



جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم علم النفس



قلق الانفصال و الإضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى أطفال ذوي
الإحتياجات الخاصة (التأخر العقلي البسيط)

- دراسة عيادية لستة حالات بالمركز النفسي البيداغوجي زميرلي بولاية
تيزي وزو -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

الأستاذ المشرف:

♦ بلخير راشيد.

من إعداد الطالبتين:

♦ دبوز نادية

♦ بانوح صونية

السنة الجامعية: 2023-2024

كلمة شكر

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه أن وفقنا لإتمام هذا العمل و إتمام خطواته.

نتوجه بالشكر الجزيل الى الأستاذ "بلخير رشيد" الذي تفضل بالإشراف على هذا العمل المتواضع، و لم يبخل يوما في تقويم هذا العمل و تقديم النصح فله الشكر و الإمتنان.

كما لا يجب أن لا ننسى أيضا أن نتقدم بالشكر الجزيل الى الأستاذة "لارباس علجية" التي لم تقصر يوما في توجيهنا و مساعدتنا.

كما نشكر كل أساتذة علم النفس و كل من ساهم في إتمام هذا العمل و لو بنصيحة أو كلمة طيبة.

إهداء

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، اللهم لك الحمد حق الرضا و لك الحمد إذا رضيت و لك الحمد عد الرضا.

إلى أعز و أغلى ما أملك في هذه الحياة، إلى نبع العطاء و الحنان و التي سهرت الليالي و حرصت على تربيته و علمتني معنى الوفاء و الإخلاص "أمي الغالية".

إلى من تعب و وهب حياته من أجلنا و لأجل أن نصل إلى ما نحن عليه، "أبي الغالي" الذي أكن له كل الحب و الإحترام و التقدير.

إلى إخوتي الأعزاء "نجيب، نسيم، نور الدين، إلياس و عبد الوهاب" و أختي العزيزة و توأمي "تاريمان".

إلى صديقتي الغالية التي تقاسمت معها هذا العمل و التي تعتبر رفيقة دربي و رمز الصداقة و الإخلاص.

لأختتم اهوائي بإهداء أقدمه لأعز أصدقائي و زملائي الجامعيين، و بالأخص إلى دفعة علم النفس العيادي لسنة 2024/2024.

الطالبة: بانوح صونية.

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى من أفنيا عمرهما في سبيل والدي الكريمين قرة عيني أطال الله في عمرهما أُمِّي "ذهبية" حبيبتي الغالية و أبي "سعيد" حبيب قلبي الغالي و جدتي الغالية "فطيمة" و التي وفتها المنية ندعو الله أن يتغمد روحها بالرحمة و يرزقها الفردوس الأعلى و يحشرها مع زمرة الأنبياء الصالحين و المرسلين و يجعل قبرها روضة من رياض الجنة.

و إلى الزوج الكريم "عبد الحق مسعودي" حفظه الله لي الذي كان سنداً لي و ذللاً لي الصعاب طيلة مشواري الجامعي و يرفع من معنوياتي رغم كل الصعوبات التي واجهتها في إنجاز هذا العمل المتواضع كما أهديه لعائلتي الكريمة و إلى من حملنا رحم واحد و تقاسمت معهم الأيام الحلوة إخوتي الأعزاء و أخواتي العزيزات كل بإسم "نصيرة، زهرة، جميلة، مولود، نور الدين، عاشور و إيدر" و أبناءهم حفظهم الله "ماستن، سامي، زكرياء، آدم، إسحاق" أحبتي الصغار و أهديه إلى "يوسف" و خاصة أختي "نصيرة" الغالية التي كانت تدعمني و تساعدني في كل وقت جزاها الله خيراً، كما أهديه إلى صديقتي "صونيا" و عائلتها التي تقاسمت معي هذا و كانت في قمة الأخلاق و التربية بآرك الله فيها على حسن المسيرة التي قضيناها معا في مشوارنا هذا من أجل إنجاز هذا العمل المتواضع.

و أهديه إلى الأستاذ المشرف السيد "بلخير" الذي قدم لنا الدعم و الإشراف طيلة المشوار الجامعي من أجل تحقيق و إنجاز هذه المذكرة المتواضعة، كذلك أهديه للأستاذة الفاضلة "لرباس" التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها لنا لإنجاز عملنا هذا. كما أهديه للجنة المناقشة الكرام و كل من يتصفح مذكرتي هذه.

الطالبة: دبور نادية.

ملخص:

هدف البحث الحالي إلى معرفة مدى تأثير قلق الانفصال في ظهور اضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى اطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأخر عقلي بسيط و لتحقيق هذا الغرض تطرقنا في الفصل الأول للبحث بعرض الإطار العام و لإشكالية البحث، و في الفصل الثاني الجانب النظري تناولنا قلق الانفصال، و فصل الثالث الاضطرابات السلوكية و الوجدانية و الفصل الرابع الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي) و في الجانب التطبيقي تم التعرض على الفصل الخامس الاجراءات المنهجية للبحث، و الفصل السادس عرض و تحليل مناقشه النتائج في الفصل الاخير.

بعد بناء الإشكالية و طرح تساؤلات البحث تم صياغة الفرضيات على النحو التالي:

الفرضية العامة: يؤدي قلق الانفصال إلى ظهور اضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (تأخر عقلي بسيط)

الفرضيات الجزئية: يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقل البسيط) من قلق الانفصال.

يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي البسيط) من اضطرابات السلوكية و الوجدانية. و لإختبار الفرضيات السالفة الذكر اتبعنا في بحثنا الحالي المنهج العيادي الذي اقتضته الدراسة المعتمد على دراسة الحالة على ستة حالات من أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ثلاثة ذكور، ثلاثة إناث من فئة التأخر العقلي البسيط للمركز النفسي البيداغوجي زميلي أكلي في ماي 2024

متواجد في تيزي وزو، إستعنا بأدوات البحث منها المقابلة العيادية معتمدين على دليل المقابلة العيادية نصف موجهة من طرف الباحثين، اضافه إلى تطبيق مياس قلق الانفصال و مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية اللذان قمنا بتذكيرهما على البيئة الجزائرية للسنة الجامعية 2023 - 2024 من قبل أستاذة محكمين تخصص علم النفس العيادي في جامعة مولود معمري تيزي وزو، قسم العلوم الإنسانية و الاجتماعية لجامعة تامدة، حيث تحصلنا في تحليلنا لمعطيات و تطبيق المقياس على نتائج الحالات الستة لمقياس قلق الانفصال، الحالة الأولى درجتها 72 دلالتها متوسط، و الحالة الثانية 66 درجة مدلولها متوسط، و الحالة الثالثة بدرجة 49 مدلولها منخفض، و الحالة الرابعة 82 درجة دلالتها مرتفع، و الحالة الخامسة بدرجة 88 مدلولها مرتفع، و في نتائج تفسير مقياس الاضطرابات السلوكية تحصلت الحالات الستة على النتائج التالية: الحالة الأولى 143 درجة دلالتها مرتفع جدا (ذات دلالة اكلينيكية)، الحالة الثانية بدرجة 94 مدلولها متوسط، و الحالة الثالثة بدرجة 77 مدلولها منخفض، و الحالة الرابعة بدرجة 158 مدلولها مرتفع (ذات دلالة)، و الحالة الخامسة بدرجة 148 مدلولها مرتفع، و الحالة السادسة 126 مدلولها متوسط، و من خلال ما سبق ذكره فإن الحالات الخمسة في الدراسة الأساسية تعاني من قلق الانفصال و المشكلات السلوكية و الوجدانية و هذا ما تؤكدته فرضيات بحثنا الحالي، بينما حالة واحدة فقط لا تعاني من قلق الانفصال و لكنها تعاني من اضطرابات سلوكية و وجدانية.

Résumé:

Le but de la recherche actuelle est de déterminer l'étendue de l'impact de l'anxiété de séparation sur l'émergence de troubles comportementaux et émotionnels chez les enfants ayant des besoins spéciaux et un léger retard mental. Pour atteindre cet objectif, nous avons abordé le premier chapitre de la recherche par. présentant le cadre général et la problématique de la recherche, et dans le deuxième chapitre, nous avons traité de l'aspect théorique de l'anxiété de séparation, et dans le troisième chapitre, les troubles comportementaux et émotionnels, et le quatrième chapitre sur les personnes ayant des besoins spéciaux et un retard mental. Dans l'aspect appliqué, le cinquième chapitre a discuté des procédures méthodologiques de la recherche, et Chapitre six, présentation et analyse, et discussion des résultats dans le dernier chapitre. Après avoir construit le problème et posé les questions de recherche.

les hypothèses ont été formulées comme suit :

Hypothèse générale: L'anxiété de séparation conduit à l'émergence de troubles comportementaux et émotionnels chez les enfants ayant des besoins particuliers (retard mental Basique).

Hypothèses partielles : Les enfants ayant des besoins particuliers, un léger retard mental, souffrent d'anxiété de séparation.

Les enfants ayant des besoins particuliers (retard mental léger) souffrent de troubles comportementaux, émotionnels et liés aux tests. Dans notre recherche actuelle, nous avons suivi l'approche clinique requise par l'étude sur la base d'une étude de cas sur un an de cas d'enfants atteints. besoins particuliers, trois hommes, trois femmes de la catégorie du retard mental simple. Pour le Centre Psycho-Pédagogique, mon collègue Akli, qui était à Tizi Ouzou en mai 2024, a utilisé des outils de recherche, dont l'entretien clinique, en s'appuyant sur le semi-. guide d'entretien clinique dirigé et la technique d'observation clinique par les chercheurs, en plus de l'application Mayas Separation Anxiety et de l'échelle des problèmes comportementaux et émotionnels, dont nous avons parlé sur Le milieu algérien pour l'année universitaire 2023-2024 par un professeur d'arbitres spécialisé en psychologie clinique à l'Université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou, Département des

Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Tamda, où nous avons obtenu dans notre analyse des données et application de l'échelle les résultats des six cas de l'échelle, anxiété de séparation. Le premier cas avait un score de 72. Moyen, le deuxième cas avait un score de 66, sa signification était moyenne, le troisième cas avait un score de 49, sa signification était faible, le quatrième cas avait un score de 82, sa signification était élevée, et le cinquième cas avait un score de 88, sa signification était élevée. Dans les résultats de l'interprétation de l'échelle des troubles du comportement, les cas sunnites ont obtenu les résultats suivants : Le premier cas avait un score de 143, sa signification était très élevée. . Avec signification clinique), le deuxième cas a un score de 94, sa signification est modérée, le troisième cas a un score de 77, sa signification est faible, le quatrième cas a un score de 158, sa signification est élevée, le cinquième. Le cas a un score de 148, sa signification est élevée, et le sixième cas a un score de 126, sa signification est modérée. Sur la base de ce qui a été mentionné ci-dessus, les cinq cas sont dans L'étude principale souffre d'anxiété de séparation et comportementale et émotionnelle. problèmes, et cela est confirmé par les hypothèses de nos recherches actuelles, alors qu'un seul cas ne souffre pas d'anxiété de séparation, mais souffre plutôt de troubles comportementaux et émotionnels.

Summary :

The aim of the current research is to determine the extent of the impact of separation anxiety on the emergence of behavioral and emotional disorders in children with special needs and mild mental retardation.

To achieve this purpose, we addressed in the first chapter of the research by presenting the general framework and problem of the research, and in the second chapter, we dealt with the theoretical aspect of separation anxiety, and in the third chapter. Behavioral and emotional disorders, and the fourth chapter on people with special needs and mental retardation.

In the applied aspect, the fifth chapter discussed the methodological procedures of the research, and Chapter Six presents and analyzes the results and discusses them in the final chapter. After constructing the problem and posing the research questions, the hypotheses were formulated as follows:

General hypothesis: Separation anxiety leads to the emergence of behavioral and emotional disorders in children with special needs (mental retardation basic).

Partial Hypotheses: Children with special needs (simple mental delay) suffer from separation anxiety. Children with special needs (mild mental retardation) suffer from behavioral, emotional, and testing disorders.

The aforementioned hypotheses. In our current research, we followed the clinical approach required by the study based on a case study over a year of cases of children with special needs, three males, three females from the category of (simple mental retardation). For the Zemini Akli Pedagogical Psychological Center in May 2024, located in Tizi Ouzou, we used research tools, including the clinical interview, relying on the semi-directed clinical interview guide and the clinical observation technique by the researchers, in addition to the application of the Miyas Separation Anxiety and the Behavioral and Emotional Problems Scale, which we mentioned on The Algerian environment for the academic year 2023-2024 by a professor of arbitrators specializing in clinical psychology at the Mouloud Mammeri University of Tizi Ouzou, Department of Human and Social Sciences at the University of Tamda,

where we obtained in our analysis of the data and application of the scale to the results of the six cases, the scale of separation anxiety, the first case scored 72. Its significance is average, the second case has a score of 66, its significance is medium, the third case has a score of 49, its significance is low, the fourth case has a score of 82, its significance is high, and the fifth case has a score of 88, its significance is high. In the results of the interpretation of the behavioral disorders scale, the six cases obtained the following results: The first case has a score of 143, its significance. Very high, with clinical significance. The second case, with a score of 94, has medium significance, the third case, with a score of 77, which has low significance, the fourth case, with a score of 158, which has high significance, the fifth case with a score of 148, which has high significance, and the sixth case with a score of 126, which has medium significance. From what was mentioned above, the cases The five subjects in the main study suffer from separation anxiety and behavioral and emotional problems, and this is confirmed by the hypotheses of our current research, while only one case does not suffer from separation anxiety, but rather suffers from behavioral and emotional disorders.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
كلمة الشكر	
إهداء	
فهرس المحتويات	
ملخص	أ
ملخص	ب
ملخص	ج
مقدمة	
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث	
(1) إشكالية البحث	01
(2) فرضيات البحث	07
(3) أهمية البحث	08
(4) أهداف البحث	10
(5) مفاهيم البحث الأساسية اجرائيا	11
(6) الدراسات السابقة	14
الفصل الثاني: قلق الانفصال	
تمهيد	31
(1) تعاريف	31
1-1) تعاريف القلق	31
2-1) تعريف قلق الانفصال	31
(2) أسباب قلق الانفصال	32
(3) أعراض قلق الانفصال	34
(4) مراحل قلق الانفصال	35
(5) النظريات المفسرة لقلق الانفصال	36
(6) علاقة قلق الانفصال بأنماط التعلق الوالدي	45
(7) قلق الانفصال عبر مراحل عمرية مختلفة	46

49	(8) قلق الانفصال و العلاقة بالموضوع
53	(9) تشخيص قلق الانفصال حسب DSM ₅
54	(10) طرق الوقاية من الإصابة بقلق الانفصال
56	(11) علاج قلق الانفصال
59	خلاصة
الفصل الثالث: الاضطرابات السلوكية و الإنفعالية	
61	تمهيد
61	(1) التعاريف
62	(1-1) تعريف السلوك
62	(2-1) تعريف الاضطراب
63	(3-1) مفهوم الاضطرابات السلوكية و الوجدانية
65	(4-1) تعريف السلوك العدواني
66	(2) نسبة إنتشار الاضطرابات السلوكية و الوجدانية
68	(3) تصنيف الاضطرابات السلوكية و الوجدانية
71	(4) أنواع الاضطرابات السلوكية
72	(5) عوامل الإصابة بالاضطرابات السلوكية و الوجدانية
77	(6) صفات خصائص الأطفال المضطربين سلوكيا و وجدانيا
78	(7) المقاربات النظرية المفسرة للاضطرابات السلوكية
82	(8) قياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية
90	(9) أساليب الوقاية من الاضطرابات السلوكية و الوجدانية
92	(10) أساليب التدخل التربوي و العلاجي
96	خلاصة
الفصل الرابع: ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي)	
99	تمهيد
99	(1) تعاريف
100	(1-1) تعريف بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة
101	(2-1) تعريف الإعاقة العقلية
103	(3-1) تعريف التأخر العقلي
105	(2) نظرة تاريخية على التعرف العقلي

