وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة
المنشورات العلمية لجامعة المسيلة

مدخل تأصيلي في الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

من تأليف الدكتورة: دودو صونيا

كتاب علمي

ردمك ISBN 978-9931-251-76-7

2025

الدكتورة: دودو صونيا

مدخل تأصيلي في الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

هذا الكتاب

تناول هذا الكتاب ماهية السلوك الإنساني و أهم معايير ومحكات تحديد السلوكات المضطربة لدى الافراد
كترجمة للظروف البيئية المحيطة بهم، وما مرت به متطلبات حياتهم في كنف مراحل نموهم مذ الطفولة الى المراهقة فالرشد، كمدخلات أدت إلى انفجارات تراكمية ترجمت إلى اضطرابات سلوكية وانفعالية.
وبالتالي تحديد أبرز الاضطرابات السلوكية و الانفعالية الشائعة الانتشار في المجتمعات .
وقد قدمت بشكل اقرب الى الدقة و الايجاز تفاديا للحشو و التنظير المطنب لتفادي اعاقة الفهم
وهو موجه الى طلاب علم النفس بكل فروعه العيادي المدرسي الارشاد النفسي و الباحثين و الممارسين .

نبذة عن المؤلفة

الدكتورة دودو صونيا أستاذة بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة ، حائزة على شهادة ليسانس و ماستر تخصص علم النفس العيادي و دكتوراه علم النفس المرضي المؤسساتي بجامعة قاصدي مرباح ورقلة ، كما درست بجامعة محمد خيضر-بسكرة
أخصائية نفسانية بالعيادة مركز المساعدة النفسية بجامعة محمد بوضياف المسيلة مذ 2018
كما اشتغلت منصب اخصائية نفسانية بالقطاع الصحي ، حاليا ناشطة حصة اسبوعية تحت عنوان العيادة النفسية بإذاعة الحضنة بالمسيلة ، عضوة بالاتحاد الدولي للمؤرخين في العلوم الاجتماعية و التنمية الثقافية (أربيل – تونس – سلطنة عمان) ، ساهمت بالمشاركة في العديد من المؤتمرات الدولية و الملتقيات الوطنية
.نشرت مقالات علمية في مجلات دولية محكمة و لها مشاريع كتب علمية و بيداغوجية

منشورات جامعة المسيلة

ردمك ISBN 978-9931-251-76-7

978-9931-251-76-7

مدخل تأصيلي في الاضطرابات السلوكية والانفعالية

د. دودو صونيا

بسم الله الرحمن الرحيم

مدخل تأصيلي في الاضطرابات السلوكية والانفعالية

- **إعداد:** د. دودو صونيا

- **مقاس الكتاب:** 14.5/20.5

(جامعة محمد بوضياف - جامعة المسيلة-)

- **رقم الإيداع: 7 _ 76 _ 251 _ 9931 _ ISBN :978**
- سنة النشر: **1446 هـ/ 2025 م**

مقدمة

إن السلوك الانساني ـ سواءا كان بسيطا أو معقدا ـ يخضع في غالبيته لعوامل مكتسبة، وأن السلوك الشاذ أو المرضي يكتسب نتيجة لأخطاء في التعامل مع الطفل والمراهق، ونظرية التعلم الاجتماعي تقوم على نشأة الاضطرابات السلوكية بأسلوب التعلم والملاحظة والتقليد المحرض على ظهور سلوكيات غير سوية (مضطربة).

و تظهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية في حياة الأفراد كترجمة للظروف البيئية المحيطة بهم، وما مرت به متطلبات حياتهم في كنف مراحل نموهم مذ الطفولة الى المراهقة فالرشد، كمدخلات أدت إلى انفجارات تراكمية ترجمت إلى اضطرابات سلوكية وانفعالية.

حيث يتصف هؤلاء المضطربون سلوكيا بأنهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناءا عليه يتأثر تحصيلهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، ومشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي حيث يندفعون نحو السلوكات العدوانية، فالمشكلة تكمن في عدم وجود علاقة تفاعلية بين الطفل والمحيط المعاش في كنفه.

وعندما نتحدث عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية،فإن ذلك يشمل أفرادا عاديين تظهر لديهم بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية في مرحلة ما قي حياتهم ترجع لظروف بيئية، لذا يعنى الأخذ بعين الاعتبار أهم المحكات قبل التشخيص للاضطراب السلوكي والانفعالي والمتمثلة في كل من : الشدة. المدة ـ التكرار.

و تكمن أهمية هذا الكتاب لتسليط الضوء على أهم الوحدات التي سندرج من خلالها ما يلي:

أ. ماهية السلوك الانساني

ب . مدخل تأصيلي للاضطرابات السلوكية والانفعالية: من تعاريف وخصائص السلوك المضطرب، معايير ومحكات تحديد الاضطراب، والاتجاهات والنظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ج ـ تحديد أبرز الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة الانتشار في المجتمعات

الفصل الأول

السلوك الإنساني

تمهيد:

إن مستقبل الحضارة الانسانية، في عصر كثر فيه التنازع، وتقدمت فيه وسائل الدمار والتخريب حتى أمست تهدد بفناء النوع الانساني كله، رهن بفهم السلوك فهماً عميقاً دقيقاً، ورهن بتوجيه كل المساعدة و الدعم حتى لا يحدث أي اضطراب أو اختلال، وهذا ما سعت اليه البشرية منذ القدم لتقديم تفسير مقبول للسلوكيات الغير عادية والمضطربة.

لذلك سنتناول في هذا الأخير ماهية السلوك الانساني، قبل التعرف على مفهوم الاضطرابات والتي قدمت لها عدة تعريفات، إذ لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك لعدة أسباب نذكر منها عدم الاتفاق على مفهوم السلوك السوي أو العادي وإلى اختلاف وجهات النظر التي تفسير الاضطرابات السلوكية.

حيث تستخدم مصطلحات عدة للإشارة إلى هذا النوع من الاضطرابات منها الاضطرابات الانفعالية، الإعاقة الانفعالية، اضطرابات السلوك غير التكيفي إلى غيره من المصطلحات.

ولكن قبل التطرق إلى موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية يجدر بنا التعرف على ماهية السلوك الإنساني كما يلي:

أولا: تعريف السلوك الإنساني:

تعددت التعاريف حول مفهوم السلوك الانساني فهي تختلف باختلاف المنظور لها، فالسلوك الانسانيhuman behavior)هو الانشطة المتعددة التي يقوم بها في حياته وذلك لكي يتكيف مع متطلبات البيئة والحياة".

فهو ممارسات يؤديها الانسان سواء حركات أو فعاليات جسمية ونفسية الغرض منها اشباع وتحقيق حاجة، الامر الذي يعتمد على قد ا رته ودوافعه الخاصة الى تحقيقها واشباعها (إبراهيم، بدون تاريخ.)

ويعرف السلوك ايضا :على انه عبارة عن الاستجابات الحركية والنفسية والغددية أي الاستجابات الصادرة عن عضلات الكائن الحي أو عن الغدد الموجودة في جسمه ولذلك فإن السلوك الانساني يتكون من العديد من الانشطة التي يؤديها الفرد في حياته اليومية حتى يمكن أن يتواءم مع مقتضيات المعيشة(.باهر، بدون تاريخ)

كما يشتمل السلوك على علاقة الفرد بغيره حيث تعتبر شكلا من أشكال السلوك الشائعة في الحياة الانسانية حيث يميل الانسان بطبيعته الى الانتماء وتكوين العلاقات الاجتماعية مع غيره من الافراد، ويكتسب الانسان هذا السلوك منذ مولده نتيجة علاقته بأسرته التي ينشأ فيها أولا، ثم بيئته الاجتماعية خارج الاسرة ثانيا.

تعريف عبد المنعم الحقي:أن السلوك هو الاستجابة الكلية الحركية والغددية التي يقوم بها الكائن الحي نتيجة للموقف الذي يواجهه.

تعريف عادل دسوقي : السلوك بأنه هو الأنشطة التي يقوم بها الكائن الحي يمكن ملاحظتها ويدخل في السلوك كل ما يؤكد لفظها عن الخبرات الشعورية الذاتية.

تعريف كمال دسوقي : السلوك بأنه هو الاستجابة الكلية بالحركة أو الحركات الفرد التي يقوم بها كائن عضوي ما لأي موقف يواجهه وأي شئ مهما كان يفعله كائن حي، فالسلوك الإنساني يشمل عمليات عقلية وشعورا ووظائف عقلية وما أشبهها.

السلوك هو أي نشاط (جسمي، عقلي، اجتماعي أو انفعالي...) يصدر من الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به. والسلوك

عبارة عن استجابة أو استجابات لمثيرات معينة. السلوك خاصية أولية من خصائص الكائن الحي، والسلوك متعلم عن طريق التنشئة الاجتماعية.

تعريف جابر عبد الحميد : السلوك بأنه هو النشاط السيكولوجي والفيزيقي وهو أيضا السلوك الذي يساير المعايير التي وضعها جماعة الأشخاص الاجتماعية أو السلوك الذي يخالفها **(أحمد محمد، 2010، ص 13)**

ثانيا: أنواع السلوك:

اختلف العلماء والباحثين في تحديد أنواع السلوكيات، الشيء الذي أدى الى اختلاف وجهات النظر، فمنهم من يصنفها إلى سلوكيات داخلية وأخرى خارجية، ومنهم من يصنفها إلى سلوكيات فطرية وأخرى مكتسبة، ومنهم من يصنفها حسب نمط السلوك الايجابي المقبول والسلبي المنحرف المرفوض.

1.2 سلوك فطري او موروث :الذي يولد مع الطفل من ساعة ولادته كالاتجاه نحو الإشباع بواسطة الحليب أو الطعام أو الشراب والميل الفطري نحو الأم والعراك والدفاع الفطري.

2. 2. سلوك متعلم او مكتسب :والذي يقصد به ما يتعلمه الإنسان من أسرته وبيئته ومجتمعه الذي ينمو ويتطور فيه كالتعليم وبناء الأسرة واحترام الآخرين وحقوقهم وعدم الاعتداء على ممتلكات الغير أو تعلم مهارات وخبرات (عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي12،1997)

2. 3. **سلوك شعوري** :يدركه الفرد ويعترف به ويعرف أهدافه، كذهابه للجامعة بقصد التعلم.

2. 4. سلوك لا شعوري :لا يدركه الفرد ولا يعترف به ولا يعرف مغزاه وأهدافه مثل فلتات اللسان ونسيان المواعيد والأمراض النفسية والأحلام.

5.2.سلوك حركي ظاهري: كالجري أو المشي أو الكلام بصوت مسموع.

.6.2. **سلوك ضمني مستتر** :كالتفكير او التامل او أحلام اليقضة(عبد الرحمن العسيوي،57،1993)

إلا أن هناك من قسم السلوك الى نوعين هما:

7.2. السلوك الإستجابي :هو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه، فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك، مثل نزول دموع العين عند تقطيع البصل، وتسمى المثيرات التي تسبق السلوك بالمثيرات القبلية إن السلوك الاستجابي لا يتأثربالمثيرات التي تتبعه وهو أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي، فإذا وضع الإنسان يده في ماء دافئ فإنه يسحبها أوتوماتيكيا، فهذا السلوك لا يتغير وأن الذي يتغير هو المثيرات التي تضبط السلوك.

8.2. السلوك الإجرائي: هو السلوك الذي يتحدد بفعل العوامل البيئية مثل العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية والدينية وغيرها، كما أن السلوك الإجرائي محكوم بنتائجه فالمثيرات البعدية قد تضعفه مثلما قد تقويه أو قد لا يكون لا تأثير يذكر، ونستطيع أن نقول أن السلوك الإجرائي أقرب ما يكون من السلوك (عدنان أحمد الفسفوس2006،1، 12)

ثالثا.خصائص السلوك:

1.3.القابلية للتنبؤ:

إن السلوك الإنساني ليس ظاهرة عفوية ولا يحدث نتيجة للصدفة وانما يخضع لنظام معين، وإذا استطاع العلم تحديد عناصر ومكونات هذا النظام فانه يصبح بالإمكان التنبؤ به، ويعتقد معدلي السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص بناءً على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية، وكلما ازدادت معرفتنا بتلك الظروف وكانت تلك المعرفة بشكل موضوعي

أصبحت قدرتنا على التنبؤ بالسلوك أكبر ،ولكن هذا لا يعني أننا قادرون على التنبؤ بالسلوك بشكل كامل، فنحن لا نستطيع معرفة كل ما يحيط بالشخص من ظروف بيئية سواء في الماضي أو الحاضر.

2.3.القابلية للضبط:

إن الضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده، كما أن الضبط الذاتي في مجال تعديل السلوك يعني ضبط الشخص لذاته باستخدام المبادئ والقوانين التي يستخدمها لضبط الأشخاص الآخرين والضبط الذي نريده من تعديل السلوك هو الضبط الايجابي وليس الضبط السلبي، لذا أهم أسلوب يلتزم به العاملون في ميدان تعديل السلوك هو الإكثار من أسلوب التعزيز والتقليل من أسلوب العقاب.

3.3.القابلية للقياس:

بما أن السلوك الإنساني معقد لان جزء منه ظاهر وقابل للملاحظة والقياس والجزء الأخر غير ظاهر ولا يمكن قياسه بشكل مباشر لذلك فان العلماء لم يتفقوا على نظرية واحدة لتفسير السلوك الإنساني، وعلى الرغم من ذلك فان العلم لا يكون علمي ا دون تحليل وقياس الظواهر المراد دراستها، وعليه فقد طور علماء النفس أساليب مباشرة لقياس السلوك، كالملاحظة وقوائم التقدير والشطب وأساليب غير مباشرة كاختبارات الذكاء واختبارات الشخصية، وإذا تعذر قياس السلوك بشكل مباشر فمن الممكن قياسه بالاستدلال عليه من مظاهره المختلفة (محمد محروس .الشناوي ،العملية الإرشادية،القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر،1994)

رابعا.أبعاد الاضطرابات السلوكية:

يمكن تحليل أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا بالاعتماد على ما يأتي:

1.4. المعدل : ويعني عدد مرات وقوع السلوك عند الطفل، ويمكننا الاعتماد عليه للتميز بين الطفل المضطرب والطفل السوي، فالطفل ضمن هذه الفئة قد يصدر سلوكا وحركات غير مقبولة اجتماعيا بحيث يكون تكرار هذه الحركات والسلوك أكثر عما يظهر للأطفال الأسوياء.

2.4. الشدة : إن شدة السلوك الصادر من الطفل المضطرب سلوكيا عملية مهمة لتصنيفه ضمن هذه الفئة فقد يصدر سلوكا يتصف بالشدة والحدة في وقت تنتفي الحاجة لمثل هذا السلوك، أو العكس قد يقوم بسلوك ضعيف جدا في وقت يتطلب الموقف فيه شدة أي أن ردود فعل الشخص لا تتناسب مع طبيعة المثير الذي أثار ذلك السلوك.

3.4 فترة بقاء السلوك : وهي الفتدرةالزمنية التي يقع بها السلوك عند الطفلو هنا يجب ان يدرك الفرد المهتم بملاحة الطفل أن بعض أنواع السلوك السلبي قد تحدث عند الأفراد الأسوياء والذي يميز الطفل المضطرب عن غيره من الأسوياء الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك السلبي كمثال على ذلك ان معظم الأطفال الأسوياء ربما يقضون بشكل عام فترة زمنية قصيرة (5.10) ثواني في الصراخ...الخ

ولكن هذا السلوك قد يستمر أكثر من 5 دقائق وربما أكثر لدى الطفل المضطرب، وبعض الاطفال المضطربين لا يستطعون قضاء عدة ثواني لحل مسألة رياضية أو مسألة لها علاقة بالنشاط البدني مثلا، فقد يطلب هذا الطفل أن يرمي كرة لكن وضعية جسمه أثناء أداء السلوك قد يبالغ في تحريك أرجله ورأسه ويديه بحركات زائدة لا يتطلب إلى تحريكها، واستمرارية هذا السلوك فترة طويلة نسبيا أو أعلى من المعدل فإن الطفل قد يكون مضطرب سلوكيا.

(Hallahan & Kauffman, 1982, p: 202)

خامسا: كيفية تعلم السلوك:

- **التعلم المؤثر:** الاستجابات المرغوب بها يحدث لها تدعيم وبهذا يعلم الفرد أن هذا النمط السلوكي يتفق والمعيار المرغوب فيه فيتعلمه.
- **التعليم المباشر:** تمكين السلوك وتدعيمه عن طريق الرموز والتوجيهات الشفوية فيكافأ الفرد بالاستحسان أو التوبيخ في حالة الفشل في أداء السلوك المرغوب فيه.
- **التعلم العرضي:** عندما ينطق الطفل بعض الألفاظ أو العبارات غير المهذبة أو غير اللائقة والتي قد تثير ضحك الكبار، مما يدعم استخدام الطفل لهذه العبارة أو اللفظ، ورغم أن التدعيم عرضي غير مقصود إلا أنه يزيد من تكرار الطفل لهذه الألفاظ غير اللائقة لأن في تكرارها إثارة لانتباه ولفت أنظارهم.
- **أثار العقاب:** تلجأ كثير من المجتمعات إلى استخدام أنواع العقوبات بغية استبعاد أنماط من السلوك غير المرغوب فيه. وليس لتكوين أنماط سلوكية معينة فيلجأ إليه الآباء والمربون. ويرى بعض علماء النفس أن العقاب قد يكبت سلوكاً معيناً بصفة مؤقتة لأنه يضعف الدافعية لأداء العمل، إن العقاب قد يؤدي إلى تعلم غير مقصود فيتعلم الطفل أن ينكر أفعالاً قام بها يتوقع أن يعاقب عليها هرباً من العقاب وقد يتكرر هذا الأمر فيصبح "عادة" لديه.
- **التعلم من النماذج:** يشغل الأطفال بأفعال تشبه إلى حد كبير أفعال الاباء والاقرباء وأبطال السينما والتلفزيون، وهو سلوك يبدو فيه التقليد أو المحاكاة بصور غريزية.
- **التقمص:** إن مفهوم التقمص له علاقة وثيقة بالتقليد، وأنه في أوقات كثيرة يعامل المفهومين بصورة تبادلية.

