

جامعة محمد لامين دباغين - سطيف 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

محاضرات في الصحة النفسية للطفل والمراهق

لطلبة السنة الثالثة توجيه وإرشاد (ل م د)

د. حسان سخسوخ

السنة الجامعية 2014-2015م

المقدمة:

تعتبر الصحة النفسية من أهم وأكثر المواضيع التي أصبحت تحظى باهتمام العلماء والباحثين، نظرا للحاجة الملحة التي نتجت عن تعقد حياة المجتمعات، والتطور الحضاري الذي يشهده العالم من مختلف الجوانب العلمية والتكنولوجية والاقتصادية والصناعية فضلا عن الحروب المختلفة والتهديدات الأمنية، وما ترتب عنه من مشكلات نفسية من قبيل شعور الإنسان بعدم الأمن والاعتزاز وسوء التوافق وصعوبة مواكبة سرعة هذا التطور الهائل، وليس من دليل يعبر بحق عن هذه الحاجة الملحة للرعاية النفسية كانتشار المصحات النفسية ومصالح طب الأمراض العقلية والمراكز المتخصصة في تقديم الخدمة النفسية حسب طبيعة المشكلة أو الإعاقة في المجتمعات المعاصرة. ناهيك عن كون الصحة النفسية أصبحت تخصصا قائما بحد ذاته يدرس في الجامعات وخاصة علي مستوي الدراسات العليا.

من البديهي أن أي مجتمع يود أن يسير ركب التقدم عليه أن يوجه اهتمامه إلي الموارد البشرية إلي جانب الموارد المادية، وهذه الموارد تتمثل في قدرات وإمكانات وخبرات أفرادها وصحتهم النفسية، وخاصة منهم الأطفال والمراهقين الذين هم رجال ونساء الغد علي حد تعبير "فرانسواز دولتو" (Françoise dolto) التي تقول أنه: ((يجب أن نحترم في الطفل امرأة ورجل المستقبل))، وبالتالي فإن صلاح مستقبل المجتمع يتوقف علي صلاح أطفاله الذي لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال الوعي بضرورة توفير الرعاية النفسية والتربوية.

إن التمتع بالصحة النفسية والخلو من المرض النفسي في سن الرشد، يتوقف إلي حد بعيد علي الطفولة التي يجب تجاوز مختلف مراحلها بنجاح من خلال تلبية متطلبات نمو كل مرحلة بشكل صحيح ومتوازن بعيدا عن الغلو في الإشباع أو الحرمان، وإتباع أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية الصحيحة ومساعدة الطفل علي حل الصراعات ومواجهة الخبرات المؤلمة وتجاوزها، والتحليل النفسي الكلاسيكي يعتبر أن جذور أي مرض نفسي في سن الرشد تعود إلي مرحلة الطفولة ويرتبط بها بشكل أو بآخر، وهنا تقع علي الأسرة بوجه خاص مسؤولية كبيرة فتقصير الآباء تجاه الأبناء من شأنه أن ينمي أفرادا غير متراحمين مع الآباء وغير متوافقين مع بعضهم، ويمكن أن يمتد الخلاف إلي الإخوة والأخوات فيما بينهم، والحقيقة أنه لا توجد أسرة بمنأى عن التعرض للمشكلات علي اختلاف طبيعتها ودرجاتها، وبالمقابل تتباين أساليب مواجهة هذه المعوقات من أسرة لأخرى، وذلك حسب المستوى الاجتماعي والاقتصادي العام الذي يشمل المستوى التعليمي للوالدين والوظيفة والحالة الصحية والسكن والمركب ومختلف متطلبات العيش الأخرى، التي يترتب عليها في النهاية تماسك الأسرة من عدمه، فالأسرة المتماسكة سيكون بمقدورها مواجهة الصعاب وتجاوزها بشكل أو بآخر، بل إنها ستتيح لأبنائها فرصة اكتساب القدرة علي مواجهة الحياة، أما الأسرة المفككة فإنها لا شك سوف تنهار أمام الأزمات، وتجعل أبنائها عرضة إما للاضطرابات النفسية أو للجنوح والجريمة.

والواقع أن التعامل مع الصحة النفسية للطفل والمراهق ينبغي أن يختلف عما هي الحال عند الراشد، ذلك أن العديد من المظاهر التي قد تبدو من الوهلة الأولى اضطرابا نفسيا أو سلوكيا، قد لا تكون إلا مظهرا من مظاهر النمو لا غير، لأن الفرد في هذه المرحلة يمر بتغيرات نمائية مختلفة ومتسارعة في الوقت نفسه، يجعل مما يعتبر اضطرابا نفسيا في سن الرشد ليس كذلك في سن

الطفولة أو المراهقة، ولذلك ينبغي علي الوالدين والمربين والمتخصصين عدم التسرع في التشخيص أو إصدار الأحكام علي سلوك الطفل أو المراهق.

تأتي هذه المطبوعة البيداغوجية في محاولة لتوفير مادة علمية مركزة قدر الإمكان لطلبة السنة الثالثة توجيه وإرشاد (ل م د)، وسط زخم من المعلومات العلمية المبعثرة قد تجعل الطلبة يشعرون بالارتباك والضياع خاصة وهم في مرحلة التدرج الجامعي، ومساعدتهم علي كيفية دراسة الاضطراب النفسي والسلوكي لدى الطفل والمراهق بالتدرج عبر تعريف المشكلة النفسية وتحديد أسبابها ومظاهرها ثم طرق وأساليب علاجها، وهي المنهجية نفسها التي تتبع في الممارسة المهنية الميدانية للمرشد النفسي. كما تم مراعاة التدرج في تقديم المحاضرات من العموم إلي الخصوص وتناول المشكلات النفسية والسلوكية الأكثر انتشارا لدى الطفل والمراهق والمتمثلة في التبول اللاإرادي وفرط النشاط والعدوان والتوحد واللحجة وأزمة الهوية لدى المراهق، إضافة إلي تَبَيَّن للمصطلحات الواردة في متن المطبوعة مترجمة إلي اللغة الفرنسية، وذلك نظرا لأهمية المصطلح في أي تخصص من التخصصات العلمية، وتجدر الإشارة إلي أن الهدف العام من المقياس هو التعرف علي الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تمس الطفل والمراهق وأن الأهداف الوسيطة هي علي العموم تحديد أسباب ومظاهر هذه الاضطرابات وكيفية التعامل معها، في حين أن الكفاءات المنشودة من عموم المحاضرات هي التحكم في تشخيص تلك الاضطرابات وفي طرق وفيات علاجها والوقاية منها.

فهرس المحتويات

المحتوي.....	رقم الصفحة.....
المقدمة.....	أ،ب.....
فهرس المحتويات.....	01.....
المحاضرة الأولى: مدخل إلي الصحة النفسية.....	02.....
المحاضرة الثانية: الصحة النفسية بين الأسرة والمدرسة.....	06.....
المحاضرة الثالثة: الصحة النفسية للمعلم.....	10.....
المحاضرة الرابعة: الشخصية.....	13.....
المحاضرة الخامسة: السواء واللاسواء.....	17.....
المحاضرة السادسة: التوافق النفسي.....	20.....
المحاضرة السابعة: التبول اللاإرادي.....	22.....
المحاضرة الثامنة: فرط النشاط.....	25.....
المحاضرة التاسعة: العدوان.....	29.....
المحاضرة العاشرة: التوحد.....	34.....
المحاضرة الحادية عشرة: اللجلجة.....	39.....
المحاضرة الثانية عشرة: أزمة الهوية لدى المراهق.....	42.....
خاتمة.....	47.....
قائمة المراجع والمصادر.....	48.....
ثبت المصطلحات.....	52.....

المحاضرة الأولى: مدخل إلى الصحة النفسية

1- بداية الاهتمام بالاضطرابات النفسية:

لقد وجدت الأمراض الاضطرابات النفسية منذ وجد الانسان، وكان الاعتقاد السائد أنها عبارة عن مس من الشيطان، أو أنها سلوكيات خاطئة، أو تعبر عن الكسل، وأنها معدية، وبرز هذا الفهم للأمراض والاضطرابات النفسية من خلال طرق العلاج التي كانت متبعة مثل العقاب الشديد والسجن والضرب والتقييد بالسلاسل. (بجي، 2000، ص 20)

وترجع البدايات الأولى للرعاية النفسية والوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية ومحاولة فهم أسبابها إلى آلاف السنين، وبصرف النظر عن طبيعة هذه الإسهامات التي كانت في معظمها مجانبة للصواب وتعتمد على تأويلات غير موضوعية ولا تعبر عن حقيقة المرض النفسي، إلا أنها تبقى جهودا بذلت في الرعاية النفسية منذ القدم، ويمكن اعتبارها محاولات لفهم السلوك الإنساني خاصة في جانبه غير السوي.

غير أنه يمكن اعتبار العصور الوسطى (Moyen âge) البداية الحقيقية للاهتمام بالصحة النفسية وبالأساليب التي يتم إتباعها في الزمن المعاصر، حيث برزت العديد من صور الرعاية النفسية وفي أمكنة مختلفة، والتي شكلت الانطلاقة الحقيقية في الرعاية النفسية. فقد استشر الأطباء المسلمون أهمية الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للإنسان، فانتشرت دور الرعاية النفسية في دمشق وبغداد وأندلس والتي كانت تعرف ب"البيمارستانات"، فظهر العلاج بالنشاط والموسيقى بهدف إعادة التوازن النفسي للمريض.

ولقد تأثر الطبيب الفرنسي "بينيل" (Pinel) (1745-1820) بطرق العلاج المتبعة في العالم الإسلامي، حيث أشار في إحدى كتاباته سنة 1819 إلى أنه تم بمدينة "ساراجوسا" الإسبانية إنشاء مصحة للأمراض العقلية تحت شعار الصحة للجميع، وكان يتبع العلاج بالعمل الزراعي، وقام سنة 1798 بالدعوة إلى تخليص المصابين بالأمراض النفسية من القيود، حيث كان الاعتقاد سائدا لدى الأطباء في ذلك الوقت أن معاملتهم بالضرب والسلاسل هي طريقة العلاج المناسبة، ما دفع ب"بينيل" إلى نشر كتاب يشرح فيه الأساليب المناسبة للتعامل معهم. وهو ما أسهم بالفعل في تغيير النظرة إلى المرضي نفسيا من قبل الأطباء ومن المجتمع ككل.

وفي سنة 1835 قام "جيزلان" (Guislan) في بلجيكا أيضا بتخليص المرضي نفسيا من القيود، كما ظهرت مؤسسات تتكفل بهم بطريقة أكثر إنسانية في كل من هولندا والسويد، وبرزت هذه المعاملة في بريطانيا أيضا على يد "كونولي" (Connolly)، كما تمت في روسيا ترجمة كتاب "بينيل" إلى اللغة الروسية. غير أن الرعاية الإنسانية كانت محدودة في ألمانيا إلى أن ظهرت بعض المحاولات من خلال "فرونانداينز" (Grisinger) سنة 1817 و"غريزينغر" (Feronandheinz) سنة

1860، كما تم في مدينة لايبزغ إنشاء مصحة ألت-شيربيتس (Alt-Scherbetz) والتي كانت تتبع الأساليب الإنسانية في التعامل مع المرضى وما تزال مفتوحة إلى غاية هذا اليوم.

وباقتراب القرن العشرين بدأ يظهر الاهتمام بالجائحين والمتخلفين ذهنيا في فرنسا، وعلي يد "ويتمر" (Witmer) في العيادة التي افتتحها في بنسلفانيا في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1896، وهي الحال نفسها في العيادة المتخصصة في التخلف الذهني والتي أقيمت في بوسطن سنة 1909، وفي السنة نفسها أسس "هيلي" (Helly) في شيكاغو معهد رعاية الأطفال الجائحين، وتم إنشاء اللجنة القومية للصحة النفسية.

وكان لبداية حركة القياس النفسي سنة 1905 من خلال مقياس سيمون بينيه في فرنسا، والذي أسهم بشكل كبير في التعرف علي معدل الذكاء لدى الأطفال وضبط معايير الصحة والمرض والسوء واللاسوء.

وأنشئت سنة 1948 منظمة الصحة العالمية Organisation Mondiale de la santé mentale (OMS) والتي كان مقرها في لندن، وكان الهدف منها نشر الوعي الصحي وتوفير الخدمة الصحية والتعاون العالمي وتبادل الخبرات في موضوع الصحة.

ويعتبر التحليل النفسي الذي أسسه "فرويد" (Freud) (1856-1939) في هذه المرحلة أهم التيارات التي أثرت إلي حد كبير ومازالت إلي اليوم في حركة الصحة النفسية، من خلال تحديد طبيعة الاضطرابات والأمراض النفسية والتركيز علي العمليات النفسية، بدلا من العوامل العضوية مثلما كان سائدا. وفي منتصف القرن العشرين أخذت اتجاهات أخرى في الظهور علي غرار السلوكية التي ركزت علي أهمية التعلم في ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية، إضافة إلي المعرفية والإنسانية وما تفرع عنها من طرق وأساليب علاجية متعددة ومتنوعة ومايزال التطور مستمرا. وكل ذلك مرتبط لاشك بالتحويلات والمساقات الفكرية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والأمنية التي مر بها العالم الغربي، وما ترتب عنها من مشكلات نفسية وحتى عقديّة وفلسفية، أدت إلي ظهور حركات تنادي باحترام إنسانية وحقوق الإنسان. (سامر، 2002، ص 15-18)

2- تعريف الصحة النفسية:

الصحة النفسية حالة دائمة نسبية، حيث يكون الفرد متوافقا نفسيا واجتماعيا، تتميز شخصيته بالتكامل السوي ولديه القدرة علي إثبات ذاته ومواجهة الحياة واستغلال قدراته بأقصى ما يمكن، ويتمتع بالسعادة.

وحسب منظمة الصحة العالمية (OMS) فإن الصحة النفسية حالة من التكامل النفسي والجسمي والاجتماعي وليست مجرد الخلو من المرض، فهي إذن حالة إيجابية تشمل صحة العقل وسلامة السلوك ولا تعني فقط التعافي من مظاهر الاضطراب النفسي. (زهرا، 2005، ص 9)

يعرف "عبد العزيز القوصي" الصحة النفسية بأنها: ((حالة من التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية)). وبين "القوصي" في تعريفه للصحة النفسية ثلاثة مظاهر أساسية تحدد السلوك السوي تتمثل في التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، والمقدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية، والإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية، ويستطرد "القوصي" في شرح تعريفه مؤكداً أن الصحة النفسية تأخذ بالحسبان المبادئ الإنسانية والاجتماعية، وأن السعادة والكفاية تتحقق عند مراعاة صالح المجتمع والآخرين، وأن الأهداف الفردية تستوجب تحقيق الأهداف الاجتماعية والعكس صحيح، ثم يؤكد "القوصي" أن التكيف الصحيح يتطلب أن لا يقوم الأفراد بمجرد الإذعان للمجتمع كما هو، وإنما محاولة القيام بأنصبتهم في إحداث تغيير ينقله إلى حالة أحسن مما هو فيها.

ويعرف "عبد المطلب أمين القريطي" الصحة النفسية السليمة بأنها: ((حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية)).

يوضح "القريطي" في هذا التعريف حالتين أساسيتين تتسم بهما الصحة النفسية وهما: حالة الاستقرار النسبي والحالة الإيجابية، اللتان تشكلان في النهاية حالة تعبر عن التكامل بين طاقات الفرد وإمكاناته ووظائفه المختلفة، الانفعالية والعقلية والدافعية من جهة، ثم التوازن بين القوى الداخلية والخارجية من جهة أخرى. في النهاية يشكل كل من التكامل بين الطاقات، والتوازن بين القوى على تنوعها عملاً واحداً منتظماً دينامياً.