106	(3) إنتشار اضطراب التخلف العقلي
107	(4) مشاكل التأخر العقلي عند الأطفال
108	(5) أسباب التأخر العقلي عند الأطفال
115	(6) أعراض التأخر العقلي عند الأطفال
116	(7) أنواع التأخر العقلي
117	(8) تشخيص التأخر العقلي
118	(9) الخدمات الإرشادية للأسرة المتخلفين عقليا
121	(10) علاج التأخر العقلي
124	خلاصة
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية البحث	
128	تمهيد
128	(1) التذكير بفرضيات البحث
128	(2) الدراسة الإستطلاعية
141	(3) منهج البحث
141	(4) الدراسة الأساسية
142	(5) مجموعة البحث
143	(6) أدوات و وسائل البحث
154	(7) الأساليب الإحصائية المعتمدة عليها في البحث
155	(8) كيفية تطبيق أدوات البحث
155	خلاصة
الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج	
158	(1) عرض و تحليل نتائج الحالات
158	1-1 الحالة الأولى
165	2-1 الحالة الثانية
172	3-1 الحالة الثالثة
178	4-1 الحالة الرابعة
185	5-1 الحالة الخامسة
192	6-1 الحالة السادسة
199	مناقشة عامة للحالات الستة

203	استنتاج عام
207	خاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	خصائص الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	131
02	الفئة العمرية للأطفال	132
03	المستوى التعليمي لدى الأطفال	132
04	العبارات التي تم تقنينها في مقياس قلق الانفصال بعد الصدق المحكمين:	135
05	ثبات مقياس قلق الانفصال عن طريق معادلة التجزئة النصفية	136
06	معامل ألفا كرومباخ لمقياس قلق الانفصال	137
07	العبارات التي تم تقنينها في مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية	138
08	ثبات مقياس المشكلات السلوكية الانفعالية عن طريق معادلة التجزئة النصفية	140
09	معامل ألفا كرومباخ لمقياس المشكلات السلوكية و الإنفعالية	140
10	خصائص مجموعة البحث التي تتكون من ستة حالات (06)	143
11	مثال على الاستجابة لفقرات المقياس	148
12	الدرجات الخام على أبعاد المقياس و الدرجة الكلية	150
13	يمثل تصنيف الدرجات التائية	153
14	نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الأولى سهام	160
15	نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الأولى "سهام"	161
16	نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الثانية "نوال"	167
17	نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الثانية "نوال"	168
18	مقياس قلق الانفصال للحالة الثالثة "ليندا"	173
19	نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الثانية "نوال"	174
20	نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الرابعة "عماد"	180

21	نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الرابعة "عماد"	181
22	نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الخامسة "ياسين"	187
23	نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الخامسة "ياسين"	188
24	يوضح نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة السادسة "زيدان"	194
25	يوضح نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة السادسة "زيدان"	195
26	نتائج تطبيق مقاييس قلق الانفصال و مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالات الستة	200

فهرس الأشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	الصفحة النفسية للحالة الأولى "سهام"	164
02	الصفحة النفسية للحالة الثانية "نوال"	171
03	الصفحة النفسية للحالة الثالثة "ليندا"	177
04	الصفحة النفسية للحالة الرابعة "عماد"	184
05	الصفحة النفسية للحالة الخامسة "ياسين"	191
06	الصفحة النفسية للحالة السادسة "زيدان"	198

فهرس الملاحق

رقم الملحق	العنوان
01	دليل المقابلة
02	استمارة التحكيم لمقياس قلق الانفصال
03	الصورة الأولى لمقياس قلق الانفصال
04	الصورة النهائية لمقياس قلق الانفصال
05	استمارة التحكيم للمشكلات السلوكية و الوجدانية
06	الصورة الأولى لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية
07	الصورة النهائية لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية
08	الصفحة النفسية للحالة

نتائج ثبات و صدق مقياس قلق الانفصال	09
نتائج ثبات و صدق المشكلات السلوكية و الانفعالية	10
جدول يوضح أسماء الأساتذة المحكمين و توقيعاتهم	11

تعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الفرد و التي يتوقف عليها النمو السليم في مراحل النمو اللاحقة و أي خلل في هذه المرحلة قد يترتب عليها خلا و اضطرابا في مراحل العمر اللاحقة، فقد إتفق معظم علماء النفس على أهمية السنوات الأولى من حياة الطفل أو هي الأساس في تكوين شخصيته بأبعادها المختلفة المعرفية، الإنفعالية و السلوكية، و ذلك لأن فيها توضع البذور الأولى لشخصية في ضوء ما يلقي من خبرات في مرحلة الطفولة، فإذا كانت تلك الخبرات مواتية و سوية و سارة يشب فردا سويا متكيف مع نفسه و مع المجتمع الذي يحيط به و إن كانت خبرات مؤلمة مريرة يترك ذلك أثارا ضارة في شخصيته، فالأسرة هي النسق الأول في تربية الطفل، و هي القوة النفسية للفرد حيث تشكل لديه مختلف الإتجاهات، القيم، المعايير السلوكية المرغوب فيها، و يمكن القول بأن الأسرة تلعب دورا كبيرا في رعاية الأبناء - منذ ولادتهم - و في تشكيل أخلاقهم و سلوكهم.

و في هذه المرحلة يشكل الطفل علاقة خاصة و ارتباط شديد مع الوالدين في وسط أسرة تمثل الجماعة الأولى التي يعيش فيها الطفل و يشعر بالإنتماء إليها و يتعلم من خلالها كيف يتعامل مع الآخرين، و منه ينتقل إلى مرحلة أخرى ألا و هي المدرسة و التي تعتبر أول مؤسسة ينفصل فيها الطفل عن أمه حيث تنقله من جو الأسرة و البيت إلى العالم الخارجي، و تهيئته لمرحلة المدرسة من خلال إعطائه فرصة لإقامة علاقات مع الآخرين و هذه ميزة مهمة للطفل الذي كان متعلقا بأحد الأقارب و خاصة الأم و كذا علاج بعض الأعراض التي يعاني منها الطفل من بينها السلوك العدواني وهو تصرف سلبي يصدر من الطفل إتجاه الآخرين و يظهر على صورة عنف جسدي أو لفظي أو شكل إيماءات و تعابير غير مرغوب من قبل الآخرين كما أنهم لا يستطيعون معرفة أو وصف ما بداخلهم من مشاعر سلبية تؤدي

إلى تصرفاتهم غير السوية و هذه المشاعر السلبية في إشارة لوجود انفصال عن الأسرة و الذي يؤدي إلى ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية عند الاطفال.

و من هنا لقد أثبتت الدراسات النفسية أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانت الإعاقة بسيطة أو شديدة فإنهم يعانون من مشكلات إجتماعية و تعليمية بالإضافة للمشكلات الانفعالية كالرغبة في الانعزال و القلق و الخوف و مشاعر الإحباط أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال النزعة العدوانية و الانفعال و الغضب و ترجع أهمية التعرف على اضطرابات الطفل في أن يصبح مواطنا قادرا على رعاية شؤونه.

تتناول هذا الموضوع عنوان قلق الانفصال و اضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى اطفال ذوه الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي البسيط)، و لتحقيق هذا الهدف ارتأينا إلى تقسيم موضوع البحث لجانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي، أما الجانب النظري فيحتوي على أربعة فصول.

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية البحث تطرقنا فيها إلى اشكالية البحث، فرضيات البحث، أهمية البحث، أهداف البحث، مناهج البحث الأساسية إجرائيا و الدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني: هو الفصل الخاص بقلق الانفصال تطرقنا فيه إلى تعريف قلق الانفصال، أسباب قلق الانفصال، علاقة قلق الانفصال عبر مراحل عمرية مختلفة، قلق الانفصال و العلاقة بالموضوع، تشخيص قلق الانفصال حسب DSM₅ ، طرق الوقاية من الإصابة بقلق الانفصال. **أما الفصل الثالث:** و هو الفصل الخاص بالاضطرابات السلوكية و الانفعالية تناولناه من حيث تعريف السلوك، تعريف الإضطراب، تعريف السلوك العدواني، نسبة انتشار الإضطرابات السلوكية و

الإنفعالية، تصنيف الإضطرابات السلوكية و الانفعالية، أنواع الإضطرابات السلوكية، عوامل بالإضطرابات السلوكية و الإنفعالية، صفات و خصائص الأطفال المضطربين سلوكيا و انفعاليا، النظريات المفسرة للإضطرابات السلوكية و الانفعالية، قياس الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية، أساليب الوقاية من الإضطرابات السلوكية و الانفعالية، أساليب التدخل التربوي و العلاجي.

أما الفصل الرابع: هو الفصل الخاص بذوي الإحتياجات الخاصة (التأخر العقلي)، تعريف بفئة ذوي الإحتياجات الخاصة، تعريف الإعاقة العقلية (التعريف الاصطلاحي و الإجرائي)، تعريف التأخر الفعلي، نظرة تاريخية على التخلف العقلي، إنتشارا إضطراب التأخر العقلي، مشاكل التأخر العقلي عند الاطفال، أسباب التأخر العقلي عند الأطفال، أعراض التأخر العقلي عند الاطفال، انواع التأخر العقلي، الخدمات الإرشادية للأسر المتخلفين عقليا، علاج التأخر العقلي. أما الفصل الخامس: الذي شمل الإجراءات المنهجية للبحث، و الذي يحتوي على التذكير بفرضيات البحث، منهج البحث، الدراسة الإستطلاعية، أدوات البحث، الأساليب الإحصائية المستعملة، لكيفية تطبيق أدوات البحث.

أما الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج على أساس كل من فرضيات و نظريات الدراسة و الدراسات السابقة و ختمنا بحثنا بتقديم خاتمة للبحث، ثم قائمة المراجع و الملاحق.

الفصل الأول:

الاطار العام لإشكالية البحث.

(1) إشكالية البحث.

(2) فرضيات البحث.

(3) أهمية البحث.

(4) أهداف البحث.

(5) مفاهيم البحث الأساسية اجرائيا.

(6) الدراسات السابقة.

1) إشكالية البحث:

قد يتعرض الطفل في مرحلة الطفولة لبعض المشكلات و الاضطرابات النفسية، و قد يواجه الطفل أنواعا من اضطرابات القلق في هذه المرحلة و منها اضطراب قلق الانفصال الذي يعد من أكثر الاضطراب التي تصيب الأطفال.

و يجدر الإشارة هنا إلى عدم الخلط بين قلق الانفصال الذي يحدث كمرحلة طبيعية للنمو الصحي و الأمن للطفل، فهو يختلف تأثيره من مرحلة إلى أخرى و بين اضطراب قلق الانفصال الذي هو قلق مفرط و غير مناسب للنمو النفسي و الاجتماعي، و قد يؤدي إلى شعوره بالانطواء و العزلة عن الأشخاص (ميار سليمان، 2003 ص 12).

و قد توصل الباحثون إلى وجود أسباب عديدة و متداخلة في ظهور هذه الحالة من الوراثة و الأسرة و التعلم و المجتمع، و قد أشار "فرويد" Freud في كتاباته الأولى إلى انفصال الطفل عن الأم أثناء كلامه عن "قلق الميلاد" أن من الأمور التي تودي إلى التفتير أيضا أن حالة القلق الأولى قد تظهر بمناسبة الانفصال عن الأم (سيجموند فرويد، 1984، ص 31).

كما أن "فرويد" لا يذكر أهمية الانفصال عن الأم في ما بعد كعامل هام في حدوث القلق عند الطفل، و مع أن الفرويديون اتفقوا على أهمية الخمس سنوات الأولى من حياة الطفل في تكوين شخصيته الا أنهم اختلفوا في منشأ قلق الانفصال، ففي الوقت الذي أرجع فيه "فرويد" سبه إلى عدم إشباع حاجات الطفل، و شدة الشوق لأمه و التي رأى "رانك" أن افتقاد الطفل لأمه يسبب له قلقا بذكره بانفصاله الأول عنها أثناء كلامه عن عملية الميلاد و التي أسماها "صدمة الميلاد" (سيجموند فرويد، 1989 ص 32).

كما أن " فروم " و "سوليفان " أكدا على العلاقات الاجتماعية، بين الطفل و الشخص المرتبط به و هذا ما أكدته دراسة خليل (2013) و التي أوضحت أن الاتجاهات الخاطئة و أساليب التنشئة التي يستعملها الوالدين و التي تؤدي إلى صعوبات أكثر في التأقلم مع محيطه الخارجي (عامر العبادي، 2015، ص 241).

و يعد قلق الانفصال من الاضطرابات الشائعة حيث يؤثر على 5 - 25 % من الأطفال في جميع نواحي العالم ، و هو يمثل نسبة كبيرة من الحالات المشخصة، و تشير الأبحاث إلى أن ما نسبته 1.4 % من الأطفال قد تتطور إصابتهم إلى مرحلة المرض السريري اللذين تم معالجتهم، أما دراسة " روتير Ruter " قد بينت أن نسبة انتشار قلق الانفصال 8.6 % عند الأطفال، حيث أن ثلث هؤلاء الاطفال لديهم قلق مفرط، و تظهر أول علامات قلق الانفصال بعمر مبكر حيث يميز الرضيع أمه أو من يرعاه بشكل دائم (هلا بيسيبي، 2011، ص 43).

و هناك عدة دراسات عربية و أجنبية تناول موضوع بحثنا الحالي و تشير دراسة صافية (2022) : بعنوان: "التكفل النفسي بقلق الانفصال لدي طفل الروضة" أين هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج علاجي للتكفل بالطفل الذي إلتحق بالروضة الذي يعيش قلق الانفصال ثم الاعتماد على المنهج شبه تجريبي و ذلك بإستخدام شبكة الملاحظة و مقياس قلق الانفصال و بناء برنامج علاجي نفسي قائم على تقنيات العلاج السلمي المعرفي (اللعب الجماعي و النشاطات الفنية) أجريت الدراسة على خمس حالات متواجدة بروضة ريماس بغليزان و توصلت الدراسة على أن البرنامج العلاجي ساعد الطفل على تقبل مواقف الانفصال و بناء علاقات اجتماعية و تنمية ثقته بنفسه و تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي، كما ساعد الأمهات و المربية في معرفة طرق التعامل مع الطفل الذي يعيش قلق الانفصال (محمود عواد، 2011، ص 114).