سادسا: العوامل المؤثرة في تنمية السلوك:

- **الثقافة:** يتأثر الفرد في عمليات التنشئة الاجتماعية بالثقافة العامة للمجتمع الذي يعيش فيه. وتشمل : المعتقدات والتقاليد، والعرف، والقواعد الاخلاقية والدينية، والقوانين والفنون والعلوم والمعارف، والتكنولوجيا.
- **الأسرة:** هي أهم وأقوى الجماعات الأولية وأكثرها أثراً في تنشئة الطفل وفي سلوكه الاجتماعي، وفي بناء شخصيته. فالأسرة هي التي تهذب سلوك الطفل وتجعله سلوكا اجتماعياً مقبولاً من المجتمع، وهي التي تغرس في نفس الطفل القيم والاتجاهات التي يرتضيها المجتمع ويتقبلها. وبذلك يمكن للطفل أن يمتص المعايير والقيم التي يعتنقها الآباء مما يساعد على عملية التطبيع الاجتماعي.

الفصل الثاني

مدخل تأصيلي للإضطرابات السلوكية والإنفعالية

تمهيد

يصعب تحديد اضطراب السلوك بسبب تعدد المصطلحات التي تصفه فمنها اضطرابات السلوك BehaviorDisorders أو الاضطرابات الانفعالية EmotionalDisturbances أو الإعاقةالإنفعاليةEmotionalImpairments ويقصد بها مجموعة من الاشخاص الذين يظهرون، وبشكل متكرر، أنماطاً منحرفة أو شاذة من السلوك عما هو مألوف أو متوقع. إن تعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، وكذلك اختلاف تفسيراتهم حول طبيعة هذا الاضطراب وأسبابه وعلاجه، بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات أخرى جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات ومسميات دون غيرها للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص.

أولا: تعريف الاضطراب السلوكي:

لا يوجد تعريف جامع وشامل للاضطرابات السلوكية، حيث هناك تعريفات وتسميات عديدة تطلق عليها منها الاضطرابات الانفعالية، الإعاقة الانفعالية، الانحراف الاجتماعي... إلى غيره من المصطلحات، وترجع الصعوبة في تحديد تعريف موحد ومتفق عليه من طرف الباحثين وذوي الاختصاص في مجال الصحة النفسية إلى عدة أسباب نذكر منها:

- صعوبة قياس الاضطراب السلوكي
- التأثيرات الثقافية والاجتماعية.
- تذبذب السلوك عند هذه الفئة المضطربة من وقت لآخر.

- اختلاف متوسط السلوك العام من مجتمع إلى آخر ومن جماعة إلى أخرى.

وفيما يلي سنذكر بعض تعريفات الاضطرابات السلوكية:

تعريف روس (RUss.1974):الاضطراب السلوكي هو أي سلوك مختلف أو شاذ عن السلوك الاجتماعي السوي وله مساس بالمعيار الاجتماعي للسلوك والذي يقع بصورة متكررة وشديدة بحيث يحكم عليه من قبل أشخاص بالغين وأسوياء بأنه عمل لا يناسب عمر فاعله(Ross, 1974 , p23).

ويعرفه**الخطيب** (1997): الأطفال المضطربون سلوكيا هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية: عدم مقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أوالحسية أو الصحية، عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين، وعدم السعادة، نزعة نحو معاناة أعراض جسمية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية.(**أسامة، 2011، ص 41-42).**

تعريف كارفمان (Kaufman،1977)الاضطراب السلوكي هو استجابة الفرد للبيئة المحيطة بشكل غير مقبول اجتماعيا او غير متوقع وله مقاومة للتعلم السوي، ويتكرر بشكل غير مقبول**(Kaufman, 1977, p 23).**

تعريف مورغان (Morgan،1989):الاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار والانفعالات السلوكية غير الطبيعية التي تؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي**(ياسين، 2009، ص 211)**

بشكل عام فترة زمنية قصيرة جدا (0-10) ثوان في الصراخ ولكن هذا السلوك قد يستمر أكثر من (5) دقائق وربما أكثر لدى الفرد المضطرب**(ياسين، 2009، ص ص 216-213)**

تعريف فورنس: " الطفل المضطرب سلوكيا هو طفل غير منتبه في الفصل ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدروس والمدرسة **(جمال وأخرون، 2000، ص ص 15-17).**

"أسامة فاروق ": إن الاضطربات السلوكية هي عادات سلوكية وغير متوافقة ومتعارضة مع المعايير الاجتماعية السليمة وتسبب للفرد ولمن حوله ما يجعله يحتاج لخدمات إرشادية وعلاجية خاصة حتى يصبح أكثر تكيفا وتوافق مع المجتمع ومع من حوله**(بن ناصر، 2016/2015، ص 23).**

تعريف " شيفر وميلمان: " أنها مجموعة متنوعة من السلوكيات الغير مقبولة أجتماعيا، وتصنع الطفل في حالة صراع مع ذاته والمجتمع، وتنجم بدورها عن أسباب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والاعتماد على الغير.**(ليلي أحمد، 2006، ص 15).**

ثانيا: تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيا و انفعاليا.

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ، ومع ذلك فقد اختلف هؤلاء حول تحديد الأسباب، واعتقد البعض أن بهم مسا من الشيطان، أو أنهم أقدموا على سلوكات خاطئة، أو أنهم كسالى، واعتقدت المجتمعات أن هذه

السلوكات معدية، وعكست طريقة العلاج هذه المعتقدات التي تضمنت العقاب الشديد، والحبس، والضرب، والتقييد بالسلاسل وغيرها **(Kauffman، 1977)**.

لقد أنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام 1547، وكانت تعرف رسميا باسم القديسة مريم من بيت لحم، وأصبح يدعىBedlam ويدل هذا المصطلح الآن على المكان ذي الصوت العالي، حيث تم تقييد الأفراد وضربهم وتجويعهم، واعتبرت زيارة المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة وللأطفال. وبدأ التغير في القرن الثامن عشر بفضل الأفراد المتطورين مثل (Philippe Pinel) وهو طبيب أمراض نفسية، وقد أمر عام 1792 بالتغيير الإنساني، حيث منع تقيد المرضى النفسيين في مصح في باريس.

وظهر التطور في الولايات المتحدة الأمريكية في تشخيص الأطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنة 1800 وعلاجهم، حيث اعتبر بنجامين (أبو الطب النفسي الأمريكي) إذ أنه اقترح طرقا أكثر إنسانية في علاج هؤلاء، وهو من بين الأفرادالذين وقعوا على وثيقة الاستقلال، ومن مؤسسي الجمعية الأمريكية ضد العبودية. وفي القرن التاسع عشر، عمل ساميئولهيوي(Samuel Howe) على تحسين طرق علاج المرضى العقليين، وساهمت دورثي دكس (Dorthea Dix) في إنشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضى العقليين في عدد من الولايات، وفي عام 1844 تم إنشاء هيئة الأطباء المشرفين على المؤسسات الأمريكية للمرضى العقليين التي تدعى الآن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية. ومع الأيام فقد الأمل الذي أنشئت من أجله هذه المؤسسات وأصبحت فقط لحماية هؤلاء الأفراد. وفي نهاية 1800

ظهرت في المدارس الصفوف التي تعتني بالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، وقبل ذلك لم يحصل الأطفال على أية خدمات.

وفي عام 1871 فتح صف للطلاب المشاغبين في كانتيكي، وفي عام 1909 أنشأ وليام هيلي (William Healy) مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضى النفسيين في شيكاغو، وقد أجرى أوجستا وبرونر (Augusta &Bronner) دراسات مهمة حول انتهاكات الأحداث.

وساهمت نظريات فرويد (1856-1939) وابنته (Anne) في التأثير على تعليم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وفي القرن العشرين أيقن المختصون بأن الأطفال بحاجة إلى برامج ومعلمين وطرق تدريس خاصة قادت لوريتا بندر (Lauretta Bender) إلى التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم، وأحدث مفهوم البيئة الكلية من العطف والعلاج للمرضى النفسيين) ثورة عندمانادى بها كارل مينجر(Karl Menninger) مع أبيه وأخيه.

بدأ برونو بيتلهيم(Bruno Bettelheim) عمله مع الأطفال المعوقين انفعاليا إعاقة شديدة عام 1944، في جامعة شيكاغو، واستمر في استعمال فلسفته حول (البيئة العلاجية). 1940-1950 بدأت في الظهور مراكز إقامة للعناية بالأطفال المتعبين (ذوي المشكلات السلوكية). (1947) صدر كتاب بعنوان طبيعة مرض وتعليم الأطفال ذوي إصابات الدماغ لستراس وليتنين (Strass and Lehtinen) قدما فيه طريقة لتنظيم تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية.

ثم ظهرت عدة كتب ونشرات جديدة ما بين 1960-1970، كما توفرت نتائج الأبحاث حول تعليم هؤلاء الأطفال، وطور وليمكروكشانك(William Cruickshank) ورفاقه خطوات عمل محددة داخل الغرف الصفية. وفي عام 1962 نشر كتاب لفيلبسوهارينج(L.Phillips&N.Haring) حول تعليم الأطفال المضطربين سلوكيا والمعاقين انفعاليا مؤكدا على مبادئ السلوكات البيئية المنظمة والتفاعل بين الطفل والبيئة والمدرسة والبيت.

وظهرت عدة نشرات عام 1967 حول ماتم من خلال تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والإعاقة الانفعالية.

وطور إيلي بور (Eli Bower) تعريف الاضطرابات السلوكية 1962، والذي لا يزال يستعمل. نيكولوسهوبز (Nicholas Hobbs) استلم مشروع 1960 طور فيه مفهوم البيئة، وأكد أن على الأطفال العيش في بيئة عامة (المجتمع). أما فرانك هيوت (Frank Hewett) فقد طور وقدم نموذجا لغرفة الصف بحيث يساعد في تطبيق نظريات السلوك.

وفي عام 1965 نشر كتاب لنيومان ومورس (Newman & Morse) حول الصراع داخل غرفة الصف، وقدم عدة طرق التدريس هؤلاء الطلاب، واستخدمت في الجامعات التدريب المعلمين.

كما قدم رودس وتريسي (Rhodes & Tracy،1972) أعمالا حول نماذج لمفاهيم تعليم الأطفال المضطربين، وقد ساهمت أعمالهم في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال. واستمر التطور في تعليم

الأطفال. ولكن لا تزال هناك حاجة إلى تعريف أكثر دقة وعلى التربية الخاصة إيجاد حل حول ملابسات قضية سوء التكيف الاجتماعي وحول قلة عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التعليم. إن استمرار التطور في التعليم وعلم النفس والطب والتكنولوجيا سيساعد كثيرا من الأطفال على الاستفادة من التعليم والعيش بشكل مناسب ومرض (Smith &Luckasson، 1992).

– إن ثلاثة من عشرة أطفال مضطربين سواء أكان اضطرابا بسيطا أو متوسطا يستمرلديهم حتى سن البلوغ.

– يتطور سلوك 70% من الأطفال المضطربين، ويصبح عاديا في سن الرشد.

– إن عملية استمرارية السلوك المضطرب مرتبطة بمدى شدة الاضطراب وكذلكبأعراضه.

– إن عملية استمرارية السلوك المضطرب على علاقة بطبيعة الاضطراب والبيئةالمحيطة به.

– إن الحالات الشديدة يتنبأ لها بالبقاء والاستمرار على الوتيرة نفسها في مرحلةالرشد، ويتوقع للأحداث المنحرفين بأن يكونوا مجرمين في الكبر.

– يزداد الانسحاب مع التقدم في العمر، إلا أنه من غير المؤكد أن يبقى كاضطراب فيالكبر.

– إن المخاوف وتقلصات الوجه اللاإرادية لا يتنبأ بها بصورة أكيدة والاستمرار كاضطراب في مرحلة البلوغ.

– إن كلا من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة كالتوحد وفصام الطفولة يتوقع لها الاستمرار مستقبلا بنسبة 70-75%. (Shea، 1978)

ثالثا: أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير معروفة، فالأطفال أشخاص متميزون، ولا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق، والتفاعلات التي تحدث للأطفال والصغار مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة جدا، لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية،ومع ذلك نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهي:

1. المجال الجسمي والبيولوجي.
2. مجال العائلة أو الأسرة.
3. مجال المدرسة.
4. مجال المجتمع.

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة نذكرها كالأتي:

1- المجال الجسمي والبيولوجييتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية Neurological وكذلك البيوكيميائية Biochemical أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات. وأما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة والشديدة جدا، فإن هنالك أسباباوعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة، ويمكن القول إن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم. ويقول البعض إن تلك السلوكات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة، والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكات وخصوصا لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات، بالإضافة إلى ما تقدم هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: الأمراض وسوء التغذية وإصابات الدماغ.

هناك كثير من الدلائل والبراهين مايثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا لدى الأطفال.(1982 Hallahan&Kauffman,)ويؤكد الباحثون على وجود منحي بيولوجي لبعضالاضطرابات مثل فقدان الشهية، والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية، وكذلك وجود دور للبيولوجيا في العلاج، مثلا لا يعرف فيما إذا كان يوجد سبب بيولوجي لحالة الاكتئاب ولكن تلعب العلاجات المضادة للاكتئاب دورا هاما في البرنامج العلاجي، ولا يزال البحث جاريا في هذا المجال. (Smith &Luckasson, 1992).

2- مجال العائلة أو الأسرة: يعزي الأخصائيون (أخصائيو الصحة النفسية) اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه،

حيث إن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، فقد أشار بيتلهيم(Belttelheim, 1967) إلى أن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه،أما الأبحاث التجريبية فقد أولت العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه، وتأثير كل منهما في الآخر، ولذلك فقد وجد أن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا يعانون من عدم اتساق وتماسك في علاقاتهم مع والديهم.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال، وقد تحدث اضطرابات سلوكية وانفعالية عند أية أسرة، ولا يعني هذا بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوث الاضطراب. وبالرغم من ذلك، فإن العلاقات والتفاعلات غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، كما أنها قد تزيد من حدة المشكلة الموجودة. ومن الأمثلة على التفاعلات غير الصحية: ضرب الأطفال، وإلحاق الأذى بهم، وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الإيجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية، وعدم الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين (Smith &Luckasson، 1992)

3- مجال المدرسة يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة، والبعض الآخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية (في أثناء سنوات الدراسة). ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف.

للمعلمين تأثير عظيم على الطلاب من خلال تفاعلهم معهم، حيث تؤثر توقعات المعلمين على الأسئلة التي يوجهونها للطلبة، وكذلك التعزيز الذي يقدمونه لهم وعدد مرات التفاعل مع الطلاب ونوعينه، قد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكات المضطربة أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف، أو عندما لا يراعي الفروق الفردية، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة واستجابة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وتعتبر بعض البيئات التربوية غير مناسبة لبعض الأطفال، وقد يلجأ بعض الطلبة إلى القيام بالسلوكات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم، وعلى المدرسين الفعالين تحليل علاقاتهم مع طلابهم، وكذلك البيئة التعليمية والانتباه الجيد المقصود إلى المشاكل الموجودة، والمتوقع حدوثها.

4- مجال المجتمعقد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة (الممزقة) والشعور بفقدان الأهل، والحي العنيف...

رابعا: أعراض الاضطرابات السلوكية

الشخص الذي لديه اضطراب سلوكي قد يتصرف أو قد يُظهر انزعاجاً عاطفياً بطرق مختلفة، والتي تختلف أيضاً من شخص لآخر.

1- الأعراض العاطفية للاضطرابات السلوكية:

- سهولة الشعور بالانزعاج والغضب

- غالباً ما يظهر الشخص غاضبًا
- إلقاء اللوم على الآخرين
- رفض اتباع القواعد
- المجادلة وإظهار نوبات الغضب
- مواجهة صعوبة في التعامل مع الإحباط

2- الأعراض البدنية للاضطر ابات السلوكية:

على عكس الأنواع الأخرى من المشكلات الصحية، فإن للاضطراب السلوكي يكون أعراض عاطفية مع وجود أعراض جسدية مثل الحمى والطفح الجلدي أو الصداع. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب سلوكي في بعض الأحيان تتطور لديهم مشكلة تعاطي المخدرات، والتي يمكن أن تظهر في أعراض جسدية مثل أطراف الأصابع المحترقة، أو الارتجاف أو احمرار العينين.

خامسا: خصائص المضطربين سلوكيا. يمتاز المضطربون سلوكيا بالخصائص التالية:

1- الخصائص الانفعالية:

- **السلوك العدو اني:** يحتل السلوك العدواني حيزا واسعا لدى فئة المضطربين سلوكيا، حيث أن هذا السلوك لدى المضطربين سلوكيا يكون أكثر استمرار وتكراراوتنوعا(من التجاوز اللفظي، التخريب، إيقاع الضرر، الاعتداء الجسدي... إلخ من السلوكيات العدوانية)، حيث تبين من خلال الدراسة) (Patterswon et al, 1975)، أن هناك (14) نوع من أنواع السلوك العدواني يمارسه من يعاني من

الاضطرابات السلوكية، وتشير الدراسات إلى أن السلوك العدواني هو سلوك موجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث (Ilallahan&Kauffman, 1982, p199).