ويعرف "علاء الدين كفاي" الصحة النفسية بأنها: ((حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية)). هذا التعريف لا يختلف عن سابقه من حيث المضمون، فهو عبارة عن مجموعة من المظاهر السلوكية والصفات الإيجابية كأهداف أساسية يمكن للفرد أن ينميها ويوصلها في سلوكه، فيشعر على إثرها بالرضا والكفاية، ومن ثم التمتع بالصحة النفسية.

ويقول "بارون" (Barron): ((إن الذين يتمتعون بالصحة النفسية السليمة هم من يعملون ما يرونه صواباً، والصواب في نظرهم هو أنه لا ينبغي على الفرد أن يكذب، أو يغش، أو يسرق، أو يغتاب، أو يقتل، وبصفة عامة الصواب هو ألا نفعل ما يهدد سير الحياة ونموها)).

يؤكد هذا التعريف بالدرجة الأولى على الجوانب الخلقية كمحددات للصحة النفسية السليمة، إذ لا تقتصر مظاهر الصحة النفسية في هذا التعريف على التوافق أو التكيف النفسي فقط بل يتجاوزهما، موضحاً أن السلامة النفسية تقتضي إدراكاً عميقاً للتكيف والتوافق من خلال تحقيق الغاية الخلقية. وبناء عليه يظهر هذا التعريف مدى أهمية التزام الفرد بالنهج الديني والخلقي حتى يصل إلى درجة يدرك فيها معنى الحياة. كما يوضح هذا التعريف أن الصحة النفسية تقوم على مدى الضبط والتحكم في السلوك، وتوجيهه وتقويمه في الحاضر بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق والانسجام في المستقبل.

وفي السياق نفسه يعترف "شوبن" (Shoben) بأهمية الجانب الخلقى في الحفاظ على توازن الشخصية عندما يصرح قائلًا: ((يبدو أننا اليوم لا نستطيع أن نقدم تحديدًا سليمًا لمعنى الصحة النفسية السليمة بمعزل عن الخلق)). (فقيه، 2007، ص 276-277)

ويمكن تلخيص ما جاء في معظم تعاريف الصحة النفسية فيما يلي:

- الخلو من الأمراض والاضطرابات النفسية.

- الخلو من الانحرافات.

- تحقيق التوازن بين مختلف الحاجات.

- تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

- إثبات الذات.

- الشعور بالسعادة.

- حسن الخلق.

- الرضا عن النفس.

- العمل على تنمية الذات.

(الصنيع، 2000، ص 18-19)

المحاضرة الثانية: الصحة النفسية بين الأسرة والمدرسة

1- الصحة النفسية والأسرة:

تعتبر الأسرة الوسط الأول الذي ينشأ فيه الفرد، وهي بالنسبة إليه أهم منظومة اجتماعية خاصة في الطفولة الأولى، وليس بمقدور أية مؤسسة أخرى أن تحل محل الأسرة في بناء شخصية الطفل وتنشئته اجتماعيا، حيث أنها ترعي نموه بالشكل الذي يتناسب مع ثقافة الأسرة ومع ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه، ولا يمكن للطفل أن يتمتع بالصحة النفسية إلى إذا أتيح له المناخ الأسري السليم والنموذج الوالدي الإيجابي. (الشوربجي، 2003، ص 177)

فبالأسرة إذن تؤثر في النمو النفسي وبناء الشخصية لدى الطفل بشكل إيجابي أو سلبي، فضلا عن تأثيرها على النمو الجسمي والاجتماعي، فطفل مضطرب نفسيا يعني في أغلب الأحيان أن الأسرة هي المضطربة.

الظروف الأسرية غير الملائمة وأثرها على الصحة النفسية للطفل والمراهق

الأثر على الصحة النفسية للطفل والمراهق	الظروف الأسرية غير الملائمة
الشعور بعدم الأمن النفسي، الشعور بالوحدة، محاولة جذب إنتباه الآخرين، السلبية والخضوع أو العدائية والتمرد، الانسحاب العاطفي والاجتماعي، الخجل، سوء التوافق.	الرفض (أو الإهمال ونقص الرعاية)
عدم القدرة على مواجهة الحياة، القلق، الخضوع، كثرة المطالب، عدم التوازن الانفعالي، عدم النضج العاطفي، الأنانية.	الحماية الزائدة
التمركز حول الذات، رفض السلطة، عدم القدرة على تحمل المسؤولية، المبالغة في لفت انتباه الآخرين.	التدليل
الإستسلام والخضوع أو التمرد، الإحساس بالعجز، نقص المبادأة، الإعتمادية، مشكلات في النمو، عدم النضج العاطفي.	التسلط (السيطرة)
الجمود والصلابة، الشعور بعدم الأمن النفسي، الصراع النفسي، الشعور بالذنب، احتقار الذات.	
الإحباط، الشعور بالذنب، لوم الذات، الشعور بالنقص، مفهوم ذات سالب.	المتطلبات الخلقية المرتفعة
السلبية، لوم الذات، الانسحاب العاطفي والاجتماعي، القلق والتوتر، السلوك العدواني.	ارتفاع مستوى المتطلبات

اضطراب سلم القيم، عدم التوازن الانفعالي، التردد وعدم القدرة علي اتخاذ القرار.	التربية القائمة علي النقد الشديد
القلق والتوتر، الشعور بعدم الأمن النفسي، الحرمان العاطفي، الانسحاب العاطفي والاجتماعي، القلق، الحزن العميق، اضطرابات نفس-جسدية.	تعارض أساليب التربية
الشعور بعدم الأمن النفسي، عدم التوازن الانفعالي، العزلة والوحدة، غياب النموذج الوالدي، الخوف والتشاؤم من المستقبل.	الطلاق العاطفي بين الوالدين
مشاعر الكراهية والعداء، الشعور بعدم الأمن النفسي، عدم الثقة في النفس، النكوص.	الطلاق
الخوف، الشعور بعدم الأمن النفسي، إتباع الحيل الدفاعية التي يستخدمها الوالدان.	اضطراب العلاقات بين الإخوة والأخوات
الشعور بالعجز والخوف، العناد، البخل.	الوالدان العصايبان
الحجل، الشعور بالذنب، اضطراب التوافق الجنسي.	أخطاء التدريب علي عملية الاخراج
	أخطاء التربية الجنسية

(زهران، 2005، ص 16-18)

فالتربية إذن وخاصة منها التقليدية قد تحمل في طياتها أخطاء في المعاملة الوالدية، وهو ما تسميه "أليس ميلر" (Alice Miller) بالتربية السوداء التي تؤدي إلي تحطيم إرادة الطفل لتجعل منه كائنا ضعيفا وخاضعا، غير قادر علي رد الفعل نتيجة قوة السلطة المدمرة للراشدين، التي تصنع من الطفل شبه أبكم وربما حتي فاقدًا للوعي والشعور.

وفق الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل فإنه يدخل في نطاق سوء المعاملة النفسية للطفل ما يلي:

- العنف اللفظي.
- السلوكيات السادية وتلك التي تقلل من قيمة الطفل.
- النبذ العاطفي.
- التعليمات التربوية المتناقضة أو التي من المستحيل تحقيقها.

وفي بعض الأحيان فإن العنف الزوجي الذي يهدف إلى تحطيم الزوج أو الزوجة يوجه نحو الطفل، الذي يكون الضحية فقط لأنه ابن الطرف الآخر، ولأنه يرفض ترك التضامن مع هذا الطرف المستهدف، ويصبح الطفل طرفا في صراع لا يعنيه، وبالمقابل فإن الطرف الآخر وربما لكونه لا يستطيع المواجهة، فإنه يقوم بدوره بتفريغ شحناته الانفعالية علي هذا الطفل، الذي لا يجد في النهاية ومع استمرار هذا الصراع إلا اللجوء إلى العزلة ويفقد بذلك كينونته وقدرته علي التفكير السليم. (Hirigoyen, 1998, P 39-40)

إن الشخصية السوية تحتاج إلى مناخ أسري يتميز بالثقة والوفاء والحب والتآلف، تحترم فيه فردية الفرد وتعلمه احترام نفسه وان يكون محترما بين الناس، وتعطيه الثقة الضرورية لنموه، فالطفل يتأثر بالجو الديمقراطي في أسرته، فينمو ويتطور وسط بيئة نقية سوية تهيئه للحياة الاجتماعية بشكل صحيح عبر مختلف مراحل نموه اللاحقة. والأسرة المثالية هي التي تراعي متطلبات كل مرحلة من مراحل النمو وخصوصياتها، ولا تحمل الطفل أكثر من طاقته، أو تقحمه في مواضيع ومشكلات الراشدين، وإنما تساعد كمي يعيش كل مرحلة وتلبي حاجياته النمائية المختلفة من دون تقصير أو مبالغة. (منصور، 2000، ص 74)

2- الصحة النفسية والمدرسة:

تعتبر المدرسة هي المؤسسة الرسمية التي تشرف علي عملية التربية والتنشئة الاجتماعية، وتلقين التراث الثقافي والحضاري للأجيال الجديدة وبناء المواطن الصالح، والمساهمة في النمو النفسي والجسمي والاجتماعي للطفل، حيث يتفاعل مع المعلمين والتلاميذ ويتأثر بالمقررات التعليمية.

يمكن تلخيص دور المدرسة من أجل تحقيق نمو نفسي سليم للطفل والحفاظ علي صحته النفسية فيما يلي:

- الوعي بضرورة الاهتمام بالنمو المتكامل للطفل من النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية.
- توفير الخدمة النفسية لكل طفل ومساعدته علي حل مشكلاته وتحقيق التوافق النفسي والاستقلالية بما يتناسب مع سنه وقدراته النفسية والجسدية.
- تعليمه أن تلبية الحاجات وبلوغ الأهداف يجب أن يتناسب مع المتطلبات والمعايير الاجتماعية.
- تخطيط وتنفيذ التوجيه والإرشاد النفسي للتلميذ.
- القيام بالتنشئة الاجتماعية للتلميذ بالتشارك مع الأسرة ومختلف المؤسسات الاجتماعية الأخرى.

ومن أجل ذلك يعتمد القائمون علي المدرسة إلي إتباع طرق مختلفة من قبيل دعم سلم القيم والمعايير الاجتماعية ضمن محتوى المقررات الدراسية، النشاطات التربوية والرياضية والاجتماعية، الثواب والعقاب (المعنوي والمادي)، تقديم النماذج الإيجابية

من خلال المادة التعليمية أو سلوك المدرسين أنفسهم، فالتلميذ يتعلم بالتلقين والتقليد علي حد سواء. (زهران، 2005، ص 18-20)

الصحة النفسية للمعلم

المحاضرة الثالثة:

1- أهمية الصحة النفسية للمعلم:

من غير الممكن الحديث عن أية إصلاحات للعملية التربوية من دون الاهتمام بتكوين وتخريج أعداد كافية من المعلمين الأكتفاء من النواحي العلمية والأدائية والشخصية أو العلائقية (savoir, savoir faire, savoir être/relationnel)، ولن يكون بالإمكان تحقيق أهداف العملية التربوية إلا إذا كان تكوين المعلم متينا من الناحية المعرفية وكان يمتلك المهارات اللازمة للتدريس مع التمتع بالصحة والتوافق النفسي وتوفر القدرة علي بناء علاقات متوازنة مع الآخرين وبخاصة التلاميذ، يتم فيها مراعاة فروقهم الفردية وخصوصية كل تلميذ وتلميذة حالة بحالة. ومن هنا تبرز المسؤولية الكبيرة الملقاة علي عاتق المعلم لأنه مطالب بتعليم التلاميذ علي أحسن وجه ممكن من جهة، وباستيعاب مشكلاتهم المتباينة والمعقدة من جهة أخرى ومحاولة العمل علي إيجاد حلول لها. (الجسماني، 1994، ص 155)

2- مظاهر الصحة النفسية لدى المعلم:

يمكن إجمالها فيما يلي:

- توازن الشخصية؛ يعتبر المعلم أخصا أكبر للتلاميذ مكشوفاً علي طبيعته يسترشد به الأطفال ويطيعونه ويحبونه، ويجيا معهم حياتهم ويبادلهم حبا بحب واحتراما باحترام، ويشعرون بأنه يعمل لصالحهم في حماس واهتمام، ولكي يكون بمقدوره تحقيق ذلك يجب أن يكون هو نفسه متوازنا في شخصيته خاليا من مظاهر الاضطرابات النفسية، لديه إيمان برسالته التربوية والتعليمية ويشعر أنها قطعة من ذاته.

- العلاقات البين شخصية؛ يمكن اعتبار علاقات المعلم البين شخصية الناجحة سواء مع زملائه المعلمين ومع موظفي الإدارة وبالخصوص مع تلاميذه، هي أساس نجاحه الشخصي والمهني، فيجب أن يكون المعلم قادرا علي إظهار الاحترام نحو الغير والثقة فيهم والتعبير عن تفهمه لهم من خلال مشاركتهم مشاعرهم السارة وغير السارة، والاستعداد لتقديم المساعدة المادية والمعنوية علي حل مشكلاتهم وتجاوزها. ويعمل ما استطاع علي تجنب المعاملة السيئة والألفاظ غير اللائقة، ومختلف أساليب العقاب خاصة الجسدي منه لأنه يضر بشخصية التلميذ وبكرامته كإنسان، بل يستحسن بدلا عن ذلك إتباع أساليب الثواب والمكافأة والتحفيز والتشجيع علي العمل والاجتهاد.

- النموذج الإيجابي؛ من هذا المنطلق تبرز أهمية أن يكون نموذجاً إيجابياً وقدوة حسنة في جميع تصرفاته وعلاقاته بزملائه وأولياء التلاميذ والتلاميذ أنفسهم، فالطفل يحترم ويحل معلمه المتكامل ويجعل منه قدوة يحتذى بها، يقلده في جميع سلوكياته، وهذا في الحقيقة هو صميم العملية التعليمية، فاحترام التلميذ للمعلم يجعله يتقبل المعلومات والتوجيهات التي يتلقاها في الصف الدراسي برحابة صدر واقتناع، وهو ما يستحيل تحقيقه حينما يحمل التلميذ نحو معلمه مشاعر النفور والرفض والكراهية.

- ضبط السلوك؛ ينبغي علي المعلم أن يُظهر شيئاً من الحزم في التعامل مع التلميذ خاصة إذا تعلق الأمر بتحصيله الدراسي وواجباته المدرسية، لأن ظهور المعلم بشخصية ضعيفة مترددة ومتناقضة من شأنه أن يدفع بالتلميذ إلى التهاون وعدم الاهتمام بدروسه، بسبب حداثة سنه قلة خبراته بأحداث الحياة، وبالتالي فهو بحاجة إلى ما يسمى بضبط السلوك.

- المظهر اللائق؛ نظافة المعلم وحسن الملبس مع البساطة بعيداً عن المبالغة أو المغالاة أو التبرج، فاحتشام المعلمة مثلاً يجعل منها قدوة لتلميذاتها ومدعاة لاحترامهن لها.

- النشاط في العمل؛ ينبغي أن يكون المعلم مثلاً للنشاط في عمله ويحرص علي إفادة تلاميذه نفسياً وجسدياً واجتماعياً، وأن يكون قادراً علي جلب إنتباههم إليه من خلال المحبة والإخلاص وروح الدعابة.