و منها الدراسات الأجنبية التي تناولت قلق الانفصال لدى الأطفال و نجد كذلك دراسة تيراي Terrai (1980) : إثر الدعاية الأمومية على أطفال المؤسسات الأقل من 3 سنوات **low of maternal care for children under three years old** المقارنة بين مجموعتين من الأطفال أحدهما خبر الانفصال عن الأم و الثاني لم يخبروا الانفصال عن الأم تكونت العينة من مجموعتين: المجموعة الأولى مكونة من 94 طفلا تقل أعمارهم عن 3 سنوات خضعوا بالانفصال عن الأم، و قضوا هذه الفترة من الانفصال في مؤسسة للأطفال صغار السن لمدة تتراوح بين 7 - 30 يوما.

و المجموعة الثانية الضابطة مكونة من 79 طفلا في نفس المرحلة العمرية و نفس المستوى الاجتماعي و الاقتصادي للمجموعة التجريبية و لكنهم لم يخضعوا للانفصال عن الأم.

أدوات الدراسة كانت (إختبار نمو الأطفال و الملاحظة، و المقابلة). و أوضحت النتائج أن نقص الرعاية الأمومية له أثر بالغ على نمو الطفل حيث أدى الحرمان من الأم إلى انخفاض معدل النمو في مختلف جوانبه. حيث أظهر و نقصا في إتزانهم الانفعالي و نموهم الإجتماعي بالانسحاب من المواقف و التأخر في النمو العقلي، و بالإضافة إلى التدهور في النمو الجسمي (عامر العبادي، 2015، ص 241).

كذلك دراسة علي اليازوري (2012): الاضطرابات السلوكية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم و علاقتها بأساليب المعاملة الوالدية في قطاع غزة حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم و علاقتها بأساليب المعاملة الوالدية، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في أساليب المعاملة تعزى لمعتبر (جنس المعاق، عمرة، و ترتيبه في الأسرة، المستوى التعليمي للوالدين، جسم الأسرة، الدخل الشهري، العمر عند اكتشاف الاعاقة العقلية)

بحيث استعمل منهج البحث أين اتبع الباحث المنهج الوصفي بإستخدام مقياس الاضطرابات السلوكية و أساليب المعاملة الوالدية من إعداد، و لتحليل النتائج استخدم أسلوب التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات، إختبارات). إختبار يدرسون و إختبار تحليل التباين بحيث تتكون عينة البحث من 200 من أفراد المعاقين (104 ذكور، 96 إناث) الملتحقين بمؤسسات الرعاية بقطاع عزة. حيث توصلت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين أساليب المعاملة الوالدية و الاضطرابات السلوكية بين أفراد عينة الدراسة لنسبة تصل إلى 60% (محمود عواد، 2014، ص 114).

و في دراسة عبد اللاوي سعدية (2011-2012): المشكلات النفسية و السلوكية لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي و علاقتها بالتحصيل الدراسي (دراسة ميدانية في بعض المدارس الابتدائية الريفية بدائرة واضية بتيزي وزر).

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المشكلات النفسية و السلوكية لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي و تحصيلهم الدراسي كما هدفت إلى معرفة الفروق في متوسط درجات كل من المشكلات النفسية و السلوكية تبعا لمتغير الجنس.

حيث استخدم المنهج الوصفي بإستخدام قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال المقنن على البيئة المصرية حيث تتكون عينة الدراسة من 300 تلميذ من المدارس الابتدائية يتراوح سنهم ما بين (06 - 09 سنوات) يدرسون خمس مدارس ابتدائية في المناطق الريفية بدائرة واضية بتيزي وزو. توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة جدا بين المشكلات النفسية و السلوكية بين تحصيل الأطفال الدراسي كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في المشكلات النفسية و لا في المشكلات السلوكية (صالح و طارق، 2018، ص 218).

و في دراسة محلية لـ (عواشرية 2006) بمدينة باتنة تحت عنوان الاتجاهات الوالدين نحو المعاق ذهنيا توصل البحث الى أن الوالدين يتجهون سلبا نحو أبنائهم المتخلفين عقليا وكننتيجة ذلك برفض الوالدين هذه الإعانة نتيجة الصدمة النفسية التي تتيرها هذه الإعانة في الوالدين (عواشرية، 2006، ص 155-157).

و يود كل من (1995، Assouly ، Dal) في دراسة أثر الإعلان عن الإعاقة على الوالدين فوجد أن الإعانة تسبب صدمة عند الميلاد يضاف إليها مسيرة اكتئاب مع تمنى المرات لهذا الطفل و احتمال انفصال هذين الوالدين (Assouly et Al, 1995, p 40).

و خلص مرسى من خلال دراسة مواجهة الوالدين لمشكلة التخلف العقلي لأبنائهم إلى وجود القلق و الشعور بالذنب الصريح للمتخلف عقليا (مرسى، 1996، ص 237).

و انتهى (Dal، Little، 2002) في دراسة العوامل المؤثرة على تكيف أمهات الأطفال المتخلفين عقليا أن الأعراض الاكتئابية مرتفعة و من النقص الداخل، سلوك الطفل المتخلف و عدم وجود دعم و حماية (مرسى، مرجع سابق، ص 238).

و هناك عدة دراسات أقيمت لاختيار أثر وجود الطفل المتخلف عقليا على الصحة العقلية للأولياء توصلت إلى أن الاضطرابات النفسية متواترة عند والدي هذا الطفل و منها.

(Cath et Gumly ، 1986 ، quine et Pohl ، 1985)

(Tom kieviez ، 1987 ، Westlon ، 1992)

(wilthon et Remant ، 1968)

(In Michel dery ، 1997 ، p52)

من خلال كل هذه الدراسات تبين أن التخلف العقلي للطفل يمثل صدمة نفسية للوالدين و خاصة الأم و وجوده في حياة الأسرة و يؤدي إلى مشاكل نفسية للوالدين كالشعور بفقدان الأمل ، اليأس، الإحباط ، القلق، الغضب و قد يصل الأمر إلى الاضطراب الانفعالي لاكتئاب و القلق الأمر الذي دفع الطالبة بالتساؤل بما أن موقف الأولياء نحو أبناءهم المتخلفين عقليا سلبا و مرفوضا و عدم تقبل الطفل مما يجعلهم لا يتعلقون بأطفالهم و بالتالي قد لا يؤدي إلى ظهور اضطراب قلق الانفصال لدى هذه الفئة من الأطفال؟ و هذا ما سيتم الإجابة عليه في بحثنا هذا.

معظم هذه الدراسات تناولت موضوع التخلف من وجهة نظر الأولياء و لم تهتم بالطفل بحد ذاته كظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لديهم و هو موضوع بحثنا الحالي.

يبدو أن مشكلة الأطفال المتأخرين عقليا لا تنحصر فقط في مجال التعليم بحسب حيث أن فعالية الذات لديهم متحفظة بشكل كبير فيأثر على تفاعلهم مع أقرانهم و المحيط و قد يؤدي إلى العزلة الاجتماعية و أيضا الاكتئاب و القلق و الرفض الاجتماعي (مدحت أبو الناصر، 2000، ص 20).

حيث أن الطفل المصاب بالتأخر العقلي لا يستطيع أن يحمي نفسه بسبب ما يصدر منه من اضطرابات سلوكية و وجدانية مثل : سوء التكيف، العدوانية، اضطراب الانتباه و الاكتئاب و القلق فإنه بحاجة إلى عناية خاصة تتناسب مع إمكانياته و قدراته الخاصة به و بحالته النفسية.

حيث حددها "أستاس" "1965" أن مشكلة المرض لا تكمن في الخوف من الروضة بل في قلق الانفصال (نورة، 2020، ص 795).

و بالتالي انفصال الطفل عن أسرته قد يسبب له اضطراب قلق الانفصال الذي قد يؤدي بدوره الى ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى الطفل المتخلف ذهنيا.

تتمحور اشكالية بحثنا الحالي في طرح التساؤل العام و تساؤلات فرعية التي تتمثل فيما يلي:

1-1) التساؤل العام:

هل يؤدي قلق الانفصال إلى ظهور الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي) ؟

2-1) التساؤلات الفرعية:

- هل يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (تأخر عقلي) من قلق الانفصال ؟
- هل يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (تأخر عقلي) من اضطرابات سلوكية وجدانية ؟

1) فرضيات البحث:

1-2) الفرضية العامة:

يؤدي قلق الانفصال إلى ظهور الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (تأخر عقلي).

2-2) الفرضيات الجزئية:

- يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي) من قلق الانفصال.
- يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية.

(2) أهمية البحث:

تتجلى أهمية البحث الحالي في الأهمية النظرية و الأهمية التطبيقية فيما يلي:

3-1) الأهمية النظرية:

- الانتشار الواسع لاضطراب قلق الانفصال لدى الطفل المصاب بالتخلف العقلي وتأثيره على صحته النفسية.
- التعرف على مختلف الاضطرابات السلوكية والوجدانية ومدى تأثير الانفصال في ظهورها.
- الكشف عن معاناة أطفال التخلف العقلي من قلق الانفصال وظهور الإضطرابات السلوكية الوجدانية لديهم.
- التأثيرات الجانبية لمشكلات الاضطرابات السلوكية على الأطفال.
- الكشف عن العوامل التي أدت الى ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية.
- النزعة الذاتية و الرغبة في التعرف على الاضطرابات التي يتعرض لها الأطفال المتخلفين ذهنيا بعد الانفصال عن الوالدين.
- اثراء المعرفة الذاتية حول الموضوع الحالي نظرا لوجود صعوبات توافقه تكيفه مع هذه الفئة (التأخر العقلي).
- من المثيرات الأساسية في الاهتمام بدراسة موضوع قلق الانفصال و الاضطرابات السلوكية و الوجدانية هو وجود حالات في المركز النفسي البيداغوجي و من أثارها التخلي نهائيا عن المركز.

3-2) الأهمية التطبيقية:

- قد يساهم البحث الحالي من الناحية التطبيقية في فتح آفاق جديدة أمام الدارسين لتناول موضوعنا هذا و تغذيته تربويا ونفسيا بطرق وأساليب علمية مختلفة من جوانب متعددة من أجل إثرائه وتطبيقه ميدانيا مع ذوي الاحتياجات الخاصة للحد من ظهور هذه الاضطرابات السلوكية والوجدانية لديهم.
- كما يتيح هذا البحث الحالي فرصة للطالب في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية للبحث في كافة الجوانب الشخصية ، النفسية والاجتماعية وكذلك الصحية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة .
- تساعد نتائج هذا البحث كلا من المشرفين والمدرسين والعاملين في مجال علم التربية والتربية الخاصة في وضع البيات للتغلب على الاضطرابات السلوكية والانفعالية الناتجة من قلة الانفصال أو اضطرابات اخرى لذوي الاحتياجات الخاصة اما بعلاجها أو التقليل من أثارها السلبية و تحديد أفضل الخدمات و السهر على الرعاية و التكفل النفسي الخاص بأطفال التأخر العقلي و العمل على تكيف هذه الشريحة مع المجتمع.
- هذا البحث بمثابة دعم نفسي بيداغوجي للأسرة و الطفل المصاب بالتخلف العقلي و كذلك المشرفين .
- نتائج هذا البحث تساعد في وضع بعض المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في تصميم البرامج الارشادية، النفسية و الأسرية لعلاج الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي).
- كما يقدم هذا البحث مقياس قلق الانفصال و مقياس المشكلات و الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لأطفال المصابين بالتأخر العقلي.
- و كذلك تساعد نتائج هذا البحث الحالي في توجيهه لدعم هذه الفئة لتكون ايجابيا في البناء و التطور و المساهمة في الاندماج الاجتماعي لهم.

- مساعدة المشرفين في كيفية التعامل مع هذه الاضطرابات و الحد من خلال رصدها و تقييمها بإستخدام مقياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية و مقياس قلق الانفصال من أجل فهم الحالة كخطوة أساسية للتدخل.
- الاستفادة من البيانات التي سيتم التوصل إليها من خلال وضع استراتيجيات و برامج ارشادية التي يمكن أن تساعد في خفض حدة قلق الانفصال لدى الطفل من خلال إعداد برامج ارشادية تستهدف أساليب تعامل الامهات مع أطفالهم و خاصة في موضوع الانفصام النفسي و القلق الوالدي.

(4) أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي الى:

- الكشف عن مستوى الاضطرابات السلوكية لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ودراسة أبعادها المختلفة (مشكلات التصرف، عدوان، النشاط الزائد، القلق، الاكتئاب، المشكلات نفس جسمية، مشكلات التعلم).
- التعرف على من اضطراب قلق الانفصال لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التأخر العقلي و درجة شيعوه لدى أطفال عينة الدراسة الأساسية من خلال التعريف بالمفهوم: أسبابه، أعراضه، تشخيصه و علاجه.
- التعرف على مدى تأثير قلق الانفصال في ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية كهدف رئيسي لذوي الاحتياجات الخاصة (التأثير العقلي).
- التعرف على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال التطرق الى الموضوع و التعرف على أنواع التخلف الفعلي لديهم.
- معرفة أنواع الاضطرابات السلوكية و الوجدانية التي يصاب بها الطفل المتخلف ذهنيا في المركز النفسي البيداغوجي.

- الكشف عن العوامل الظروف المؤدية إلى ظهور هذه الاضطرابات يهدف البحث الحالي إلى إعداد مقياس قلق الانفصال لذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي).
- وكذلك اعداد مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى أطفال التأخر العقلي.
- التحقق من صدق و ثبات المقاييس لدى فئة التأخر الفعلي التحقق من مدى تحقيق مفردات مقياس قلق الانفصال و مقياس الاضطرابات السلوكية لشروط القياس من حيث التعريف الاجرائي للخاصية و الاتساق الداخلي.

(5) مفاهيم البحث الأساسية اجرائيا:

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية إجرائيا أمر ضروري في البحث العلمي وكلما اتسم بالتحديد والدقة والوضوح سهل على الباحثين الذين يهتمون في مجال الدراسة العلمية إدراك المعاني و الأذكار التي يريد فيها الباحث التعبير دون أي اختلاف في فهم ما يقوله (حنفي ٢٠٠١) ونحن في هذا البحث نحاول التعرف على بعض المفاهيم التي يتعلق أو يرتبط بها البحث الحالي وهي كالآتي:

5-1) قلق الانفصال:

5-1-1) التعريف الاصطلاحي:

يعرف الدليل الاحصائي و التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية قلق الانفصال على أنه "قلق زائد حول الانفصال عن المنزل أو الأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل و يسبب حزنا شديدا في نطاق العلاقات الوظيفية العامة (DSM4، 1994 ، P 676)

5-1-2) تعريف قلق الانفصال اجرائيا:

مجموع الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الطفل عند الاجابة على فقرات مقياس قلق الانفصال المستخدم في البحث العلمي و في عينة الدراسة الأساسية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي البسيط) للمركز النفسي البيداغوجي زميرلي أكلي.

5-2) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية:

5-2-1) التعريف الاصطلاحي:

هي اضطراب نفسي عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته و الحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالطفل (الدليل التشخيصي و الاحصائي، الاصدار الخامس ، ٢٠١٣ ، ص 17).

5-2-2) التعريف الاجرائي:

يتحدد مستوى الاضطرابات السلوكية و الوجدانية في الدراسة الحالية بالدرجة التي سوف يتحصل عليها الطفل على مقياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية بأبعادها (العدوان، مشكلات التصرف، القلق، الاكتئاب، الانسحاب الاجتماعي، النشاط الزائد، المشكلات النفسية الجسمية، مشكلات التعلم).

