1993: 61.
- _ بركان، محمد أرزقي (بدون سنة). **المناهج المدرسية وعلاقتها بالتسرب المدرسي**. باتنة: جمعية الإصلاح الإجتماعي والتربوي.
- برهم،نضال عبد اللطيف(2005) ،**المشكلات الصفية** ،مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ،عمان ،الطبعة الأولى .
- بخيث عبد الرحيم(1999)، **الطفل التوحدي "الذاتوي الاجترارى" القياس والتشخيص الفارقي**، نشر المؤتمر السادس لمركز الارشاد النفسي، جامعة عين الشمس القاهرة، بدون طبعة.
- بشير منصور تحسين(2004). "**استخدام الأنترنت ودوافعها لدى طلاب جامعة** البحرين." ص: 50.
- بهاء شهين(1991) ، . شبكة الأنترنت. كامتوساينس للنشر والتوزيع.
- بلعنتر، عائشة وبوكرتوتة، حبيبة (2001). **التسرب المدرسي**. سلسلة الملفات التربوية _ موعدك التربوي _، المركز الوطني للوثائق التربوية، الجزائر.
- جلال كايد ضمرة وعريب أبو عميرة (2007)،**تعديل السلوك** ، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان ،الطبعة الأولى.
- _ حبايب، علي حسن (1997). **ظاهرة التسرب في شمال الضفة الغربية**. مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي، غزة، (9) 129_144.
- حسين فايد(2000) ،**الاضطرابات السلوكية** ،طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة .
- _ حكيم، عبد الحميد عبد المجيد عبد الحميد (2007). **ظاهرة التسرب الدراسي (العوامل والأسباب)**. المملكة العربية السعودية.
- حسن البائع محمد(2010) ، **تصميم التعليمي عبر الأنترنت**. القاهرة: دار الجامعة الجديدة.
- حسين يحيى ،القطاونة.(2013).**فاعلية برنامج تدريبي في علاج التلعثم وأثره في مستوى الثقة في النفس لدى الأطفال المتلعثمين**. جامعة طيبة ،المدينة المنورة.

Scanne avec CamScanner

- خليل، عفراء.(2010).**العلاقة بين التأتأة وتقدير الذات** .مقال، 3،دار المسيرة للنشر والتوزيع ط2.
- خليل ابراهيم البياتي (2002)، **علم النفس الفسيولوجي مبادئ وتطبيقات**، دار وائل للطباعة والنشر عمان، الطبعة الاولى،ص:305
- خولة أحمد يحي(2000) ،**الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ،دار الفكر للطباعة النشر والتوزيع ، الجامعة الاردنية ..
- خليل قطب أبو قورة (1996) ، **سيكولوجية العدوان**، مكتبة الشباب 41 ،القاهرة، بدون طبعة .
- خولة احمد يحيا(2000) ،**الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ،عمان ،الطبعة الأولى .
- خالد عبدو السرايرة(2007) . **النشر الالكتروني وأثره على المكتبات ومراكز المعلومات**. عمان: دار كنوز المعرفة.
- روبرت واطسون وهنري كلاي ليندجرين (2004)،**سيكولوجية الطفل والمراهق** ، ترجمة داليا محمد عز مؤمن وآخرون ، مكتبة مدبولي ،القاهرة ،الطبعة الأولى.
- سميرة السعيدي(1998)، **معاناتي والتوحد**، الكويت، دار ذات السلاسل، بدون طبعة.
- سهي أحمد أمين نصر(2002)، **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص والبرامج العلاجية)**، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- سيد حسن فاروق(1997) . **الأنترنت الشبكة الدولية للمعلومات**. 1. بيروت: دار الراتب الجامعية.

صالح، عبد الرحيم (بدون سنة). **أسباب التسرب الدراسي لدى طلبة المدارس المتوسطة والإعدادية من وجهة نظر المرشدين والمرشدات في محافظة الديوانية**. مجلة واسط للعلوم الإنسانية، جامعة القادسية، العدد (12) 113_158.

- غادة ،كسناوي محمد.(د.س).**فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لمرحلة إبتدائية** بمكة .شهادة ماجستر،جامعة أم القرى،مكة ، السعودية.
- عبد العزيز عطاالله المعايطة (2007)، **الإدارة المدرسية في ضوء الفكر الإداري المعاصر**، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى.
- علي احمد وادي & إخلاص احمد الجنابي (2005) ، **اساسيات عن النفس الفسيولوجي** – دار جرير للنشر والتوزيع –الطبعة الاولى ص 122
- علي محمود كاظم الجبوري(2011) ، **علم النفس الفسيولوجي** –دار صفاء للنشر والتوزيع – عمان – ص :302