- المساواة في المعاملة؛ من الضروري أن يكون المعلم عادلاً لا يفرق في المعاملة بين تلاميذه، فالظلم يؤدي إلى إحساسهم بإهمال المعلم لهم ولأعمالهم وإشاعة مشاعر الحقد والكراهية لدى التلاميذ، فينفرون من مادته ويتخلفون فيها وهو ما قد يؤدي تعقد نفوسهم، وربما قد يتم تعميم هذه الكراهية علي الدراسة بأكملها، فينتج الرسوب والتسرب وما يترتب عنهما من نتائج سيئة للغاية. (فهيم، 1998، ص 32-35)

- النقد الذاتي؛ لا يقف المعلم عند حدود التعليم فقط وإنما يركز اهتمامه علي السلبيات فيحولها إلى إيجابيات، ويتعامل مع الخطأ بالابتعاد عنه، وتبني مبدأ النقد والنقد الذاتي لطرفي عملية التعليم، فحينما يتعلم المعلم تقويم نفسه فإنه يكتسب معايير ووسائل التقويم والموضوعية في التنفيذ، وهذا في حد ذاته يعتبر مكسباً في العملية التعليمية وتدعيماً لفاعلية التعليم. (القعيب، 2000، ص 122)

- وضوح الهدف؛ يضع المعلم وبشكل دائم نصب عينيه الهدف من التربية والتعليم والفوائد المرجوة، من خلال تنظيمه لعمله وتحديد أهداف عامة وأخرى جزئية للمادة التعليمية، التي تنتهي في النهاية علي بناء المواطن الصالح. (مرسي، 2001، ص 205)

- تفهم المشكلات؛ يجب أن يعمل المدرس علي إشاعة جو من الارتياح والتشويق في غرفة الصف، من خلال تفهم مشكلات التلاميذ بصبر وعناية، والسعي لإشباع حاجاتهم الأساسية مثل الشعور بالأمن والانتماء للجماعة وتوفير أسباب الراحة والتشويق لاكتساب المعلومات والمهارات. (القاضي، 1981، ص 351)

3- الدور الإرشادي للمعلم:

يعتبر المعلم أقرب شخص إلى التلاميذ في المدرسة، وهو أعلم الناس بهم، وهو حلقة الوصل بينهم وبين باقي الأفراد في المدرسة، والتلاميذ يحتاجون إلى رعاية النمو وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والتربوي والمساعدة في حل مشكلاتهم فضلا عن حاجتهم إلى التعليم والتحصيل، والمعلم أثناء تدريسه لمادته لا يجب أن يُهمل حاجة تلاميذه إليه، وهو بإمكانه في كثير من الأحيان بحكم قربه منهم أن يكون أقدر علي المساعدة من المتخصصين، لكن لا بد أن يتمتع هو أولا بالصحة النفسية.

وبالتالي فإن دور المعلم مزدوج؛ الأول هو تلقين التلاميذ المعرفة والعلم والثاني هو تقديم الخدمة الإرشادية من خلال رعاية وتوجيه النمو السوي والسلوك السليم لبلوغ أقصى ما يمكن من النضج والسعادة والكفاية والتوافق والصحة النفسية، فمن الناحية الوقائية يتمثل دوره في التحصين النفسي من المشكلات النفسية بمنع حدوثها وإزالة أسبابها ومحاولة كشفها بشكل مبكر للسيطرة عليها ومنع تطورها وتعقدتها، أما من الناحية العلاجية فيعمل علي حل المشكلات النفسية والسلوكية، وإن استعصي عليه الأمر يلجأ إلى الاستعانة بالمتخصصين، إلى غاية إعادة التوازن النفسي للتلميذ. (زهران، 2003، ص 421)

الشخصية

المحاضرة الرابعة:

1- مفهوم الشخصية:

يعد مفهوم الشخصية من أكثر مفاهيم علم النفس تعقيدا لأنها تشمل الصفات الجسمية و العقلية والوجدانية كافة، المتفاعلة مع بعضها داخل كيان الفرد و لهذا تعددت الآراء و تباينت المفاهيم في معالجتها لمفهوم الشخصية من حيث طبيعتها ومكوناتها و عملياتها و نظرياتها. (الداهري، العبيدي، 1999، ص 15)

الشخص في اللغة العربية هو (سواء الإنسان و غيره يظهر من بعد) و هي لفظ مشتق من الفعل (شخص) و يراد به عيّن الفرد أو ذاته، وتشاخص القوم (اختلفوا أو تفاوتوا). (ابن منظور، 2001، ص 320)

وتعني صفات تميز الشخص عن غيره، و كان استعمالها قائما على معنى الشخص أي على معنى كل ما في الفرد مما يؤلف شخصه الظاهر الذي يرى من بعد، فكلمة الشخصية (persons) تعني القناع الذي يلبسه الممثل في العصور القديمة حيث كان يقوم بتمثيل دور أو حين كان يريد الظهور بمظهر معين أمام الناس فيما يتعلق بما يريد أن يقوله ويفعله.

فالشخصية تعني ما يظهر عليه الشخص في الوظائف المختلفة التي يقوم بها على مسرح الحياة.

وفي علم النفس يعرف "مورتن برنس" (Morton Prince) الشخصية علي أنها: ((كل الاستعدادات و النزعات والميول و الغرائز و القوى البيولوجية الفطرية الموروثة و هي كذلك كل الاستعدادات والميول المكتسبة من الخبرة)). (العيسوي، 2002، ص 299)

ويعرفها "بيرت" (Burt) بأنها: ((ذلك النظام الكامل من الميول و الاستعدادات الجسمية والعقلية، الثابتة نسبيا، التي تعد مميّزا خاصا للفرد، و التي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية)).

ويعرفها "كاتل" (Cattel) بأنها: ((ذلك النظام الذي يمس بالتنبؤ بما سيفعله الكائن الآدمي في موقف معين، وبالتالي فإن الشخصية تتناول جميع أنماط سلوك الفرد الظاهرية و الخفية)). (الداهري، 2005، ص 90)

و يعرفها "ألپورت" (Allport) بأنها: ((التنظيم الديناميكي في نفس الفرد لتلك المنظومة السيكولوجية الفسيولوجية التي تحدد أشكال التكيف الخاصة مع البيئة، و في وقت لاحق))، كما عرفها علي أنها: ((تلك الصيغة التي يتطور إليها الشخص ليضمن بقاءه و سيادته ضمن وجوده)).

و من مميزات تعريف "ألپورت" للشخصية ما يلي:

- أن الشخصية تكوين افتراضي؛ يستدل عليه من خلال المظاهر السلوكية للشخص و التي تبرز في العديد من المواقف المختلفة، و هي كمثل بعض الظواهر الطبيعية التي يتم التوصل إليها من خلال العناصر المادية الملاحظة التي تتأثر بها مثل الجاذبية الأرضية وغيرها.
- أنها انتظام دينامي؛ أي متطور و متغير و ليس بنظام ثابت وجامد فلكل مرحلة من مراحل العمر انتظامها و طريقتها وخصائصها الانتظامية، فلولا ان هناك نظام دينامي متحرك و متطور و متغير زمانيا لما استطاع أن يوفر مطالب هذا التغير الحاصل عبر الزمن.
- انتظام داخلي؛ و يؤكد التعريف على الصيغة الداخلية للانتظام فليس الانتظام بشيء مفروض قسرا على الشخصية من الخارج، بل هو من الداخل و بين أجهزتها المختلفة التي تشملها الشخصية بين جوانبها، لذلك ففكرة الانتظام فكرة إرادية شخصية و ذاتية و ليست مفروضة من بيئة خارجية.
- أجهزة الفرد النفسية و الفسيولوجية؛ و هي المسعى و المطلب الأساسي للإنسان و هي تحقيق التوافق الذي يجعل الفرد يشعر بإنسانيته وسط المجال الاجتماعي المحيط به، فالتوافق صفة إنسانية تتطلب معايير معينة تتحقق شروطها وهي الحاجة، فحاجة الإنسان للتوافق من أهم المطالب الهامة لتحقيق كينونته ووجوده العضوي الفعال.
- التوافق مع البيئة؛ فالتوافق يجب أن يكون مع الآخرين يتفاعل معهم الشخص، و هذا شرط أساسي وكذلك بما أن التوافق مطلوب لحياة الإنسان إلا أنه ليس بتوافق جامد أو إطار عام يتوافر بنفس الطريقة لدى الجميع، فلكل فرد قدرة على انتهاج أساليب معينة يحقق من خلالها التوافق مع بيئته و لكن في النهاية يستطيع بفضل هذا السلوك و هذه الطريقة أن يتحقق التوافق، إذن لكل شخص طريقة يتفرد بها عن الآخرين في الوصول إلى التوافق مع بيئته. (أبو هين، 1997، ص64)
- ويعرفها "عبد الرحمان" بأنها: ((ذلك التفاعل المتكامل لخصائص الإنسان الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تميز الشخص وتجعل منه نمطا فريدا في سلوكه مكوناته النفسية. (عبد الرحمن، 1998، ص 27)
- ويعرفها "عبد الله" بأنها: ((المجموع الدينامي المنظم لخصائص الإنسان و صفاته المعرفية والانفعالية و الجسمية والاجتماعية التي تميزه عن غيره و تحدد درجة تكيفه مع بيئته. (عبد الله، 2001، ص 77)

2- محددات الشخصية:

ومن أهم هذه المحددات ما يلي:

2-1- المحددات البيولوجية للشخصية:

يميل بعض علماء النفس إلى تأكيد أن الطبيعة الإنسانية اجتماعية في أساسها و أن الأساس البيولوجي للسلوك هو القدر المشترك بين الإنسان و الحيوانات الأخرى، و يركز أنصار الاتجاه البيولوجي في دراسة الشخصية اهتماماتهم على مجالات متعددة أهمها:

-دراسة الوراثة؛ فالأفراد يختلفون بعضهم عن بعض بفعل تأثير العوامل الوراثية وبصرف النظر عن الظروف و التأثيرات البيئية المحيطة بهم.

-دراسة الأجهزة العضوية؛ و العلاقات بين وظائفها و أنماط الشخصية.

-دراسة التكوين البيوكيميائي والغددي للفرد. (عكاشة، 2010، ص 12)

2-2- المحددات الاجتماعية:

تعد هذه المنظومة المحدد الآخر من محددات الشخصية والمقصود بهذه المنظومة الثقافة التي يعيشها الفرد أو ينخرط فيها، كذلك التراث التاريخي و الحضاري له، ويشكل هذا التراث التاريخي والحضاري و الثقافة المعاصرة للفرد نوع الشخصية التي تراها متباينة من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى.

2-3- المحددات الثقافية:

حيث ينخرط الفرد عضوا في المجتمع من خلال التثقيف الاجتماعي و التي يتعلم بها الفرد أشكال التصرف التي تتقبلها الجماعة و يتجه بالتالي إلى تبني نمط الشخصية الذي يعد نمطا مرغوبا في المجتمع، لقد أظهرت الدراسات أهمية الدور الذي تلعبه المؤسسات المسؤولة عن طرق تربية الأطفال في عملية التثقيف. (الطفيلي، 2004، ص 112)

2-4- محددات الدور الذي يقوم به الفرد:

مفهوم الدور يذكر باستمرار أنه لفهم سلوك فرد ما يجب التنبيه في الوقت نفسه إلى خصائص شخصيته وإلى الموقف الاجتماعي الذي يوجد فيه، فالدور هو نوع مشتق من المشاركة في الحياة الاجتماعية التي يتوقع من أفرادها القيام بها في حياته العادية كدور الأب و دور الأم وهكذا...

2-5- محددات الموقف:

ما أكثر المواقف التي يمر بها الفرد في حياته، و ما أكثر تأثيرها في شخصيته، بالطبع لا يمكن النظر إلى الشخصية كما لو كانت مستقلة عن المواقف التي تمر بها أو توجد فيها، فحتى العمليات البيولوجية والفسولوجية تتطلب أجهزة داخلية أو عوامل بيئية ومواقف تتحقق فيها، ويعتبر الموقف الذي يوجد فيه الفرد يلعب دورا هاما في سلوكه، فقد يكون الفرد قائدا في موقف وتابعا في موقف آخر رغم توفر شروط القيادة لديه في كلتا الحالتين.

3- مكونات الشخصية:

مع تعدد الرؤى بالنسبة لمفهوم الشخصية و طبيعتها، تكثر النظريات وفق هذه الرؤى ويكون من الطبيعي أن تتعدد صور مكونات الشخصية وفقا لهذه الأطر النظرية المتباينة، ومن أهم هذه المكونات ما يلي:

-النواحي الجسمية؛ و هي التي تتعلق بالشكل العام للفرد و صحته من الناحية الجسمية.

-النواحي العقلية المعرفية؛ وهي التي تتعلق بالوظائف العقلية العليا كالذكاء العام و القدرات الخاصة.

-النواحي الانفعالية المزاجية؛ وتتضمن أساليب النشاط الانفعالي.

-النواحي البيئية؛ وهي التي تتعلق بالعواطف و الاتجاهات و القيم التي تمتص من البيئة الخاصة بالفرد كالأسرة والمدرسة والمجتمع.

-النواحي الخلقية؛ وهي التي تميز صاحبها في تعاملاته المختلفة.

(جابر، 1990، ص 199)

السواء واللاسوء

المحاضرة الخامسة:

1- نسبة الصحة النفسية:

إن العلاقة بين الصحة النفسية واضطرابها نسبية للغاية، ولا يوجد حد فاصل بين الصحة والمرض، ولا تختلف الصحة النفسي عن الصحة الجسمية، حيث أن التوافق المطلق بين مختلف الوظائف الجسمية لا يمكن أن يتحقق، غير أن درجة أو شدة الاضطراب هي التي تبرز بشكل واضح المرض الجسيمي عن الصحة الجسمية، والشأن نفسه في الوظائف النفسية فالتوافق التام فيما بينها ليس له وجود، وأن مدى الاضطراب هو الذي يميز المرض النفسي عن الصحة النفسية. (القوصي، 1952، ص 10)

إن محاولة وصف سلوك ما وتحديد مدى صحته أو اضطرابه تتطلب بالضرورة عملية تقويم للسلوك يعتمد علي أسس مرجعية تسمى بالمعايير والتي تستند بدورها إلي خلفيات مرجعية متباينة، وبالتالي يقع الاختلاف في تحديد طبيعة السلوك باختلاف المراجع والمعايير والنظريات، ومن هنا تبرز الصعوبة الكبيرة في التفريق بين السلوك الصحي وبين السلوك المرضي وفي وضع حدود دقيقة ومضبوطة تفصل بين السواء واللاسوء.

من أجل ذلك اقترح "أيزنك" (Eysenk) سنة 1977 عددا من المعايير منها المعيار الإحصائي والمعياري المثالي، وهو يؤكد علي ضرورة التعامل مع مفهومي السواء واللاسوء بشيء من النسبية، حيث أنه لا وجود لمعايير يمكن اعتبارها عامة أو مطلقة للسلوك الإنساني، واعتمد في ذلك علي نتائج دراسات وأبحاث أنتروبولوجية. (سامر، 2002، ص 55-56)

تختلف وتتعدد المعايير التي تحدد السواء واللاسوء ومنها ما يلي:

- المعيار الاحصائي:

يعني أن الفرد السوي هو الذي يتواجد ضمن حدود المتوسط وفق المنحني الاعتمادي ل"غاوص" (Gauss) والفرد غير السوي هو الذي يتواجد خارج حدود هذا المتوسط.

- المعيار المثالي:

يعني أن الفرد السوي هو الفرد المثالي الذي يقترب من حد الكمال، والفرد غير السوي هو الذي يبتعد قليلا أو كثيرا عن هذا الكمال.

- المعيار الاجتماعي:

يعني أن الفرد السوي هو الذي يلتزم بقيم ومبادئ وتقاليد وأعراف المجتمع الذي ينتمي إليه، والفرد غير السوي هو الذي لا يلتزم بتلك القيم ولا يتبعها.

- المعيار الطبي:

يعني أن الفرد السوي هو الذي لا تظهر عليه أية أعراض أو مظاهر مرضية عصابية كانت أو ذهانية أو اضطرابات نفسية بسيطة، والفرد غير السوي هو الذي تظهر عليه بعض هذه الأعراض أو المظاهر.

- المعيار النفسي:

يعني أن الفرد السوي هو المتوافق نفسيا واجتماعيا، والفرد غير السوي هو الذي فشل في تحقيق هذا التوافق. (الداهري، 1999، ص 208-209)

والواقع أنه لا يمكن الاعتماد علي معيار واحد من هذه المعايير لتحديد سواء ولا سواء السلوك، فإذا تم اعتبار أن معظم الناس أسنانهم مُسوَّسة أو أن أغلب الرجال يدخنون، فهل من الجائز اعتبار تسوس الأسنان أو التدخين ظاهرة طبيعية بالرجوع إلي المعيار الإحصائي؟ لكن عند إضافة المعيار الاجتماعي سيصبح الموضوع أكثر وضوحا، وبالتالي فإن أفضل طريقة لتحديد مدى سواء ولا سواء السلوك هي الجمع والتوفيق بين مختلف المعايير وعدم الاكتفاء بمعيار واحد، لأن هذه المعايير في النهاية لا تتناقض فيما بينها وإنما يكمل بعضها بعضا.