- **السلوك الانسحابي:** يعتبر السلوك الانسحابي خاصية مميزة لذوي الاضطرابات السلوكية، حيث لا يستطيعون إقامة علاقات إنسانية طبيعية ومستمرة ويصعب عليهم مواجهة ضغوط الحياة اليومية ومتطلباتها، ويعتبر السلوك الانسحابي سلوكا موجها نحو الداخل أو نحو الذات ويظهر لدى الإناث مقارنة بالذكور، ويتضمن المظاهر السلوكية الآتية:
  - العزلة والتقوقع حول الذات.
  - الاستغراق في أحلام اليقظة.
  - الخمول والكسل.
  - عدم المبادرة الاجتماعية.
  - عدم تكوين صداقات (القمش، والإمام، 2006، ص 64).

- **السلوك الغير ناضج انفعاليا**: والذي يصدر عن الأفراد المضطربين سلوكيا مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في المواقف الانفعالية نفسها، مثل المبالغة في الضحك واللامبالاة عند التعرض إلى حادث مؤلم أو العكس، أو أن يتصرف الفرد بأسلوب طفولي حقق له مكاسب فيما مضى(Kauffman, 1982, p199).

- **الهروب من الواقع**، يشير هذا المصطلح أن المضطربين الهاربين من الواقع إلى مجموعة من العادات السلوكية التي تلائم تخيلهم، وهم لا يشكلون خطرا على أحد وليسوا مزعجين لأنهم لا يسببون مشاكل أو صعوبات الأقرانهم الأسوياء سواء في البيت أو في المدرسة، وهناك صفات شائعة خاصة لهذه الفئة من المضطربين وهي: العجز الحسي الظاهر، الحركات غير المقصودة مثل التحدث مع النفس أو التحدث مع شخص لا وجود له، وقد يبدو على الفرد وكأنه لا يسمع جيدا أو لا يرى بصورة طبيعية وقد يحكم عليه الآخرين بأنه أصم أو أعمى وبمرور الوقت تزداد التبادلات السلوكية وتتصف بالسرعة.

- **الانفصال العاطفي الشديد:** ويتجنب أفراد هذه المجموعة الاختلاط أو الاتصال باي أحد وهم كثيرو الحركات التمثيلية ولا يبدون اهتماما بوجود الآخرين أثناء أدائهم هذه الحركات.

- **الإثارة الذاتية (السلوك النمطي):** ويتصف هؤلاء بانعدام الإثارة، وتكرار الحركات الجسمية كاهتزاز الجسم والدوران وتحريك الأرجل ومص الإبهام... إلخ، ويلاحظ على البعض من هذه المجموعات أنهم يقضون وقتا طويلا يدققون النظر في أيديهم أو يقيسون أطوال الأشياء بالأشبار أوالأصابع.

- **الإيذاء الذاتي:** يلحق أفراد هذه المجموعة الضرر بأنفسهم ويتجلى بشد الشعر أو ضرب الرأس بأجسام صلبة كالحائط أو الأرض أو حافات الأثاث، وقد يقوم البعض من هؤلاء بإصدار الأصوات العالية أو الحركات غير الطبيعية كالنوم في الأماكن غير المخصصة له معتبة الدار أو النوافذ، وقد يعجز الآخرون من القيام بالسلوك المناسب والتصرف السليم إزاء هذه المجموعة.

- **العجز السلوكي العام:** وهذه المجموعة صغيرة جدا من فئات المضطربين سلوكيا، إذ يبدو على هؤلاء وكأنهم يتصرفون بعمر دون عمرهم الحقيقي بخمس سنوات على الأقل، فالمهارات التي يتقنوها تكون عادة بسيطة وقليلة جدا، وقد يجدون صعوبة في مساعدة أنفسهم والاعتماد عليها في المواقف الصعبة، وقد لا يبدو عليهم القلق والانفعال إذا ما تعرضوا للمخاطر(ياسين، 2009، ص 218-219).

- ***الذكاء***:ان معظم المضطربين سلوكيا يحصلون على معاملات دكاء اقل من المتوسط مقارنة بأقرانهم غير المضطربين،كما ان الكثير من المضطربين بدرجة شديدة من الصعب حتى تطبيق اختبارات الدكاء عليهم،وهناك حالات نادرة من هؤلاء ممن يحصلون على معاملات ذكاء عالية

- **التحصيل الدراسي**:ان معظم الاشخاص المضطربين تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفض مقاسا باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية، إن الكثير من الاطفال الدين يعانون من الاضطرابات الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم من الدين يملكون مثل هذي المهارات لايستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية

  - يعاني المضطربون سلوكيا من تشتت الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد
  - غالبا مايعانون من انخفاض في مستوى فهمهم لذواتهم وتقديرهم لها

ترى الاطفال المضطربين يرغبون في التمتع بمزيد من الاهتمام من قبل المدرسين في الصف.(خالد ابراهيم الفخراني،2014، ص ص 126-128)

الفصل الثالث

تصنيف الإضطرابات السلوكية

تمهيد

تعني كلمة تصنيف حرفية تمييز الشيء أو تعيينه، أو تكوين مجموعات في تجمع كبير، أو هو عملية تعيين كيان معين في نظام قائم، وقد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص في الاستخدام الطي أي تحديد مجموعة من الأعراض وبدرجة معينة حتى يمكن وضع هذا الفرد في فئة اضطرابية محددة(مليكة، 1997، ص57)

وبخصوص تصنيف الاضطرابات السلوكية فإنه كما لا يوجد اتفاق على تعريف محدد لها، فأيضا لا يوجد اتفاق على أسلوب أو طريقة معتمدة في التصنيف وهذا للاعتبارات التالية:

- افتقار النظام التصنيفي لعناصر الثقة والفعالية.
- الاعتبارات القانونية الخاصة (قد يتعارض التعريف القانوني للاضطرابات السلوكية مع التعريفات النفسية والطبية، خاصة في حالة الأطفال، فما يدفع الجهات القانونية إلى رفض قضية التصنيف).
- التباين بين أنظمة تصنيف الراشدين والأطفال (يحي، 2000، ص 318).

ويرى (Morse،1973) أن المدخل إلى تصنيف الاضطرابات السلوكية يجب أن يعالج بعض القضايا الجوهرية منها:

- المكانة الراهنة للطفل، أي الصورة الإكلينيكية.
- الأصول في مشكلات الطفل (أي العوامل المسببة) وعلاقته بإطار الإنمائي لهذا الطفل وخبرات الأسرة وممارستها وما شابه ذلك من العوامل

- مضامين أساليب الخدمات فيما يتعلق باختيار أساليب العلاجية والنظرة إلى مستقبل الحالة المضطربة(عبد الرحيم، 1983، ص 89)

وفيما يلي عرض لأهم تصنيفات الاضطرابات السلوكية:

1- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA):تصنف الاضطرابات السلوكية كمايلي:

- **الجانب الذكائي:** ويشمل التخلف العقلي.
- **الاضطرابات السلوكية:** وتشمل اضطرابات الانتباه، اضطرابات التصرف.
- **الاضطرابات الانفعالية:** قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
- **الاضطرابات الجسمية:** وتشمل اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية.
- **الاضطرابات النمائية:** وتشمل الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

2- تصنيف النظام السلوكي:يعتمد النظام السلوكي في تصنيف الاضطرابات السلوكية على الوصف السلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ومن الأمثلة على ذلك نذكر:

- **تصنيف كوفمان(Kaufman، 1977):** يصنف الاضطرابات السلوكية إلى :

- الحركة الزائدة، والتخريب، والاندفاعية.
- العدوان.

- الانسحاب، وعدم النضج والشخصية غير المناسبة.
- المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف

(www.palwho93.org/slouk.doc)

3- تصنيف كوي (Quay, 1975): ويعد هذا التصنيف من أفضل الأنظمة التصنيفية صدقا وثباتا لاحتوائه على معلومات واسعة عن المضطربين سلوكيا، وذلك بالاعتماد على أولياء الأمور والمعلمين، وتاريخ الحالة، والمقابلة الشخصية، والتحليل الإحصائي للبيانات التي تم الحصول عليها، ووفق هذا النظام يصنف المضطربين سلوكيا إلى أربع فنات وهي:

أ- **اضطرابات التصرف:** وتشمل عدم الثقة بالآخرين، التخريب، حب السيطرة.

ب- **اضطرابات الشخصية:** وتشمل الانسحاب، الحزن، الخجل.

ت- **عدم النضج:** ويشمل قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الاستغراق في أحلام اليقظة.

ث- **الانحراف الاجتماعي:** ويشمل السرقة، الإهمال، انتهاك القانون (سرطاوي، وسيسالم، 1987، ص 32)

4- التصنيف بالاعتماد على شدة الاضطراب السلوكية: حيث تصنف الاضطرابات السلوكية حسب هذا التصنيف إلى مايلي :

- **الاضطرابات السلوكية البسيطة:** وهي أكثر شيوعا ولا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي كبير وتشمل حالات سوء التكيف البسيطة، ومشكلات الضغوط الموقفية.
- **الاضطرابات السلوكية المتوسطة:** وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مثل السلوكيات الموجهة نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى والسلوكيات الموجهة نحو الداخل كالقلق والانسحاب الاجتماعي.
- **الاضطرابات السلوكية الشديدة:** وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي مكثف مثل حالات ذهان الأطفال.

5- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1968: فالاضطرابات السلوكية كما اورده ريتش 1982 تشمل على 10 فئات من الاضطرابات السلوكية :

- **التخلف العقلي**: يرجع التخلف العقلي إلى انخفاض في الأداء العقلي العام عن المتوسط ويصاحبه قصور إما في التكيف الاجتماعي والتعلمي، أو في النضج،أو في كليهما معا، هذا وقد تم تقسيم التخلف العقلي إلي فئات بناء على درجة الإعاقة (بسيط، متوسط، شديد، حاد)أو بناء على المسببات (مسببات قبل الولادة أثناء الولادة، بعد الولادة)
- **الأعراض العضوية في المخ:** اضطرابات ناتجةعن قصور في أداء نسيج خلايا المخ يترتب عليها بعض الاضطرابات في السلوك مثل قصور في التوجه، وفي الذاكرة وفي الأداء العقلي، وفي إصدار الأحكام أو اتخاذالقرارات.

- **الذهان:** الذهان شكل من أشكال المرض العقلي يؤثر على قدرة الفرد في تحقيق أو تحقيق أو القيام بمتطلبات الحياة العادية، كما يصاحب الذهان عادة

تشويه للواقع وتقلب في المزاج وعجز في الإدراكوقصور في اللغة والذاكرة وسيطرة والأوهام والهلوسة، وفصام الطفولة والانسحاب، والفشل في الاستقلال عن الأم، وعدم النضج في نمو الحركات الكبيرة بشكل كاف.

- **العصاب:** أصحاب هذه الفئة من الاضطرابات يتصفون بالقلق الزائد الناتج عن توقع الأخطار، هذاويضم العصاب الفئات الآتية: الهستيريا المخاوف المرضية والكآبة.

- **اضطربات في الشخصية:** وتضم هذه الفئة الأفراد الذين يتصفون بسلوك غير متوافق أو غير متكيف ويقاومون التغير بصفة مستمرة، ويصاحب هذه السلوكات في العادة عدم الشعور بالذنب أو الندم، كما تضم أيضا الاضطرابات في الشخصية والتي تشمل على كل من جنون العظمة والشخصية الهستيرية أو الشخصية العدوانية والسلبية والانحرافات الجنسية المختلفة.

- **الاضطرابات النفس جسمية:** تتصف هذه المجموعة من الاضطرابات بالأعراض الجسمية الناتجة عن أسباب أو عوامل انفعالية تظهر هذه الأعراض على الجلد، والجهاز التنفسي أو الجهاز الهضمي والجهاز العضلي.

- **الأعراض الخاصة:**يضم هذا التصنيف الأفراد الذين يعانون من اضطراب واحد محدد مثل اضطراب في الكلام، أو تقلص الحركات أو اضطراب في تناول الطعام أو سلس البول وتدفقه لا إراديا.

- **اضطرابات ناتجة عن بعض المواقف المؤقتة:** تضم هذه الفئة الأفراد الذين تعرضوا المشاكل مؤقتة ناتجة عن ردود فعل للضغوط البيئية الشديدة خلال

الطفولة المبكرة أو الطفولة المتأخرة، أو المراهقة أو مرحلة الشباب، أو حتى في مرحلة الشيخوخة.

- **الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة:** وتشمل هذه على 6 أنواع من الاضطرابات

– الحركات الزائدة: نشاط زائد، وعدم الراحة، قصر مدة الانتباه، القابلية لشرود الذهن

– الانسحاب: العزلة، الانفصال، الحساسية، الخجل، الجبن، وعدم الراحة، قصر مدة الانتباه القابلية لشرود الذهن.

– القلق الزائد: قلق، خوف، الاستجابة الحركية المبالغ فيها.

– الهروب: ميل للهروب من المواقف الصعب يصاحبه جبن، عدم النضج الرفض

– العدوان غير الاجتماعي: عدم الطاعة، المشاجرة، العدوان الجسمي أو اللفظي التخريب.

– جنوح الجماعة : اكتساب قيم وسلوكات مجموعة الأقران الجانحين والتي تشمل على الرقة والهروب من المدرسة والبقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل.

- **حالات أخرى غير محددة:** وتتمثل هذه الفئة الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عاديين والذين لم يعانوا من مشاكل حادة تطلب إجراء فحوصات نفسية عليهم.

6- تصنيف حسب شدة الاضطراب:

قام كل من هلهانوكوفمان بتقسم الاضطرابات السلوكية إلى فئتين رئيسيتين:

- **فئة الاضطرابات البسيطة والمتوسطة:** تمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة والتي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العادي أو المدرسة أو البيت عن طريق أولياء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائيين في بعض الحالات.

- **فئة الاضطرابات الشديدة والحادة:**وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها بعض الأطفال تتطلب علاجا شاملا وطويل المدى، وتشمل هذه حالات الاجرائية والانفصام والذهان، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برامج خاصة في الفصول الخاصة، والمراكز العلاجية.

7- تصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة :

قام جروبر وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات هي:

- **المستوي العادي**: يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعلمية جديدة، أو مواقف جديد يتعرض لها الطفل ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة، وعادة لا تكون لهذه المشكلة أثار تدمير أو تخريبية.

- **مستوي المشكلة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، حيث تؤدي إلى اضطرابات الطفل بشكل ملحوظ ويستمر لفترة طويلة.

- **مستوى الإحالة:** في هذا المستوي تكون المشكلة السلوكية من الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمدرس أنيتعامل معها مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي والاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة.(جمال مثقال وأخرون، 2000، ص ص 72- 82).

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

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

وتتصف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكات خارجية أوداخلية، حيث تكون السلوكات الخارجية موجهة نحوالآخرين، مثل: العدوان، والشتم، والسرقة، والنشاط الزائد. بينما تكون السلوكات الداخلية بصورة

اجتماعية انسحابية مثل: فقدان الشهية أو الشره المرضي، والاكتئاب، والانسحاب، والمخاوف المرضية والصمت الانتقائي (خولة احمد يحي، 2000، ص18)

الفصل الرابع

المعايير المحددة للإضطرابات السلوكية

توجد ثلاثة معايير أساسية يستخدمها المتخصصون في الصحة العقلية لتحديد الاضطراب السلوكي، وتتمثل هذه المعايير في الآتي:

1- الشعور بعدم الراحة.
2- الشعور بالعجز أو عدم القدرة.
3- الانحراف عن المجتمع.

فالمعياران الأول والثاني الشعور بعدم الراحة والشعور بالعجز أو عدم القدرة لهما بعض التماثل للمؤشرات العامة للمرض البدني، وباعتبارهما مرضا بدنيا، فإنهما يتسمان بالألم وخاصة الألم النفسي المزمن أو عدم الراحة، فمثلا حينما تكسر سباق الشخص فيؤدي ذلك إلى مشاكل في الحياة اليومية، ومن ثم فإن الحالة الثانية التي تحدد الاضطراب هي الصعوبة في الأداء أو العجز، وبالتالي يكون هذا المعيار شخصيا خاصة بالفرد.

أما المعيار الرئيسي الثالث للاضطرابات فهو الانحراف الذي لا يقوم على معايير شخصية ولكنه يقوم على معايير المجتمع، فالانحراف سلوك يختلف بشكل غير مرغوب فيه عن توقعات المجتمع بالنسبة للشخص كان يقوم الشخص بسلوك خطير أو بسلوك غريب لا يمكن التنبؤ به(Fleward&Orlansky, 1988, p 30).

وكل من هذه المعايير الثلاثة التي تحدد الاضطراب السلوكي، يمكن أن تتزايد بشكل كبير في الكيف أو الكم، كما أن كل منها يتضمن عددا كبيرة من الأعراض والحالات، وأي انحراف أو إزعاج يمكن أن يتحدد باعتباره غير سوي إذا ما كان العجز أو التلففي الأداء موجود، وهذا التفوق في الأداء يمكن الحكم عليه بناء على الأداء الشائع للآخرين، أو يمكن الحكم عليه بناء على التوقع الكامن أو الذاتي الخاص بالفرد.

الفصل الخامس

أبعاد ومحكات السلوك المضطرب

يمكن تحليل أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا بالاعتماد على ما يأتي:

- **المعدل، (التكرار):** ويعني عدد المرات وقوع السلوك عند الفرد، ويمكننا الاعتماد عليه للتميز بين الفرد المضطرب والفرد السوي، فافرد ضمن هذه الفئة قد يصدر سلوكا وحركات غير مقبولة اجتماعيا بحيث يكون تكرار هذه الحركات والسلوك أكثر عما يظهر للأفراد الأسوياء.

- **الشدة:** إن شدة السلوك الصادر من الفرد المضطرب سلوكيا عملية مهمة لتصنيفه ضمن هذه الفئة فقد يصدر سلوكا يتصف بالشدة والحدة في وقت تنتفي الحاجة لمثل هذا السلوك، أو العكس قد يقوم بسلوك ضعيف جدا في وقت يتطلب الموقف فيه شدة أو قوة أي أن ردود فعل الشخص لا تتناسب مع طبيعة المثير الذي أثار ذلك السلوك.