5-3) التأخر العقلي:

5-3-1) التعريف الاصطلاحي:

تعرفه الجمعية الأمريكية عام 1992 لما وضعت تعريفا للإعاقة العقلية على أنها: "حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد بحيث ينخفض الأداء العقلي (الذكاء) عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين الترافق مع خلل واضح في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التوافقي التالية: العناية بالذات، التواصل، الحياة المنزلية، مهارات العمل المهارات الاجتماعية، استخدام وقت الفراغ، مهارات العمل و تظهر هذه الإعاقة قبل من الثامنة عشرة.

تعريف دول: 1941 هو "عدم قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه بسبب إعاقة العقلية، و أن حالته غير قابلة للشفاء" (الزغبى، 2003، ص 106).

5-3-2) التعريف الاجرائي للتأخر العقلي:

في الدراسة الحالية هم الأطفال الذين يظهرون مستوى من الأداء الوظيفي العقلي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معيارين، بحيث تكون نسبة ذكائهم أقل (5-70) على اختبار رافن للذكاء، اضافة إلى حصولهم على درجة عالية على مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعانة العقلية و أطفال التأخر العقلي المتواجدون في المركز النفسي البيداغوجي زميلي أكلي.

6) الدراسات السابقة:

قامت الباحثة بمراجعة أدبيات الدراسة مراجعة متأنية. و تبين أنه لا توجد دراسات تناولت مباشرة موضوع بحثنا قلق الانفصال و ظهور الاضطرابات السلوكية و العدوانية

لدى ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي) و من أهم الدراسات التي تناولت متغير قلق الانفصال و الاضطرابات السلوكية و الانفصالية نجد دراسات عربية و أجنبية التي سيتم عرضها على النحو التالي:

أولاً: الدراسات العربية والأجنبية التي تتعلق بقلق الانفصال.

أ) الدراسات العربية المتعلقة بقلق الانفصال:

1- دراسة جبريل (1992):

قلق الانفصال لدى الأطفال و علاقته بأنماط التعلق الوالدي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق الانفصال لدى الأطفال و بين أنماط التعلق الوالدي.

و قد بلغت عينة الدراسة 212 تلميذا من المدارس الابتدائية بدولة الامارات العربية منهم 147 تلميذا و 165 تلميذة، تتراوح أعمارهم بين 9 - 12 سنة.

• أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس أنماط التعلق للأطفال، و الذي يتكون من عدة أنماط هي:

التعلق الاعتمادي و التعلق القلق، و التعلق الالتفافي من إعداد الباحث و مقياس قلق الانفصال إعداد محمود و مدحت عبد الطيف و جاءت النتائج على وجود علاقة موجبة ذات دلالة احصائية بين أنماط التعلق الوالدي و أنماط قلق الانفصال عن الوالدين لدى كل من الذكور و الإناث بإستثناء بعدي قلق الانفصال المرتبطين بالأعراض الاكتئابية و خوف الطفل من ترك الوالدين في المنزل و الشعور بالقلق في حالة نمط التعلق الوالدي الملتصق (عائشة، 2011، ص 16).

2- دراسة عامر العبادي، (2015):

❖ **بغنوان:** قلق الانفصال وعلاقته بالاتجاهات الوالدية لدى الأطفال المضطربين سلوكيا وأقرانهم العادين .

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق الانفصال و الاتجاهات الوالدية و كذلك الفروق في تلك العلاقة بين المضطربين سلوكيا و أقرانهم العادية، و قد اتبع الباحث المنهج الوصفي المقارن و طبق الباحث على عينة اختيرت عشوائيا و تكونت من (308) من الذكور و الإناث من الصف الخامس ابتدائي من مدارس مركز محافظة نابل و استعمل الباحث مقياسا أجنبيا لقلق الانفصال معد من « Nendiz » (2014) و مقياس المولى (2003) للاتجاهات الوالدية (زهران، 1997، ص 327).

• نتائج الدراسة:

بعد تطبيق المقياسين توصل الباحث إلى أن العلاقة غير دالة وأن العينة لا تعاني من قلق الانفصال، بينما كانت الاتجاهات الوالدية دالة إحصائيا كما توصل إلى أن العلاقة غير دالة في العلاقة بين قلق الانفصال والاتجاهات الوالدية لكل من المضطربين و العاديين.

3- دراسة عايدة شعبان - نجاح عواد السميز (2009):

❖ **بغنوان:** قلق الانفصال وعلاقته بالثقة بالنفس.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق الانفصال والثقة بالنفس لدى الأطفال محرومي الاب في محافظات غزة وشملت عينة الدراسة (201) طفلا، واستخدمت الباحثتان مقياس قلق الانفصال والثقة بالنفس من إعدادهما.

• نتائج الدراسة:

كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين قلق الانفصال و الثقة بالنفس لدى المحرومين من الأب كما بينت نتائج الدراسة وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس قلق الانفصال الصالح الاناث و أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق معنوية في الدرجة الكلية للمقياس تبعا لنوع الحرمان لصالح الأطفال محرومي للأب بسبب الوفاة (عايدة شعبان - السمرى - 2009، ص 169).

4- دراسة كريكوري Gregory (1981):

❖ بعنوان: العلاقة بين الانفصال بين الأهل و وجودهما في الطفولة بين قبول الذات لدى الراشدين و وجود قلق .

The relationship between childhood separation availability of parents and adult self-acceptance and anxiety.

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر الانفصال عن الوالدين على الأبناء عند الكبر من حيث تقبل الذات ومدى وجود القلق لديهم .

و اشتملت الدراسة على 286 متطوعا (91 ذكور - 95 اناث). متوسط أعمارهم 22 سنة، الأدوات المستخدمة كانت مقياس الانفصال عن الوالدين، و مقياس كاليفورنيا لتقدير الذات. و مقياس سمة القلق.

أهم النتائج الدراسة أن أولئك الذين انفصلوا عن الوالدين في سن الخامسة و ما قبلها قد حصلوا على متوسط درجات على مقياس سمة القلق أعلى مما حصل عليه من انفصلوا عن والديه في سن 6 - 9 وسنوات.

كما أن الذين انفصلوا عن الأم قد حصلوا على متوسطات درجات أعلى في مقياس سمه القلق عن الذين انفصلوا عن الآب (أحمد رشيد عبد الرحيم، 2011، ص 30).

5- دراسة شو Show (1982):

❖ **بعنوان:** رد فعل الأطفال تجاه غياب الأم ثم عودتها.

Effect of mother presence of children's reaction to aversive.

هدفت الدراسة على التعرف على ردود أفعال الاطفال تجاه غياب الأم و شملت على عينة 40 طفلا 20 بعمر سنة و نصف و 20 طفلا بعمر 5 سنوات.

- ملا حظة سلوك الأطفال أثناء غياب الأم عن الطفل تم بعد عودة الأم للطفل.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن أطفال المجموعة الأولى بعمر 15 سنة أظهروا احتجاجا على غياب الأم، و أظهرت المجموعتان العمريتان 1، 5 و 5 سنوات احتجاجا و عنفا في حالة رجوع الأم ثانيا هذا بالإضافة إلى ظهور مظاهر سلوكية مثل البكاء و الصراخ (محمد السيد و منى خليفة، 2003، ص 13).

6- دراسة ويرمان Werman (2000):

❖ **بعنوان:** مفهوم العلاقة الثلاثية بين الأب و الطفل و الأم و علاقتهما بقلق الانفصال.

The bowenion concept of trainin gelation and its relationship to separation anxiety disorder.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين درجة (التثليث) العلاقة بين الأب والطفل و الأم و علامات وجود قلق الانفصال لدى الطفل حيث بلغت العينة 84 طفلا في سن المدرسة 38 فتاة - 46 صبيا تتراوح اعمارهم بينا 7-12 سنة بالإضافة إلى أهالي هؤلاء الأطفال استخدم مقياس قلق الانفصال، و مقياس التثليث للدلالة على العلاقة الثلاثية بين الأب و الأم و الطفل.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وجود علاقة ايجابية بين التثليث و علامات قلق الانفصال، و بذلك يمكن الاستفادة من العلاقة الثلاثية (علاقة الطفل بوالديه) لتحسين حالات القلق الطفولي (قلق الانفصال) (Katrine & others ، 2004، p 120).

7- دراسة موفود و آخرون Mofood & others (2009):

❖ بعنوان: الضيق النفسي الامر من و قلق الانفصال لدى الأطفال.

Maternal psychological disorder and separation anxiety disorder in children.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الضيق النفسي لدى الأمهات و علامات قلق الانفصال لدى الأطفال و شملت على 120 طفلا و طفلة 66 فتاة- 54 صبيا من مدارس ابتدائية بعمر 7 سنوات.

بالإضافة إلى امهات هؤلاء الأطفال أما تم استخدام الأدوات التالية:

(1) استطلاع عام صحي لقياس الصحة العامة للأشخاص و مدى وجود الاضطرابات النفسية و قلق الانفصال.

(2) مقياس قلق الانفصال لدى الأطفال و يتضمن أربعة أبعاد هي الخوف من البقاء وحيدا، الخوف من الهجر، الخوف من المرض (قلق جسمي، القلق حول الأحداث المفجعة).

• أهم نتائج الدراسة:

وجود علاقة متبادلة إيجابية بين الضيق النفسي لدى الأمهات و قلق الانفصال لدى الأطفال فالمستوى الأعلى للقلق لدى الأمهات يرتبط مع المستويات العليا لعلامات قلق الانفصال لدى الأطفال (فادي جريح، 2013، ص 155).

8- دراسة سيلوف (Selove 1995):

❖ بعنوان: دور العوامل البيئية والوراثية في ظهور قلق الانفصال.

هدفت هذه الدراسة إلى دور العوامل الوراثية والبيئية في ظهور قلق الانفصال المبكر حيث تكونت العينة من (67.37) ذكر وأنثى ثنائية اللاحقة تتراوح أعمارهم ما بين (17- 66) عام .

و أكدت نتائج الدراسة إسهاما وراثيا كبيرا في قلق الانفصال عند البنات دون الذكور مع وجود مؤثرات بيئية واضحة في المجموعتين (جقابة عائشة، 2009، ص 12).

• منهج الدراسة و أدواتها:

تم توفير البيانات مع الاستبيانات و الملاحظة على 118 طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة عند بداية الدراسة و بعد 12 شهرا من قبل والديهم و معلمهم و أطباءهم.

• نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج تباينات في معدلات الانتشار حسب المخبر او الطريقة المستخدمة، تم حساب طريقة تسمح بجمع البيانات من العديد من المخبرين من أجد عرض تشخيصا صالح، تشير النتائج إلى تقييم متعدد المخبرين و طرق متعددة للسلوك التخريبي للأطفال ما قبل المدرسة، تمت مناقشة الآثار المترتبة على النتائج التي توصلنا إليها لكل من الأعراض السريرية و البحثية (الخطيب، 2014، ص 117).

• تعقيب على الدراسات السابقة:

في ضوء ما تم عرضه من الدراسات و البحوث السابقة التي ارتبطت بموضوع البحث الحالي قد تبين للباحثة ما يلي:

وجود نقص في أدوات تقييم الاضطرابات السلوكية والانفصالية لدى ذوى الإعاقة الذهنية القابلين للعلم في دراسة على اليازوري (2012) نظر لتعدد أبعاد المعاق الذهني بطلب استعمال عدة مقاييس لدراسة هذه الفئة.

تم تقديم نسخة الفرنسية من ADAD (تشخيص تعاطي المخدرات لدى المراهقين) إلى 80 مراهق من عامة السكان الذي تتراوح أعمارهم بين 13 و 20 عاما (المتوسط 16، 5 عاما) و 32 مراهق من مركز تعليمي مغلق، بين 11 و 08 سنوات (المتوسط 15، 6 سنة).

• النتائج:

لو حظت فرق ذات دلالة احصائية بين المجموعين في مجالات الحياة المختلفة: المسار الوظيفي، الحياة الاجتماعية، والعلاقات مع الأقران، و العلاقات الأسرية، و الحالة العقلية، الجنوح و السلوك الإجرامي، تعاطي المخدرات و استهلاك الكحول، أيضا يبدو أن ADAD أداة ذات صلة في هذه الدراسة لأنها تحدد الخصائص الرئيسية للعلاقات الاجتماعية و العلاقات بين المراهقين الجانحين.

9- دراسة روسكام I. Roskam (2011):

❖ بعنوان: موثوقية التشخيص المبكر للسلوك الخارجي المعني؟ نحو استراتيجية متعددة المعلومات و متعددة الأساليب.

هدفت الدراسة : التساؤل حول موثوقية التشخيص المبكر للسلوك الخارجي .

10- دراسة هادسون Hadson (2001):

التي هدفت الى التعرف على المشكلات السلوكية للأطفال في المنزل و المدرسة.

عينة الدراسة: 124 طفل يستجيب والديهم للمشاركة في شؤونهم و (65) طفل ذوي مشاكل سلوكية لا يتدخل بهم الوالدين.

• نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى أن 5.6 % من الأطفال ظهرت في تقاريرهم وجود مشاكل سلوكية و 21.7 % من الأطفال أظهروا مشكلات في جماعة واحدة، في حين 60% ظهرت لديهم مشكلات في كلتا العينتين.

كما أظهرت النتائج وجود إنفاق بين مشكلات الأطفال في المدرسة و المنزل وفقا لتقارير الأب و المعلمين (الشايب، 2017، ص 33).

11- دراسة ستيفان وآخرون P. Stephan (2006):

❖ **بعنوان:** الخصائص النفسية، اجتماعية للمرافقين ذوي الاضطرابات السلوكية، و هدفت إلى مقارنة مجموعة من المرافقين الجانين مع مجموعة من المرافقين من عامة السكان من أجل تحديد السلوكيات و الخصائص الاجتماعية و العلائقية للمراهقين المصابين بإضطرابات سلوكية.

• النتائج:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الإضطرابات السلوكية قبل تطبيق البرنامج و بعد تطبيقه لصالح المجموعة التجريبية بعد التطبيق، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعات الضابطة على مقياس الاضطرابات السلوكية قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق (غالب محمد، نفس المرجع، ص 48).

ثانيا: الدراسات الأجنبية:

1- دراسة غيلود باتل J. M Guillaud Bataille وآخرون (2001):

❖ بعنوان: "اضطرابات السلوك الاجتماعي و اللغة: الانتشار والاشتراك عند الطفل

ذو 4-5 سنوات في الوسط المدرسي"

• نتائج الدراسة :

نسبة انتشار الإضطرابات السلوكية مرتبطة بقوة جدا بمتغير الجنس حيث وجد

الاضطراب لدى 13 ذكرا أي بنسبية (28 % من العينة مقابل 02 فقط أي 4 %) (أحمد

رشيد عبد الرحيم، مرجع سابق، ص 113).

• نتائج الدراسة:

أكثر المشكلات التي يعاني منها المحروم من بيئته الأسرية هي " السلوك السيء،

العصاب، الاكتئاب، الأعراض العاطفية بدرجة الأولى و مشكلات الأصدقاء، فرط

الحركة بالدرجة الثانية، كما أظهرت أيضا أن الأطفال ضعيفي التحصيل لديهم مشكلات

مع أقرانهم و اكتئاب و مشكلات عامة أكثر من مرتفعي التحصيل، أخيرا الأطفال الذين

حرمو من الآباء بالطلاق لديهم مشكلات كثيرة مع أقرانهم بالأطفال فاقدى أبائهم بالموت.