2- معايير إجرائية للمربي:

إن المعايير التي سبق ذكرها علي قدر كبير من الأهمية في تحديد مدى سواء ولا سواء سلوك الفرد، غير أنه من الناحية العملية ليس بقدر المعلمين والمربين تطبيقها والاعتماد عليها في الواقع، لذلك فإنه من الضروري وضع معايير عملية سهلة وسريعة التنفيذ، ويمكن ذكر بعضها فيما يلي:

- العمر:

يتضمن هذا المعيار مدى تلاؤم السلوك مع عمر الطفل، لأن ما يمكن اعتباره سلوكا سويا في مرحلة عمرية معينة قد يكون سلوكا غير سوي في مرحلة عمرية أخرى تزيد أو تنقص، فالتبول اللاإرادي خلال الأعوام الثلاث الأولى من حياة الطفل يعتبر عاديا، في حين يعتبر مشكلة في حال ظهوره خلال السنة السادسة أو السابعة.

- الوضعية:

من الضروري محاولة فهم الوضعية أو السياق الذي ظهر فيه السلوك، فمن خلال فهم الظروف التي أحاطت بظهور سلوك معين قد يتحول غير العادي إلي عادي والعكس، فتبول طفل لا إراديا في سن السابعة داخل القسم يعتبر غير سوي مثلما سبق ذكره، غير أن البحث في سبب هذا السلوك قد يكشف أن الطفل وقبل دخوله إلي المدرسة تعرض إلي خبرة مؤلمة قريبة أصابته بالفزع مثلا، وفي هذه الحال يكون التبول اللاإرادي رد فعل طبيعي إلي حد ما بالنظر إلي السياق والوضعية (شريطة عدم تكرار السلوك)، وهو ما يوضحه المعيار الثالث.

- التكرار:

يعتبر التكرار أيضا من محددات سواء ولا سواء السلوك، فالسلوك غير السوي الذي يظهر مرة واحدة أو مرات محدودة مع تباين فترات الظهور لا يمكن اعتباره كذلك، إلا في حال ترتب آثار شديدة الضرر علي المحيطين بالطفل، فلجوءه إلي الكذب ليتجنب العقاب مرة واحدة معزولة في الزمان والمكان، لا يعتبر سلوكا غير سوي، أما تكرار الكذب باستمرار وفي وضعيات مختلفة يعد لا شك مشكلة وسلوكا غير سوي.

- القيم والمعايير:

تختلف المعايير والقيم من مجتمع إلي آخر بل في المجتمع نفسه من جماعة إلي جماعة ومن أسرة إلي أخرى ومن فرد إلي آخر، ومرد ذلك إلي اختلاف أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية وتنوع السياق السوسيوثقافي وتباين المستويات الاجتماعية والاقتصادية، ومهما اختلفت القيم والمعايير فإنه توجد لاشك قواسم مشتركة بين عموم الجماعات والأفراد الذين يشكلون المجتمع الواحد، والتي يمكن أن تكون مرجعا ثابتا نسبيا في تحديد مدى سواء ولا سواء السلوك.

- الغرابة:

ويقصد بذلك أن يكون سلوك الطفل غير مألوف، فالأصل أن تكون تصرفات الطفل قريبة في عمومها من سلوكيات أقرانه من البيئة نفسها، مع مراعاة الفروق الفردية بطبيعة الحال، غير أن ابتعاد سلوكيات الطفل عن مثيلتها لدى أطفال البيئة التي ينتمي إليها يمكن أن يعتبر غير سوي، بغض النظر عن طبيعة انحراف هذا السلوك بالزيادة أو بالنقصان، فالعدوانية والهدوء الشديد لدى الطفل كلاهما قد يكون مظهرا من مظاهر مشكلة نفسية جادة. (سامر، 2002، ص 66-67)

التوافق النفسي

المحاضرة السادسة:

1- تعريف التوافق النفسي:

لقد استمد التكيف بالأساس من علم الأحياء مثلما جاء ذكره في نظرية "داروين" (Darwin) في نظريته المعروفة النشوء والارتقاء سنة 1859، وكان يقصد به أن الكائن الحي يحاول أن يوائم بين نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل الحفاظ علي البقاء. كما اعتبر "أبرت" (Aubert) سنة 1860 أن التكيف يعني ما يحدث لحدة العين من تغير نتيجة لشدة الضوء الذي يقع عليها، وبعد ذلك أصبح هذا المفهوم يصف سلوك الإنسان بوصفه رد فعل لمختلف مطالب وضغوط البيئة التي يعيش فيها مثل المناخ وعناصر مكونات البيئة الطبيعية الأخرى مثل البرد والحرارة والسكن والغذاء وغيرها. وتمت استعارة هذا المفهوم في علم النفس وبالتحديد في المجال النفسي الاجتماعي تحت مصطلح التوافق، حيث تم التركيز علي البقاء النفسي والاجتماعي للفرد، وتجدر الإشارة إلي أن التوافق مصطلح معقد وفيه الكثير من اللبس، فهو يتوقف علي الفهم النظري للطبيعة الإنسانية وتباين النظريات والسياق الثقافي. (شاذلي، 2001، ص 25)

يعتبر التوافق عملية دينامية مستمرة يسعى الفرد من خلالها إلي محاولة تغيير أو تعديل سلوكه بهدف تحقيق الانسجام والتناغم مع ذاته ومع البيئة التي يعيش فيها، وتحقيق تكامل الشخصية والتكيف الاجتماعي.

ولا يجب أن يفهم من التوافق النفسي والاجتماعي الغياب المطلق للمشكلات والاضطرابات أو عدم التعرض للإحباط في تلبية الحاجات وبلوغ الأهداف، فالعبرة هي ليست في عدم التعرض للمشكلات وإنما في مواجهتها وتجاوزها، والتوافق ليس تحاشي المواجهة من خلال الانسحاب الاجتماعي أو العزلة أو الانطواء أو التعامل بحلول غير سليمة مَرَضِيَّة أو منحرفة، بل هو المرونة والقدرة علي مواجهة الحياة ومشكلاتها وإيجاد الحلول السليمة لها، والتكيف مع ما هو كائن وليس مع ما ينبغي أن يكون. (الشوربجي، 2003، ص 13) وتعديل السلوك والاستجابة وحتى البيئة بما يسمح بتحقيق التوازن بين الفرد وبيئته وتلبية الحاجات المختلفة، ولكن في حدود متطلبات المجتمع، وهذا التعديل في الحقيقة هو صميم عملية التوافق.

2- مطالب النمو في مرحلة الطفولة:

- المحافظة علي الحياة، وتعلم المشي، واستخدام العضلات الصغيرة، والأكل، والكلام، وضبط الإخراج وعاداته، والفروق بين الجنسين، والمهارات الجسمية والحركية الضرورية للعب ومختلف أنواع النشاط، وتحقيق التوازن الفسيولوجي.

- تعلم المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب، والمهارات العقلية المعرفية الأخرى اللازمة لشؤون الحياة اليومية، وتعلم الطرق الواقعية في دراسة والتحكم في البيئة، وتعلم قواعد الأمن والسلامة.
- تعلم توقع ردود فعل الآخرين، وخاصة الوالدين والأقران، والتفاعل الاجتماعي وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين والتوافق الاجتماعي، وتكوين الضمير، والتفريق بين الصواب والخطأ والخير والشر والقيم والمعايير الأخلاقية، والدور الجنسي، وتكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات الاجتماعية، والمشاركة في المسؤولية، والاستقلال العاطفي عن الوالدين، وتكوين مفهوم ذات موجب والثقة في النفس وفي الآخرين.
- تحقيق الأمن النفسي وبناء علاقات متوازنة مع الوالدين والإخوة والأخوات والآخرين، والسيطرة على الانفعالات وال ضبط الداخلي.

3- مطالب النمو في مرحلة المراهقة:

- تقبل التغيرات الناتجة عن النمو جسمي والفسولوجي والتوافق معها، وتكوين مفهوم سوي عن الجسم، وتقبل الدور الجنسي.
- تكوين المهارات والمفاهيم العقلية اللازمة لكي يكون الفرد صالحا، ومواصلة التعليم.
- تكوين علاقات متوازنة وناضجة من الأقران من الجنسين، واكتساب الثقة بالنفس وتحمل المسؤولية الاجتماعية، والتفتح على البيئة والمحيط الاجتماعي، واكتساب المهارات الضرورية للمشاركة الايجابية في الحياة الاجتماعية، واختيار مهنة والاستعداد لها، ومحاولة تحقيق الاستقلالية العاطفية عن الوالدين والاقتصادية علي حد سواء، والتحكم في السلوك الجنسي وتجنب السلوكيات المنحرفة، والاستعداد للزواج وبناء الأسرة، وتكوين مرجعية قِيمية واقعية منسجمة مع قيم المجتمع الذي يعيش فيه. (زهرا، 2005، ص 27-29)

والحقيقة أن ثمره التربية السليمة تتجسد في نمو الطفل والمراهق نموا متوافقا علي مستوى كافة قواه الفردية والتي تشمل الجسم والعقل والخلق، فالفرد لن يكون بمقدوره أن يعيش سعيدا وعقله ناضج من دون صحة الجسم، والخلق الحسن الذي من شأنه أن يجعل الفرد صالحا نافعاً لنفسه وللمجتمع مرتبط إلى حد وثيق بصحة البدن ورجاحة العقل.

إن التوافق السليم للطفل يتوقف إلى حد بعيد علي مدى سلامة النمو النفسي والجسدي والاجتماعي، وقدرة الفرد علي مواجهة وتجاوز متطلبات وضغوط الحياة، وفي حال لم يتمكن الطفل من بلوغ التوازن والاستقرار النفسي الذي يخلصه من آثار الإحباط والصراع، كان لا شك عرضة للانحرافات والاضطرابات النفسية. (يونس، 1993، ص 351)

التبول اللاإرادي

المحاضرة السابعة:

1- تعريف التبول اللاإرادي:

تظهر مشكلة التبول لدى الأطفال الذكور والإناث علي حد سواء، وعدد لا بأس به من الأطفال يمكنه ضبط المثانة في حدود السنة الثانية من العمر تقريبا، إلا أن البعض الآخر قد يصل بهم الأمر إلي سن الست سنوات، ويعرف التبول اللاإرادي عادة باستمرار ابتلال الفراش بعد سن ثلاث سنوات ومن المختصين من يقول خمس سنوات، وهو ينتشر بين الأطفال الذكور عن الإناث بنسبة 3 إلي 8% من مجموع الأطفال. (الشوربجي، 2003، ص 166)

يعتبر التبول اللاإرادي من أكثر المشكلات السلوكية انتشارا، وخاصة لدى الذكور مثلما سبق ذكره، وهو ليس بمشكلة قبل سن 3 أو 4 سنوات إلا إذا تكرر من 4 إلي 5 مرات في الأسبوع الواحد، وهو في العادة يحدث أثناء الليل، غير أنه قد يحدث أثناء النهار ويكون في الأغلب في السن المبكرة وأثناء النوم العميق، وفي العادة يكون مرفوقا بأحلام عن التبول، ويزول التبول اللاإرادي تدريجيا مع التقدم في السن، إلا في بعض الحالات التي تتصل ببعض الأمراض العضوية.

2- أسباب التبول اللاإرادي:

ويعود التبول اللاإرادي في مجمله إلي أسباب نفسية، إلا أن يكون عرضا لبعض الأمراض العضوية مثلما سبق ذكره، والتي يتم التكفل بها بواسطة العلاج الكيميائي، وتكشف العديد من الدراسات أن من يعانون من التبول اللاإرادي يظهرون اضطرابا انفعاليا وعدم توازن عاطفي، ويحسن التفريق في الأسباب بين الراشدين وبين الصغار، فمن الناحية النفسية يرتبط التبول اللاإرادي لدى الراشدين بالعصابية أو السيكوسوماتية، أما لدى الصغار فيمكن إجمال الأسباب النفسية فيما يلي:

- مظهر من مظاهر القلق.

- محاولة لفت انتباه الوالدين، خاصة في وجود مولود جديد.

- تعبير لاشعوري عن عداة أو انتقام موجه للوالدين.

- مظهر للاضطراب الانفعالي وعدم توازن عاطفي.

- تعلم خاطئ لعمليات الإخراج.

ويرتبط التبول اللاإرادي إلى حد كبير باضطراب العلاقات الأسرية والحرمان العاطفي الأسري وسوء المعاملة الوالدية واتجاهات الوالدين السلبية نحو الطفل. (يونس، 1993، ص 353-354)

أما الأسباب العضوية فيمكن تلخيصها علي النحو الآتي:

- التهاب المثانة، صغر حجمها، ضيق عنقها.
- التهاب المستقيم الناتج عن الإصابات البكتيرية أو الفيروسية.
- الإصابة بالسكري، التهاب الجيوب الأنفية، تضخم اللوزتين.
- عدم التئام الفقرات القطنية بالعمود الفقري في المرحلة الجنينية في حالات لا تتجاوز 1%. (الشوربجي، 2003، ص

(167)

4- علاج التبول اللاإرادي:

حتى يكون العلاج فعالا لحالات التبول اللاإرادي المختلفة لدى الأطفال، يجب إزاحة احتمال وجود أسباب عضوية من خلال فحص الطفل طبيا بشكل دقيق وإشراك الوالدين والإخوة والمربين من أجل فهم حالته بشكل أفضل، ويكون علاج كل حالة وفق أسبابها ومظاهرها المختلفة، وفي الأغلب يسهل علاج التبول اللاإرادي ذي المنشأ النفسي، وبعد التأكد النهائي من خلو الطفل من المرض العضوي يتم التركيز علي الفحص النفسي لما يعانيه للطفل في حياته اليومية الحاضرة أو الماضية. (الخليدي، 1997، ص 170)

ويتمثل الفحص النفسي للطفل في تقديم خدمة متخصصة في إطار علاقة مهنية بين المعالج النفسي والطفل، من خلال معارف نظرية ومناهج وأدوات لجمع المعلومات اللازمة لفهم الوظائف النفسية والعلائقية للطفل، وإيجاد الحلول المناسبة للمشكلة، وعلي المعالج النفسي أن يضع في حسبانته أثناء الفحص النفسي أن الطفل يمر بنمو جسدي وعاطفي وعقلي ونفس-حركي واجتماعي، وأن ينتبه إلى أن كل حالة لها تعقيدها وخصوصيتها وفرديتها وينبغي دائما وضعها في سياقها الأسري والتربوي والاجتماعي والثقافي. (Voyazopoulos, 2011, P 42)

وفيما يلي أهم التوجيهات الوقائية والعلاجية للتكفل بالطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي:

- الكف عن المعاملة القاسية والعقاب والتهديد، وتوعية الطفل بالأضرار التي تلحقه بسبب هذه العادة، وإشباع حاجته إلى المحبة والعطف، وتشجيعه علي استرجاع الثقة في نفسه، وحثه علي بذل جهد ومحاولة التخلص من التبول اللاإرادي.