- **فترة بقاء السلوك(المدة):**يشير هذا المصطلح إلى الفترة الزمنية التي يقع بها السلوك عند الفرد، وهنا يجب أن يعرف المهتم بملاحظة الفرد المضطرب ان بعض أنواع السلوك السلبي قد تحدث عند الأفراد الأسوياء والذي يميز الفرد المضطرب عن غيره من الأسوياء الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك السلبي وكمثال على ذلك أن معظم الأفراد الأسوياء ربما يقضون(فايد، 2003، ص21- 22).

كما يمكن أن نلخص ونفسر هذه المحكات والتي أجمع عليها الباحثين للحكم على انحراف السلوكفيمايلي:

1- **الملائمة للسن والجنس**: حيث نجد " كيرك " "تلسون" "روتر" وغيرهم من العلماء يتفقون على أن السلوك يحكم عليه بالاضطراب إذ ما انحرف عن درجة

السلوكيات الملائمة لعمره الطفل وجنسه يراها الراشدون والقائمون على الطفل أنها سوية حيث نجد أن عديدا من السلوكيات تكون سوية في سن وغير سوية في سن أخر، وكذلك نجد تداخلا كبيرا في السلوكيات التي يبديها البنات الأولاد، من ثم فإن انتهاك الطفل لمعايير السن والجنس المتفق عليها يعد من العوامل الفارقه بين السلوك المضطرب والسلوك السوي.

2- **شدة السلوك وتكراره:** من المحددات التي ينبغي أخدها في الاعتبار عند الحكم على السلوك ما بأنه مضطرب درجة وشدة وتكرار هذا السلوك، فسلوك الطفل يعتبر منحرفا عن المعايير المقبولة إذا بلغ حد التطرف أو الإفراط. وقد أكدت معظم تعريفات الاضطرابات السلوكية ضرورة أن يستمر السلوك المضطرب الذي يعاني منه الفرد فترة طويلة، أي لا يكون سلوكا عابرا حتي نسم صاحبه بالمضطرب.

3- **الاستمرارية :** فالاستمرارية وثيقة الصلة بالتكرار فالفترة هي مقباس لمدى انغماس الطفل في نشاط معين، فبينما يكون الأطفال العادين والمضطربين سلوكيا والمضطربين سلوكيا يفعلون نفس الأشياء، فإن الفترة التي يقضيها الطفل المضطرب سلوكيا في أنشطة معينة تكون غالبا مختلفة عن تلك الفترة الخاصة بالطفل العادي، فهي إما فترة طويلة أو فترة قصيرة.فإذا كان طول فترة السلوك يشير إلى الاستمرارية حيث أن طفل يملك نوبة غصب وانفعال وبكاء، ولكن نوبة الغضب والبكاء تستمر لمدة ساعة أو إثنين تعتبر مختلفة عن التي لا تدوم أكثر من 10 دقائق

4- **السياق:** فالأطفال المضطربين سلوكيا يميلون كما يوضح " باتون وكوفمان " إلى اظهار سلوكياتهم في سياقات غريبة، والسياق هنا قد يكون زمنيا أو مكانيا، فالأطفال المضطربون لديهم صعوبة شديدة في التميز متى وأين تكون سلوكيات

معينة ملائمة، على اعتبار أن تعلم ضبط المثير للاستجابة هو متطلب نمائي أساسي. أن معظم السلوك الذي ينتسب إلى الأطفال المضطربين هو سلوك طبيعي إذا ما اعتبرنا أن الأطفال العاديين قد يمارسوا الكذب أو ضرب الأطفال الأخرين في بعض الأحيان، إلا ما يجعل هذا السلوك غير طبيعي هو أن هذا السلوك يأتيه الطفل في المكان غير المناسب والوقت غير المناسب وفي حضور الأشخاص غير المناسبين بدرجة غير مناسبة

5- **اتساع الاضطراب وامتداده:** تتضمن الاضطرابات جوانب عديدة من السلوك، وبالتالي لابد أن نولي اهتماما أكبر بالاضطراب السلوكي وخصوصا إذا امتدت هذه الأعراض إلى جوانب عديدة للوظيفة النفسية.

6- **معاناة الطفل والأخرين:** وهي تتعلق بمدى الضرر الذي يترتب على ذلك السلوك ومدى ما يعانيه الطفل من جرائه ويتراوح هذا الضرر مابين الضرر النفسي، والمعاناة إلى عرقلة العلاقات الاجتماعية التي تعوق مسار النمو وقدرة الطفل على ضبط بيئته هذا إلى جانب يؤثر هذا السلوك على الأخرين.

7- **الطبوغرافيا:** وهي تشير إلى الشكل الذي يأخذه السلوك لأي عمل فبعض الأطفال المضطربين سلوكيا يقومون بحركات نادرا مت تراها مع الأطفال العاديين هذه الاستجابات غالبا لا يمكن أن يكون لها هداف وإنما تكون ضارة بالطفل، والأخرين مثلا " تدمير الممتلكات الخاصة، المشاكسة، وضرب الاخرين. (عزة جلال، 2017، ص ص 70-74).

الفصل السادس

النظريات المفسرة للإضطرابات السلوكية

تمهيد:

رأينا في تعريف الاضطرابات السلوكية، أن المتخصصين في مجال الصحة النفسية يختلفون في تحديد تعريف موحد للاضطرابات السلوكية، وترجع هذه الاختلافات إلى التوجهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير هذه الاضطرابات، ويرى البعض أن الاضطرابات السلوكية ترجع إلى عوامل بيولوجية، في حين يرى البعض الآخر أنها ترجع إلى عوامل نفسية، كما يرى البعض أنها تعود إلى عوامل اجتماعية وثقافيةوبيئية.

لذلك سوف نتعرف في هذا الفصل على أبرز النظريات التي حاولت واجتهدت أن تقديمها للعوامل الكامنة وراء الاضطرابات السلوكية على النحو التالي:

أولا: النظرية البيولوجية

تعتمد النظرية البيولوجية في تفسير حدوث الاضطرابات السلوكية وفقا لأكثر من منظور بناء على العديد من الدراسات التي تنصب اهتماماتها على الجوانب البيولوجية (أي الخاصة بالجسم ومكوناته الداخلية).

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الاضطرابات السلوكية هي نتاج ومحصلة الخلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجه لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها من الغدد الأخرى في جسم الإنسان فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة (الثيروكسين) في الدم على سبيل المثال لا الحصر.

وهذا الاتجاه والمرتبط بعلم البيولوجيا التي يرى بأن للوراثة دور واضح في ظهور الاضطراب السلوكي، حيث يرى بأن المورثات تلعب دورا في وجود الاضطراب السلوكي، كما أن العمليات النمو والأيض (التمثيل الغذائي) دورة في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوانات المنوية والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل للأمراض الحصبة الألمانية أو مرض الزهري، وعدم وجود بيئة رحمية مناسبة لديها، وتعرضها لمرضى السكري، ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده، ونقص الأوكسجين أثناء الولادة وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسيرة، وتعرضها لأشعة (X)، وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود، كلها أسباب قد تكون مسؤولة بمستويات عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه لاضطرابات سلوكية(العزة، 2002، ص44)

ثانيا: النظريةالسيكوديناميةة.

تشكل نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية السيكودينامية كما طوره فرويد " Freud" أ في أوائل القرن العشرين في فهم الاضطراب السلوكي، فقد أكد " فرويد Freud" على أن الاضطرابات السلوكية تنتج من القوى النفسية الداخلية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، فهذه القوي تتفاعل في تنفيذ الأنشطة العقلية الشعورية واللاشعورية، فالصراعات يجب أن يتم حلها بطريقة ناجحة في نطاق الوعي حتى لا تؤدي إلى اضطرابات السلوك، كما يجب أن يوفق الأنا بين نزعات الهو وضوابط الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع الخارجي، أما إذا لم تحل الصراعات بطريقة ناجحة أو إذا

لم تستطع الأنا التوفيق بينتزاعاتالهو وضوابط الأنا الأعلى والواقع الخارجي فكل هذا سوف يؤدي إلى اضطرابات السلوك(Bootzin&Joon, 1996, p55.)

وقد اقترح فرويد Freud " عام (1905) أن عمليات تطور الشخصية تتم خلال سلسلة من مراحل النمو النفسي الجنسي، وأن التثبيت والنكوص إلى أحد المراحل يؤدي إلى الاضطراب السلوكي فعل سبيل المثال لا الحصر اضطرابات الشخصية مثلا ترجع إلى المراحل النفسية الجنسية المبكرة من النمو، فقد افترض فرويد Freud " أن التدريب على أعمال النظافة يمكن أن يؤدي إلى تثبيت على المرحلة الشرجية، وإذا ما أصبح الشخص مثبتة على هذه المرحلة، فإنه سوف يكون مقاومة لتحقيق النمو الناضج للشخصية، وقد أكد " فرويد Freud " على تنشئة الفرد تنشئة سوية خلال الخمس السنوات الأولى لأن لها دورة، فالصدمات النفسية التي يتعرض لها تجعله في حالة تثبيت بحيث لا يستطيع الفرد اجتياز مرحلة إلى المرحلة التي تليها الأمر الذي يظهر على شكل نكوص او تراجع سلوكي يكون مسؤولا عن وجود الاضطرابات السلوكية فيما بعد، كذلك " فرويدFreud " على صدمة الميلاد التي يعتبرها مصدر اللقلق الذي يؤدي إلى الاضطرابات السلوكية على أساس أن الفرد قد فقد الأمن والطمأنينة عندما خرج من بطن أمه(ابراهيم، 1998، ص 87)

أما عالم النفس التحليلي التفاعلي بيرن Berneيرى بان السلوك المضطرب ناتج عن طرق تنشئة الفرد الخاطئة المتمثلة في الممنوعات والحرمان العاطفي، وعدم تعامل الأفراد بالأنا الراشدة وتعاملهم بالأنا الطفلية، في حين تعتبر "هورني Horney"أن الثقافة لها دور في ظهور الاضطراب السلوكي.

أما سوليفان Solivan" فقد اعتبر أن سبب الاضطراب السلوكي ناتج عن نقص في قدرة الفرد على إنشاء علاقات وتفاعلات ناجحة مع الآخرين (العزة، 2002، ص ص 45-45)

ثالثا: النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني فطري منعكس، أي أنه عبارة عن فعل او ما يطلق عليه (مثير استجابة)، وفسرت سلوك الإنسان على أنه فطري منعكس، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه ودن اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لآخر(ملحم، 2001، ص 44).

وتؤكد النظرية السلوكية على أن كلا من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم، وأن السلوك يتحدد بواسطة البيئة التي يعيش فيها الشخص ويكتسب منها سمات سلوكية معينة، وعلى سبيل المثال نجد أن هناك عواملا تحدد ما إذا كان الشخص سوف يصبح مجرمة أو رجل دين، وهذه العوامل هي خبرات التعلم التي يكتسبها الفرد من البيئة، والسلوك المضطرب يظهر من عمليتي تعلم أساسيتين هما: الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي.

والجدير بالذكر هنا أن النظرية السلوكية تركز في تفسيرها للسلوك المضطرب على الكيفية التي تم بها تعلم هذا السلوك المضطرب، ولا تركز على السبب (فايد، 2004، ص 43-44)

وعلى كل تفسر النظرية السلوكية الاضطرابات السلوكية وفق ما يلي:

- الاضطراب السلوكي هو نتيجة تعلم سلبي ولهذا لا يجب اعتباره مرضا.
- التركيز على خبرات الفرد وتاريخه.
- أصحاب النظرية السلوكية، عند التعامل مع الاضطراب السلوكي لا يعطون حكمة على الأشخاص وإنما يوصون بالعلاج فقط.
- يفترض أصحاب هذه النظرية أن الاضطراب السلوكي تسببه عوامل بيئية، ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب سلوكيا ليس مسؤولاعن هذا الاضطراب (الريماوي وآخرون، 2004، ص 45)

رابعا: النظرية المعرفية.

يفترض أنصار النظرية المعرفية أن الاضطراب السلوكي برجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، فالاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التكيفية، وإذا كان السلوكيون يعتقدون أن السلوك المضطرب يتم تعلمه عن طريق الإشراط والتدعيم فإن أنصار النظرية المعرفية يرون أن السلوك المضطرب يمكن أن يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، فقد أوضح باندوراBandura " أهمية العوامل المعرفية (افكار الناس ومعتقداتهم) في تنظيم السلوك العدواني، فقد يميل بعض الأشخاص القائمين بالعدوان إلى تبرير استخدامهم للعدوان كان يقول أن الضحية ظالمة أساسا أو أنها هي التي دفعت بي لارتكاب السلوك العدواني (لوم الضحية)(عبد القوي، 1995، ص 54.)

كما ركز أنصار النظرية المعرفية على المتغير الدخيل أو الوسيط بين المثير والاستجابة ألا وهو التفكير، فالأطفال الذين قاموا بتقليد النماذج الوالدية ربما فكروا قبل القيامبالسلوك العدواني قائلين (أنه إذا كان شخص كبير (القدوة) يستطيع ضرب | الدمية، فنحن نستطيع أيضا ضربها).

وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات السلوكية، فيعتبر نموذج بيك **Bek** عام (1998) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيرا، حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية " بيك Bek " وجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم والاحتفاظ بمعلومات إيجابية، أما الأفراد المضطربون سلوكيا فلديهم صيغ معرفية سلبية، تتصف بما يلي:

- استدلال تعسفي أو خاطئ أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليلكاف.
- تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر والكثيرة الممكنة.
- المبالغة في التعميم.
- التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان إخطاء في الحكم على الأداء.
- لوم الذات(فايد، 2004، ص ص 46-47)

كما تعد نظرية "اليسElis" من الإسهامات القيمة ذات التوجه المعرفي والتي اهتمت بنشأة وأسباب الاضطرابات السلوكية، حيث تتلخص وجهة نظره في النقاط التالية:

- يرى أن هناك تشابكا بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر.
- إن أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة والسعادة (عكس السلوك اللاعقلاني).

سابعا: النظرية البيئية.

يركز أصحاب هذا الاتجاه على تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس فيحدوث السلوك، فالاضطراب السلوكي ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسبة ولا يتوافق مع ظروف الموقف.

وينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج التفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد وبين الظروف في الموقف، أن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أوميادين علماء البيئة، فمثلا يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد، بينما يركز علماء البيئة الأطباء إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج الفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته، وفي حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة، إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلم الناس بالطريقة التي يسلكونها.

ثامنا: النظرية التحليلية:

حاولت نظرية التحليل النفسي التي وضع فرويد أصوله ومبادئها، تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكبت في اللاشعور إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الانحرافات السلوكية. ويفسر أنصار التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذا الإطار (يحيى، 2000، ص 77).

هذا ويؤكد الخطيب على أن فرويد يري أن منشأ الاضطراب السلوكي يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلال قيام الفرد بوظائفه النفسية عبر مسارين هما: المسار الأول: تعليم غير ملائم في مراحل الطفولة الأولى (الخمس سنوات الأولى). المسار الثاني: اختلال الحكة المتوازنة بين منظمات النفس (الهو) و(الأنا) و(الأنا الأعلى) (الخطيب، 1998، ص 207-208).

ومن الجدير ذكره أن الاتجاه والتحليل اتجاه عريض يضم عددا من المدارس والتوجهات النظرية بعضها خرج على مؤسس النظرية وكون له مدارس خاصة، مثل كارل يونج (Jung) الذي اسس علم النفس التحليلي، والفريد أدلر (Adler) الذي أسس "علم النفس الفردي". كما أن بعض تلاميذ فرويد مثل كارينهورناي (Horney) وايريك فروم (Fromme) وهاري ستال سولفيان (Sulivan) وآنا فرويد واريكسون طوروا في نظريته وإن اعتبروا أنفسهم تحليليين ولا يزالون ينطوون تحت اللواء التحليلي الفرويدي ويسمون التحليلين الجدد أو الفرويديون الجدد (كفافي، 1990، ص 21)

الفصل السابع

تشخيص الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

تمهيد:

تعد إجراءات التشخيص لاضطرابات السلوك عملية معمقة جدا وتحتاج إلى جهد كبير ووقت مطول، وهذا نظرا لعدة أسباب، أبرزها عدم الاتفاق على تعريف موحد الاضطرابات السلوك كما أشرنا سابقا في الوحدة الأولى والثانية.

لذلك فإن المختصين يختلفون فيما بينهم في الإجراءات والطرق التي يتم بها تشخيص وتقييم هذه الاضطرابات، وذلك اعتمادا على الخلفية النظرية المختلفة التي يعتمدونها.

ونسعى من خلال هذا الفصل إلى تحديد بعض المصطلحات المتعلقة بعملية التشخيص والاعتبارات الواجب اتخذها من أجل تشخيص الاضطرابات السلوكية، وأساليب الكشف عنه، وأبرز أنواع تشخيص الاضطرابات السلوكية، ونماذج من الاختبارات التي تستخدم في تشخيص الاضطرابات السلوكية.

أولا: تحديد المصطلحات المتعلقة بعملية التشخيص

1- الكشف: هو عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، يقوم بها الوالدان والمعلمون والفريق المتخصص، ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادقة للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأفراد، بغية التعرف على الأفراد الذين يعانون من صعوبات من أجل حالتهم إلى عملية الفحص(يحي، 2003، ص102)

2- التعرف: تتضمن هذه العملية التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات لدى الأفراد المشكوك بهم.