2- دراسة سميرة على حسن (2012):

هدفت إلى معرفة اثر برنامج ارشادي في مراجعة الاضطرابات السلوكية لدى

أطفال المرحلة الابتدائية.

• منهج الدراسة وادواتها :

استخدم المنهج التجريبي باستخدام مقياس الحياتي للاضطرابات و استخدام

البرنامج الإرشادي في مواجهة الاضطرابات السلوكية لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

• عينة الدراسة:

تتكون من (24) طالب تم اختيارهم من مدرسة الساقية الابتدائية في مدينة الصدر بطريقة قصدية من خلال درجات مقياس الاضطرابات السلوكية و تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين متسايرة ضابطة و تجريبية (غالب محمد، 2013، ص 45).

3- دراسة ياسر يوسف إسماعيل (2009):

❖ بعنوان: "المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بنّتهم الأسرية " .

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المشكلات السلوكية و أكثرها شيوعا لدى أطفال مؤسسات الإيواء و الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية، و أيضا التعرف على مدى اختلاف تلك المشكلات لدى المحرومين باختلاف تغير فترة فقدان و نوعه، و عمر الطفل أثناء الفقدان، و الجنس، و نوع مؤسسات الرعاية، و المستوى الدراسي.

• منهج الدراسة: استخدم المنهج الوصفي التحليلي.

• عينة الدراسة: بلغت (133) طفل وطفلة من مؤسسات الإيواء في قطاع غزة، أعمارهم ما بين 10 و 16 سنة.

• أدوات الدراسة:

مقياس التحديات و الصعوبات: ت عبد العزيز ثابت، و اختبار العصاب: من اعداد أحمد عبد الحالق و مقياس الاكتئاب لدى الأطفال « Di » اعداد "ماريا كوناكس " و من أهم الأساليب التي استخدمها الباحث التكرارات و النسب المئوية و المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري و الوزن النسبي و معامل ارتباط بيرسون، و اختبار "ت" لعينتين مستقلتين و تحليل التباين احادي الإتجاه (ابراهيم سعد، 2003، ص 73).

ثانيا: الدراسات السابقة عن الاضطرابات السلوكية و الانفعالية:

1- الدراسات العربية:

1-1 دراسة الماحي زوبيدة (2017):

أثر برنامج إرشادي علاجي مقترح لخفض حدة بعض المشكلات السلوكية لدى عينة من تلاميذ الثانوي.

هدفت الدراسة إلى التخفيض عن المشكلات السلوكية التي تطفئ على تلاميذ المرحلة الثانوية و اقتراح برنامج إرشادي علاجي للتخفيف من حدتها واحدة في الإرشاد العلاجي للتخفيف من حدتها، استعمل المنهج التجريبي لمجموعة واحدة في الارشاد الجماعي في حين طبق منهج دراسة حالة في الارشاد العلاجي الفردي.

• أدوات الدراسة:

مقياس المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية إعداد الباحثة برنامج إرشادي علاجي موجه الى التلميذ (ة) التعليم الثانوي.

• عينة الدراسة:

حصى البرنامج العلاجي الجماعي (15) تلميذة بينما حصى الجانب الإرشادي العلاجي الفردي (05) حادث.

حيث توصلت النتائج إلى التأكد من وجود كل المشكلات السلوكية عند تلميذة المرحلة الثانوية وتم التخفيف من حدتها (أبو العيد، 2003، ص 135).

2-1 دراسة عتروس نيل (2017):

❖ بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي سلوكي قائم على اللعب و القصة في خفض درجة المشكلات السلوكية لدى الأطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشادي سلوكي قائم على اللعب و القصة في خفض من درجة سلوك العدوان، العناء، الغضب و الخجل لدى أطفال ما قبل المدرسة بولاية عنابة.

• منهج الدراسة و أدواتها :

المنهج التجريبي، و تم استخدام مقياس المشكلات السلوكية لطفل ما قبل المدرسة و البرنامج الارشادي المقترح لخفض تلك المشكلات، عينة الدراسة (14) طفل و طفلة.

• نتائج الدراسة :

أظهرت وجود أثر ايجابي و خفال البرامج الارشادي، و تفوق أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي و التتبعي على أطفال المجموعة الضابطة في خفض مشكلاتهم السلوكية (جمال محمد سعيد الخطيب، 2022، ص 113 - 114).

معظم هذه الدراسات اعتمدت المنهج الوصفي و المنهج التجريبي بينها لا توجد دراسات عربية أو أجنبية اعتمدت المنهج العيادي (دراسة حالة) الذي هو المنهج المتعد من في البحث الحالي.

تعددت اهتمامات كل دراسة بدراسة الإضرابات السلوكية و علاقتها ببعض المتغيرات كالجنس، العمر، و غيرها، إلا أنها لم تتطرق في دراستها إلى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة عينة الدراسة كانت مركزة على الأطفال العادية و المراهقين دون التطرق لهذه الفئة التي لا تقل أهمية عن فئة الأطفال العادين و التي هي محور اهتمام البحث الحالي و بالتالي لا توجد دراسات تطرقت إلى موضوع البحث الحالي.

أما في ما يخص عن الاستفادة العلمية حيث استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في:

- تحديد مشكلة و ضيافية فرضيات و البحث و توضيح أهمية البحث وتحديد متغيرات البحث و العينة.
- إثراء الجانب النظري للبحث الحالي و ذلك بأخذ فكرة عامة عن الموضوع من خلال اعتمادنا على خلفية نظرية.
- استخدام بعض النماذج و النتائج التي توصلت إليها الدراسات في تفسير و تحليل بعض الجوانب البحث الحالي كتوجيه للباحث.

أضافت الدراسة الحالية الى الدراسات السابقة في إسهام البحث الحالي في دفع حركة البحث العلمي في مجال الاعاقة العقلية (التأخر العقلي) و معظم الاضطرابات السلوكية و الانفعالية التي تصيب هذه الفئة خاصة عند اصابتهم باضطراب قلق الانفصال أثناء انفصالهم عن النسق الأسري و من خلال ما يقصه من نتائج تقيّد الباحثون في مجال تقييم السلوكيات و المشكلات السلوكية و الانفصالية و كيفية علاجها لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثالثاً: الدراسات السابقة التي تناولت متغير التأخر العقلي:

بعد البحث في ميدان عند الدراسات التي تناولت موضوع بحثنا الحالي حول التأخر العقلي توصلنا الى الدراسات التالية:

1- دراسة Droter (1975):

حول ردود الفعل الوالدية تجاه أزمة التخلف العقلي خلف هذا البحث إلى خمس مراحل و هي: الصدمة و التمزق النفسي، الإنكار و الحزن و عدم التصديق بتخلف الطفل، القلق و الخوف على الطفل و مستقبله، الغضب لتخلفه على أقرانه و ضياع الأمل فيه (Droter & al ، 1975) (نقلا عن مرسى، 1996 ، ص 234).

في حين أشار (Faber) فيما يخص تأثير التخلف العقلي على الحالة النفسية للوالدين وجد أن الوالدين يعيشون في حالة حزن دائم و كان أطفالهم يحتضرون، و آخرون يواجهون الأزمة بصبر و احتساب و غيرهم ينزعجون و يقلقون (Faber، 1975) (نفس المرجع السابق، ص 235).

و يضيف (M،Millon) في دراسته لأثر أزمة التخلف العقلي على الأمهات بولاية شفليد بالمملكة المتحدة تبين له ان الأم تعيش قلق زائد و يأس من حالة ابنها ما يجعلها تتمنى موته و قد تسعى لقتله (M،Millon، 1977) (نقلا عن حلاوة، 1998، ص 89).

و قد أظهرت أحد الدراسات (Cubbin & Potterson) تهدف إلى التعرف على العوامل المؤثرة في تكيف الأمهات اللواتي لديهن طفل متخلف خلصت الدراسة إلى أن نسبة الأعراض الاكتئابية بلغت (47%).

كما يرى الدكتور بن مشري أن ولادة طفل معاق ليست سهلة التحمل على الوالدين الذين يشعرون بجرح نرجسي، و بالقصور وأن الطفل المعاق تعيشه الأم كنقص يقلل من قيمها و يشعرها بالذنب، و تعتبره كعتاب و علة (بن مشري، 1982) (نقلا عن ميموني ب، م، 2005 ص 204).

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال ما سبق من الدراسات التي تناولت قلق الانفصال نجد أن مئات تنوع في الأهداف و المنهجية والأدوات و في النتائج، و من خلال عرض الدراسات وجد أنها تناولت مشكلة البحث الحالي من زاوية مختلفة تبعا لإختلاف التصورات النظرية إلى اعتمد عليها كل باحث في معالجة لموضوع البحث و هو قلت الانفصال بحيث لا نجد

دراسة مطابقة تماما لموضوع بحثنا هذا من حيث عينة الدراسة في جميع خصائصها و من حيث الأدوات و المنهج و الأهداف إذ تختلف أهدافها مع البحث الحالي.

معظم الدراسات السابقة تناولت موضوع قلق الاتصال لدى الاطفال العادين بينما في بحثنا هذا اهتمت بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة.

أفادت الدراسات السابقة البحث الحالي في صياغة فرضيات البحث و تحديد مشكلة البحث الحالي بحيث أفادتنا في مختلف جوانب الموضوع و بالتالي اختلفت الدراسات السابقة في أهدافها و فرضياتها و متغيراتها و كذلك في عيناتها و الأدوات المستخدمة و كذلك المنهج المستعمل في البحث هو المنهج العيادي الذي اعتمد في هذه الدراسة بينما في الدراسات السابقة اعتمد و المنهج شبه التجريبي، تجريبي و وصفي.

الفصل الثاني

قلق الانفصال

تمهيد

- 1) تعاريف.
- 2) أسباب قلق الانفصال.
- 3) أعراض قلق الانفصال.
- 4) مراحل قلق الانفصال.
- 5) النظريات المفسرة لقلق الانفصال.
- 6) علاقة قلق الانفصال بأنماط التعلق الوالدي.
- 7) قلق الانفصال عبر مراحل عمرية مختلفة.
- 8) قلق الانفصال و العلاقة بالموضوع.
- 9) تشخيص قلق الانفصال حسب DSMS.
- 10) طرق الوقاية من الإصابة بقلق الانفصال.
- 11) علاج قلق الانفصال.

خلاصة.

تمهيد:

يصاب العديد من الأطفال بإضطرابات نفسية في المراحل العمرية الأولى من حياتهم، ومن بين هذه الإضطرابات نجد قلق الانفصال الذي يعد من الإضطرابات الشائعة و المنتشرة في فئة الأطفال وهي مرحلة حاسمة و مهمة في تكوين شخصية الفرد و بناءها سليما، وعلى أساسها يكون النمو في المراحل التالية من عمره الأمر الذي دفع بالعديد من الباحثين في ميدان علم النفس العيادي بالاهتمام بهذه الظاهرة لما ينتج عنها من إضطرابات ذات إعتلال مشترك كظهور الإضطرابات السلوكية والعنوانية وكذلك الوجدانية لدى الأطفال.

1) تعريف قلق الانفصال:

قلق الانفصال هو مرض نفسي بين الأطفال وهو أحد أهم أمراض القلق المتعددة التي تصيب الأطفال ويمثل قلق الانفصال حالة من الشعور بعدم الارتياح والذي يظهر نتيجة الخوف المستمر من فقدان أحد الوالدين، و التعلق غير الأمن بهما و التعلق غير الأمن يقصد به ذلك الذي يعبر عنه الطفل ببكائه الشديد لمدة طويلة عندما ينفصل عن أمه (ماجد علي، 2008، ص 297).

يعرفه (Jean Dumas): يعاني الطفل من قلق الانفصال بخوف مفرط من الانفصال عن الوالدين أو عن الأشخاص المقربين منه، فهي المحنة القصوى والمستمرة أثناء فترة الانفصال، أو أثناء توقع حدوثه، وهذا الإضطراب يكون بديهي في السنوات الأولى من حياة الطفل (J. Dumas، 2005، p 28).

و يعرفه محمود حمودة: على أنه إضطراب يرتبط أساسا بمواقف الانفصال، حيث يكون الطفل غير ناضج و معتمدا على الأم، و من ثم فهو يخاف من جزاء البعد عنها،

فيخاف الذهاب إلى المدرسة، و يخاف النوم بمفرده، و يخاف عندما يترك وحيدا، و غالبا ما يعاني من الكوابيس التي موضعها الانفصال، و عند حدوث الانفصال يحدث له إثارة الإنزعاج الشديد و التعلق الزائد بالوالدين حيث لا يتركه، و ليس لها أي سبب عضوي آخر (محمود حمودة، 1991، ص 182).

كما يعرفه عبد الله قاسم: بأنه اضطراب يظهر في صورة إنزعاج أو مشاعر مؤلمة ينتج عن الانفصال عن الأم أو الشعور بالتهديد، الانفعال أو الخوف من فقدان الأم أو حدوث مكروه لها (عبد الله قاسم، 2001، ص 11).

أما الدليل الأخصائي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية النفسية (DSMS): يعرف قلق الانفصال على أنه قلق أو خوف مفرط و غير مناسب تطوريا يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم (DSMS، 2014، p 91).

2) أسباب قلق الانفصال:

تعددت أسباب القلق لدى الأطفال بين وجود شخص جديد أو وضع جديد في البيئة المحيطة به، و الحالة التي تسبب القلق قد تكون سبب تغير الإيجابي مثل بدء نشاط جديد كذهاب الطفل للروضة و لكن في الأغلب وجود هذا النوع من القلق يرتبط بتغيرات سلبية، مثل المرض أو موت أحد أفراد العائلة، كما أن الأطفال الذين يكون أباؤهم وقائيين أكثر من اللازم يكونون أكثر عرضة لقلق الانفصال، وقد يكون وراثيا نتيجة وجود قلق أو اضطرابات عقلية أخرى لدى الوالدين، و فيما يلي عرض الأهم أسباب قلق الانفصال لدى الطفل.

أشارت العناني إلى أسباب قلق الانفصال بأنه ناتج عن الشعور بعدم الأمان نتيجة للحماية الزائدة و الإعتماد على الكبار، أو نتيجة لغياب الأم المتكرر على الطفل في

السنوات الأولى من عمره، كما أن وجود الصراعات الأسرية يثير خوف الطفل من فقدان أحد الوالدين (العناني، 1997، ص 162).

و يمكن إجمال أسباب قلق الانفصال لدى الطفل بالعوامل التالية:

2-1 عوامل جينية (وراثية):

لقد أظهرت الدراسات أن الأبناء مصابين بقلق أكثر عرضة لقلق الانفصال والآباء المصابين باضطراب رهاب الخلاء تتزايد مخاطر إصابة أطفالهم بقلق الانفصال، حيث يحتمل وجود أساسا جيني موروث ينتقل من الآباء إلى الأبناء، كما أن العوامل الجينية الموروثة من الآباء تسهم في حدوث هذا الاضطراب لدى الإناث أكثر من الذكور (سليمان، 2023، ص 22).