Scanne avec CamScanner

- عادل عبد هللا(2000) ،**العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات** ،دار الرشاد ،القاهرة .
- عبد الستار ابراهيم(1998) ،**العلاج السلوكي المعرفي في الحديث أساليبه وميادينه التطبيقية** ، الدار العربية للنشر التوزيع ، القاهرة.
- عادل عبد الله محمد(2000)، **مقياس الضغط التوحد**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الرحمان سيد سليمان(2001)، **إعاقة التوحد**، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الثانية.
- عبد الستار إبراهيم (1993)،**العلاج السلوكي للطفل (أساليبه ونماذج من حالاته)** ، عالم المعرفة ، الكويت، بدون طبعة .
- فرج الزريقات، إبراهيم عبد الله.(2005). **إضطربات الكلام واللغة التشخيص والعلاج**.ط 1. عمان: دار الفكر. .
- فيصل، خير الزارد.(1990). **اللغة و واضطراب النطق الكلام**.ط1. الرياض.
- قحطان أحمد الظاهر (2010)، **إضطربات اللغة و الكلام**، جامعة عمان الأهلية.
- ـ قرشي، منى إبراهيم (2009). **التسرب التعليمي**. ط1. القاهرة: مؤسسة طيبة للطبع والنشر.
- كريمان بدير(2007) ، **الأسس النفسية لنمو الطفل**،دار المسيرة،عمان،ط1.
- مشيرة عبد الحميد(2005) ، **النشاط الزائد لدى الأطفال " الأسباب وبرامج الخفض** " المرتبة: 322,113 تاريخ النشر: 01/01/الناشر: المكتب الجامعي الحديث.
- مسلم، محمد (2007). **تمثل المعرفة والتسرب المدرسي**. مجلة علوم التربية، الرباط، (34) 107_113.
- مخول مالك سليمان (1981)،**علم النفس الطفولة والمراهقة**، مطابع مؤسسة الوحدة، لبنان، بدون طبعة.
- مروة شاكر الشربيتي (2006) ،**المراهقة وأساس انحرافها**، دار الكتاب الحديث ،بدون طبعة.
- موريس شربل (بدون سنة) ،التربية الجنسية ، دار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع ،بيروت ،لبنان
- محمد النوبي، و محمد علي(2010) . **إدمان على الأنترنت في عصر العولمة**. ط1. الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- محمد بلخضر(د.س). **"مخاطر الانترنت النفسية والاجتماعية لدى المراهق."** 93.
- محمد عبد الكريم الملاح(2010) ، **المدرسة الالكترونية ودور الانترنت في تعليم** –رؤية تربوية–. 1. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2010.
- محمد فتحي(2003) ، الانترنت شبكة العجائب. القاهرة: دار اللطائف.

Scanne avec CamScanner

- مسعودة هتهات(2014) ، **"المشكلات النفسية والاجتماعية لدى المراهقين المتمدرسين مستخديمي للأنترنت."** ورقلة: جامعة قاصدي مرباح،ص:55.
- منضور عصام، و عبد الله الدبوبي(2011) ،**"إدمان الأنترنت وآثاره الاجتماعية السلبية لدى طلبة الثانوية."** ص: 334.
- محاسيس، صهيب(2006)،**عيوب الكلام في التراث اللغوي العربي**، رسالة ماجستير ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة آل البيت.
- محمد، خولة.(2015)، **علم إضطرابات اللغة والكلام والصوت**.ط1.الجزائر .
- محمود أمين، سهير.(2000)، **اللجلجة أسبابها وعلاجها**.ط1. القاهرة:دار الفكر العربي مدينة نصر."
- مصطفى سالم ،أسامة فاروق.(2014) ، **إضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق**.ط1. عمان: دار المسيرة.
- محمد حسن العمايرة (2002) ، **المشكلات السلوكية** ، دار السيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ، الطبعة الأولى.
- محمد السيد عبد الرحمان ومنى خليفة علي حسين وعلي إبراهيم(2005)، **رعاية الأطفال التوحدين دليل الوالدين والمعلمين**، القاهرة دار السحاب للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- مصطفى نوري القمش(2011)، **اضطرابات التوحد الأسباب، التشخيص العلاج دراسات علمية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- مجدي فتحي عزال(2007)، **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين**، في مدينة عمان، قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجيستر في التربية الخاصة كلية الدراسات العليا الجامعة الأردن.
- نقاز، سيد أحمد (2011). **ظاهرة التسرب المدرسي في المؤسسة التربوية الجزائرية**. مجلة الحكمة، الجزائر، (11) 8_23.
- ناصر المحارب(2000) ،**المرشد في العلاج المعرفي السلوكي** ،دار الزهراء ،الرياض .
- نور الدين حطراف.(2020) ، **"مخاطر إدمان الأنترنت لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي وعلاقته ببعض المتغيرات."** مجلة الخلدونية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 2020: 255،256.
- يوسف، جمعة .(1990). **سيكولوجية اللغة و المرضى الفعلي** .د ط.الكويت:سلسلة عالم المعرفة.

Scanne avec CamScanner

❖ يوسف قطامي (1998)، **سيكولوجية التعلم والتعليم الصفي** ،دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

❖ Cordier, R., Speyer, R., Mahoney, N., Arnesen, A., Mjelve, L. H., & Nyborg, G. (2021). Effects of interventions for social anxiety and shyness in school-aged children: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE.
❖ Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. Coping Cat Therapist Manual.
❖ Lee, Y., et al. (2023). Exposure vs. Cognitive Restructuring in Preventing Social Anxiety. Journal of Child and Family Studies
❖ Parent, A.-T. et al. (2022). Increasing the efficacy of treatment for socially anxious youth through theoretically derived improvements. Child Psychiatry & Human Development.
❖ Norbert sillamy(1999) Dictionnaire de psychologie Larousse Paris.
❖ Norbert sillamy(2004) Dictionnaire de psychologie Larousse Paris
❖ Zeytinoglu, S., et al. (2021). Pathways From Maternal Shyness to Adolescent Social Anxiety. Journal of Child Psychology and Psychiatry.

Scanne avec CamScanner