3- التشخيص: يعني التشخيص الفهم الكامل، ويتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشتمل على: الملاحظة، الوصف، تحديد الأسباب، التصنيف، التحليل، بقصد التوصل إلى افتراضدقيق نحو طبيعة وأساس المشكلة لدى الفرد (القريوتي، والسرطاوي، والصمادي، 1995، ص 340-341.)

ثانيا: أنواع تشخيص الاضطرابات السلوكية

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف هي مرحلة التشخيص، والذي يقوم به عادة فريق متعدد الاختصاصات يتضمن على الأقل أخصائيا لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية، وتتضمن عملية التشخيص الشامل عدة أنواع:

1- التشخيص النفسي العصبي:الأخصائي النفسي هو شخص مدرب، يهتم بالأفكار والمشاعر والسلوك بالإضافة إلى التركيز على كيفية تأثير اختلال الدماغ على السلوك، ويعمل كل من طبيب الأعصاب والأخصائي النفسي العصبي بشكل تعاوني، ويساهم كل منهما في عمل الآخر بطرق مختلفة وذلك بهدف التعرف على كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالجة المشاكل التي قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة في الدماغ، ويستخدم أخصائيو النفس العصبيون اختبارات لتشخيص الاضطرابات السلوكية الناتجة عن خلل دماغي تدعى بالاختبارات النفسية العصبية، وتعتمد هذه الاختبارات على فكرة أن وظائف نفسية مختلفة مثل السرعة الحركية، الذاكرة،

اللغة...إلخ، تقع في مناطق أو مراكز مختلفة من الدماغ وبهذا فمن نواحي الضعف في الأداء على اختبار معين يمكن أن - تعطي تلميحات حول موقع الخلل في الدماغ.

2- التشخيص الأكاديمي والتربوي: تتضمن هذه العملية استخدام اختبارات تربوية ملائمة ومتوفرة بالإضافة إلى الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، كما يجب أن تؤخذ ملاحظات الوالدين والمعلمين وتقديراتهم بعين الاعتبار، وتتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية: التحليل، الملاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم، واختبارات الذكاء والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمي والتربوي، وفيما يلي نتحدث عن الأدوات السابقة التنكر بشيء من التفصيل.

الفصل الثامن

أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيًا

هناك عدة أساليب نذكر منها ما يلي:

أولا: الأسلوب السلوكي:

ويعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه واللاسوي يمكن تعديله ومحوه وإعادة تشكيله. ومن الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها ما يلي:

1- **أساليب زيادة السلوك:** وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب أساليب أخرى:

- **المعززات الإيجابية:** وهي عبارة عن أشياء محببة للفرد يتمتقديمها له بطريقة مبرمجة بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه (كالجوائز والهدايا) والذي يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل، شريطة تقديمه مباشرة بعد السلوك وعدم تأخيره وحتى لا يفقد أهميته.

- **المعززات السلبية:** وتعني إزالة شيء غير مرغوب فيه من بيئة الطفل مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه

- **تشكيل السلوك:** يعتمد أسلوب تشكيل السلوك على استخدام كل من التعزيز والإطفاء، وذلك بالتوفيق بينهما بهدف تطوير سلوكيات جيدة.

- **الاستبعاد التدريجي:** وهو أسلوب تعمل من خلاله إلى إزالة السلوكالغير المرغوب فيه بصورة تدريجية وبيدإلى أن يتمكن الطفل من أداء السلوك دون تشجيع أو حث من الآخرين، حيث نأخذ أول سلوك بسيط يقود إلى السلوك النهائي ونعززه.

- **التعاقد السلوكي:** وهو أن يتفق المعلم مع الطالب على تحقيق مجموعة أهداف تم وضعها من قبل المعلم، وعندما يحققها الطالب يتم تعزيزه ويجب الانتباه إلى أن تكون تلك الأهداف قابلة للتحقيق.

- **التعزيز الرمزي:** ويتصد به قيام المعلم بإعطاء التلاميذ مجموع قطع (كوبونات) أو نجوم أو غيرها عند قيامه بالسلوك المناسبة، ثم بعد انتهاء الحصة يقوم الطالب باستبدالها بأشياء محببة كالهدايا والحلوى، وتستخدم طريقة التعزيز الرمزي بهدف إحداث تغييرات سريعة في سلوك الأطفال المعوقين وذلك من خلال زيادة دافعيتهم

- **النمذجة:** وهي من الطرق البسيطة نسبيا والواضحة ليتعلم الطفل سلوكا ما. تشتمل النمذجة على قيام المعلم أو اي شخص أخر (النموذج) بتعليم الطفل كيف يفعل شيئا ما ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما شاهده،

2- **أساليب خفض السلوك:** وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه ويندرج تحت هذا الأسلوب ما يلي:

- **العتاب:** هو الإجراء الذي يؤدي فيه نوابع السلوك إلى تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل في المواقف المماثلة، ويأخذ ذلك أحد الشكليين التاليين:

- إضافة مثيرات سلبية أو منفرة ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعناب، من الدرجة الأولى.
- إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية ويسمى الشاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الثانية.

▪ **التغذية الراجعة:** تتضمن التغذية الراجعة تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه وهذه المعلومات نوجه السلوك الحالي والمستقبلي.

▪ **الممارسة:** يشتمل هذا الإجراء على إرغام الشخص على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل ولفترة زمنية محددة على افتراض أنه سيصبح مملا وبغيضة في النهاية، وفي العادة يستخدم هذا الإجراء لتقليل السلوكيات غير الإرادية كمص الإبهام، وقضم الأظافر التأتأة، وكذلك تستخدم في معالجة التدخين.

▪ **التصحيح الزائد:** وفي هذا الأسلوب يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه، وزيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكيات الصحيحة، فالطفل الذي يتعمد سكب الماء على الأرض، فإننا نطلب منه مسحها، وإكمال مسح كامل الغرفة.

▪ **العزل:** ويشتمل هذا النوع على إقصاء الشخص من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة تسمى غرفة العزل، وهنا لابد من التأكيد على أن العزل يجب ألا يستمر لأكثر من عدة دقائق (فالعزل لا يعني الحبس).

- **تعزيز السلوك المخالف:** يهدف هذا الأسلوب إلى جعل السلوك المرغوب في خفضه ليس ذا أهمية لدى الطفل. وذلك بالتوقف عن تعزيزه، وتعزيز السلوك الذي يعاكسه تماما وذلك بهدف لفت نظر الطفل إليه، ويعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب السلوكية انتشارا وذلك لفاعليته ولسهولة تطبيقه.

- **التحصين التدريجي او التخلص من الحساسية:** ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يكون فيها السلوك قد اكتسب مرتبطة بحادث منفر معين، كالخوف والاشمئزاز من الأشياء، وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح في علاج حالات الذعر والخوف المبالغ فيه، وعلاج مشكلات الشعور بالألم والاكتتاب.

ثانيا: الأسلوب السيكو دينامي: (القوى النفسية)

ويستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها فرويد والتحليليون الجدد من بعده ومن الأساليب التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التبصير، التداعي الحر، تحليل وتفسير الأحلام، الطرح والطرح المضاد (المقاومةوالتحويل).

ثالثا: الأسلوب النفس تربوي:

ويعتمد هذا الأسلوب على الإجراءات التربوية والنفسية في التعامل مع الاضطراب السلوكي، ويركز على الأساليب التربوية الأبوية والأسرية والمدرسية وقد يشمل الإرشاد الأسري لذوي الاضطرابات السلوكية. ويشمل هذا الأسلوب على طرق تنشئة الأطفال وطرق تدريسهم ومناهجهم وتعليمهم بهدف تقديم الخدمة الإرشادية

والعلاجية لهم، والتي يقوم بتقديمها المرشد النفسي أو اختصاصي التربية الخاصةأو الطبيب النفسي أو طبيب الصحة العامة ورجل قياس ومختص في الخدمة الاجتماعية.

رابعا: الأسلوب البيئي:

يستند هذا الأسلوب على الاتجاه البيئي، فالبيئة التي تحيط بالإنسان تلعب دورا أساسيا في تشكيل سلوكه النفسي والاجتماعي، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يحيا بها، لذلك كلماعاش الإنسان في بيئة سليمة وتفاعل معها وكان هذا التفاعل إيجابية كلما نتج عن ذلك سلوكيات إيجابية والعكس صحيح لذلك يرى أن العلاج البيئي يقوم بدراسة جميع المؤثرات البيئة التي قد تكون مسئولة عن حدوث الاضطراب لدى الطفل ثم القيام بالتحكم فيها وذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات أو إضافة مؤثرات بيئية منافسة ومنفصلة ومشهود لها في تحسين سلوكيات الطفل المضطربة.

الفصل التاسع

أبرز أشكال الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

تمهيد:

إن العدوان من السلوكيات التي تنشأ عن حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث، وإذا دامت هذه الحالة فإنه يتكون لدى الفرد إحباط ينتج من جرائه سلوكيات عدوانية، من شأنها أن تحدث تغيرات في الواقع حتي تصبح هذه التغيرات ملائمة للخبرات والمفاهيم التي لدى الفرد.

I. السلوك العدواني.

تعريف باندورا bandura : بأنه سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الأخرين وهذا السلوك يعرف اجتماعيا على أنه عدواني.

ويعرفه الشربيني: بأنه كل فعل يتسم بالعداء تجاه موضوع أو الذات ويهدف إلى التدمير ويقصد به المعتدي إيذاء الشخص الآخر. (مريم،2015/2014، ص 23).

فمن أسباب السلوك العدواني مايلي:

- عدم تعلمه أو اكتساب بعض مهارات التوافق أو المواجهة، وعدم قدرة الطفلعلى ضبط وإدارة السلوك العدواني
- عدم تعلم الطفل أو اكتساب المهارات التعلم الاجتماعية

- نوعية التفاعلات الاجتماعية بين الأفراد والأسرة
- تقليد الأطفال لبعض أنماط السلوك العدواني التي تصدر عن الكبار
- دور وسائل الإعلان الهام والحيوي في نشر ثقافة العدوان.
- تقديم نماذج سلوكية غير سوية في وسائل الإعلام. (حمادي، 2017/2016، **ص ص 31-32)**

أولا: تعريف السلوك العدو اني.

لغة: بأنه التعدي والضرب، فالعداء هو الظلم وتجاوز الحد وتجاوز الحد والتعدي هو مجاوزة الشئ إلى غيره.

إصطلاحا :

تعريف سيزر: «العدوان هو إستجابةإنفعالية متعلمة تتحول مع نمو الطفل وبخاصة في سنته الثالثة إلى عدوان وظيفي لا رتباطهاإرتباطا شرطيا بإشباع الحاجات».

تعريف فيشباخ: «حيث يعرف العدوان بأنه كل سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص آخر أو إتلاف لشئ ما، وبالتالي فالسلوك التخريبي هو شكل من أشكال العدوان الموجه نحو الأشياء». (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 102- 103).

تعريف بارون: «هو فعل يهدف إلى إيذاء الأخرين أو إتلاف ممتلكاتهم بشرط توافر النية لإيقاع الأذى».

تعريف جابلن: «بأنه هجوم أو فعل مضاد موجه نحو شخص ما أو شئ ما وإظهار الرغبة في التفوق على الأشخاص الأخرين أو إيذائهم والاستخفاف بهم أو السخرية منهم لغرض إنزال العقوبة بهم». (أحمد جاسم سليمان، 2012، ص 215).

تعرف البطوش: «بأن السلوك العدواني هو إستجابة يرتبط بالخصائص النمائية للأطفال، ويلاحظ في بعض الحالات أن شدة السلوكيات العدوانية، ومدى تكرارها تكون لا فتة للنظر لدى بعض الأطفال بحيث تكون فوق الحد المقبول». (تهاني محمد عبد القادر الصالح، 2012، ص 18).

يعرف حسين (1986): هو أي أذى مقصود يلحقه الطفل بنفسه أو الآخرين، سواء كان هذا الأذى بدنيا أو معنويا، مباشرا أو غير مباشر، صريحا أو ضمنيا أو وسيطيا. (أيمن يوسف حجازي وهشام أحمد غراب، 11/10/2010، ص 125).

ويعرف أيضا: بأن مصطلح يستخدم ليشير إلى مدى واسع من النشاطات الهجومية والدفاعية ويؤكد علماء النفس أنه أسلوب يخص إلى إلحاق الأذى بأحد الكائنات الحية أو فساد كائنات غير حية وتحيط بها.(أبراهيم جابر السيد، 2013، ص ص 22-23).

تعريف باندورا: العدوان هو سلوك يحدث نتائج مؤدية أو تخريبية أو يتضمن السيطرة على الآخرين جسميا أو لفظيا، وهذا السلوك يتعامل معه المجتمع بوصفه عدوانا. (قليلية جهيدة وبن ناصر صابرية، 2015/2016، ص 26).

ثانيا: المفاهيم المتصلة بالسلوك العدواني:

1- السلوك العدواني والعداء: ويقصد **بالعداء** شعور داخلي بالغضب والكراهية موجهة نحو الذات شخص أو موقف ما، والمشاعر العدائية تستخدم كإشارة إلى إتجاه الذي يقف خلف السلوك المكون الإنفعاليللإتجاه، فالعداوة إستجابة تنطوي على مشاعر العدائية والقوميات السلبية للأشخاص والأحداث.

2- السلوك العدواني والغضب: يمثل الغصب إستجابةإنفعالية متزايدة غالبا ما تنظم على نحو عدوان بطريقة لفضية وبدنية بصفة خاصة حسب ما يهدد أو يهاجم الشخص، حيث يعد الغضب المكون الإنفعالي أو الوجداني للسلوك العدواني، فهو يشمل على الاستثارة الفزيولوجية، فالغضب يعبر عن العدوان بشكل لفضي أو بدني.(مراد زفوروووهيبة ختال، 2018/2017، ص 62)

3- العنف:إن العنف شكل من أشكال العدوان، مادام يستهدف إلحاق الأذى بالآخرين أو بممتلكاتهم في إشارة إلى الجانب المادي الموظف من العدوان، فالعنف هو استجابة سلوكية تتميز بصفة انفعالية شديدة.

قد تنطوي على انخفاض في مستوى البصيرة والتفكير، ويبدو العنف في استخدام المعدات والآلات، وهو بهذا المعنى يشير إلى الصيغة المتطرفة للعدوان، فالعنف هو المحاولة للإيذاء البدني الخطير وبهذا فان العدوان أكثر عمومة من العنف أي كل ماهو عنف يعد عدوانا، بينما يبقى العكس ليس صحيحا.

4- **العدوانية:** يقصد بالعدوانية الاتجاه إلى اتخاذ الأسلوب العدواني بإزاء الأمور أو الميل إلى اقتحام الصعوبات والأخطار بدلا من تفاديها وكثيرا مايستخدم اللفظان

بمعنى واحد،ولكن العدوان يشير إلى السلوك غير السوي يتميز بالعنف والتعدي المادي أو المعنوي بينما تعني العدوانية اتجاها قد يظل في حدود السواء او يؤدي إلى العدوان، إلى الإقدام واقتحام الصعاب بدلا من التحليل على تذليلها ومحاولة فرض المرء أرائه على مجتمعه برغم الاعتراض عليها، واللفظان مشتقان من أصل واحد يعني الإقدام أو الهجوم (بودالي نور الهدى ،2019، ص 57-58).

ثالثا: النظريات المفسرة لسلوك العدو اني

1- نظرية العدوان الإنفعالي:

يؤكد عدد كبير من علماء النفس الاجتماعي على وجود نوع من العدوان هدفه الأساسهو الإيذاء.وهذا النوع يسمي في معظم الأحيان بالعدوان العدائي أو العدوان الغاضب، وهذه النظرية وفقا لما أوردته أن هناك بعض الأشخاص يجدون استمتاعا في إيذاءالآخرين بالإضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات رجولتهم ويوضحون أنهم أقوياء وذو أهمية أنهم يكتسبون المكانة الاجتماعية، ولذلك فهم يرون أن العدوان يكون مجزيا مرضيا، ومع استمرار مكافآتهم على عدوانهم ويجدون في العدوان متعة لهم، فهم يؤذون الآخرين حتى إذا لم تتم إثارتهم انفعالية فإذا أصابهم ضجر وكانوا غير سعداء، فمن الممكن أن يخرجوا في مرح عدواني.

فإن هذا الصنف يعززه عدد من الدوافع والأسباب، وأحد هذه الدوافع أن هؤلاء العدوانيين يريدون أن يبينوا للعالم وربما لأنفسهم أنهم أقوياء ولا بد أن يحظوا بالأهمية والانتباه، فقد أكدت الدراسات التي أجريت على العصابات العنيفة من الجانحين المراهقين بأن هؤلاء يمكن أن يهاجموا الآخرين غالبا لا لأي سبب بل من

أجل المتعة التي يحصلون عليها من إنزال الألم بالأخرين بالإضافة إلى تحقيق الإحساس بالقوة والضبط والسيطرة.

ولهذا فإن معظم أعمال العدوان الانفعالي تظهر بدون تفكير فالتركيز في هذه النظرية على العدوان غير المتسم بالتفكير ويعني هذا خط الأساسي ترتكز عليها هذه النظرية، من المؤكد أن الأفكار لها تأثير كبير على السلوك الانفعالية، فالأشخاص المثارين يتأثرون بما يعتبرونه سبب إثارتهم وأيضا بكيفية تفسرهم لحالتهم الانفعالية (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 115).