2-2 أسباب نفسية اجتماعية:

الإعتماد الشديد للطفل على أمه أو من ينوب عنها، إن الأطفال الذين لديهم ارتباط عاطفي بدرجة شديدة يخافون أكثر من بقية الأطفال، بالإضافة إلى مرور الطفل بخبرات عابرة إرتبطت بأحد أنواع مخاوف النمو الذي يتعرض لها الطفل كالخوف من فقدان الأم، أو موت شخص مرتبط به الطفل، أو إنتقال الطفل من مكان إلى آخر و عدم إستقرار علاقاته (القائمي، 1996 ، ص 64).

الحماية الزائدة، فالعائلات التي يظهر فيها الطفل اضطراب قلق الانفصال قد يكون فيها ارتباط شديد وحماية زائدة من الأخطار المتوقعة، حيث يصبح الأطفال هدفا لقلق الأبوين الزائد مما يجعلهم مهينين للقلق الانفصال (سليمان، 2003، ص 21).

2-3) عوامل التعلم:

يتعلم الطفل القلق من أحد الوالدين بشكل مباشر، فخوف الوالد من المواقف الجديدة ينمي لدى الطفل الخوف من هذه المواقف، كما أن بعض الآباء يعلمون أبنائهم القلق بالمبالغة في تحصينهم من المخاطر المتوقعة (الحماية الزائدة) فإذا كان الأب أو الأم من النوع الذي يخاف فإن الابن قد ينشأ على الخوف من المواقف الجديدة وخاصة البيئة المدرسية ويخشى الانفصال عن البيت (سليمان، 2003، ص 28).

بمعنى يتعلم القلق من الوالدين أو جو المنزل وهذا يظهر عن ما يحذرهم والديهم كثيرا من الابتعاد وبذلك يبيث الوالدان الشعور بالخطر الدائم، وهناك أسباب قد تتعلق بجو الأسرة و الاضطرابات و الخلافات بين الوالدين والتي تؤثر بشكل كبير على نمو الطفل لذلك على الوالدين إبعاد الطفل ما أمكن عن خلافاتها الزوجية، لأن الطفل كثيرا ما يعد نفسه سببا لهذه المشكلات ويضع اللوم عليه.

3) أعراض قلق الانفصال:

فيما يلي سندرج أعراض قلق الانفصال وهي:

- **أعراض جسدية:** يشكو معظم الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال من أعراض عضوية وجسدية متكررة، كالآلم في البطن، الصداع، الغثيان، والاستفراغ، بالإضافة إلى احمرار الوجه واصفراره، و صعوبة التنفس، وقد يعانون من فقدان الشهية أو زيادتها.
- **أعراض اجتماعية:** يلجأ الأطفال و اضطراب قلق الانفصال إلى الأحجام عن المواقف الاجتماعية كالذهاب إلى حفلة أحد الأطفال أو زيارة بيت صديق بسبب ما يعاني من هموم أو قلق إزاء انفصالهم عن والديهم أو عن الكبار ممن يتولون رعايتهم ، وقد يكون على شكل رفض مستمر للذهاب إلى المدرسة، و أجحامه عن المشاركة في الأنشطة.

- **أعراض سلوكية:** الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال يجدون صعوبة كبيرة في النوم وحدهم بدون وجود أحد الوالدين ووجود أحلام وكوابيس حول موضوع الانفصال عن الوالدين وهناك أفكار كثيرة سيئة تدور في أذهان هؤلاء الأطفال وكلها تدور حول احتمال حدوث أذى للأهل أو عدم إمكانية إرجوع إليهم والمشكلة تظهر بشكل أكبر عند دخوله المدرسة (جلي هاشم ، 2006 ، ص50).

- **أعراض انفعالية:** يصاب الطفل بقلق شديد عند ابتعاده عن البيت أو عن الشخص الذي يمثل له مصدر الأمان (الأم أو أي فرد من أفراد العائلة وأحيانا مجرد التفكير في فكرة الانفصال تصيبه بالخوف الشديد).

كما يظهر الأطفال خوفا شديدا حول سلامة الشخص الذي يعتني بهم وتشغل بالهم مخاوف حول أشياء سيئة مثل حادث أو اختطاف سيحصل له أو لأبويه (ماجدة علي، 2008، ص 298).

4) مراحل قلق الانفصال:

يضيف بولي سلوك الطفل بعد انفصاله عن أمه في 3 مراحل:

4-1) مرحلة الاحتياج:

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

4-2) مرحلة فقدان الأمل:

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

4-3) مرحلة تلاشي التعلق (التباعد):

في هذه المرحلة يمكن ملاحظة اهتمام الطفل بمن حوله فهو لا يرفض من حوله ويتقبل الطعام منهم ويميل شيئا فشيئا إلى التبادل الجماعي والابتسام واللعب مع الأطفال الآخرين وعند عودة أمه فإنه لا يهتم أو يبالي بها ويبقى بعيدا و كأن عودتها لا تعنيه، فبعد أن يكون الطفل قد تعلق بالحاضن فإنه لا يرتاح لمغادرته له بل يبدي احتجاجه على ذلك بصورة أو بأخرى، كما يشعر بالحزن ويتحدد موقف الانفصال بطول المدة التي يغيب عنه فيها الشخص المتعلق به، كما يتحدد بطبيعة العلاقات العاطفية التي يقيمها الطفل مع من يحيط به، وفي الأغلب تكون علاقته قوية مع الشخص الذي يعتني به وهو الأم غالبا مما يفسر شدة قلق وحزن الطفل عن الانفصال عنها (عبد الحي، 2012، ص 13).

5) النظريات المفسرة لقلق الانفصال:

5-1) نظرية التحليل النفسي:

سعى "فرويد" من خلال تجاربه وأبحاثه الى تقديم تفسير علمي للقلق عند الطفل وقد ربط بين اعتماد الطفل على والديه بشكل زائد وبين وجود القلق لديه، ويرى بأن الاعتماد الحاجز للطفل الصغير على حب ورعاية والديه يجعله مستهدفا لقلق الانفصال.

كما يرجع "فرويد" هذا النوع من القلق لقلق الانفصال الى ما يدعوه بالقلق الأولي أو صدمة الميلاد نتيجة انفصال الطفل عن جسم الأم، فالطفل يشعر بشوق شديد إلى أمه

نتيجة تعلقه بها وعدم إشباع هذا الشوق يتحول الى قلق، فالقلق ناتج عن فقدان الموضوع (الأم غالبا) أو احتمال فقدنه، كما ترى هذه النظرية أن المولود يشعر بعجزه وبذلك تأتي الصرخة الأولى عند ميلاده، والتي تتطلب حضور الأم التي تربطه بها علاقة حب ومودة وعطف وهذا ما يتفق أيضا مع "أتورنك" الذي يفسره أيضا على أساس الصدمة الأولى، والذهاب الى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم (سيغموند فرويد، 1984، ص 152).

فالقلق الأولي يبدأ بصدمة الميلاد عند "أتورنك"، التي تعتبر أول حالة خطر يعيشها الطفل فهي ترمز للانفصال عن الأم بمعنى بيولوجي، وهذا القلق يستمر مع الطفل من فترات حياته التالية، ففصام الطفل يثير لديه القلق لأنه يتضمن انفصالا عن موضوع التعلق (الأم) كما أن الذهاب الى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن انفصال عن الأم، تصف هذه النظرية التعلق بأن موضوع متعلق بموضوع الحب، فالأم باعتبارها مصدر لإشباع الحاجات الأولية تصبح بالتالي مصدر للحب، ويتعلق الطفل بها لإشباع حاجاته الأساسية، ولمدى الارتياح الذي يشعر به بعد حدوث إشباع حاجاته (العوامل مزاهرة، 2003، ص 155).

لقد اهتم "فرويد" بأسباب القلق في مرحلة الطفولة، وذكر أنه حينما يبدأ الطفل يشترك في العلاقات الاجتماعية، فإنه يبدأ يخاف أنا الأعلى والخوف من الأنا الأعلى في رأيه خوف خلقي واجتماعي، وهو الخوف من عدم موافقة المجتمع، أو الخوف من عقاب المجتمع، أو الخوف من الانفصال عن المجتمع، و الأنا الأعلى هو نفوذ الوالدين و المجتمع.

و علق "فرويد" أيضا على أهمية خوف الطفل من فقدان الحب أو خطر فقدان الأم، وهو، أهم ما يتعرض له الطفل في أثناء طفولته، حيث يكون اعتماد الطفل على والديه، وبهذا يكون "فرويد" قد عبر عن قلق الانفصال كالآتي:

- الخوف من الفقد (فقدان الموضوع).

- الخوف من فقدان حب الموضوع.

ويشير "إريك فروم" إلى العلاقة بين اعتماد الطفل على والديه ووجود القلق لديه، يتفق بذلك مع "فرويد" في رد أصل القلق إلى العلاقة الوثيقة بين الطفل منذ ولادته، ويعتمد على والديه في أداء أموره المختلفة حتى عندما يستطيع القيام بها بنفسه، لكي لا يفقد اهتمامهما وحبهما وعطفهما، ومن هنا ينشأ القلق نتيجة للصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الإستقلال، وبذلك فإن علاقة الوالدين عن الأسرة يترك آثاراً سلبية على نفسياتهم و نموهم (نفين زيور، 1998، ص 19).

أما "هورني" فتعتبر قلق الانفصال بأنه ينشأ من المؤثرات الاجتماعية الموجودة في محيط الطفل أثناء نموه، أي وجود دوافع لهذا القلق، فذهاب الطفل إلى المدرسة قد يثير لديه الشعور بالخوف نتيجة لانتقاله من بيئة المنزل المألوفة إلى بيئة جديدة، لم يألفها من قبل، فيشعر بالعجز والقلق والتوتر، ومن المعروف أن مراحل الانتقال تعتبر من المراحل الحرجة في حياة الفرد، يتعرض خلالها الفرد الى مجموعة من الضغوطات والانفعالات والتوتر، لذا كان من الضروري الاهتمام بهذه الفترة الحرجة التي ترافق انتقال الطفل إلى بيئة جديدة وانفصالية عن والديه ولو شكل مؤقت، لذا كان على الوالدين تعويد الطفل على الابتعاد والقدرة على التكيف مع الأوضاع الجديدة، في جو من الثقة والطمأنينة التي يستمدّها من علاقته بهما، فعملية انفصال الطفل من الشخص المتعلق به ليست أمراً سهلاً، بل لا بد من التمهيد له وهذا يبدأ بذهاب الطفل إلى المدرسة وبدء حياة اجتماعية

أوسع من جو الأسرة ، وهذا يعود على الإستقلال والقدرة على الاعتماد على أنفسه، كما ان انعدام الحب والدفء العاطفي في الأسرة المتفككة له أثر في خلق القلق في نفس الطفل وزعزعة ثقته بالبيئة المحيطة، من خلال ثقته بأسرته، يبدأ القلق في حياة الفرد مع طفولته فالطفل يحس بالقلق عند ما يخرج من الرحم إلى العالم الواسع، كما يحس به من حرم حنان الأم أو الأب أو متى وجد وحده.

أما "ميلاني كلاين" تكلمت عن مصدرين لحصر الانفصال: مصدر الداخلي يتمثل في الخوف من الأم المحبوبة والخوف من عدم عودتها إلى الأبد ومصدر خارجي يتمثل في الانفصال الفيزيولوجي عن الأم مصدر إشباع حاجاته وخفض توتراته.

كما تؤكد عالمة النفس الأمريكية "مارجريت ماهر" على أهمية العلاقة بين الطفل والأم من الميلاد وحتى بين الشهرين، حيث يدخل الأطفال في مرحلة التوحد (AUTISTIC) يكون إحساسهم ووعيهم فيها بالأم كمجرد عامل لإشباع حاجاتهم الأساسية، وفي الفترة من شهرين إلى خمسة أشهر يدخلون المرحلة الثانية "التكافل" يكونون فيه الاعتمادية على أمهاتهم ويشير فيها الأطفال أساسا حلا لنموهم واستقلالهم فيها بعد، والأمهات شديدي الحساسية و الاستجابة يشجع على علاقة تكافلية مع أطفالهن، أما الأم الأقل حساسية قد تحيط رغبة وليدها في أن يلتحم معها، مبنية في ذلك عن زعزعة الطفل والمهمة النسبية. في حين هي بناء الثقة و الأمان.

و ترى "ماهر" أن حصر الانفصال يحدث عندما يتقدم الطفل نحو التفاضل بفعل النضج الجسدي والنمو النفسي، وأنه حسر يمر به كل طفل بفعل عمليات النضج (رحاب صديق، 2000، ص 44).

5-2) نظرية التعلق و الارتباط:

اهتمت هذه النظرية بدراسة العلاقة بين الطفل ووالديه، وطبيعة الرابط بينهما وأثرها على الصحة النفسية والجسمية والانفعالية والعقلية للطفل في المراحل اللاحقة.

اهتم "بولبي" (Bowlby) بدراسة سلوك التعلق لدى الإنسان وبعض الكائنات الحية الأخرى، تطرأ لأهمية وتأثيره على نفسية الطفل، ويؤكد "بولبي" أن سلوك التعلق لدى المولود البشري يستمر طيلة حياته على خلاف الكائنات الحية الأخرى. فالطفل يتعلق بأمه من خلال القرب الجسدي بينهما خلال فترة الطفولة الأولى فتراه لا يبتعد عنها، ومع تقدم العمر تراه يبتعد عنها أكثر ملبياً لحاجة الاستقلالية. واكتشاف الذات، إلا أنه لا يلبث أن يعود مسرعاً إليها عندما يشعر بخطر ضمن البيئة المحيطة، فهي مصدر الأمن والحب و الطمأنينة، كما أنها مصدر تلبية حاجاته الفيزيولوجية وخاصة الحاجة إلى الغذاء فالأم بالنسبة إليه مصدر أساسي لإشباع حاجاته الأولية والذهنية من الحب والحنان و الطمأنينة و العطف.

و يرى "بولبي" بأن الجوانب الأساسية لسلوك التعلق عند الطفل تتمثل بسلوك المص وسلوك التثبيت وسلوك الإشباع وسلوك البكاء وسلوك الابتسامة، وتنظم هذه و الأنظمة بحيث تعمل على بقاء الطفل بالقرب من أمه.

و هذه السلوكيات من التي تحت الأم على إشباع حاجات الطفل من خلال الاتصال معها بشكل مستمر، ويحصل من خلالها على الأمان وتخفف من شعور الخوف لديه، و من الضروري أن يشعر الطفل بعلاقة حميمية دافئة ومستمرة مع أمه ، و أشار "بولبي" إلى أن " أي نوع من المعاناة النفسية في الرشد ترجع إلى اضطراب في العلاقات التي كونها الطفل مع أمه" (فايز قنطار، 1992، ص 37).