- محاولة فهم احباطات وصراعات الطفل وإتاحة الفرصة له للتعبير عن انفعالاته ومشكلاته الخاصة، وإتباع أساليب المعاملة الصحيحة والمتزنة بعيدا عن الإهمال واللامبالاة والحماية الزائدة والتدليل المفرط والتفرقة بين الإخوة والأخوات.
- التقليل من كمية السوائل التي يشربها الطفل في المساء وإيقاظه للتبول.
- تناول بعض الأدوية المقوية للجهاز السمبثاوي والخافضة من عمق النوم، فهي تساعد المثانة علي الاحتفاظ بكميات أكبر من البول.
- تناول بعض الأدوية المضادة للاكتئاب، التي من شأنها أن تقوي الأعصاب السمبثاوية وتخفف من عمق النوم ومن حدة القلق والاكتئاب لدى الطفل.
- العلاج السلوكي الشرطي؛ الهدف منه تكوين فعل منعكس شرطي بتوصيل جرس رنان بالأعضاء التناسلية، حتى إذا أخذ الطفل في التبول، تحدث توصيلة كهربائية ويرن الجرس ويستيقظ الطفل، وتدرجيا يصبح الطفل في غني عن الجرس الرنان ويستيقظ بمفرده. (عكاشة، 2010، ص 783-784)
- وتجدر الإشارة إلي أن الأعمال الأولى بخصوص الاشراف الإجرائي مستوحاة من بحوث "سكينر" (Skinner) في جامعة هارفارد، وقد نشر "ماورار" و "ماورار" (Mowrer & Mowrer) عام 1938 نتائج تجربتهما التي سبق ذكرها في الاشراف الكلاسيكي الاستجابي في علاج التبول اللاإرادي. (مليكة، 1990، ص 10)

فرط النشاط

المحاضرة الثامنة:

1- تعريف فرط النشاط:

يعرف النشاط الزائد بأنه نشاط جسمي وحركي حاد، ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم في حركات جسمه، ويظل في حركة مستمرة طوال الوقت، وقد تعود هذه المشكلة لحالات إصابة في الدماغ أو إلي أسباب نفسية، ويظهر هذا الاضطراب في حدود السنة الرابعة من عمر الطفل علي الأغلب ويستمر حتي سن 14 أو 15 سنة.

إن النشاط الزائد هو زيادة في النشاط عن القدر اللازم وبشكل مستمر، وكمية الحركة التي تصدر عن الطفل تكون غير متناسبة مع عمره الزمني، فحينما تكون حركة طفل في سن الثانية جد نشطة من أجل استكشاف الوسط المحيط فهي حالة عادية مناسبة للعمر الزمني، أما أن يكون الأمر كذلك لدى طفل في الثانية عشرة أثناء المناقشة الصفية مثلا فإن النشاط غير مناسب. (بجي، 2000، ص 179)

يبدأ فرط النشاط في مراحل النمو المبكرة وفي الغالب في السنوات الخمس الأولى من العمر، حيث يتسم سلوك الطفل بفقدان المثابرة في النشاط الذي يستدعي اندماجا معرفيا، وهو يميل إلي الانتقال من نشاط إلي آخر من دون إتمام أي منهما، ويكون النشاط مفرطا غير منظم ولا مرتب، ويستمر هذا الوضع مع الطفل حتي في سنوات المدرسة وربما إلي سن الرشد، إلا أن العديد من الأشخاص يتحسنون بشكل تدريجي، وتظهر علي الطفل مفرط النشاط عدة اضطرابات منها اللامبالاة والاندفاع والتعرض للحوادث، وعدم الانضباط وعدم الالتزام بالقواعد نتيجة عدم الانتباه وليس من باب التحدي أو التمرد، وهو غير محبوب لدى الأطفال الآخرين، ويظهر عليه تأخر النمو فيما يتعلق بالحركة والكلام. (عكاشة، 2010، ص 760)

2- أسباب فرط النشاط:

- أسباب نفسية:

- المزاج: يعتبر اضطراب المزاج من أهم أسباب اضطراب السلوك لدى الطفل، خاصة إذا تعامل الوالدان بالرفض لتصرفات الطفل، لأن فرط النشاط هو في الحقيقة وسيلة للدفاع عن الذات نحو الرفض، الذي قد يؤدي إلي انخفاض تقدير الذات وبالتالي زيادة حدة الهيجان لدى الطفل. ومع ذلك فإن اضطراب المزاج بمفرده لا يؤدي حتما إلي فرط النشاط.

- التعزيز: من شأن التعزيز الايجابي أن يؤدي إلي تعقيد فرط النشاط واستمراره، حيث يظهر التعزيز خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال انتباه الآخرين بنشاط الطفل، غير أن هذا النشاط يتحول إلي مشكلة حينما ينتقل الطفل إلي المدرسة

وتفرض عليه قيود وقواعد الانضباط، وهو ما لم يتعود عليه الطفل، فما يكون منه إلا أن يصبح أكثر نشاطا ليلقي التعزيز الايجابي الذي كان يحصل عليه من قبل، ومن المفارقات أن الطفل قد يحظى بالتعزيز بالفعل من قبل معلميه وزملائه، وهو ما قد يزيد من حدة فرط النشاط لديه.

- **النمذجة:** في وجود طفل مفرط النشاط أو حتى أحد الوالدين، فإن ذلك من شأنه أن يشكل نموذجا يحتذي به بالنسبة للأطفال الآخرين، غير أن ذلك يبقى عاملا معزولا وغير كافي.

- أسباب بيئية:

يمكن إجمالها فيما يلي:

- التسمم بالرصاص فقد وجدت بعض الدراسات نسبة مرتفعة من الرصاص في الطفل مفرط النشاط وضعيف الانتباه.

- التعرض للإضاءة مثل الإضاءة المنبعتة من التلفاز أو تلك المستخدمة في الصف.

- المواد المضافة للطعام الحافظة والصابغة. (يحي، 2000، ص 181-182)

- أسباب عضوية:

يتمتع الأطفال الذين يظهرون فرط النشاط علي العموم بالصحة الجسدية، وفي الأغلب فإن أسباب فرط النشاط ترجع إلي اضطرابات وظيفية بيوكيميائية في مجال تمثل المعلومات في ساحات معينة من الدماغ، وأن النواقل العصبية المسؤولة عن تفاعل مناطق دماغية معينة واقعة في مجال مناطق التوصيل بين الخلايا الدماغية لا تقوم بوظيفتها كما ينبغي فيما يتعلق باضطراب عدم الانتباه، فالسبب إذن هو اضطراب استقلابي أيضا في المناطق البين خلوية، ويكشف التصوير الدماغي أن هذه الاضطرابات الوظيفية تتمركز في الساحات المسؤولة عن الانتباه والتركيز والإدراك في الدماغ، فهي التي تستقبل وتعالج المعلومات والانطباعات الحسية، وهي توجد بشكل مهم في العقد العصبية القاعدية والفص الجبهي من المخ، ويجري الاعتقاد بأن السبب وراء ذلك هو استعداد وراثي غير معروف بدقة إلي غاية اليوم، نتيجة انتشار الاضطراب بين الوالدين والإخوة والأخوات والأقارب. وبالمقابل فإن فرط النشاط فيما سبق كان يرد إلي تضرر أثناء الولادة ناتج عن نقص الأكسجين عند الولادة، يضاف إلي ذلك الحساسية تجاه بعض أنواع الأطعمة والتي من شأنها أن تزيد من تعقيد الاضطراب، ويعتقد العلماء أن من بين الأسباب التي هي في الحقيقة ثانوية وليست أساسية نجد؛ ضعف جهاز المناعة وشلل الأطفال والسعال الديكي والصدمات الدماغية وسرطان المخ ومشكلات الولادة.

3- مظاهر فرط النشاط:

تمثل المظاهر الأساسية لفرط النشاط في عدم الاستقرار الحركي والنشاط غير الهادف والاندفاع وضعف التركيز والانتباه والإدراك والذاكرة وسرعة الاستثارة وعدم القدرة علي تحمل الإحباط والتسرع في حل المشكلات، إضافة إلي مظاهر أخرى يمكن اعتبارها ثانوية من قبيل اضطراب التواصل والعلاقات الاجتماعية وصعوبات التعلم وانخفاض تقدير الذات ومشكلات الالتزام بالنظام.

ويمكن إجمال مظاهر فرط النشاط فيما يلي:

- فرط النشاط الحركي، ويظهر في حركة مستمرة مثل عدم القدرة علي الجلوس بهدوء، التمللمل المستمر، الكتابة علي حواف الدفاتر وغيرها.

- سرعة الاستثارة والهيجان، ويظهر في انخفاض القدرة علي تحمل الاحباط وتقلب المزاج، والحساسية الشديدة للنقد ونوبات البكاء والغضب والعدوان.

- عدم القدرة علي التحكم في الانفعالات، ويظهر في انخفاض قيمة الذات واللاواقعية والمبالغة في التعاطف مع الآخرين سواء بالزيادة أو بالنقصان.

- السلوك اللاإجتماعي، ويظهر في العزلة وقلة الأصدقاء والميل إلي التشاجر والتشويش في الصف الدراسي. (سامر، 2002، ص 482-484)

4- علاج فرط النشاط:

يتمثل العلاج الكيميائي لحالات فرط النشاط في أدوية منبهة، من منطلق أن القشرة المخية تكون في حالة من الضعف، وأن أثارها ستجعل بإمكانها الكف المتزن لمراكز تحت القشرية، وهو ما يجعل الهدوء يظهر علي السلوك، لكن ينبغي الحذر عند وصف الدواء من آثاره الجانبية مثل الإدمان والأرق وفقدان الشهية وبالتالي يجب تكييف الجرعة وفق حالة كل طفل، وينبغي أن يصاحب العلاج الكيميائي العلاج النفسي. (عكاشة، 2010، ص 762)

وبغض النظر عن الأسباب التي تقف وراء فرط النشاط، فإن هذه المشكلة كثيرا ما تعيق النشاط الصفي، وتسبب الإزعاج للمعلمين والتلاميذ علي حد سواء، وفي هذه الحال تقع علي عاتق المختص النفسي وحتى المعلم مسؤولية التدخل السريع من أجل تعديل سلوك الطفل مفرط النشاط وذلك علي النحو التالي:

- التنظيم الذاتي؛ ويعني الملاحظة الذاتية والمتابعة الذاتية والتعزيز الذاتي، وتقوم هذه الطريقة علي افتراض أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة، سيكون بقدره تعميم هذه التغيرات علي ظروف أخرى وتعديل وضبط سلوكه.
- التعزيز الرمزي؛ ويعني جملة من الإجراءات المنظمة التي تحتوي استخدام المعززات الرمزية لتحقيق أهداف معينة، والمعززات الرمزية عبارة عن رموز توفر مباشرة بعد حدوث السلوك، وتُعوّض فيما بعد بمعززات مختلفة، ومنها الكوبونات والطابع وقصاصات الورق والأزرار وغيرها.
- الاسترخاء؛ مفادها أن الاسترخاء العضلي يجعل الطفل يشعر بالهدوء ويجد من تشتته الذهني، وهي تتضمن فنية الخيال أي تخيل مشاهد مريحة، وبالتالي التقليل من التوتر والقلق، ولقد كشفت الدراسات أن الاسترخاء جد فاعل في علاج الكثير من حالات فرط النشاط.
- التغذية الراجعة؛ تكون باستخدام جهاز الكتروني يقيس مستوي النشاط الحركي للطفل ويعطي تغذية راجعة سمعية بصوت مسموع، وصدور الصوت يعني أن مستوي النشاط الحركي لدى الطفل مرتفع، وهنا يمتنع المعالجون عن تعزيز الطفل، أما في حال عدم صدور الصوت فيعني أن مستوي النشاط الحركي لدى الطفل منخفض وبالتالي يتم تعزيز الطفل. (يجي، 2000، ص 183-185)

المحاضرة التاسعة:

العدوان

1- تعريف العدوان:

يظهر السلوك العدواني علي العديد من الأطفال، وبالرغم من أن السلوك العدواني يعتبر مألوفا في جل المجتمعات علي وجه التقريب، إلا أنه درجات ومستويات ويرتبط بالسياق الذي يظهر فيه، فمنه ما هو مقبول كما هي الحال في حالات الدفاع عن النفس، أو الدفاع عن حقوق الآخرين، ومنه ما يعتبر مرفوضا في حال كان هداما ومزعجا وفيه تعدي علي الآخرين وعلي حقوقهم، ويأتي الاهتمام الكبير بدراسة السلوك العدواني لما يترتب عليه من آثار مدمرة علي الفرد والمجتمع علي حد سواء، مقارنة بغيره من الاضطرابات السلوكية. (يجي، 2000، ص 185)

يعتبر العدوان من الظواهر السلوكية الشائعة لدى جميع بني البشر، في السواء أو في اللاسواء في الطفولة أو في سن الرشد، يقول "فرويد" (Freud) بأن للعدوان مظهرين مختلفين:

- الأول يتمثل في المظهر السوي الذي يقوم به الفرد بوصفه آلية دفاعية لمواجهة التهديد، والحفاظ علي الذات.

- الثاني يتمثل في المظهر غير السوي الذي يقوم به الفرد شعوريا أو لا شعوريا لإلحاق الأذى أو الاعتداء علي الناس أو علي الوسط الذي يعيش فيه.

يعرف "باص" (Buss) العدوان بأنه: ((سلوك يصدره الفرد لفظيا أو بدنيا أو ماديا أو ضمنيا، مباشرا أو غير مباشر، ناشطا أو سلبيا، ويترتب علي هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك أو لآخرين)).

ويعرفه "بركوفيتش" (Berkowitz) علي أنه: ((السلوك الذي يهدف إلي إلحاق الأذى ببعض الأشخاص والموضوعات)).

ويعرفه "برترام" (Bertram) علي أنه: ((السلوك الذي يصدر عن فرد أو جماعة من الأفراد بقصد إيذاء الآخرين)).

ويعرفه "سيرز" (Sears) علي أنه: ((حدث يقصد فيه الطفل عمدا إيذاء شخص آخر أو شيء آخر، ولهذا يعتبر ضرب اللعبة دون قصد ليس عدوانا، ونحن لا يمكننا مشاهدة القصد والغاية بطريقة مباشرة، ولكننا نلاحظ الموقف الفعلي، ثم نحاول تخمين القصد والغاية وفقا لما شاهدناه)). (مختار، 1999، ص 49-50)

2- أسباب العدوان:

يمكن تقسيم السباب التي تؤدي إلى العدوان إلى أسباب ذاتية وأخرى بيئية علي النحو التالي:

- أسباب ذاتية:

- ميل لدى الطفل في الاستقلال عن الكبار وخاصة الوالدين والتحرر من سلطتهم الضاغطة التي تمنعه من بلوغ رغباته وتلبية حاجاته.

- سعي الطفل للحصول علي كل ما هو ممنوع أو محرم أو غير مقبول من المجتمع.

- التعب الجسدي أو العياء البدني.

- الصراع النفسي الداخلي والانفعال غير المعبر عنه.

- سوء التوافق الاجتماعي والفشل في تكوين صداقات أو علاقات اجتماعية متوازنة.

- عدم الإحساس بالأمن النفسي وعدم الثقة في النفس والشعور بالرفض خاصة من الوالدين أو الغير خاصة من مولود جديد.

- الشعور بالغضب بوصفه انفعالا طبيعيا أو فطريا.

- الشعور بالحرمان العاطفي.

- الشعور بالإحباط وخيبة الأمل.

- تكرار الفشل.

- ضعف الضبط الداخلي وعدم القدرة علي التحكم في الدوافع العدوانية.

- أسباب بيئية:

- طبيعة التربية والتنشئة الاجتماعية.

- طبيعة الخبرات والعلاقات الاجتماعية.

- اتجاهات الأسرة نحو السلوك العدواني من حيث القبول أو الرفض.

- العقاب الذي يترتب عن السلوك العدواني.

- الخبرات الصعبة أو تجارب الانفصال عن الوالدين أو البيت.

- التقييد الشديد لحرية وسلوك الطفل.

- كثرة الخلافات والصراعات بين الوالدين.

- الضغط علي الطفل للتقيد بمعايير سلوكية لا تناسب مع سنه.

- رفض الطفل من الوالدين لسبب او لآخر.

- عدم تفهم الوالدين لمشاعر الطفل العدوانية علي أنها مظهر طبيعي من مظاهر النمو.