2- **النظرية السلوكية:**

يرى السلوكيون أن العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه وتعديله وفقا لقوانين التعلم، ولذلك ركزت بحوث ودراسات السلوكيون في دراستهم للعدوان على حقيقة يؤمنون بها وهي ان السلوك متعلم من البيئة وتنقسم النظرية السلوكية إلى :

- **النظرية السلوكية الأثولوجية :** من علماء هذه النظرية " كونارد هورنز " ترى هذه النظرية بأن العدوان إستجابة ذات قيمة بقائية، فالحيوان يرد بالعدوان لكي يحافظ بقائه، ولكن العدواني الإنساني، أسوأ من ذلك، إذ أن وحشيته تجاه الآخرين من الأمور الأكثر لفتا لنظر، وركزت العديد من الدراسات والبحوث التي قام بها السلوكيون في العدوان عن حقيقة يؤمنون بها وهى أن السلوك برمته متعلم من البيئة، ومن ثم فإن الخبرات المختلفة التي اكتسب منها شخص ما السلوك العدواني قد تم تدعيمها بما يعزز لدى ظهور الإستجابة العدوانية كلما تعرض لموقف محبط.

- **النظرية السلوكية الرايكالية :** ترى أن العدوان تتعلمه العضوية إذا ارتبط بالتعزيز، ويعرف "**بوس** "العدوان عبارة عن إستجابة تقدم فيها الغضوية مثيرا مزعجا إلى عضوية أخرى، فمن وجهة نظر السلوكية، إذا ضرب الولد شقيقه وحصل على ما يريد فإنه سوف يكرر عدوانه مرة أخرى كي يحقق هدفه كذلك، ومن هنا فإن العدوان من وجهة نظر هذه النظرية تتعلمه للحصول على شئ ما.(مريم سبعي، 2014/2015، ص 33-34).

3- نظرية الإحباط (العدوان):

تقول هذه النظرية بان الإحباط يولد دافعا، ويصبح من الضروري للعضوية العمل على خفض هذا الدافع، فالإحباط يولد الدافع للعدوان ويمكن خفض هذا الدافع بممارسة سلوك العدوان، ومن أشهر علماء هذه النظرية روبرت سيزر نيل، جون دولار، وقد عرضت اول صورة لهذه النظرية على فرض وجود ارتباط بين الإحباط والعدوان حيث يوجد ارتباط بين الإحباط كمثير والعدوان كاستجابة، كما يتمثل جوهر النظرية كما يلي:

- كل الاحباطات تزيد من احتمالات رد الفعل العدواني
- كل العدوان يفترض مسبقا وجود إحباط سابق

كما توصل رواد هذه النظرية إلى بعض الاستنتاجات من دراستهم عن العلاقة بين الإحباط والعدوان والتي يمكن اعتبارها بمثابة الأسس النفسية المحددة لهده العلاقة وهي:

أ- تختلف شدة الرغبة في السلوك العدواني باختلاف كمية الإحباط الذي يواجهه الفرد ويعتبر الاختلاف في كمية الإحباط لثلاثة عوامل هي :

- شدة الرغبة في الاستجابة المحبطة
- مدى التدخل أو إعاقة الاستجابة المحبطة
- عدت المرات التي أحبطت فيها الاستجابة

ب- تزداد شدة الرغبة في العمل العدائي ضد مايدركه الفرد على انه مصدرا لإحباطه، ويقل ميل الفرد للإعمال غير العدائية حيال مايدركه الفرد على انه مصدر إحباطه

ت- يعتبر كف السلوك العدواني في المواقف الإحباطية بمثابة إحباط أخر يؤدي إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدائي ضد مصدر الإحباط الأساسي، وكذلك ضد عوامل الكف التي تحول دونه والسلوك العدائي

تعقيب على النظرية: بينت الدراسات أن الإحباط لا يؤدي بالضرورة إلى السلوك العدواني، بل قد تظهر أنواع أخرى من السلوك مثل طلب العون والمساعدة من الآخرين أو الانسحاب، أو والمخدرات، ويتدخل في هذا الموقف كثير من العوامل الخاصة بتربية الطفلكما تبين أن ردود الأفعال العدائية يمكن أن تحدث دون إحباط مسبق، كما قد تحدث الاستجابات العدائية نتيجة للتقليد والملاحظة، كذلك فإن العدوان رغم أنه ليس الاستجابة الوحيدة الممكنة للإحباط يتوقف على عدة

متغيرات هي تبرير التوقعات ومدى شدة الرغبة في الهدف إذ يزداد الإحباط مرارة حين يقيم الفرد توقعات وآمالا بعيدة لها ما يبررها.

4- نظرية العدوان الابداعي –لباخ-:

العدوان الإبداعي وفقا لتصور باخ هو باختصار شديدهو نظام علاج نفسي، وهو أيضا طريقة تعليم ذاتي مصمم لتحسين مهارات الناس جذريا للحفاظ على العلاقات السوية مع الآخرين، والنظام العلاجي عن طريق العدوان الإبداعي والطرق التعليمية يركز على كل صيغ العدوان البشري المباشر الصريح وغير المباشر، السلبي الموجه نحو الذات والموجه نحو الأخرين فرديا او نحو جامعات ويرفض العدوان الإبداعي فكرة أن العدوان هو في الاساس ميكانيزم دفاع ضد عوامل الضيق مثل الخوف أو الشعور بالنقص والإحباط، ويركز لاهتمام بالغ على الانتفاع بالطاقة العدوانية البناءة، فمن المسلم به أن العدوان الإنساني سواء كان فطريا أو مكتسبا يثار بسهولة نسبية وبمجرد إثارته فإن صيغ التعبير عن العدوان وتوجيهه بالطرق التي تتحكم بفاعلية أو على الأقل تخفض إلى الحد الأدنى من العداء المميت، وترفع الى الحد الاقصى الصيغ البناءة أو المؤثرة للعدوان والتي يمكن أن تؤدي إلى النمو.

ويمكن الاستفادة من العدوان الإبداعي بالتعلم الذاتي عن طريق استخدام الكتب الإرشادية وأساليب لعب الدمى الموجه نحو إطلاق العدوان، والذي يستطيع من خلاله الأطفال الصغار الأسوياء أن يعبروا ببهجة عن غضبهم الشديد المتراكم بصورة مستترة في نفوسهم.

وأخيرا فالعدوان الإبداعي يتضمن الفهم الكامل لكل من المستويات الظاهرة والمستترة للعدوان البشري، كما يسهم في الوقاية من سوء إدارة وتدبر العدوان المدمر، لهذا يستخدمه كثير من المعالجين كمنحى فعال في التدريب والعمل الإكلينيكي مع الأفراد العدوانيين (خالد عز الدين، 2010، ص61)

رابعا: خصائص وأشكال السلوك العدواني في المدارس:

1- خصائص السلوك العدواني:

- إحداث فوضى في الصف عن طريق الضحك والكلام واللعب وعدم الانتباه
- التهريج في الصف
- الاحتكاك بالمعلمين وعدم احترامهم
- تخريب أثاث المدرسة ومقاعدها والجدران
- الخروج المتكرر من الصف دون استئذان
- التحدث بصوت مرتفع
- عدم الانتظام في المدرسة ومقاطعة المعلم أثناء الشرح
- الاعتداء على الزملاء
- التدافع الحاد والقوي بين التلاميذ أثناء الخروج من قاعة الصف
- تمزيق دفاتره وكتبه أو دفاتر وكتب الآخرين

2- أشكال السلوك العدواني:

- اعتداء على طالب علي طالب.
- اعتداء طالب على معلم.
- اعتداء طالب على ممتلكات المدرسة.
- اعتداء المعلم على الطالب.

3- تأثير السلوك العدواني على التلاميذ:

في المجال السلوكي:

- عدم المبالاة
- عصبية زائدة
- السرقة
- الكذب
- مخاوف غير مبررة
- تشتت الانتباه

في المجال التعليمي:

- تدني التحصيل الدراسي
- التسرب من المدرسة
- عدم المشاركة في الأنشطة المدرسية
- التأخر عن الطابور الصباحي

في المجال الاجتماعي:

- العزلة الاجتماعية
- التعطيل على سير الأنشطة الجماعية

في المجال الانفعالي:

- الاكتئاب
- المزاجية
- انخفاض مستوى الثقة بالنفس
- رد فعل سريع (مريم سبعي، 2015، ص49)
- مخاوف غير مبررة
- تشتت الانتباه

في المجال التعليمي:

- تدني التحصيل الدراسي
- التسرب من المدرسة
- عدم المشاركة في الأنشطة المدرسية
- التأخر عن الطابور الصباحي

في المجال الاجتماعي:

- العزلة الاجتماعية

- التعطيل على سير الأنشطة الجماعية

في المجال الانفعالي:

- الاكتئاب
- المزاجية
- انخفاض مستوى الثقة بالنفس
- رد فعل سريع(مريم سبعي ،2015، ص49).

خامسا: أسباب السلوك العدواني:

1- أسباب بيئية واجتماعية وتتمثل في:

- عدم إشباع حاجات التلميذ الأساسية
- الكراهية من قبل الوالدين
- عدم توفر العدل في معاملة الأبناء في البيت
- الفراغ العاطفي عند الأطفال
- تلقي الطفل تهديد أو تسلط

2- أسباب مدرسية:

- قلة العدل في معاملة التلميذ في المدرسة
- عدم تقديم الخدمات الإرشادية لحل مشاكل الطالب الاجتماعية
- عدم وجود برنامج لقضاء الفراغ وامتصاص السلوك العدواني
- شعور التلميذ بكراهية المعلمين له

- تأكد التلميذ من عدم عقابه من قبل أي فرد في المدرسة
- عدم وجود مراقبة فعلية
- فشل التلميذ في حياته المدرسية وخاصة تكرار الرسوب

3- أسباب نفسية:

- صراع نفسي لاشعوري لدى التلميذ
- توتر الجو المنزلي وانعكاس ذلك على نفسية الطالب
- الشعور بالخيبة الاجتماعية كالتأخر الدراسي والإخفاق في حب الأبوين والمدرسين له.

4- أسباب ذاتية:

- حب السيطرة والتسلط
- معاناة التلميذ من بعض الأمراض النفسية (خالد عز الدين، 2010، ص27-28)

II. الكذب :

أولا: تعريف الكذب:

يمكن تعريف الكذب بأنه قول شئ غير حقيقي وقد يعود إلى الغش لكسب شئ ما أو للتخلص منأشياء غير سارة، فالأطفال يكذبون عند الحاجة وفي العادة الآباء يشجعون الصدق كشئ جوهري وضروري في السلوك، ويغصبون عندما يكذب الطفل، والأطفال يجدون صعوبة في التميز لبن الوهم والحقيقة، وذلك خلال المرحلة الابتدائية ولذا يميلون إلى المبالغة، وفي سن المدرسة يختلق الأطفال الكذب أحيانا

لكي يتجنبوا العقاب، أو لكي يتفوقوا على الآخرين أولكي يتصرفوا مثل الأخرين حيث يختلف الأطفال في مستوى فهم الصدق. (خالد، 2015، 229).

ويمكن أيضا تعريف الكذب بأنه سلوك يقوم به الطفل قصد إخفاء الحقيقة عن غيره وذلك بدافع تبرئة نفسه، أو رفع العقوبة عن نفسه أو السخرية من الآخرين. (حمادي، 2017/2016، ص 38).

ثانيا: أسباب الكذب:

- ميل الآباء أنفسهم للكذب سواء مع الطفل أوغيره.
- تقليد الطفل للكبار في عملية الكذب.
- قد يجد الطفل نفسة مضطرا إلى الكذب بسب جذب انتباه الأخرين إليه أو الخوف من العقاب أو رغبته في توكيد ذاته وإثبات قصته.

III. التبول اللاإرادي :

أولا: تعريفه:

التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعا في مرحلة الطفولة ويعني عدم قدرة الطفل على السيطرة على مثانته فلا يستطيع التحكم في انسياب البول. فإذا ما تبول الطفل في فراشه أثناء نومه سمي "تبولا ليليا" وإذا تبول أثناء لعبه أو جلوسه أو ووقوفه سمي "تبولا نهاريا" ؛ ولا يعد تبول الطفل لاإراديا حتى سن الخامسة مشكلة ولا يعد تبلل الطفل لفراشه وملابسه مرات قليلة مشكلة ما لم يتكرر العرض.

ثانيا: أسبابه: من أسباب التبول اللاإرادي:

هناك العديد من الأسباب للتبول اللاإرادي منها؛ أسباب فسيولوجية وعضوية، وأسباب وراثية، وأسباب اجتماعية وتربوية، وأسباب نفسية؛ وهم على النحو التالي:

1- الأسباب الفسيولوجية والعضوية: كأمراض الجهاز البولي المتمثلة في التهاب المثانة، أو التهاب قناة مجرى البول، أو ضعف صمامات المثانة، وربما التهاب الكليتين، أو بسبب التهاب فتحة البول، أو تضخم لحمية الأنف حيث تسبب للطفل صعوبة في التنفس أثناء النوم مما يؤدي إلى الإجهاد واستغراق الطفل في النوم مما يؤدي لإفراغ هذه المثانة إثناء الاستغراق في النوم، كذلك بسبب فقر الدم ونقص الفيتامينات إذ يؤدي الضعف العام لعدم السيطرة على عضلات المثانة وكثرة شرب السوائل قبل النوم.

2- الأسباب الوراثية: يلعب العامل الوراثي دوره في حدوث هذه المشكلة فيرث الطفل هذا السلوك من والدية فهناك دلائل تحتاج إلى تأكيدات تشير إلى وجود علاقة وراثية بين الآباء والأطفال في مشكلة التبول اللاإرادي، كما إن هناك علاقة بين تبول الأطفال وتبول إخوة لهم، كما إن الضعف العقلي الناتج عن خلل كروموزومي يصاحبه غالبا تبول لاإرادي.

3- الأسباب الاجتماعية والتربوية : تقصير الأبوين وعجزهم في تكوين عادة ضبط البول لدى الطفل؛ عدم مبالاة الوالدين بمراقبة الطفل ومحاولة إيقاظه ليلاً في الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده للذهاب إلى الحمام قبل النوم، سوء علاقة الطفل بأمه؛ الذي يعود للأم مما يجعل تدريب الطفل على التحكم بعضلات المثانة

أمراً صعباً، الاهتمام المبالغ فيه؛ في التدريب على عملية الإخراج والتبول والنظافة وإتباع أسلوب القسوة والضرب والحرمان كي يتعلم الطفل التحكم في بوله.تعويد الطفل على التحكم في بوله في سن مبكرة؛ وقد وجدان حالات التبول اللاإرادي تنتشر بشكل أفضل لدى الأمهات اللاتي يبكرن في عملية تدريب أطفالهن على التحكم في البول. تدليل الطفل أو حمايته والتسامح معه عندما يتبول؛ وهذا يعزز لدي الطفل هذا السلوك ويعتقد انه على صوابالتفكك الأسري وفقدان الطفل الشعور بالأمن كترك أحد الوالدين للمنزل أو الطلاق وكثرة الشجار من الوالدين أمام الأبناء، وجود مشاعر الغيرة لدى الطفل؛ كوجود منافس له أو زميل متفوق عليه في المدرسة، وفاة شخص عزيز على الأسرة؛ وخاصة إذا كان ممن يعتني بالطفل.

4- الأسباب النفسية: خوف الطفل من الظلام، أو بعض الحيوانات، أو الأفلام والصور المرعبة، أو من كثرة الشجار داخل المنزل، والخوف من فقدان الرعاية والاهتمام نتيجة قدوم مولود جديد تثير غيرة الطفل عندما يشعر انه ليس له مكانته وأن أحد إخوته يتفوق عليه فيدفع هذا الطفل إلى النكوص أي: استخدام أسلوب طفولي يعيد له الرعاية والاهتمام مثل سلوك التبول، شعور الطفل بالحرمان العاطفي من جانب الأم إما بسبب غيابها المتكرر أو الانفصال بين الوالدين. الإفراط في رعاية الطفل وحمايته تنمي عدم ثقته في الاعتماد على نفسه وعدم تحمله مسؤولية التصرفات السلبية كالتبول اللاإرادي.

IV. قضم الأظافر

هذا الاضطراب من أكثر العادات انتشارا بين الأطفال، ويندرج استجابة خاصة ضمن اضطرابات الشخصية، ويبدأ في نحو الخامسة أو السادسة وتكون الممارسة شديدة في فترة المراهقة. (قبلية، 2015/2016، ص 11).

ومن أسبابه

- التخلص من التوتر والطاقة العصبية والقلق.
- إشباع دوافع عدوانية أو إنفعالية نفسية ذات أصل بيولوجي.
- التقليد فبعض الأطفال يمارس هذه العادة لأنه رأى غيره يمارسها.(جمال مثقال وأخرون، 2000، ص 173)

V. فوبيا المدرسة:

يعرف "عباس عوضومدحت عبد الحميد" فوبيا المدرسة بأنها: «الخوف الشاذ من المدرسة، مع الرغبة في عدم ذهاب الطفل إليها ورفضها» (عباس عوض ومدحت عبد الحميد عبد اللطيف، 1990، ص 49)

ويؤكد "بسيوني ومحمود محي الدين" أن فوبيا المدرسة: «هي الخوف الشديد وغير المعقول من المدرسة إلى حد أن بعض التلاميذ لا يذهبون إلى المدرسة ويفضلون البقاء بمنازلهم» (بسيوني السيد ومحمود محي الدين سعيد، 1997، ص64)

ويرجع هذا الخوف "فوبيا المدرسة" إلى عدة أسباب هي:

شخصية الطفل: يعاني الأطفال المصابين بالفوبيا المدرسية من صعوبات في تحقيق استقلاليتهم، والتحكم في ذواتهم عندما يتواجدون لوحدهم بعيدين عن الأهل، وغالبا ما يظهر هؤلاء الأطفال الانطواء أو العزلة الاجتماعية، وتكثر مطالبهم على الوالدين (مفرط الاتكالية)، حيث يكونون شديدي التأثير عليه وهذا يحدث داخل البيت، أما خارجه وخصوصا في المدرسة، فإنهم يشعرون بالقلق والتهديد وهم بعيدون عن أوليائهم.(أحمد محمد الزعبي، 2001، ص 59)

الحماية الزائدة والتدليل: فقد تبين أن الأم التي تدلل طفلها وتوفر له الحماية الزائدة فإنها تنمي لديه روح الاتكالية، والاعتماد عليها في كل شيء، مما يجعله يتعلق بها، ولا يستطيعالابتعاد عنها مهما كان الأمر، ويشعر بالتهديدوالخوف والقلق إذا ابتعد عنها.