فكلما نمت الارتباط بين الطفل وأمه وزاد التعلق بينهما كلما زاد لديه قلق الانفصال لدى ابتعاده عنها، ويرى "بولبي" أنه لا يمكن اعتبار استجابة الخوف لدى الطفل عند ابتعاده عن أمه استجابة غريزية بشكل مطلق، وهي تقوم في شكل كبير منها على التعلم، فالتعلم هو أساس لتطور أنواع السلوك ويمكن اعتبار سلوك الخوف لدى الطفل سلوك في سبيل التكيف مع الأوضاع الجديدة، والتي تعتبر انفصال الطفل عن الشخص المرتبط به أحدها، فالطفل يتعلم أن وجوده بالقرب من آمن يكسبه الراحة و الشعور بالأمان و الحب، بينما يرافق غياب الشعور بالقلق، و هذا يتم عن طريق التعلم الارتباطي الذي يربط فيه الطفل غياب الشعور بالقلق، و هذا يتم عن طريق التعلم الارتباطي الذي يربط فيه الطفل غياب الأم وشعوره بالضيق) (عبد الرحيم عبد المبدي، 2005، ص 21).

و تحدّث "بولبي"، عن دور الخبرات المبكرة في تكوين نماذج داخلية يعبر عنها سلوكيا كنماذج ارتباط آمن و غير آمن في الطفولة المبكرة، والذي يمتد كمنبهات عن السلوك الاجتماعي في الطفولة المتوسطة وخلال مراحل العمرية التالية، حيث اتضح أن أنماط التعلق التي توجد في مراحل الطفولة ستمر حتى الرشد.

كما تؤكّد الدّراسات أنّ الصّفة الجوهرية للاضطراب الانفصال هي القلق الناجم من الانفصال عن الآباء أو من صور التعلق عن الأمن، حيث أن لعملية التعلق أثارا هامة بل و بعيدة المدى على إمكانية الانفصال فيها بعد أي على نمو الطفل مستقبلاً ككائن بشريا ذاتي التوجيه، فإن لم ينجح الطفل في هذه الفترة في تكوين علاقة انفعالية اجتماعية وثيقة وأمنة مع بعض أفراد مجتمعه فسوف يستحيل عليه أن يكون الثقة و الأمان اللازمين للنمو السوي في المراحل التّالية.

إذن فالأطفال الذين يشعرون بالتعلق بالأمن بوالديهم يتصرفون إزاء عملية الانفصال عنهم بشكل جيد لكن هؤلاء الذين يشعرون بالتعلق الغير الأمن يستجيبون للانفصال عنهم بقلق (محمد سيد عبد الرحمان، 1999، ص 397).

5-3) نظريات التعلم:

بعد كل من "تورانديك" و "بافلوف" و "سكينر" من أبرز علماء نظرية التعلم التي تركز على أن التعلم هو التغير في السلوك الملحوظ والنتائج عن الاستجابة للمثيرات الخارجية في البيئة، كما يؤكد "بياجية وبرونز" بأن التعلم يتم أيضا عن طريق المعرفة والاكتشاف، وتؤكد نظرية التعلم أن التعلق بالأم هو دلالة لتخفيف التوتر بحيث أن الأم تعتبر مثيرا محايدا للطفل، ولكن إذا قامت بتقديم الطعام والراحة للطفل يقترن هذا المثير المحايد مع استجابة الراحة، وبعد حدوث الاقتران بعدد من المرات يصبح الطفل متعلق بها (العواملة مزاهرة 2003، ص 156).

كما ترى هذه النظرية أن سلوك الطفل ناتج عن عاملين الأول طبيعة التفاعل البيولوجي فدافعه الأساسي هنا هو الطعام الذي تقدمه له الأم، وبالتالي تأخذ الأم قيمة إيجابية عن طريق الاقتران بالإشباع وتخفيف الألم، ونتيجة التكرار المرتبط بتخفيف دافع الجوع يصبح مجرد حضور الأم ذو أهمية للطفل يتعلق بها ويتوقع حضورها، لذلك يصبح الخوف هنا محتمل عند غيابها وتعتبر حالة الارتياح الناتجة عن وجود الطفل بالقرب من أمه وإشباع حاجة الأمن والحب من طريق التلامس والقرب بينها تجعل الطفل أكثر تعلقا بأمه، فالشخص القادر على تلبية هذه الحاجة لدى الطفل يراه أكثر قربا منه ويتعلق به الطفل أكثر من غيره من الأشخاص الموجودين في محيطه، وتشير هذه النظرية أن الطفل عن طريق التعليم قد يتعلق بالشخص الأكثر قربا وتلامسا و استجابة للطفل والقادر على توفير الراحة له من الأشخاص الذين يقدمون له الحاجات الأولية فقط، مثل الطعام ومن

هذا يمكن تفسير تعلق الطفل بوالده بالرغم من الفترة القصيرة التي يمضيها معه خلال اليوم.

كما ترى هذه النظرية أن سلوك الخوف الذي يقوم به الطفل لاسترداد الأم عند رحيلها أو بقائها بجانبه ليس سلوك غريزيا بشكل مطلق، فهي استجابة تكيف أساسية تقوم على التعلم وهي طريق التعلم الارتباطي، يتعلم الرضع أن وجود الأم يكون مصحوبا بالراحة بينما غيابها يكون مصحوبا بالضيق والانزعاج، فيربط الطفل بين غيابها و بينا شعوره بالضيق و الانزعاج وبذلك ينمو أكثر ميلا للخوف من الانفصال سواء كان الانفصال فعليا ام متوقعا (ميّار سليمان، 2003 ، ص 21 - 20).

5-4) النظرية المعرفية:

هناك العديد من النظريات التي أكدت على أهمية العوامل المعرفية وتأثيرها على الانفعالات لدى الطفل ومنها نظرية لان أروس " LAZARUS و "سكائن" حيث يعتقد كل من العالمان أن العوامل المعرفية تعد عناصر أساسية مسببة للانفعال فنسبه لان أروس " فإن نتاج النشاط الانفعالي تستمد من تقرير الطفل للمواقف إذا كان حصارا " (تقدير أويا) وتقديم أساليب لمواجهة هذا الخطر و الأساليب المتاحة له، (تقدير ثانوي) فالتكوين السيكلوجي للطفل (الحالة المزاجية) تشمل المعتقدات و الاتجاهات و ما يتعلق بالعقيدة و السلوك.

و بتحليل قلق الطفولة نجد أن النضج المعرفي للطفل ينمو من خلال رؤية للناس و الأحداث وكيفية تفسيرها، فالمخاوف الطبيعية هي مرحلة الطفولة كانت نتيجة مكونات معرفية مغلقة بشكل كبير، و خير مثال على ذلك قلق الانفصال في مرحلة الطفولة وحسب "كاجان" فإن الطفل يصطنع خطأ عقلية تمثيلا بين لوجه (الأم، الأب) أو مقدم الرعاية لكن أيضا أماكن تواجد الشخص ذاته، بمعنى أن الطفل يضع التمثيلات لوجوه الأسرة في

الأماكن المألوفة، ويذكر العلماء من هذا المنظور المعرفي أن الأطفال أكثر أرجعية لأن يعانون من الانفصال عن ما لا يفهمون ان ذهب والديهم أو مقدم الرعاية أو حتى سوف يعود، وبالرغم من أن الأطفال قد يفضلون عن آبائهم بشكل عادي أثناء فترات الأنشطة اليومية (ترك الطفل في غرفة المعيشة أو غرفة الطعام ويبقى الوالد في المطبخ ..) فالأطفال لا تعنيهم هذه الانفصالات القصيرة وذلك لوعيهم أن الأم وإن ذهبت سوف تعود قريباً.

و وفقاً لنظرية "آليس وبيك" أن المكونات والمخططات المعرفية وعمليات التفكير الغير فعالة تؤدي بدورها إلى القلق الذي يؤدي إلى التأويل المتكرر للأحداث على أنها سارة أو خطيرة وتلك الأحداث لا يستطيع الأطفال تفسيرها شكل معقول، والتي تصبح متعلقة بشكل كبير بالمشير الذي يقومون بالاستجابة إليه فمحط الطفل السلبي أثناء فترة الانفصال المتكررة يؤدي بدوره إلى القلق وباختصار فإن قلق الانفصال له علاقة بالنمو المعرفي فمن الطبيعي أن لا يبدأ هذا القلق إلا بعد أن يكون الطفل قد بدأ بتكوين مفهوم "دوام الشيء" لا يبدون احتياجهم عندما ينفصلون عن آبائهم.

و يتفق "بولبي Bowlby" مع أصحاب النمو المعرفي أو المعرفين فنجد أنه يقول أن كل موقف تقابله وتعرض إليه في حياتنا يفسر تحت ما نطلق عليه بنماذج المتمثلة والتي تتدرج تحتها تصوراتنا على أنفسنا وعن العالم من حولنا فالمعلومات عن البيئة المحيطة تصل إلينا عبر أعضاء الحس والتي تعمل بدورها على تضيقها وتفسيرها وفق مصطلح النماذج المتمثلة، ومما يؤكد أيضاً على دور العوامل المعرفية هو ما نجده في الاهتمام الكبير لنمو أشكال القلق في الطفولة والذي يعتبر تتميط لنوع المخاوف الموجودة في الأعمار المختلفة، الفوبيات البسيطة ترجع إلى الطفولة المبكرة والتي تؤدي إلى الفوبيات الاجتماعية في المراهقة فيما بعد ، كذلك قلق الانفصال في ظهور المخاوف المدرسية في عمر 11 سنة، فإن فكرة التطور ومشكلات الحياة والأزمات لدى الأفراد الآخرين في النمو

تلقى الضوء على العوامل المعرفية ودورها المهم (إبراهيم عليان، 1996، ص 49 - 50).

و بعد مشكلة اضطراب قلق الانفصال **Séparation Disorder (SAD)** من المشكلات النفسية الكبيرة و هو اضطراب شائع لدى العديد من الأطفال بمرحلة الروضة و يتميز بالقلق المرتبط بالانفصال عن شخصية التعلق الممثلة في الأم، الى جانب الخوف المفرط، و يعاني منها حوالي (4 - 10 %) من الأطفال (Chase & Pincus ، 2011) و يظهر قلق الانفصال نهائيا لدى الأطفال بين عمر 6 الى 12 شهرا. و يظل هذا القلق ملحوظا بشكل ثابت حتى سن الثالثة تقريبا في ظل الظروف العادية، يتضاءل بعد ذلك الى حين يختفي في نهاية المطاف عندما يطور الطفل احساسا أكبر بالاستقلالية و القدرة المعرفية و فهم أن الشخصية المتعلقة بها ستعود.

6) علاقة قلق الانفصال بأنماط التعلق الوالدي:

يتأثر قلق الانفصال بنوع التعلق والارتباط الذي كونه الطفل مع والديه في الطفولة المبكرة والتي تستمر حتى المرحلة العمرية التالية.

و يتحدّد قلق الانفصال بناء على نوعية وطبيعة تعلق الطفل بأمه فإذا كان التعلق من النوع الأمن فإن ذلك يساعد تدريجيا في معرفة أو غياب الأم عنه يعقبه عودتها وهنا يكون الطفل أقل خوفاً من فقدانها، أما اذا كان العكس تعلق غير أمن (تعلق قلق) فإن ذلك يساعد على زيادة قلق الانفصال لدى الطفل لعدم ثقته اصلا في استجابة لحاجاته الأساسية (محمد إسماعيل، ص 149).

و يتبيّن من البحوث التجريبية التي قام بها كل من "شاينون" و "لين ورث" عام 1973 أنه هناك فروق فردية بين الأطفال، من حيث نوع وشدة التعلم والتي ترجع بدورها إلى شدة التفاعل مع الحاضن في المراحل الأولى من حياته، حيث وجد أن الأم التي

تحظى بقدر كبير من القدرة على التعبير عن الحب، وكانت واضحة في إجاباتها وفرت له العديد من المناسبات لتحقيق الإشارة الاجتماعية، فإن ذلك يساعد على تنمية نوع من التعلق الأمن، والعكس إذا كانت الأم غير مستجيبة لحاجات الطفل بشكل مستقر و ثابت (A. Guedeny ، N. Guedenayt ، 2006 ، p 107).

بمعنى تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في تشكيل وجدان الأطفال، و أكثر المراحل تأثيرا في حياة الانسان المستقبلية، و تسهم في تكوين شخصيته بكافة أبعادها السلوكية والانفعالية و المعرفية و لما كانت الأسرة و أساليب تعاملها مع الطفل تلعب دورا هاما في توافقهم أو اضطراباتهم النفسية، فأساليب الحماية الزائدة أو الإهمال أو الرّفْض قد تؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية مثل قلق الانفصال أو التعلق المرضي، و هو أشد ما يواجه الطفل في المراحل الأولى من عمره، و يمثل له صدمة كبيرة تؤثر على تكيفه داخل بيئة الروضة، و هو ما يظهر في صورة قلق و توتر نتيجة انفصاله عن مصدر شعوره بالأمن و الطمأنينة فيسيطر على هؤلاء الأطفال فكرة أن أدى قد يصيب من يرتبط بهم، مما يؤثر على علاقته مع الآخرين و على الجوانب التعليمية لديه، كما أن العلاقة بين الطفل و والديه واحدة من أكثر الجوانب تأثيرا في نموه في سنواته الأولى، حيث توضّح الدّراسات الطفولية أنّ أثارها تستمر حتى المراحل العمرية الأعلى و تؤثر على مجالات النّمو الاجتماعية و العاطفية و المعرفية.

(7) قلق الانفصال عبر مراحل عمرية مختلفة:

- الفترة من 6 الى 9 أشهر:

غالبا ما يظهر الرضيع في عمر من 6 - 9 أشهر حالة من التردد عندما يقدم له أشياء جديدة ويظهر على وجوههم العبوس مع الغرباء وهذا ما هو بادية الخوف من الغرباء، في هذه المرحلة كذلك لا يرتاح الأطفال في الأماكن الغريبة، مثلا يرفضون الأكل في بيت الجيران أو النوم على سرير آخر ويبدو قلق الانفصال عن الأم أو الكبار

المعروفين لديه جيدا خلال تلك المرحلة ويظهر جليا لدى الأطفال الصغار الذين ارتبطوا مع والديهم بعلاقة حميمية ثم فارقوهم فجأة وبدون أي رعاية بديلة مكافئة يمكن للطفل التعلق بها.

- الفترة من 9 إلى 12 شهرا:

و تعدّ هذه المرحلة مرحلة الارتباط فالرغم من أن الاطفال مازالوا يظهرون ميلا عاما نحو الانفعالات الايجابية، و تتّسم هذه المرحلة بانشغال كبير يقدم الرعاية الأولية و في هذه المرحلة يقوى الحذر من الآخرين و تزداد ردود الفعل السلسلة المعتدلة خلال المرحلة السابقة و يحاولون إبعاد الآخرين أثناء تعلقهم بالأم ويزداد الحذر من الغرباء و ينشغلون بتقديم الرعاية أكثر، و في هذه المرحلة أيضا تتأرجح المشاعر أكثر و أكثر و يصبح التواصل بين الحالات للمزاجية و المشاعر أكثر فاعلية.

- الفترة من 12 الى 18 شهرا:

في هذه المرحلة من العمر يميزها القلق من الغرباء، كما يقلق الطفل عند ما تنفصل عنه أمه والقلق في الحالتين هنا عبارة من الخوف تكيفي مورث في طبيعة تكوين الطفل ويشبه ذلك الخوف من الأصوات العالية والخوف من الألم، كما يصاب الطفل بالذعر والهلع وعندما يرى شخص غير مألوف لديه، و في حالة وجوده مع أمه دون غرباء يصعب انفعاله عنها حتى ولو لفترة قصيرة (وهذا الطفل لا شك سوف يستمر ملتصقا بأمه لا ينفصل عنها بسهولة حتى عند ذهابه الى المدرسة في بداية التحاقه بها) (محمود حمودة، 1998، ص 272 - 273).