(المشري، 2000، ص 41-44)

وتكشف بعض الدراسات أن حوالي 10% ممن هم في سن 15 سنة يكون لديهم عدوان ظاهر، وهي عند الذكور أوضح منها عند الإناث، وفي الأغلب تكون عبارة عن رد فعل لمواقف إحباطية. (بكار، 2010، ص 117)

فالمراهق يميل بدوره إلي السلوك العدواني نحو الكبار المحيطين به مثل الوالدين ورموز السلطة في المجتمع الذي يعيش فيه، فهو في مرحلة لم يعد فيها طفلاً لكنه ليس بعد رجلاً، وبالتالي فهو يتحرك ضد الناس في محاولة للبحث عن الدور الذي يريد القيام به في سن الرشد، ويمكن أن يبالغ المراهق في إظهار العدوان أثناء تعامله مع المحيطين به الذي قد يحمل معني الانتقام في حال تم رفضه من الآخرين، وتقدم "هورني" (Horney) تفسيراً لعدوان المراهق كما يلي:

- يقوم العدوان علي مسلمة أن العالم الخارجي عدواني.

- الرغبة في السيطرة علي الآخرين باستخدام القوة.

- الرغبة في السيطرة بتقديم المساعدة للآخرين وإتباع الأساليب الإنسانية.

(العقاد، 2001، ص 134)

3- الوقاية من العدوان:

- ينبغي علي الوالدين عدم التعامل مع السلوك العدواني للطفل كونه فعلاً تدميراً علي عمومته، وأنه يمكن أن يكون مظهراً إيجابياً، وتجنب استخدام العقاب البدني.

- ينبغي علي الوالدين محاولة فهم الأسباب التي تدفع الطفل إلي السلوك العدواني، ومن أوجهها المختلفة.

- ينبغي علي الوالدين والمربين تجنب وصف سلوك الطفل بأنه عنيف أو عدواني والعقاب البدني واللوم الشديد والسخرية أو الاستهزاء، لأن ذلك قد يعطي نتائج عكسية.
- إتاحة الفرصة للطفل لعبر عن نفسه وما بداخله من مشاعر هموم، حتى يتحقق التنفيس الانفعالي.
- ينبغي الاتفاق فيما بين الوالدين علي أساليب المعاملة الوالدية، لأن التناقض من شأنه أن يخلق وضعيات محبطة قد تؤدي إلي ظهور السلوك العدواني.
- ينبغي علي الوالدين احترام كيان الطفل وتعزيز إحساسه بوجوده، وإتاحة الفرصة له لممارسة أنشطة مختلفة لتفريغ طاقته الكامنة.
- اللجوء المفرط غلي العقاب البدني قد يزيد في دافع العدوان لدى الطفل، يقول "سيرز" (Sears): ((أن أفضل الظروف لمنع العدوان عن الطفل هو تثبيطه بشرط أن نتجنب العقاب البدني علي السلوك)).
- تجنب المبالغة في القسوة والتدليل علي حد سواء، فهذا من شأنه أن ينمي العدوان وسرعة الغضب لدى الطفل، وبالتالي اضطراب علاقته بأقرانه.
- تجنب التدخل المستمر في نشاط الطفل، أو تقييد حركته، بل ينبغي أن يتصف التدخل بالمرونة.
- تجنب الاستهزاء أو السخرية أو التخويف وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم.
- إتاحة الفرصة للطفل لممارسة أنشطة حركية مختلفة من دون ضغط أو فرض نشاط بعينه، مع تدريبهم علي القراءة الحرة والرسم والتعبير الفني بهدف تفريغ طاقتهم.
- مساعدة الطفل علي فهم دوافع السلوك العدواني والتبصر بنتائجه السيئة وعلي التفريق بين العنف الواقعي والعنف الخيالي، وأن مشاهد العنف التلفزيونية هي للتسلية الخيالية فقط وليست نموذجا حقيقيا عن الواقع، مع التنبيه إلي الاختلافات في سلم القيم بين المجتمعات، وأن ما يعرض علي التلفزة لا يتناسب بالضرورة مع المجتمع الذي يعيش فيه الطفل. (مختار، 1999، ص 73-77)

4- علاج العدوان:

توجد لعلاج السلوك العدواني عدة طرق فيما يلي بعضها:

- التعزيز التفاضلي؛ ويتمثل في تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها وتجاهل السلوكيات الاجتماعية غير المرغوب فيها.
 - الحرمان المؤقت من اللعب؛ يتم استخدامه في حال وجود طفل عدواني مع زملائه يقوم بأذيتهم أثناء الدرس أو اللعب.
 - تقليل الحساسية التدريجي؛ يتضمن تدريب الطفل على استجابات لا تتناسب مع السلوك العدواني بوصفها مهارات اجتماعية، وعلى الاسترخاء مع مراعاة التدرج.
 - العزل وثن الاستجابة، حيث يفهم الطفل أن السلوك العدواني لا تترتب عنه المكافأة وإنما يمكن أن يستحق العقاب.
 - التصحيح الزائد؛ يتمثل في قيام الطفل بسلوكيات بديلة عن تلك العدوانية وبصورة متكررة.
 - النمذجة؛ يتمثل في تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية في وضعيات مثيرة للعدوان، ومن الممكن الاستعانة بلعب الدور لاكتساب السلوكيات غير العدوانية، وتقديم التعزيز لمنع ظهور السلوك العدواني.
 - تفرغ العدوان؛ إتاحة أنشطة مختلفة لتفريغ الغضب والشحنات الانفعالية المتصلة بالعدوان مثل اللعب وممارسة الرياضة.
- (بجي، 2000، ص 191-192)

المحاضرة العاشرة:

التوحد

1- تعريف التوحد:

عرف اضطراب التوحد في نهاية القرن العشرين بواسطة العالمان "ليوكانر" (Leo Kanner) و"هانز اسبيرجر" (H.Asperger) عام 1943 من خلال دراسة قام بها هذان العالمان؛

التوحد Autisme مشتق من كلمة Autos وتعني النفس او ذاتي او ذاتي الحركة Isme وتعني الحالة الغير سوية وهذا المصطلح Autisme مأخوذ من اللغة الإغريقية وتنقسم الى شقين Autos وتعني النفس وكذلك Isme وتعني الحالة الغير سوية وغير مستقرة، فهي حالة اضطراب ولا تعني كما يعتقد البعض أن التوحد هو الانطواء، ويفهم التوحد علي أنه الشخص المصاب بهذه الحالة فهو متوحد بخياله يعاني من ضعف الترابط الاجتماعي مع الغير، فضلا عن أن التوحد ناتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

تعريف جمعية التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية؛ حيث عرفت التوحد بأنه عبارة عن إعاقة في التطور متعلقا بالنمو عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب التوحد ليس على وتيرة واحدة ونمط سلوكي واحد، بل بشكل مختلف فمنهم شديد التوحد ومنهم حالات توحد اقل شدة.

تعريف آخر التوحد؛ هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي. أو هو أحد الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال، وتتميز هذه الاضطرابات بصفيتين مهمتين متلازمتين هما: التأخر في النمو والانحراف في مسار النمو.

تعريف "جلبر" (Gilber)؛ يعرفه على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب عدة تتسم بقصور اكتساب مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية وسلوك نمطي وضعف في مهارات اللعب.

تعريف منظمة الصحة العالمية؛ تعرفه على أنه اضطراب نمائي تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي.

فهو إذن اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة، وهناك اضطرابات أخرى كثيرة تشبه التوحد منها: ضعف السمع، التخلف العقلي، وصعوبات التعلم واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

ونتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص لحالات التوحد فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذت في التزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى 15-20 حالة من كل 10000 حالة ولادة حية.

كما أشارت دراسة أخرى إلى أن النسبة تكاد تصل (1-500) حالة ولادة حية، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى إن حالات التوحد بأشكالها المختلفة وأشكالها تصل إلى (5000000) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أحد أشكال التوحد.

وأشارت الدراسات إلى إصابة الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1 مقابل 2) أي أنثى مقابل ذكراً، ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية، وأن انتشار مرض التوحد بين الأطفال في ازدياد مستمر.

2- أسباب التوحد:

مازالت الأبحاث والدراسات تجري حتى الآن لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد، لذا لم يتوصل العلماء إلى مسببات التوحد الأساسية فضلاً عن عدم قدرتهم على الكشف عن تأثيرات الحالة الدماغية والوظائف أو الخصائص الكيميائية للدماغ.

ويمكن إجمال العوامل المسببة للتوحد فيما يلي: (عوامل جينية، عوامل بيولوجية، عوامل عصبية، عوامل نفسية، إصابات في المخ، الشلل الدماغي، الإعاقة العقلية، الأسباب البيئية، الالتهاب الدماغي، تأثير المطاعيم، التسمم بالمعادن الثقيلة منها الرصاص، نفاذية الأمعاء للكازئين والجلوتين). (بجي، 2000، ص 201-207)

3- مظاهر التوحد:

يتميز التوحد باضطراب العلاقات البين شخصية والاجتماعية، حيث يتجنب الطفل التواصل مع الآخرين ويظهر عليه الانسحاب العاطفي والاجتماعي، ويظهر قلة الاهتمام بالآخرين، ويصبح لا يفرق بين المتحرك والثابت بين الإنسان وغير الإنسان، ويمكن أن يظهر بعض الاهتمام القهري ببعض الأشياء الملموسة أو صورته الشخصية. ويظهر التدهور بشكل كبير علي قدرته علي الاتصال بحيث قد تختفي اللغة تماماً، بما فيها اللغة غير الشفهية، وتظهر علي الطفل سلوكيات مقبولة وتصرفات متكررة والتي قد تكون مصحوبة بإيذاء الذات (Auto-mutilation)، وغياب اللعب وضعف القدرة علي التفاعل، ويكون ذلك مصحوباً باضطرابات معرفية وضعف القدرات الذهنية والتأخر العقلي، ويرتبط القلق لديه بالإحساس بعدم الوجود، ووسيلة الدفاع لديه تتمثل في التفكك. يبدأ التوحد الثانوي الكوسبي حوالي السنة الثانية بعد مرحلة من النمو تبدو عادية، في العادة ما بين 14 و 18 شهر، ويكون من الصعب تحديد مدى طبيعية هذه المرحلة بسبب نكران الوالدين بل وحتى المتخصصين، ويعتبر

هذا الشكل الثانوي النكوصي من التوحد قريب من الذهان المبكر (فصام الشخصية). من جهة أخرى فإن تناذر "اسبيرجر" (H. Asperger) يتميز بالخلو من تأخر النمو المعرفي وخاصة النمو اللغوي، حيث تظهر علي الطفل التوحدي قدرات مميزة في بعض المجالات مثل الذاكرة والحساب وغيره، لكنها تكون بمعزل عن الأداء النفسي العام ويكون الطفل غير متوافق نفسيا واجتماعيا. (R . Roussillon, Sans date, P 314-315) وهو يتميز باضطراب نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل، ونمطية وتكرار الاهتمامات والنشاطات مع عدم تضرر النمو المعرفي، وينتشر هذا التناذر علي العموم لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث. (عكاشة، 2010، ص 758)

ويمكن إجمال المظاهر التي قد تظهر لدى التوحديين فيما يلي:

- الصعوبة في الاختلاط مع غيره من الأطفال.
- الإصرار على ذات الأشياء، ومقاومة التغيير في الأمور المعتادة.
- الضحك والقهقهة بصورة غير ملائمة.
- انعدام الخوف الحقيقي من الأخطار.
- قلة الاتصال البصري أو انعدامه كليا.
- عدم الاستجابة لطرق التدريس التقليدية.
- اللعب المستمر بطريقة غريبة أو غير مألوفة.
- انعدام واضح للإحساس بالألم.
- تكرار المفردات أو العبارات بدلا من اللغة الطبيعية.
- تفضيل الوحدة والعزلة عن الآخرين.
- عدم الرغبة بالاحتضان.
- تدوير الأشياء.
- إفراط ملحوظ في النشاط البدني، أو خمول شديد.
- انفعالات مفاجئة، فقد يظهر ضيقاً شديداً دون سبب واضح.
- عدم الاستجابة للتعبيرات اللفظية، فهو يتصرف وكأنه أصم.
- تعلق غير ملائم بالأشياء.
- تفاوت في المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة (فقد لا يرغب بركل الكرة ولكنه قادر على تجميع المكعبات).
- صعوبة التعبير عن الاحتياجات، يستخدم الإيماءات أو الإشارات بدلا من الكلمات.

وخلافا للمفاهيم الشائعة عن التوحديين، فإن بعض حالات التوحد أطفالا كانوا أم بالغين قادرون على الاتصال بصريا بالآخرين وإظهار المودة وغيرها من الأحاسيس والابتسام والضحك ولكن بدرجات متفاوتة، ونجدهم يستجيبون للبيئة المحيطة بهم

كغيرهم بطرق إيجابية أو سلبية، وقد يؤثر التوحد على مدى استجاباتهم ويجعل من الصعب عليهم التحكم في ردود أفعالهم الحسية والذهنية، ويعيش التوحديون أعماراً طبيعية، وقد تتغير الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالتوحد أو تختفي تماماً مع مرور الوقت.

وعلى الرغم من أنه ليس بمقدور أحد التنبؤ بالمستقبل، فإننا نعلم جيداً أن بعض البالغين الذين يعانون من التوحد يعيشون حياتهم ويعملون كأفراد مستقلين في المجتمع في حين أن بعضاً آخر يستمر في الاعتماد على دعم الأسرة والمختصين، وفي الغالب يستفيد البالغون المصابون بالتوحد من برامج التدريب المهني لاكتساب المهارات اللازمة للحصول على عمل، إضافة إلى استفادتهم من البرامج الاجتماعية والترفيهية، أما من حيث المسكن فإنه جماعي، أو مع الأهل والأقارب أو في دور خاصة تحت إشراف مختصين وفي ظروف غاية في الدقة والتنظيم.

وقد يعاني المصابون بالتوحد من إعاقة أو اضطرابات أخرى تؤثر في عمل الدماغ مثل؛ الصرع أو التخلف العقلي أو الاضطرابات الجينية مثل "متلازمة X الهشة" (Fragilité du syndrome X) وتظهر الفحوص أن ما يقارب ثلثي من يتم تشخيصهم بالتوحد يدخلون ضمن مجال التخلف العقلي وأن ما يقارب من 25-30% من التوحديين قد يتطور لديهم نمط الصرع في مرحلة من مراحل حياتهم. (يجي، 2000، ص 209-215)

4- علاج التوحد:

يمكن إجمال الخطوات الواجب إتباعها في علاج التوحد على النحو التالي:

- الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدي وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.
- الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة الخ).
- محاولة احتراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.
- عدم إحداث تغييرات تؤدي إلى إحداث توتر عصبي لديه.
- دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.
- استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.
- تشجيعه على الملاحظة ثم تقليد مبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلوين وبعمل المجسمات.

- تشجيعه على التواصل مع الغير حركيا ولفظيا ورمزيا.
- الاستعانة بمختص تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.
- تنمية مهاراته؛ وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم ولتوديع المغادر الخ، وهي أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.
- ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.
- الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.
- تنشيط استجابته للمثيرات ليتمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومسيرات لمسبة وشمية وتذوقية ما أمكن ذلك.
- بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير، لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات.

<http://www.childguidanceclinic.com/Autism/book.html> consulté le

11/12/2014.