الخلافات الأسرية: فإحساس الطفل بوجود خلافات ومشاجرات بين والديه، تجعله مهمومة وخائفة عليهما فإذا ترك البيت وذهب إلى المدرسة فبذلك يشعر بالقلق والانزعاج وغير مرتاح البال من أي شيء سوف يحدث في البيت أثناء وجوده في المدرسة.

قلق الأم على طفلها: تعاني بعض الأمهات من القلق الزائد على طفلها خاصة إذا كان وحيدا، فعندها تنتقل مشاعر القلق من عند الأم إلى الطفل بالتعلم، وبالتالي يشعر الطفل بالقلق كلما ابتعد عن أمه، ويشعر بالخوف من مكان لا تكون فيه أمه،

فتظهر عليه أعراض فوبيا المدرسة، لأن المدرسة تبعده عن أمه التي يرغب في البقاء معها.

الخبرات المؤلمة في المدرسة: قد يواجه الطفل بعض الخبرات القاسية في المدرسة، وتسبب له الفوبيا، ومنها نجد: العقاب، التخويف، التحقير، كثرة الواجبات. (صبره محمد علي، 2004، ص 303)

إضافة إلى ذلك اتفق المختصون في الطب النفسي للأطفال أمثال الباحث "جونسون" و"بير" على أن قلق الانفصال هو الميزة الأساسية الإكلينيكية لفوبيا المدرسة.

VI. السرقة:

يعرفها مصطفي القمش: أن سلوك السرقة يعتبر من المشكلات الشائعة في مرحلة الطفولة، وقد يعتبر هذا السلوك مؤشرا واضحا على بعض الإنحرافات السلوكية فيما بعد ولا يستطيع كثير من الأباء والمعلمين التعامل مع هذه السلوك بأساليب العلاج والوقاية المناسبة مما يسبي بعض الاحباطات لدى الأباء والأطفال، وقد يؤدي إلى تفاقم المشكلة المشكلة، لذلك كان لابد من توجيه الوالدين والمعلمين للأسباب المناسبة للتعامل مع هذه الظاهرة.

وتعرف أيضا: هي محاولة ملك شئ يشعر الطفل أنه لا يملكه، وعليه يجب على الطفل أن يعرف أن أخد شئ ما يتطلب إذنا

معينا لأخذه، وإلا أعتبر سرقة.

وتعرف أيضا: السرقة كمفهوم هي الاستحواذ على ما يملكه الأخرون بطريقة غير مشروعة أو غير مقبول وبدون وجه حق، وهو سلوك مكتسب نتيجة تفاعل عوامل عدة أسرية ′ مدرسة، مجتمعية، إعلامية.....(عبد العزيز، 2011، ص 248)

وانطلاقا مما سبق يمكن تعريف السرقة هي الاستحواذ على ما يملكه الاخرين بطريقة غير مشروعة دون أن يعلم أحد إذ يمكن أن يؤدي إلى انحرافات سلوكية أكثر قيما بعد.

ومن أسباب السرقة ما يلي:

- قد يسرق الطفل بسبب الإحساس بالحرمان كما يسرق الطعام الأنه يشتهي هذا الأكل لأنه محروما منه.
- قد يسرق الطفل تقليدا لبعض الزملاء في المدرسة.
- في بعض الأحيان يسرق الطفل ليظهر شجاعته
- قد يسرق الطفل بسبب وجود مرض نفسي أو عقلي، وليس هناك دافع أخر يقف وراء ممارسة الطفل للسرقة.(حمادي، 2016/2017، ص 27).

VII. اضطراب النوم:

النوم حالة من فقدان الوعي التي يمكن للفرد أن يفيق منها بمؤثر معين (الخالدي،2001، ص 380)، فالنوم سلطان إلا إن سلطان النوم ليس هو حاكم بأمره بل هو حاكم بأمر الله فالنوم يخضع لسنن وقوانين أودعها الله في جهازنا العصبي يوم أن خلق الإنسان وحدد له إيقاعات زمنية يسير عليها نشاط جسمه بكل أعضاءه فكلما يتوانى الليل والنهار، يتوانى النشاط والراحة على أعضاء الجسم (الخالدي،2008، ص2)

في قوله تعالى ﴿ اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنفُسَ حِينَ مَوْتِهَا وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا ۖ فَيُمْسِكُ الَّتِي قَضَىٰ عَلَيْهَا الْمَوْتَ وَيُرْسِلُ الْأُخْرَىٰ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ۚ إِنَّ فِي ذَٰلِكَ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ﴾الزمر، آية 42

هناك **أسباب** عديدة لاضطراب النوم منها:

1- الأسباب البيولوجية: مثل الإجهاد الجسمي واضطرابات الجهاز العصبي المركزي والتعود على تناول المهدئات، والمنوماتأو تناول المواد المنبهة بإفراط واضطرابات التغذية وجهاز الهضم والإمساك وغيرها (الزراد، 2009، ص471-472)،

2- الأسباب النفسية: مثل الاضطرابات الانفعالية والقلق والتوتر والاكتئاب وعدم الشعور بالأمن والراحة وقراءة القصص المثيرة أو المخيفة والخوف من الظلام بالنسبة للأطفال والنوم منفردا والهروب من مواجهة مشكلات الحياة إلى النوم

وعدم تخفيف الدوافع والحاجات وانتقال الأم خارج المنزل الذي يؤدي إلى اضطراب النوم لدى أطفالها وكذلك الانفعالات المكبوتة التي يمكن أن تؤثر في النوم (الزراد، **2009**، ص**472**).

3- الأسباب البيئية: تنشأ هذه الأسباب نتيجة لحافز خارجي مزعج أو نتيجة التغيير تناوب نوم الشخص مثل الضوضاء وطبيعة السرير وحرارة غرفة النوم وعادات النوم المتبعة (لانجين،1984، ص 55-62) وكذلك اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم ومتطلباته وإجبار الطفل أن ينام في وقت محدد حسب ظروف حياتهم والنوم مدة أقل أو أكثر من اللازم.

4- الأسباب الاجتماعيةوالتربوية: مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة عن ساعات النوم اللازمة وعدم توفير عادات صحية ونظام التغذية داخل الأسرة وضيق المسكن ونوم الأطفال مع الوالدين في نفس الغرفة (الزراد،2009، ص472)

VIII. السلوكيات المضادة للمجتمع:

السلوكات ضد اجتماعية، هي من السلوكات التي تعكس انتهاكا لقيم المجتمع، وتعد من المشكلات النفسية الاجتماعية التي تواجه المجتمع الإنساني، وتهدد كيانه وأمنه وسلامته، حيث نجد في كل مجتمع سواء غربيا أو عربيا أفرادا يخرجون عن المعايير والقيم المتفق عليها، ولقد اهتم علماء النفس والاجتماع والتربية بهذا النوع من السلوكات لما تتركه من آثار سلبية ضارة بالفرد والمجتمع، ونظرا لأهمية وخطورة موضوع السلوكات ضد اجتماعية، سنتعرض لهذا النوع من السلوكات بشيء من التفصيل حيث سنتعرض إلى تعريفها، وأهم خصائص الأشخاص المرتكبين

للسلوكات ضد اجتماعية، وأهم الأعراض حسب المراحل العمرية، فالعوامل المؤدية الى ارتكابها ثم أهم النظريات التي تناولتها بالتفسير.

تعريف كوهين (Cohen): هي السلوكات التي تعتدي على التوقعات التي يتم الاعترافبشرعيتها من قبل المؤسسات والنظم الاجتماعية

تعريف ميرنون (Mirnon):يشير الى تلك السلوكات التي تخرج بشكل ملموس عن المعايير التي أقيمت للناس في ظروفهم الاجتماعية

تعريف ولمان (Wolman)هي السلوكات التي تنتهك القوانين المباشرة والضمنية للملكية والحقوق الشخصية أو القوانين المباشرة والضمنية، التي تهدف الى الحفاظ على تماسك المجموعة والثقة بين الأشخاص.

تعرف عطوف :هي سلوكات تتسم بمخالفة القانون والتخريب ضد مطالب المجتمع وضد السلطة الاجتماعية، وعدم الاستعداد للسلوك الملتزم بالمعايير والقيم الاجتماعية

تعريف منسي: هي سلوكات سلبية تقوم على معارضة الفرد للقيم وعدم موافقته عليها، ومثل هذا الاتجاه بطبيعة الحال يكون ضد معايير الجماعة وقيمتها السائدة.

ومن خلال التعاريف السابقة يتضح بأن السلوكات ضد اجتماعية هي سلوكات تخرج بشكل جوهري عن المعايير والقيم الاجتماعية، أي أنها سلوكات غير مقبولة من طرف المجتمع.(سامية خالد ابريعم، 2018، ص 140-141).

أولا: الخصائص الأساسية للذين يمارسون السلوكات ضد اجتماعية:

- يدركون المعايير الاجتماعية ولكنهم بكل بساطة لا يقبلوها ويتصرفون كما لو كانت هناك قواعد خاصة بهم تحكم سلوكهم.
- لا يعيرون اهتماما للأحكام الأخلاقية في المجتمع ولا لحقوق الآخرين.
- يظهرون بشكل ذكي تمام حبهم للآخرين على الأقل في بداية الأمر، ولكن بعد التقرب إليهم ينقبلون إلى مخادعين ومراوغين.
- الكثير من السلوك المضاد للمجتمع يظهر في مرحلة المراهقة ويحصل على مواقف جماعة مع الأقران.
- العدوانية وضعف العلاقة مع الأقران.
- ضعف الضمير واختفاء مشاعر الذنب والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية.
- البطء في بعض أنواع التعلم خاصة التعلم الذي يحتاج للوعي بمعايير المجتمع.
- مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب النتائج.
- ضعف المشاركة الوجدانية والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين.
- عدم الكفاءة والقدرة على التكيف.
- عدم الثبات الاجتماعي.
- انخفاض القدرة على التحمل.
- اللامبالاة والسلبية. (سامية خالد ابريعم، 2018، ص 142).

ثانيا: أعراض السلوكات ضد اجتماعية حسب المراحل العمرية.

تظهر أعراض السلوكات ضد اجتماعية لدى الأفراد بحسب المراحل العمرية كالآتي:

مرحلة الطفولة: وبالضبط قبل سن (15 سنة):

- الطفل تتحكم فيه الرغبات البدائية.
- يظهر عدم النضج العاطفي والاندفاع في تصرفاته.
- غالبا ما يكون مخادعا كذابا غشاشا مشاغبا ميالا للتدمير والتخريب.
- يظهر التصنع في تصرفاته مع نوبات من الغضب.
- سلوك منحرف كالسرقة والهروب من المدارس والبيت، والكذب والتعارض
- تبول ليلي لا إرادي.

مرحلة المراهقة:

- الثورة ضد سلطة الوالدين أو أي سلطة أخرى.
- عدم تقبل نظام القيم الأخلاقية المتعارف عليه في الأسرة.
- الاضطدام مع المسؤولين بالمدرسة وتدني التحصيل الأكاديمي.

- عند اقترابه من مرحلة الاكتمال والبلوغ تزداد هذه الأعراض حدة نظرا للمسؤوليات التي يتعين عليه تحملها، وكذلك للتراخي التدريجي في سلطة البيت والتحلل منها وعدم التقيد بها.

مرحلة البلوغ:

- عدم النضج العاطفي والميل للاندفاع، ويبدو طفلا لا يخضع رغباته الخاصة ليعطي فرصة لرغبات الآخرين ويتبع هوى اللحظة التي هو فيها.
- غالبا ما يكون للفرد ملف بالشرطة نظرا لسلوكه ضد المجتمع واللاأخلاقي لأن ضميره يستبيح اشباع أهواءه، دون اعتبار للمعايير الأخلاقية أو الحدود التي يسمح بها المجتع وعليه لا يستطيع خلق علاقات للأنانية الشديدة والتركيز على الاهتمام بذاته.
- ضعف المقدرة أو انعدامها على اصدار الأحكام الموضوعية.
- لا يعتمد عليه ولا يوثق به.
- لا يهتم لنتائج أعماله ولا يقبل اللوم على غير السوي منها.
- عدم القدرة على تأجيل الاشباع العاجل لرغباته، فهذا يرتبط بعدم نضجه وشدة تركيزه على ذاته واندفاعه فهو يرغب في تنفيذ ما يرغبه وقتما يرغبه.
- يدمن على المشروعات الكحولية والمخدرات والأدوية ذات التأثيرات المتعددة (منمومة، منشطة، مهدئة، مهلوسة)
- يسقط كل نقائصه على الآخرين، ويلوم المجتمع وكل فرد إلا نفسه.
- ضعف التكيف الوظيفي وسوء الأداء المهني.
- اقتناع داخلي بأنه محصن ضد القوانين والعادات الاجتماعية وبأن هذه لم توضع له وبالتالي ليس ملزما بالتقيد بها.(سامية خاليد ابريعم، 2018، ص 144)

ثالثا: مكونات الاتجاه نحو السلوكات ضد اجتماعية:

1- **المكون الادراكي:** هو عبارة عن المؤثرات الآنية التي يتسلمها الفرد نتيجة لاتصاله ببيئته الطبيعية والاجتماعية التي يدور حول موضوع معين كالسلوكيات غير الاجتماعية، ومن ثم تتكامل مجموعة الخبرات الجزئية التي تدور حول هذه السلوكيات ويتم تناسقها في وحدة كلية، وينتج عنها نوع من التعميم تتشكل في أساسها اتجاهات مضادة واضحة المعالم، أو بمعنى آخر الصيغة الادراكية التي تتحدد في ضوءها استجابة الفرد في هذا الموقف أو غيره من المواقف.

2- **المكون المعرفي:** ويضم مجموعة من الأفكار والمعتقدات والخبرات التي تكونت لدى الفرد عن المجتمع الذي يعيش فيه، عن طريق التلقين او عن طريق الممارسة المباشرة لقنوات الاتصال الثقافية الأخرى، وهو بمثابة المعلومات والمعارف التي توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه.

3- **المكون السلوكي:** وينطوي على أساليب الفرد السلوكية أو التغييرات والاستجابات التي يقوم بها في موقف ما، وذلك بعد إدراكه ومعرفته وانفعالاته في هذا الموقف، أو عندما تتكامل جوانب الادراك بالإضافة إلى رصيد الخبرة والمعرفة التي تساعد على تكوين الانفعال وتوجيهه فيقوم الفرد بتقديم الاستجابة التي تتناسب مع هذا الانفعال والذي بدوره يقود الى السلوك المضاد للمجتمع، الذي يعبر عمّا يوجد لدى الفرد من مشاعر ومعتقدات تُجاه الآخرين والمجتمع، وعليه يعدُّ المكون السلوكي المظهر الصريح للاتجاه المضاد للمجتمع أو النتيجة النهائية له.

4- **المكون الانفعالي:** وهو أحد المكونات الأساسية للتجاه المضاد للمجتمع، الذي يعني الاستجابة الانفعالية التي يتخذها الفرد تجاه مثير معين، والذي بناء على عمقه ودرجة استجابته يتميز الاتجاه القوي من الاتجاه الضعيف، فقد تكون استجابته قوية وهدامة أو قد تكون ضعيفة ذات آثار قليلة حسب نوع المثير وشدته، وإن الحكم المسبق للاتجاه المضاد للمجتمع إذا افتقد المضمون الانفعالي يصعب القول أنه اتجاه مضاد للمجتمع.

الفصل العاشر

تشخيص الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

تمهيد:

تعد إجراءات التشخيص لاضطرابات السلوك عملية معمقة جدا وتحتاج إلى جهد كبير ووقت مطول، وهذا نظرا لعدة أسباب، أبرزها عدم الاتفاق على تعريف موحد الاضطرابات السلوك كما أشرنا سابقا في الوحدة الثانية.

لذلك فإن المختصين يختلفون فيما بينهم في الإجراءات والطرق التي يتم بها تشخيص وتقييم هذه الاضطرابات، وذلك أعتمادا على الخلفية النظرية المختلفة التي يعتمدونها.

ونسعى من خلال هذا الفصل إلى تحديد بعض المصطلحات المتعلقة بعملية التشخيص والاعتبارات الواجب اتخاذها من أجل تشخيص الاضطرابات السلوكية، وأساليب الكشف عنه، وأبرز أنواع تشخيص الاضطرابات السلوكية.

أولا: تحديد المصطلحات المتعلقة بعملية التشخيص:

1- الكشف: هو عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، يقوم بها الوالدان والمعلمون والفريق المتخصص، ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادقة للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأفراد، بغية التعرف على الأفراد الذين يعانون من صعوبات من أجل حالتهم إلى عملية الفحص(يحي، 2003، ص102)

2- التعرف: تتضمن هذه العملية التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات لدى الأفراد المشكوك بهم.

3- التشخيص: يعني التشخيص الفهم الكامل، ويتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشتمل على: الملاحظة، الوصف، تحديد الأسباب، التصنيف، التحليل، بقصد التوصل إلى افتراضدقيق نحو طبيعة وأساس المشكلة لدى الفرد(القريوتي، والسرطاوي، والصمادي، 1995، ص 341)

ثانيا: أنواع تشخيص الاضطرابات السلوكية:

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف هي مرحلة التشخيص، والذي يقوم به عادة فريق متعدد الاختصاصات يتضمن على الأقل أخصائيا لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية، وتتضمن عملية التشخيص الشامل عدة أنواع:

1- التشخيص النفسي العصبي:الأخصائي النفسي هو شخص مدرب، يهتم بالأفكار والمشاعر والسلوك بالإضافة إلى التركيز على كيفية تأثير اختلال الدماغ على السلوك، ويعمل كل من طبيب الأعصاب والأخصائي النفسي العصبي بشكل تعاوني، ويساهم كل منهما في عمل الآخر بطرق مختلفة وذلك بهدف التعرف على كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالجة المشاكل التي قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة في الدماغ، ويستخدم أخصائيو النفس العصبيون اختبارات لتشخيص الاضطرابات السلوكية الناتجة عن خلل دماغي تدعى بالاختبارات النفسية العصبية، وتعتمد هذه الاختبارات على فكرة أن وظائف نفسية مختلفة مثل السرعة الحركية، الذاكرة، اللغة...إلخ، تقع في مناطق أو مراكز مختلفة من الدماغ وبهذا فمن نواحي الضعف في الأداء على اختبار معين يمكن أن - تعطي تلميحات حول موقع الخلل في الدماغ.