اللجلجة

المحاضرة الحادية عشرة:

1- تعريف اللجلجة:

تعتبر اللجلجة من المشكلات الشائعة وسط الأطفال والراشدين علي حد سواء وفي جميع المجتمعات من دون استثناء، وفي العادة يصاب الوالدين بالقلق حينما يشاهدون أطفالهم يقومون بتكرار مقاطع من الكلمات قبل التمكن من نطقها، وهي في الحقيقة مسألة عادية إذا تعلق المر بطفل ما بين السنتين والخمس سنوات من العمر، فالطفل يكتسب محصولا لغويا بواسطة السمع ويتسرع في استخدامه أثناء الكلام، ولذلك يجد نفسه مضطرا إلي تكرار بعض أجزاء الكلمات حتى ينطقها نطقا صحيحا، وهي ظاهرة تأخذ في التناقص مع تقدم الطفل في نموه. و الحقيقة أن قلق الوالدين الشديد تجاه كل ما يعترض طفلهم من شأنه أن يجعل من اللجلجة عرضا مزمننا، واللجلجة حسب التحليل النفسي ما هي إلا انعكاس لتوترات انفعالية لدى الطفل تتصل بدورها بالعلاقة مع الوالدين. (الشوربجي، 2003، ص 171)

تتمثل اللجلجة في عثرات تحدث الطفل تعوق انسياب الكلام، وتترافق في العادة مع حركات جسمية عصبية وإيماءات وجه تعبر عن حالة توتر الطفل، وربما تزداد شدة اللجلجة في حضور الغريب أو من يشعر برفقتهم بالنقص أو من تكون له أهمية مميزة، وتقل اللجلجة في حضور من يشعر الطفل انه متفوق عليهم، أو في حال كان بمفرده أثناء القراءة. وتكشف الدراسات أن اللجلجة تكون أكثر انتشارا لدى الذكور منها لدى الإناث.

2- أسباب اللجلجة:

يمكن إجمالها فيما يلي:

- أسباب نفسية:

مثل تثبيت الطاقة الليبيدية عند المرحلة الفمية لتلبية الحاجة إلي تمديد عمر الطفولة حسب التحليل النفسي، أو الصراع إقبال-إحجام بسبب الخوف من الكلام من جهة وكونه ضرورة اجتماعية من جهة أخرى، فاللجلجة تقلل من الخوف والتوتر عند الطفل وبالتالي يحدث التعزيز للجلجة بوصفها سلوكا يخفف من حالة الخوف والتوتر.

ويوجد رأي جامع يرجع اللجلجة إلي خبرات الطفولة الأولى عند بداية التدريب علي الكلام، وهنا يتم التفريق بين اللجلجة الأولية واللجلجة الثانوية، فالأولي تحدث في بداية تعلم الطفل للكلام وهي طبيعية وتزول بتقدم العمر، أما الثانية فتحدث عند مبالغة الوالدين بتصحيح كل خطأ أثناء كلام الطفل فتكون اللجلجة ثانوية وتصحح مشكلة سلوكية، وقد تزداد

تعقيدا إذا لجأ الوالدان العقاب البدني لتصحيح كلام الطفل. (يونس، 1993، ص 356-357) من دون إغفال فحص قدرات الطفل الذهنية لأن الدراسات كشفت أن حوالي 30% من الأطفال الذين يظهرون ضعفا في قدرتهم علي الانتباه مثلا يمكن أن تظهر عليهم اضطرابات في الكلام. (Thomas, 2007, P 121)

فالقلق والصراع النفسي لدى الطفل وعدم شعوره بالأمان والطمأنينة والصدمات الانفعالية وعدم الكفاءة أمام أقرانه، من أهم الأسباب النفسية للجلجة يضاف إليها مثلما سبق ذكره قلق الوالدين من عدم مقدرة طفلهم علي الكلام، وهو القلق الذي يجعل الطفل يعيش تجربة نفسية قاسية وهو في بدايات نموه، ثم هناك الحماية المفرطة للطفل والاستجابة لجميع رغبات الطفل بطريقة فيها الكثير من الإسراف، وبالمقابل الحرمان العاطفي الذي من شأنه أن يخلق لدى الطفل حالة من التوتر والقلق المستمر الذي يؤدي إلي اللجلجة أو الرفض المطلق للكلام نظرا لإحساسه بالرفض وعدم القبول من قبل الوالدين.

- أسباب عضوية:

تتمثل في اضطراب الجهاز العصبي المركزي أو الأعصاب المستولة عن الكلام، مثل وجود خلل في العصب المحرك للسان، أو تلف مركز الكلام في الدماغ، أو نزيف دماغي نتيجة مرض في المخ ورم أو ما شابه، أو خلل جهاز الكلام (الفم، اللسان، الأسنان، اللهاة، الشفتان)، أو ضعف السمع، يضاف إلي ذلك حالة طفل أيسر يجبره أهله علي الكتابة باليد اليمنى مما يخلق لديه حالة من التوتر والقلق تؤدي إلي اللجلجة.

- أسباب بيئية:

مثل تعلم عادات النطق السيئة، أو تشجيع الطفل علي نطق الكلمات غير الصحيحة، حيث ينطق الكلمات ناقصة أو مشوهة أو مبتورة ويلقي التشجيع من الأهل من دون محاولتهم تصحيح أخطاء كلام الطفل من باب التذليل. (الخليدي، 1997، ص 140-142)

3- مظاهر اللجلجة:

- مظاهر حركية مثل تحريك الكتفين أو اليدين أو الضغط بالقدمين علي الأرض وارتعاش رموش العينين والحنون وإخراج اللسان والميل بالرأس إلي الأمام أو الخلف أو إلي الجنب.

- القلق ونقص الثقة في النفس والحجل والانطواء وسوء التوافق.

(زهران، 2005، ص 431)

- يعاني الطفل المصاب باللحجة من الشعور بعدم القبول الاجتماعي مما يولد لديه رغبة في العزلة والانسحاب الاجتماعي، وهو ما يترتب عليه مشكلات في التوافق المدرسي علي وجه الخصوص. (الخليدي، 1997، ص 140)
- وتجدر الإشارة إلي أن اضطرابات التوافق تعتبر استجابة نفسية لعوامل ضغط خارجية تؤدي إلي تطور مظاهر انفعالية وسلوكية مرضية. (DSM 4R, 2005, P 783)

4- علاج اللحجة:

- العلاج العضوي؛ يشمل علاج المظاهر الجسمية وأعضاء الجهاز الكلامي.
- تكون أسباب اللحجة في العادة نفسية، حيث يركز عمل المعالج النفسي علي التقليل من أثر هذه الأسباب وعلي الدعم النفسي وبث روح الاستقرار والطمأنينة والثقة في نفس الطفل.
- العلاج الأروطوفوني؛ من خلال تهذيب وتقويم كلام الطفل، والتدريب الإيقاعي وإزالة التوتر والاسترخاء.
- توعية الآباء والمعلمين والمربين بضرورة تحسين أساليب معاملتهم للطفل المصاب باللحجة في اتجاه احترام الطفل وتقديره والعطف عليه ومساعدته علي اكتساب الثقة فس النفس.

(الشوربجي، 2003، ص 173)

- تغيير أو تعديل البيئة بإزالة مسببات الضغط النفسي والحالات الانفعالية الحادة لدى الطفل.
- إتاحة الفرصة للطفل للقيام بأنشطة وأعمال تشعره بالقدرة والكفاية وتقلل إحساسه بالتوتر والعجز.

(يونس، 1993، ص 357)

- بناء حوار مابين الأجيال أي بين الوالدين والطفل من خلال الاحترام المتبادل والالتزام بالأدوار الاجتماعية المتوازنة، ومن دون ذلك فإن الطفل سوف يشعر بعدم الأمن العاطفي ويفقد بالتدريج فرص النمو النفسي العاطفي الطبيعي، فتظهر الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من قبيل اللحجة والقلق وفقدان القدرة علي الإبداع والسلوكيات الوسواسية وغيرها.
- (Becker, 2010, P 57)

أزمة الهوية لدى المراهق

المحاضرة الثانية عشرة:

1- تعريف المراهقة:

تسمى هذه المرحلة أحيانا بالبلوغ للدلالة على النمو الداخلي والتطور مقابل عملية التعلم، لكن المراهقة والبلوغ ليستا كلمتين مترادفتين، فالمراهقة تطلق على مرحلة تبدأ بالبلوغ وتستمر حتى مرحلة النضج ويقتصر معنى البلوغ على النمو الفسيولوجي والجنسي و يصبح الفرد فيها قادرا على التناسل وحفظ سلالته.

وهي مرحلة انتقالية في عمر الإنسان تبدأ بالبلوغ الذي يعتبر طريقا بين الطفولة المتأخرة والمراهقة، تحدث فيها تغيرات في شخصية المراهق من الناحية الجسمية والعقلية والانفعالية، والاجتماعية فهو ينتقل من التفكير القائم على إدراك الملموس إلى التفكير الأعمق في الأمور المعنوية والفكرية وتزداد قدرته على النقد والتحليل وتفهم الأمور و ينتقل من مرحلة الاعتماد علي غيره إلى الاعتماد على النفس والاكتفاء الذاتي ويتسع نطاق علاقاته الاجتماعية. (معوض، 1994، ص 329-331)

وعرفتها "ماديناس" (Medinnus) بأنها: ((مرحلة تبدأ بظهور علامات النضج الجنسي في جوانب النمو الجسمي والاجتماعي وتنتهي عندما يقوم الفرد بتولي أدوار الكبار في أغلب الأحوال علي أنه شخص بالغ)). (يوسف، 1989، ص452)

وعرفها "سيجموند فرويد" (Sigmund Freud) بأنها: ((فترة تبدأ من البلوغ وتنته عند نضوج الأعضاء الجنسية بالمفهوم النفسي)). (نورى، 1981، ص28)

2- حاجات المراهق:

- الحاجة إلي الانتماء:

لا يمكن للفرد إشباع هذه الحاجة إلا في وجود الغير من أفراد جنسه واتصاله بهم وتعامله معهم بطريقة أو بأخرى، حيث تجمعهم بهم أهداف ومصالح وآمال ومخاوف ومعتقدات واتجاهات مشتركة، وتتضح هذه الحاجة في الرغبة في الحياة مع مجموعة من الأفراد وقبول معاييرها ومشاركة الفرد للجماعة في قيمها واتجاهاتها، والإخفاق في تحقيق هذه الحاجة من شأنه أن يؤدي إلي سوء التكيف والعديد من المشكلات السلوكية. (عثمان، 1988، ص15)

- الحاجة إلي تقدير الذات:

هي الحاجة إلي القيمة الشخصية أو الحاجة إلي شعور الفرد بأنه عضو ذو قيمة ودور في المجتمع الذي يعيش فيه، وإشباع هذا التقدير يوجه الفرد سلوكه مقابل سلوك الآخرين ويبدل جهدا من أجل صياغة تقدير لقدراته، والإحباط في تلبية هذه الحاجة من شأنه أن يؤدي إلي فقدان الثقة بالنفس والشعور بالضعف والوهن، وهو ما يترتب عليه بعض السلوكيات التعويضية، وتبرز الحاجة إلي تقدير الذات لدى المراهق من خلال رغبته في أن يعامل معاملة الكبار وأن تحترم إرادته وفي عدم تدخل الآخرين في شؤونه الخاصة.

- الحاجة إلي تحقيق الذات:

تعني حاجة الفرد إلي أن ينطلق بقدراته ومواهبه ورغباته إلي آفاق تتيح له أن يكون ما تمكنه استعداداته من أن يكون، فهي تحفز الفرد علي أن يكون مبدعا ويتميز في مجال من المجالات، والبيئة المساعدة علي تلبية هذه الحاجة هي تلك التي تتميز بالمساندة والتشجيع وعدم التعجيز. لكن علي الفرد أن يراعي التوافق بين مستوي طموحه ومستوي قدراته الحقيقية. (كابيلن، 1998، ص25)

- الحاجة إلي الهوية:

إن الكثير من المراهقين مطالبون من قبل الأسرة أو المعلمين أو حتى من قبل الأصدقاء بما لا يطالب به الأطفال، حيث يتوقع من المراهقين القيام بأولي خطواتهم نحو الأهداف المهنية، وذلك من خلال الخيارات الأكاديمية التي تؤدي بهم إلي الاقتراب أو الابتعاد من أهداف مهنية أو حرفية، ويتوقع منهم الإقدام علي تطوير علاقات عاطفية حميمة، كما يتاح المجال أمامهم لتحمل المزيد المسئولية نحو تنظيم أوقاتهم وأمورهم المالية.

ومع تغير هذه التوقعات فإن المجتمع يضغط علي المراهقين من أجل التفكير بالأدوار التي يودوا أن يلعبوها كراشدين وبالسلوكيات التي يودون اختيارها أو تبنيتها، فالجانب الرئيسي للمشكلة التي يواجهها المراهقون يتعلق بتعريف الذات أو الهوية حيث يجب أن يكتشفوا ما هي معتقداتهم واتجاهاتهم وأفكارهم فالالتزام بدور معين يستلزم الوفاء بمجموعة من القيم. وقد تنشأ أزمة الهوية بسبب الثورة الانفصالية المنبثقة عن التوجهات الاجتماعية أو الشخصية المبالغ في شدتها لتبني دور معين في وقت ما من حياة الفرد لا يكون باستطاعته الحصول خلاله علي دور مناسب له، وللوصول إلي حل لهذه الأزمة وتحقيق الإحساس بالهوية علي المراهق أن يطور توجهها في الحياة لا يعمل فقط علي تحقيق الخصائص البيولوجية والسيكولوجية المتغيرة للذات، وإنما متسق أيضا مع توقعات المجتمع منه، إن لحل أزمة الهوية تأثير عميق علي النمو في مرحلة الرشد فيما بعد، فإن لم أزمة الهوية في الوقت الذي يدخل فيه المراهق مرحلة الرشد فسوف يشعر بغموض الدور وبالتالي أزمة الهوية. (شريم، 2007، ص46-47)

3- أزمة الهوية:

تعتبر الهوية من أقدم مواضيع علم النفس، حيث تم تناولها بواسطة عدة تيارات من التحليل النفسي (فرويد، يونج، شيلدر، وينيكوت، سبيتر، إريكسون،...)، كما جرى التركيز على محاولة الكشف عن البعد الاجتماعي والثقافي (بالدين، كولي، ميد،...)، وفي أوروبا أخذ التيار علم النفس الوراثي والاجتماعي بالاهتمام بمواضيع الهوية (فالون، زازو، تاب، كاميلري،...)، ويتفق الجميع في الزمن المعاصر على أن "إريكسون" (Erikson) وفي سنوات الستينيات هو الذي درس بدقة موضوع الهوية، حيث انصبت اهتماماته في البداية على دراسة اضطراب الهوية ومحاولة فهم طبيعة الأزمة التي يمر بها بعض المراهقين، حيث قام بالاعتماد على عدة مراجع وخلفيات تقاطعت فيها خاصة وجهات نظر التحليل النفسي وعلم النفس الاجتماعي والأنثروبولوجيا الثقافية. (Marc, 2005, P 19)

استخدم "إريكسون" إذن مفهوم هوية الأنا في مقابل اضطراب الدور للإشارة إلى أزمة النمو في مرحلة المراهقة وبدايات الشباب، حيث يمثل حلها المطلب الأساسي لاستمرارية النمو السوي خلال هذه المرحلة ونقطة تحول نحو الاستقلالية الضرورية للنمو السوي في مرحلة الرشد.

ويعتمد تشكل هوية الأنا على ما يسبقها من توحيدات، إلا أنها ليست أياً من هذه التوحيدات ولا حتى مجموعها، بل نتاج عملية دمج تطورية تتضمن تجاهل انتقائي وتمثيل تبادلي يؤدي إلى خلق وحدة تكاملية جديدة لها مختلفة عن أصلها، تتضمن خلق جسر بين الطفولة والرشد، ولتأكيد ذلك يرى "إريكسون" أن تشكل هوية الأنا يحدث عندما تنتهي فعاليات هذه التوحيدات كعناصر منفصلة.

وتبدأ عملية التشكل بظهور الأزمة المتمثلة في درجة من القلق والاضطراب المختلط المرتبط بمحاولة المراهق تحديد معنى لوجوده في الحياة، من خلال اكتشاف ما يناسبه من مبادئ ومعتقدات وأهداف وأدوار وعلاقات اجتماعية ذات معنى أو قيمة، على المستوى الشخصي والاجتماعي، وبمعنى آخر فإنها محاولة للإجابة على تساؤلات مثل (من أنا؟ وما دوري في هذه الحياة؟ وإلى أين أتجه؟) وتنتهي الأزمة ويتم تحقيق الهوية في الظروف الحسنة بانتهاء هذا الاضطراب، وتحقيق المراهق للإحساس القوي بالذات ممثلاً في إحساسه بتفرده ووحدته الكلية، وتمائل واستمرارية ماضيه وحاضره ومستقبله وقدرته على حل الصراع والتوفيق بين الحاجات الشخصية الملحة والمتطلبات الاجتماعية، بدرجة تؤكد إحساسه بواجبه نحو ذاته ومجتمعه، وينعكس ذلك سلوكياً في قدرته على اختيار قيمه ومبادئه وأدواره الاجتماعية والتزامه بها، والتزامه بالمثل الاجتماعية بدلا من مواجهتها، عند هذه المرحلة يكون الأنا قد اكتسب فعاليته الجديدة المتمثلة في الإحساس بالثبات.

وعلى العكس يؤدي الفشل في حل التوحيدات المبكرة غير السوية والصراعات المؤلمة وما يترتب عليه من فشل في حل أزومات النمو في مرحلة الطفولة إلى اضطراب هوية الأنا في مرحلة المراهقة، ويأخذ هذا الاضطراب من وجهة نظر "إريكسون" نمطين أساسيين يتمثل الأول في اضطراب الدور، حيث يفشل المراهق في خلق تكامل بين توحيدات الطفولة، مما يؤدي إلى الإحساس

المهلهل بالذات وعدم القدرة على تبني أدوار وأهداف ثابتة ذات معنى أو قيمة شخصية واجتماعية، ويتمثل النمط الثاني في تبني الهوية السالبة والمرتبطة بدرجة أعلى من الإحساس بالتفكك الداخلي، والذي لا يقتصر تأثيره على عدم القدرة على تحديد أهداف ثابتة أو تحقيق الرضا عن أدواره الاجتماعية، بل ويلعب دورا أكثر سلبية في حياة الفرد بصفة عامة، حيث يدفع إلى ممارسة أدوار غير مقبولة اجتماعيا كالجنوح وتعاطي المخدرات. (الغامدي، 2001، ص 225-226) والتي تشيع في المراهقة، حيث يمكن أن تكون عبارة مثلما يمكن أن تكون بداية لانحرافات حقيقية أو لاضطرابات سلوكية. (Hanigan, 1990, P 5)

4- كيفية التعامل مع أزمة الهوية:

يعيش المراهق إذن حسب "إيركسون" أزمة ذات طبيعة نفسية واجتماعية حيث تتولد لديه جملة من المشاعر التي لم يألفها من قبل، فيشعر أن لديه دوافعه الخاصة التي يجب أن يحترمها الآخرون، غير أن نقص خبرته بالحياة وبالآخرين تجعل تعامله قاصرا ومحدودا ويتسم بالنظرة الضيقة، فينتج عن هذا الوضع الصراع في تحديد الهوية، فهو يفكر في شيء والواقع شيء آخر، وهنا علي الوالدين التعامل مع المراهق علي النحو التالي:

- توعيته بالتغيرات النفسية والجسمية والاجتماعية التي يمر بها وكيفية التعامل معها بواقعية.
- توعيته بدوره الجنسي وكيفية إقامة علاقات متوازنة مع الجنس الآخر.
- تنبيهه إلي المخاطر الاجتماعية التي تتهدده في هذه المرحلة وما يترتب عليها من نتائج.
- التنبيه إلي اختلاف الأجيال والتغير الاجتماعي والثقافي بين الآباء والأبناء.
- الحرص علي التعامل مع المراهق باعتدال وبأسلوب الحوار.
- تجنب الأساليب المتطرفة من قبيل المبالغة في التدليل أو الحرمان.
- التوجيه الهادئ مع احترام شخصه وطريقة تفكيره بل مساعدته علي اكتساب القدرة علي اتخاذ القرار.
- مساعدته علي اكتساب القدرة علي تحمل المواقف المحبطة ومواجهة الحياة.
- الاستمرار في توفير الحماية العاطفية والاجتماعية والمادية ومساعدته علي تحقيق الإشباع بطريقة معتدلة وواقعية.
- تشجيعه علي التحرر المتدرج من الاعتمادية العاطفية والمادية علي الوالدين.
- تشجيعه علي اكتساب الثقة بالنفس وتكوين مفهوم ذات إيجابي.

- مدحه والثناء عليه بطريقة واقعية وحثه علي الاعتماد علي نفسه وتجنب أسلوب النقد والأحكام المسبقة.
- حثه علي الانتماء الجماعي الإيجابي الذي يساعده علي فهم وتحديد أدواره الاجتماعية المستقبلية.
- توجيهه وتقديم النصح له لاختيار التخصص الدراسي ومهنة المستقبل مع احترام ميولاته واختياراته.

(آدم، 2005، ص 25-26)

خاتمة:

إن تجاوز المشكلات النفسية والسلوكية التي يمر بها الطفل والمراهق مرتبط إلى حد بعيد بالوسط الأسري وبالتحديد بالوالدين، فالأسرة التي تتميز بالمناخ السوي والصحي من حيث اعتدال قنوات الاتصال *Canaux de communication* وتوازن الأدوار والابتعاد عن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة (من قبيل التسلط والإهمال واللامبالاة والتدليل المفرط والحماية الزائدة والتفريق بين الأبناء والتغيب الوالدي *Absentéisme parental* لسبب أو لآخر)، سوف تهيء لأبنائها فرص اكتساب السلوك السوي والقدرة علي مواجهة الحياة، أما الأسرة المفككة والتي تتميز بشكل خاص باضطراب قنوات الاتصال، فإنها لا شك ستكون بيئة ملائمة للاضطرابات النفسية والسلوكية وكل ما يتصل بها من أعراض مرضية معرفية وانفعالية وجسمية، ناهيك عن جنوح الأحداث *Délinquance juvénile* والجريمة. إضافة إلى الأسرة فإن المجتمع يجب أن يتحمل مسؤولياته تجاه الأطفال والمراهقين من خلال تخطيط سياسة عامة بالرجوع إلى الباحثين والمتخصصين تشمل العديد من التخصصات والمؤسسات والهيئات (مثل المدرسة والجامعة والمسجد والإعلام والفضاءات الافتراضية وغيرها) وأيضا الجمعيات والنوادي العلمية والثقافية والفنية والرياضية وتوجيهها بشكل عملي وواقعي نحو تهيئة الظروف المختلفة من أجل بناء الفرد السوي والمواطن الصالح ومن ثمة المجتمع الناجح.

قائمة المراجع والمصادر

- 1- أبو هين، فضل: **الصحة النفسية**، الدراسات الحديثة النفسية، غزة، 1997.
- 2- ابن منظور، محمد بن مكرم: **لسان العرب**، دار الكتب العلمية، بيروت، 2001.
- 3- آدم، حاتم محمد: **الصحة النفسية للمراهقين**، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة، 2005.
- 4- الجسماني، عبد العلي: **علم التربية وسيكولوجية الطفل**، الدار العربية للعلوم، بيروت، 1994.
- 5- الخليدي، عبد المجيد ، وهيبي، كمال حسن: **الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال**، دار الفكر العربي، بيروت، 1997.
- 6- الداھري، صالح حسن ، الكبيسي، وهيب مجيد: **علم النفس العام**، دار الكندي للنشر والتوزيع، اربد، 1999.
- 7- الداھري، صالح حسف و ألبعدي، ناظم هاشم: **الشخصية و الصحة النفسية**، دار الكندي للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
- 8- الداھري، صالح حسين: **مبادئ الصحة النفسية**، دار وائل للنشر، القاهرة، 2005.
- 9- الشوربجي، نبيلة عباس: **المشكلات النفسية الأطفال، أسبابها-علاجها**، دار النهضة العربية، القاهرة، 2003.
- 10- الصنيع، صالح: **التدين والصحة النفسية**، الإدارة العامة للثقافة والنشر، جامعة الإمام محمد بن سعود الاسلامية، الرياض، 2000.
- 11- الطفيلي، امتثال: **علم نفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة**، دار المنهل اللبناني، بيروت، 2004.
- 12- العقاد، عصام عبد اللطيف: **سيكولوجية العدوانية وترويضها**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.
- 13- العيسوي، عبد الرحمن: **نظريات الشخصية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- 14- الغامدي، حسين عبدالفتاح: **علاقة تشكل هوية الأنا بنمو التفكير الأخلاقي لدى عينة من الذكور في مرحلة المراهقة والشباب بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية**، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، العدد 29، 2001.

- 15- القاضي، يوسف محمد وآخرون: الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ، الرياض، 1981.
- 16- القعيب، سعد بن مسفر: التنمية الاجتماعية والفكرية للإنسان السعودي في ضوء الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد الثاني عشر، العدد الثاني، يوليو 2000.
- 17- القوصي، عبد العزيز: أسس الصحة النفسية، الطبعة الرابعة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1952.
- 18- الهمشري، محمد علي قطب، الجواد، وفاء محمد: عدوان الأطفال، الطبعة الثانية، مكتبة العبيكان، الرياض، 2000.
- 19- بكار، عبد الكريم: المراهق كيف نفهمه وكيف نوجهه، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة، 2010.
- 20- جابر، عبد الحميد الجابر: نظريات الشخصية، البناء الديناميات النمو طرق البحث التقويم، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.
- 21- رضوان، سامر جميل: الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2002.
- 22- زهران، حامد عبد السلام: الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، القاهرة، 2005.
- 23- زهران، حامد عبد السلام: دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 2003.
- 24- شاذلي، عبد الحميد محمد: التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2001.
- 25- شريم، رغدة: سيكولوجية المراهقة، دار المسيرة، عمان، 2007.
- 26- عبد الرحمن، محمد: نظريات الشخصية، دار قباء لمنشر، القاهرة، 1998.
- 27- عبد الله، محمد: مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، 2001.
- 28- عثمان، فاروق السيد: سيكولوجية التعبير والتعبير وبناء العقل العربي، دار الوفاء، المنصورة، 1988.
- 29- عكاشة، أحمد: الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2010.
- 30- فقيه، العيد: أهمية الصحة النفسية للطالب الجامعي (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة -جامعة تلمسان- الجزائر)، مجلة جامعة دمشق، المجلد 23، العدد الثاني، 2007.
- 31- فهيم، كلير: أولادنا والمدرسة، جهاد للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.

- 32- كابلن، ل: **المراهقة وداعا ايتهما الطفولة**، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1998.
- 33- مختار، وفيق صفوت: **مشكلات الأطفال السلوكية الأسباب وطرق العلاج**، دار العلم والثقافة، القاهرة، 1999.
- 34- مرسي، محمد سعيد: **فن تربية الأولاد في الإسلام**، الجزء الثاني، دار التوزيع والنشر الإسلامية، القاهرة، 2001.
- 35- معوض، خليل ميخائيل: **سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)**، الطبعة الثالثة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 1994.
- 36- مليكة، لويس كامل: **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت، 1990.
- 37- منصور، عبد المجيد سيد، الشريبي، زكريا أحمد: **الأسرة علي مشارف القرن 21**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000.
- 38- نوري، الحافظ: **المراهق دراسة سيكولوجية**، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1981.
- 39- يحي، خولة أحمد: **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000.
- 40- يوسف، منصور محمد جميل وآخرون: **النمو من الطفولة إلى المراهقة**، دار تحامة، جدة، 1989.
- 41- يونس، انتصار: **السلوك الانساني**، دار المعارف، القاهرة، 1993.
- 42- **DSM 4R**, MASSON, Paris, 2005.
- 43-Edmond Marc : **Psychologie de l'identité**, Dunod, Paris, 2005.
- 44-Emmanuel de Becker : **La parole de l'enfant en souffrance**, Dunod, Paris, 2010.
- 45-Jacques Thomas & autres : **Trouble de l'attention chez l'enfant**, Masson, Paris, 2007.
- 46-Marie-France Hirigoyen: **Le harcèlement moral**, La Découverte et Syros, Paris, 1998.

47-Robert Voyazopoulos & autres: **L'examen psychologique de l'enfant**, Dunod, Paris, 2011.

48-R. Roussillon & autres : **Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale**, MASSON, Paris, Sans date.

49-Patricia Hanigan : **La jeunesse en difficulté**, Presse Universitaire du Québec, Montréal, 1990.

50-<http://www.childguidanceclinic.com/Autism/book.html> consulté le 11/12/2014.

ثبت المصطلحات

A

Adaptation	تكيف
Adolescence	مراهقة
Affirmation de soi	تحقيق الذات
Agitation	هيجان
Agressivité	عدوان
Ajustement	توافق
Anormal	لا سواء
Anxiété	قلق
Attention	انتباه
Attitude	اتجاه
Autisme	توحد
Automutilation	إيذاء ذاتي
Autoritarisme	تسلط

B

Bégaiement	الجلجة
Besoin	حاجة
Bizarrie de comportement	غرابة السلوك

C

Carence affective	حرمان عاطفي
Chimiothérapie	علاج كيميائي
Choc crânien	صدمة دماغية
Colère	غضب
Communication	اتصال
Comportement	سلوك
Concentration	تركيز
Concept de soi	مفهوم الذات
Conflit intrapsychique	صراع داخلي نفسي
Conscience	شعور
Contrôle interne	ضبط داخلي
Counseling	إرشاد نفسي
Créativité	إبداع
Crise	نوبة
Crise d'identité	أزمة هوية

D

Délinquance	جنوح
Dénégation	إنكار
Développement	تطور

Diagnostic	تشخيص
Différences individuelles	فروق فردية
Dissociation	تفكك
Divorce affectif	طلاق عاطفي
Dominance	سيطرة
E	
Echelle de valeurs	سُلّم القيم
Energie psychique	طاقة نفسية
Enfance	طفولة
Enfance précoce	طفولة مبكرة
Enurésie	تبول لاإرادي
Equilibre émotionnel	توازن انفعالي
Estime de soi	تقدير الذات
Euphorie	ضحك مَرضي
Exagération	مبالغة
Exemple parental	نموذج والدي
Evolution	نمو
F	
Frustration	إحباط

H

Humeur	مزاج
Hyperactivité	فرط نشاط
Hyper protection	حماية مفرطة
Hyper sensibilité	حساسية مفرطة

I

Imagination	تخيل
Impuissance	عجز
Inconscience	لا شعور
Indépendance	استقلالية
Indifférence	لامبالاة
Insomnie	أرق
Interaction	تفاعل
Introversion	انطواء
Isolement	عزلة

M

Maturité affective	نضج عاطفي
Mémoire	ذاكرة
Métabolisme	استقلاب
Motivation	دافع

N

Névrose عُصاب

Normal سواء

O

Obsession وسواس

Orientation توجيه

P

Patrimoine culturel تراث ثقافي

Perception إدراك

Personnalité شخصية

Perte d'appétit فقدان شهية

Psychanalyse تحليل نفسي

Psychasthénie عياء نفسي

Psychopathologie مرض نفسي

Psychose دُهان

Psychothérapeute معالج نفسي

Psychothérapie علاج نفسي

Prédisposition استعداد

Puberté سن البلوغ

R

Relaxation	استرخاء
Régression	نكوص
Renforcement	تعزير
Responsabilité sociale	مسئولية اجتماعية
Retard mental	تخلف عقلي
Retrait social	انسحاب اجتماعي
Rôle social	دور اجتماعي

S

Santé mentale	صحة نفسية
Sécurité psychique	أمن نفسي
Séparation	انفصال
Socialisation	تنشئة اجتماعية
Solitude	وحدة
Soumission	خضوع
Soutien psychologique	دعم نفسي
Sphère cérébrale	ساحة دماغية
Stress	ضغط نفسي
Syndrome	تناذر
Système immunitaire	جهاز المناعة

T

Timidité	خجل
Thérapie comportementale	علاج سلوكي
Toxicomanie	إدمان المخدرات
Traumatisme	صدمة نفسية
Tremblement	ارتعاش
Trouble psychique	اضطراب نفسي

V

Violence	عنف
----------	-----