2- **التشخيص الأكاديمي والتربوي:** تتضمن هذه العملية استخدام اختبارات تربوية ملائمة ومتوفرة بالإضافة إلى الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، كما يجب أن تؤخذ ملاحظات الوالدين والمعلمين وتقديراتهم بعين الاعتبار، وتتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية: التحليل، الملاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم، واختبارات الذكاء والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمي والتربوي، وفيما يلي نتحدث عن الأدوات السابقة التنكر بشيء من التفصيل.

الفصل الحادي عشر

علاج الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

تمهيد:

إن الأساليب العلاجية واستراتيجياتها متعددة وكثيرة، وذلك وفقا لتعدد النظريات المفسرة في فهم الأسباب الكامنة وراء الاضطرابات السلوكية فهناك النظرية التحليلية بزعامة (فرويد، والفرويديون الجدد أبرزهم ادلر، ويونغ)، وهناك النظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، والنظرية الوجودية والإنسانية، وغيرها من النظريات السابقة الذكر في الفصل الثاني، والتي اجتهدت في فهم الاضطرابات السلوكية كل حسب مجموعة المبادئ التي يعتنقها، مما أدى إلى أن كل مؤيد لهذه النظريات يعتقد بان أفضل أسلوب لحل مشكلة السلوك المضطرب الذي يعاني منه بعض أفراد المجتمع هو الأسلوب الأفضل والطريقة المثلى في علاج هؤلاء الحالات وتخليصهم من معاناتهم، لذلك سنحاول من خلال هذا الفصل عرض أشهر الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الاضطرابات السلوكية.

أولا: العلاج السلوكي.

يعتبر مفهوم العلاج السلوكي إشارة واضحة إلى نوع من العلاج النفسي يستخدم فيه ويطبق قوانين وأفكار المدرسة السلوكية في العلاج النفسي للمظاهر السلوكية المضطربة، وتنوعت فنيات العلاج السلوكي بتنوع توجهات علماء السلوكية التقليديين والمحدثين.

والعلاج السلوكي هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية ويقوم العلاج السلوكي على الأسس التالية:

- يعتمد العلاج السلوكي على مبادئ وقوانين نظريات التعلم المنبثقة عن التجريب العلمي مباشرة في مواقف محددة وسلوكيات محددة أيضا.
- يقوم العلاج السلوكي على تناول العرض الحالي بدون البحث في تاريخ العرض ونشأته والعوامل والسياق الاجتماعي للسلوك المضطرب.
- لا يقوم المعالج السلوكي بالبحث عن الدوافع اللاشعورية الكامنة وراء السلوكالحالي.
- تقتصر عملية التشخيص في العلاج على مجرد حصر السلوكيات المحددة غير المرغوبة أو السلوكيات المراد تقوينها.
- يقوم العلاج السلوكي على النظر إلى الاضطرابات السلوكية بوصفها استجابات وعادات سلوكية شاذة تم اكتسابها بفعل خبرات خاطئة.
- نعتبر فنيات العلاج السلوكي حاليا متنوعة وكثيرة وتهتم أكثر عن سابقاتها بالظروف المؤدية إلى حدوث الاضطراب السلوكي.
- لا يستغرق العلاج السلوكي وقتا طويلا لسهولة الإجراءات والخطوات المحددة مقارنة بالعلاجات الأخرى(باظة، 2003، ص ص 259-261)

والعلاج السلوكي في مجال علاج اضطرابات السلوك يقوم على أساس أن الشخص المضطرب قد تعلم هذا السلوك عن طريق مبادئ التعلم، والفرد يتعلم السلوك المضطرب بنفس مبادئ وشروط التعلم، والمعالج السلوكي يعلم الفرد كيف يزيل ذلك الإشراط وأن يمحوه، وباستخدام نفس المبادئ التي تزيد من فرص حدوث سلوكيات مرغوبة عن طريق التعزيز الإيجابي والنمذجة وتشكيل السلوك وتسلسله وغيرها.

ثانيا: العلاج المعرفي:

ويشير العلاج المعرفي إلى مجموعة من الاتجاهات العلاجية التي تهدف إلى تعديل النماذج الخاطئة في تفكير العميل، وينصب التركيز في هذا العلاج على أسلوب تفكير العميل ومشاعره وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك، ولذا ينظر إليه على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة.

ثالثا: العلاج الجماعي:

تجمع التعريفات المختلفة للعلاج النفسي الجمعي على انه ذلك العلاج الذي يتم في إطار المجموعة، لما بحتفه التفاعل بين المجموعة من فوائد تساهم في العلاج وحل بعض المشكلات، ويمكن ان يكون العلاج الجمعي مكملا للعلاج الفردي ومدعما له، نعرف العلاج الجمعي بأنه محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى والتعديل من نظراتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم، من خلال وضعهم في جماعة. بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة، وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية (ابراهيم، 1988)

رابعا: أساليب العلاج النفسي الجماعية:

1- **التمثيل النفسي المسرحي (السيكو دراما):** في شكل من أشكال العلاج الجنسي والتي تستخدم فيها اساليب محددة حيث يتم تمثيل مواقف الحياة اليومية في مكان محدد، باستخدام اعضاء المجموعة للتمثيل وهي عملية غنية بالمرح وتقديم

الحلول للمشكلات باستخدام طرق عفوية وإبداعية من المجموعات (2000 ،Wilkins)

2- **العلاج الجمعي العائلي:** يعرف (مورجان ومورجان1984) العلاج العائلي بأنه أسلوب من الأساليب العلاج النفسي الجماعي ويتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد وهوعلاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير انماط التفاعل المرضية داخل الأسرة.

من دواعي استخدام العلاج الأسري ما يلي:

- اضطراب العلاقات الأسرية وتبادل الاتهامات والاسقاطات.
- اضطراب العلاقات الزوجية.
- اضطراب الأسرة وانهيارها.

خامسا: أسس العلاج النفسي الجماعي.

يعتمد العلاج النفسي الجماعي على أسس نفسية واجتماعية تقتضي الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويمه ومن هذه الأمس ما يلي:

- حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والتي لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي.
- المعاييروالادوار الاجتماعية التي تحدد سلوك الفرد وادواره في المجتمع.

- التوافق الاجتماعي كهدف للعلاج النفسي الاجتماعي يرتبط بالتوافق الشخصي وسعادة الفرد في التفاعل الاجتماعي.
- العزلة الاجتماعية كسبب من أسباب المرض النفسي.
- أثر التفاعل الاجتماعي بين الأفراد والجماعة والمعالج، واعتباركل فرد في الجماعة معالجا للأخر (سري، 199).

سادسا: العلاج عن طريق اللعب:

ينصح باستعمال العلاج باللعب مع أي طفل لديه مشكلات بما في ذلك هؤلاء الذين لديهم اضطرابات سلوكية، مشاكل دراسية، صعوبات في النطق، أما ما نقصده بخصوص الاضطرابات السلوكية فهي تعني الأطفال الذين تتراوح صعوبة تأقلمهم من المنعزلين تماما إلى النشطين جدة، والذين يعبرون عن شعورهم، وكذلك من يعانون من صعوبات النطق والتأتأة واللغة المكررة واللغة غير الواضحة، وكذلك عدم القدرة على الكلام، أيضا من لديهم صعوبات في مجال القراءة ويحظى اللعب الآن باهتمام بالغ من جانب السيكولوجيين والتربويين من زاوية تأثير السلوك على النمو النفسي المعرفي للأطفال، وتشير وجهة النظر العلاجية إلى أن اللعب يعتبر وسيلة للتغلب على المخاوف والقلق والتوتر. كالقفز، الرسم، ألعاب التركيب.....الخ

خاتمة

ومما سبق ذكره يمكن القول أن الاضطرابات السلوكية مفهوم يتصف بالنسبية، وتجدر الإشارة بأن تعريفاتها وتصنيفاتها مختلفة بين الباحثين. وفي تحديد أسبابها وطرق علاجها ومدى انتشارها حيث تعتبر الاضطرابات السلوكية إحدى ميادين التربية الخاصة الحديثة نسبيا فالمعرفة في هذا الميدان مازالت حديثة مقارنة بميادين التربية الخاصة الأخرى.

نظرا لتعقد الاضطرابات وتداخلها مع اضطرابات أخرى أدى إلى عدم الاتفاق على معنى السلوك السوي والسلوك الشاذ(المرضي) بصفة نهائية نظرا للتباين في استخدام المعايير للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ نتيجة تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات لكل باحث مهتم في هذا المجال.

كما أن مسألة اعتبار سلوك الطفل طبيعيا أم لا تعتمد على السن، النمو النفسي والعاطفي، النمو الفكري، النمو الجسدي.، ولا بد أن يكون مستوى خطورة هذه الأعراض أكثر من المستوى الذي يعد طبيعيا عند أطفال أخرين، ويجب على المختصين في المجال النفسي جمع معلومات عن سلوك وبيئة الطفل، وفقا للمعايير المحددة للاضطرابات السلوكية والمتمثلة في شدة الاضطراب، المدة، تكرار السلوك.

قائمة المراجع

أولا: الكتب باللغة العربية:

1. أحمد عبد الكريم، محمد أحمد خطاب،(2010) : **الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال والمراهقين**، دار الثقافة : عمان.

2. أسامة فاروق مصطفي،(2011)، **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسباب – التشخيص – العلاج**، دار المسيرة : عمان.

3. باظة أمال عبد السميع مليجي(2003): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، مكتبة الانجلو المصرية

4. جمال مثقال القاسم وأخرون، (2000) : الاضطرابات السلوكية، دار الصفاء، عمان.

5. خولة أحمد يحي(2000): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان (الاردن).

6. الريماوي محمد وآخرون(2004): علم النفس العام، دار السيرة للنشر والطباعة، عمان.

7. الزراد، فيصل محمد طير الأمراض النفسية (2009): **الجسدية أمراض العصر**، ط2 دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

8. سامية خالد ابريعم(2018): **الاضطرابات السلوكية، التعريف، النظريات المفسرة،أبرز الأشكال**، ط1، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان.

9. السرطاوي .زيدان كمال سالم(1987): **المعوقون أكاديميا وسلوكيا خصائصهم واساليب تربيتهم**، ط1، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض.

10. عبد الرحيم، فتحي السيد(1983): **قضايا ومشكلات في سيكولوجية الاعاقة ورعاية المعاقين**، دار القلم للنشر، الكويت.

11. عبد المنعم عفاف (2003): **الادمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية

12. العزة . سعيد جسني(2002): **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة، عمان.

13. عزة جلال عبد الله حسين، (2017)، **المسرح المدرسي ومعالجة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المنغوليين**، المكتب العربي للمعارف: القاهرة

14. فايد حسين(2004): **علم النفس المرضي السيكوباتولوجي**، ط1، مؤسسة حورس الدولية ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.

15. القريوني يوسف(1995): **مدخل الى التربية الخاصة**، ط1.، العين دار القلم.

16. القمش مصطفى، المعايطة خليل(2006): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط1، دار المسيرة للنشر والطباعة، عمان.

17. لانجين، (1984) ديتري النوم واضطراباته، ترجمة حلمي نجم عبد الله، بغداد دار العربية للطباعة

18. مصطفي نوري وأخرون، (2009)، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط 2، دار المسيرة: عمان.

19. ملحم سامي (2001): **سيكولوجية التعلم والتعليم**، دار السيرة للنشر والطباعة، عمان.

20. مليكة لويس كامل (1997): **علم النفس الاكلينيكي**، مطبعة فيكتور كراس، القاهرة.

ثانيا: المذكرات والأطروحات الجامعية

21. بن ناصر صابرينة، قليلية جهيدة، العوامل الأسرية وظهور الاضطرابات السلوكية الظاهرة عند الطفل دراسة عيادية لست حالات، مذكرة ماستر، منشورة 2016/2015، قسم علم النفس، جامعة عبد الحميد بن باديس: مستغانم.

22. حمادي نجوي، المشكلات النفسية والسلوكية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، مذكرة ماستر، منشورة 2017/2018، قسم علوم التربية، جامعة محمد خيضر: بسكرة.

23. ليلي أحمد مصطفي وافي، الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوي التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين، رسالة ماجيستير، منشورة (2006)، قسم علم النفس، جامعة الإسلامية: مصر

24. مروك فاطمة الزهراء، الاضطرابات السلوكية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عمال قطاع المحروقات، رسالة دكتوراه، منشورة (2016/2017)، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدى مرباح: ورقلة.

25. مريم سبعي، السلوك العدواني لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية، مذكرة ماستر، منشورة (2015/2014)، قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر: بسكرة.

ثالثا: المقالات والمداخلات.

26. ياسين عبد الرزاق(2009): الاضطرابات السلوكية مجلة كلية التربية الأساسية.الجامعة المستننصرية، العراق.

رابعا: المراجع باللغة الأجنبية

27. Boutzin, R, Joor, R(1996): Abnormal psychology current perspectives (6nd), new york ; Megraw-hill

28. Kuffman, J (1977): characteristics of children behaviors disorders, columbus; ohaio

29. Ross،A, (1974): psychological disorders of children ،New york :Mc،jaraw-Hill

30. Bloch،A، et ،al (1993)،Grand dictionnaire de la psychologie،la rousse: france

خامسا: المو اقع الإلكترونية

31. حجازي(د ت): الانتحار وأعراضه

http:www.alwaei.com/site/index.php?cID

32. www.palwho93.org/slouk.com-

الفهرس

فهرس المحتويات

إهداء	
تقديم	02
الفصل الأول: السلوك الانساني	
تمهيد	05
أولا: تعريف السلوك الإنساني	05
ثانيا: أنواع السلوك	07
ثالثا: خصائص السلوك	08
رابعا: الأبعاد الرئيسية للسلوك	10
خامسا: كيفية تعلم السلوك	11
سادسا: العوامل المؤثرة في تنمية السلوك	12
الفصل الثاني: مدخل تأصيلي للاضطرابات السلوكية والانفعالية	
تمهيد	14
أولا: تعريف الاضطراب السلوكي.	14
ثانيا: تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيا و انفعاليا.	16
ثالثا: أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية.	21
رابعا: أعراض الاضطرابات السلوكية.	24
خامسا: خصائص المضطربين سلوكية.	25
الفصل الثالث: تصنيف الاضطرابات السلوكية	
تمهيد	30
تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)	31
تصنيف النظام السلوكي	31

تصنيف كوي (Quay, 1975)	**32**
التصنيف بالاعتماد على شدة الاضطراب السلوكية	**32**
تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1968	**33**
تصنيف حسب شدة الاضطراب	**36**
تصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة	**36**
الفصل الرابع: المعايير المحددة للاضطرابات السلوكية	
معيار الشعور بعدم الراحة	**40**
معيار الشعور بالعجز أو القدرة	**40**
معيار الانحراف عن المجتمع	**40**
الفصل الخامس: أبعاد ومحكات السلوك المضطرب	
المعدل	**43**
الشدة	**43**
المدة	**43**
المحكات	**43**
الملائمة للسن والجنس	**43**
شدة السلوك وتكراره	**44**
الاستمرارية	**44**
السياق	**44**
اتساع الاضطراب وامتداده	**45**
معاناة الطفل والأخرين	**45**
الطبوغرافيا	**45**

الفصل السادس: النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية	
تمهيد	47
أولا: النظرية البيولوجية	47
ثانيا: النظرية السيكودينامية	48
ثالثا: النظرية السلوكية	50
رابعا: النظرية المعرفية	51
خامسا: النظرية البيئية	53
ثامنا: النظريةالتحليلية	54
الفصل السابع: تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية	
تمهيد	56
أولا: تحديد المصطلحات المتعلقة بعملية التشخيص	56
ثانيا: أنواع تشخيص الاضطرابات السلوكية	57
الفصل الثامن: أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا	
أولا: الأسلوب السلوكي	60
ثانيا: الأسلوب السيكو دينامي (القوى النفسية)	63
ثالثا: الأسلوب النفس تربوي	63
رابعا: الأسلوب البيئي	64
الفصل التاسع:أبرز أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية	
1. السلوك العدواني.	66
2. الكذب.	79
3. التبول اللاإرادي	80
4. قضم الأظافر	83

5. فوبيا المدرسة.	**83**
6. السرقة	**85**
7. اضطراب النوم:	**87**
8. السلوكيات المضادة للمجتمع.	**88**
الفصل العاشر: تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية	
تمهيد	**96**
أولا: تحديد المصطلحات المتعلقة بعملية التشخيص	**96**
ثانيا: أنواع تشخيص الاضطرابات السلوكية	**97**
الفصل الحادي عشر: علاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية	
تمهيد	**100**
أولا: العلاج السلوكي.	**100**
ثانيا: العلاج المعرفي.	**102**
ثالثا: العلاج الجماعي	**102**
رابعا: أساليب العلاج النفسي الجماعية	**102**
خامسا: أسس العلاج النفسي الجماعي.	**103**
سادسا: العلاج عن طريق اللعب.	**104**
خاتمة	**105**
قائمة المراجع	
الفهرس	