- فترة من 16 شهر حق 36 شهرا:

أهم ما يميّز هذه المرحلة من النمو الانفعالي هي بروز مفهوم الذات فبعد أن يصبح الطفل قادرا على المشي يدرك انفصاله كشخص مستقل، وهذا الإحساس المبدئي بهوية الذات أو مفهوم الذات يجعل الطفل يريد الأمان والأمن الأمه بإدراك الطفل بذاته كشيء، مستقل عن الأم يمكنه من الانفصال السريع، و يتوقف ذلك أيضا على قدرة الأم على منح الثقة لطفلها فيما يتعلق بالاحتياجات الشخصية و الانفعالية و الأم التي تفقد القلق والأثار الاكتئابية، كذلك توجد بدايات التقمص العاطفي و القدرة على كشف و مخابرة مشاعر الآخرين.

- الفترة من عمر 3 سنوات إلى 5 سنوات:

و نسمي هذه المرحلة ما قبل مرحلة المدرسة من 3 سنوات إلى 5 سنوات يمر الأطفال باضطراب قلق الانفصال، كما يعلم كل مدرس حضانة والأطفال الأكبر سنا يصبحون متفردين لأنهم أكثر إستقلالية لأنهم سوف يتأقلمون سريعا مع بدائل أمهاتهم، وربما تكون بداية لاضطراب قلق الانفصال المبكرة عندما تحدث في سن قبل المدرسة أي قبل عمر السادسة.

- الفترة من عمر 6 سنوات الى 9 وسنوات:

يكون قلق الانفصال كذلك كاضطراب في مرحلة الطفولة الوسطى (من 6 - 9 سنوات) بالرغم من ان DSM_4 قد حدد بداية ظهور المرض قبل عمر السادسة، ويظهر الاضطراب بشكل حاد عند الانتقال أو تغيير المدرسة وفقدان شيء عزيز أو مرض في الأسرة أو التغيب الطويل عن المدرسة وأحيانا تظهر الأعراض بشكل مفاجئ، واضطراب القلق الانفصال يذوب ويتلاشى لدى بعض الأطفال تماما بعد فترة معينة بينما يعاني آخرون منه منذ فترة طويلة.

- في الفترة من سن التاسعة الى الثانية عشرة:

تعتبر هذه المرحلة ضمن مرحلة الطفولة المتأخرة والتي تستمر خلالها اضطراب قلق الانفصال في صورة رفض المدرسة وللقلق مصادر أخرى غير المدرسة في هذه المرحلة (محمود حمودة، 1998، ص 272 - 273).

(8) قلق الانفصال والعلاقة بالموضوع:

إنّ فقدان الأم كموضوع قد نتج حسب "فرويد" عن حالات الاشباع المتكررة و التي خلقت هذا الموضوع، فالرضيع عندما يدرك الأم كموضوع لا يستطيع أن يفرق بين الغياب المؤقت والفقدان المستمر للأم، و لهذا تجده يتصرف في اللحظة التي يفقد فيها رؤية أمه كما لو أنه لا يراها ثانية، وهنا يصف "فرويد" القلق المتعاقب الذي يظهر كخطر فقدان الموضوع الأمومي والطفل ينتقل تدريجيا من مرحلة الخوف من فقدان الموضوع إلى الخوف من فقدان حسب الموضوع، كما أنّ الوالدين هما موضوعات الحب الأولي لدى الطفل بل الأم هي الموضوع والواقع أن إقامة علاقات بالموضوع تقوم بفضل الطريقة التي توفر بها الأم الأشياء في نفس اللحظة التي يشعر عندها الرضيع بالحاجة إليها.

فإنّ فقدان الموضوع بعد إخفاقا في الوظيفة النفسية و الذي ينبغي لكل طفل أن يدافع ضده مستعينا بدفاعاته البدائية، فإنّ الغياب أو الوجود الفعلي للوالدين في اللحظة المحددة من لحظات حياة الطفل يكون له أثر حاسم في حماية الطفل عند المخاطر الداخلية.

• "ميلاني كلاين": لديها مصدرين لحصر الانفصال :

- مصدر داخلي: يتمثل في الخوف من الأم المحبوبة والخوف من عدم عودتها.

- **مصدر خارجي:** يتمثل في الانفصال الفيزيقي عن الأم مصدر إشباع حاجاته و حفظ توتراته، فالطفل في حالة العلاقة مع الموضوع جزئي يستشعر ثدي أمه على أنه شيء ضروري يزوده إشباع الحاجات، وحين يصل الطفل إلى تكوين الموضوع الكامل وهو الأم فانه يبدأ في حبها كشخص، و من جهة أخرى فإن دوافعه العدائية نحوها تشعره بالخطر من فقدانها و يصبح الموقع خليط من مشاعر الذنب.

و ترد (Anna Freud) التي تعتبر من أبرز المحللين الذي كرسوا ملاحظاتهم على سلوك الانفصال عن الموضوع وطبيعة الروابط بين الطفل والأم لحظة الانفصال، حيث كان اهتمام "أنا فرويد" بهذا الموضوع خلال الحرب العالمية الثانية أين بدأت ملاحظاتها عن المنفصلين عن آبائهم بسبب الحرب وأثار "أنا فرويد" مشكلة قلق الانفصال وفقدان الموضوع عند الطفل على الصعيدين الإكلينيكي والنظري وفيه قدمت أشكال متعددة التي يأخذها القلق خلال السنين الأولى، ومن بين هذه الأشكال قلق الانفصال ونقول أن كل شكل من أشكال القلق هو خاصية مرتبطة بمرحلة خاصة من نمو العلاقة الموضوعية ويمكن تلخيص هذه المرحلة على الشكل التالي:

❖ **المرحلة الأولى:** اعتبرتها "أنا" "فرويد" مزيج وهي مرحلة الولادة البيولوجية في المرحلة التالية أم، طفل و بشكل حالة نرجسية غير متميزة و لا يوجد خلالها أي موضوع.

❖ **المرحلة الثانية:** فهي تظهر العلاقة مع الموضوع بإشباع الرغبات النفسية وكذا العلاقات الاتكالية التي يوحد عليها الطفل.

❖ **المرحلة الثالثة:** وهي مرحلة العلاقات السادية - الشرجية وفيها يسعى الطفل إلى السيطرة و مراقبة الموضوع.

❖ **المرحلة الرابعة:** وهي مرحلة نبات الموضوع فيها يحدث اكتساب نوع من الاستقرار الإيجابي للموضوع المتدخل بعيدا عن حاجات الإشباع (مليار سليمان، 2203، ص 18).

❖ **المرحلة الخامسة:** هي المرحلة القضية وفيها يكون اهتمام الطفل مركز حول الموضوع، ومن خلال هذه المرحلة نلاحظ أن الانفصال يعرف انعكاسات مختلفة تتبع المرحلة التي ظهرت فيها، وقلق الانفصال يظهر في المرحلة الأولى ينتج عن حصر الانفصال وخلال المراحل القادمة تظهر أشكال أخرى من قلق الانفصال، أما إذا حدث الانفصال في المرحلة الثانية مرحلة العلاقة بموضوع الحاجة يؤدي إلى الشعور بالحرمان، أما إذا حدث الانفصال في المرحلة الثالثة "مرحلة ثنائية الوجدان" ينتج عنه الميل، وفي حين المرحلة الرابعة مرحلة ثبات الموضوع (دوام الموضوع) يميزها قلق الخوف من فقدان حسب الموضوع و منه يستطيع أن يحل الموقف حربا بالصور المتدخلة للموضوع، وأخيرا فإن التبين المستمر في المرحلة المزجية يؤدي إلى قلق الانفصال بالشذوذ قوي خلال السنوات القادمة (ميار سليمان، 2003، ص 18).

• العلاقة أم - طفل:

إنّ العلاقة أم بطفل تبدأ مبكرا فالأم هي المصدر الأول للعاطفة والحب والحنان وهي تلعب دورا أساسيا بالبنية للطفل خاصة خلال السنوات الأولى، وهي الأهم للنمو النفسي السليم ويصف "فرويد" علاقة أم - طفل بأنها علاقة أساسية ونموذج أولي لكل علاقات الحب وأنّ الأم يعوض أنا الطفل الذي لم يتكون بعد وهي التي تخلق للطفل الرغبة في الحياة وتثير لديه الإحساسات والآثار (محمد عبد الله، 2001، ص 426).

وكما تكلم "بولبي" عن دور الأم والذي هو أساسي وضروري لنمو الشخصية التعلق وللتعلق وظيفة مزدوجة:

- **وظيفة الحماية والأمان:** الذي يوفره الراشد القادر على الدفاع عن الطفل ضد أي عدوان.

- **الوظيفة المجتمعية:** إن التعلق يتحول خلال دورات الحياة من الأم إلى الأقارب ثم الغرباء والجماعات وهكذا الإحساس بالأمان عند الطفل بوجود والقرب من أمه يزداد ولكن أي تهديد بفقدان الأم يخلق الشعور بالقلق وهذا ما يسميه "بولبي" Bowlby قلق الانفصال.

• **العلاقة أب - طفل:**

إذا كانت الأم تشكل الموضوع المليء بالعاطفة فإن الأب أيضا شخصية مهمة بالنسبة للطفل ويلعب دورا هاما في حياة الطفل.

فالطفل في البداية هو حاجة إلى الحنان للمقدم من الأم تم من قبل الأب لكن الدراسات أكدت أن دور الأب سبق ذلك بكثير أي من المرحلة الجنينية فأثناء الحمل يدرك الجنين والده من خلال الأحاسيس التي تشعر بها الأم أو من خلال صوته أثناء الحديث الموجه إليه (نادية عباس، 1997، ص 98).

و تدخل الأب من ميلاد الطفل يؤدي إلى ولادة روابط عاطفية جديدة بين الأب والطفل ولقد أكدت الأبحاث أنه من المهم بالنسبة لهذا الأخير خلال الأسابيع الأولى والأشهر أن يألف ما يسمّى: "بالقبل" أشكال الجنسية التي هي مكونة من الإحساس الجلدي، الكثافة العضلية، نبرة الصوت، كيفية حمله لأنّ سيرورة التّجنيس أحد أصلها من تلك الاحساسات العتيقة.

كما أن تواجد الأب مهم للبننت والولد على حد سواء، وذلك من أجل تكوين النقص بحيث يتوجب على كل طفل تقمص الوالدين نفس الجنس.

و يرى " فينيكوت " أنّ للأب دورا هاما أولاّ لأنّه يدعم أسرته و يرى أنّ هذا التّدعيم ماديا ينشأ الطفل اتّصاله مع أبيه و يصبح فيها دور الأب و أهميته تضاهي في دور الأم.

(<http://tr.wikipedia.org/wiki/donald/winicott>).

9) تشخيص قلق الانفصال حسب DSM₅:

- أ) قلق أو خوف مفرط و غير مناسباً تطورياً يتعلّق بالانفصال عن البيت أو من الأشخاص الذين يتعلّق بهم كما يتجلّى بثلاثة (أو أكثر) ممّا يلي :
- انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلّق بهم بشدّة.
- خوف مستمر و مفرط يتعلّق بفقدان، أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلّق بهم بشدّة كالمرض، الإصابة، كارثة أو موت.
- خوف مستمر و مفرط من أن حادثاً مشؤوماً (مثل الضياع، التعرض للخطف، حصول حادث، المرض) يسبب الانفصال عن شخص يتعلّق به بشدّة.
- ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن الأخرى بسبب الخوف من الانفصال.
- الخوف المستمر المفرط أو الممانعة لأن يكون وحيدا أو دون وجود أشخاص يتعلّق بهم بشدّة في المنزل أو الأماكن الأخرى.
- ممانعة مستمرة أو رفض النوم بعيدا عن البيت أو النوم دون أن يكون على مقربة من شخص يتعلّق به بشدّة.
- كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.
- شكاوي متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو القيء) حيث يحدث الانفصال أو حين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلّق به

ب) الخوف، القلق، التجنب، يستقر لمدة 3 أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين، و بشكل نموذجي ستة أشهر أو أكثر عند البالغين.

ت) يسبب الإضراب إحباط سريريا مهما أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني، أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ث) لا يفسر الاختلال بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كرفض مغادرة البيت بسبب المقاومة المفرطة للتغيير في اضطراب طيف التوحد، أو أوهام و هلاوس متعلقة بالانفصال في الإضطرابات النهائية، أو رفض الخروج دون رفقة موثوقة في رهاب السياح، مخاوف حول اعتلال الصحة و غيرها من الأحداث المؤذية للآخرين في اضطراب القلق العام، أو مخاوف حول الإصابة بمرض في اضطراب قلق المرض (أنور الحمادي، 2004، ص 60).

10) طرق الوقاية من الإصابة وقلق الانفصال:

هناك بعض الإرشادات المفيدة لتفادي قلق الانفصال و منها:

- ممارسة بعض الأنشطة و الألعاب التي دفعت إلى تقليص حالة تعلق الطفل بأمه منها.
- اللعب الإيهابي: تشارك الأم التمثيل مع طفلها وتقوم بافتعال خروج الأم خلال هذه اللعبة لقضاء بعض الحاجات أو أن الطفل ذهب الى المدرسة وتجعل الطفل يرد بالنيابة عن اللعبة ويفضح عن مخاوفه.
- تحكي له القصص الهادفة قبل النوم مثلاً عن اطلال (أطفال) تركتهم لأمهاتهم لبعض الوقت و تصرفوا بطريقة لطيفة.
- إذا كانت الأم تريد الخروج من البيت لا تخرج متخفية، وإنما تقضي وقتاً مع طفلها وأثناء ذلك يعقد معه اتفاقاً حول خروجها وتخبره بأن سوف تتصل به، ثم تحاول الأم أن تكون فترة غيابها في البداية قصيرة تطول تدريجياً ولا تتوتر أو تتفعل وبما أن

التربية التحضيرية جد مهمة سواء في تكوين نمو الطفل العقلي والنفسي، أو من ناحية تعامل الأولياء معها، كون هذه المرحلة جديدة على الطفل وتختلف عن البيئة المنزلية التي ألفها، كان لا بد على الأولياء وجوب تحضير أبنائهم وتهيئهم نفسيا لتقبلها ولتجنب حدوث بعض الإضطرابات، كقلق الانفصال، ومن هذه الطرق نجد:

❖ يجب ترغيب الأبناء في الدراسة و ذلك قبل أن يصل الوقت المحدد لذلك، عن طريق اصطحابهم الشراء بعض مستلزمات الدراسة، و شراء بعض الألعاب لوجود فترة مخصصة لترفيه من الطفل.

❖ تكاثف جهود الأسرة لإشغال الطفل بروعة وأهمية الدخول إلى المدرسة و التحضيري من خلال تشجيعه بمختلف الطرق.

❖ التحدث للطفل بكل إيجابية قبل الدخول وطمأنته بأنه سيكون رفقة معلمة طيبة وأصدقاء رائعين، وعلى الوالدين أن يعيا إما يخاطبان طفلك، وبالتالي عليهما إيصال المعلومة إليه بساطة و وضوح.

❖ مرافقة احد الأولياء للطفل أو الشخص المحبب لدى الطفل يشعره بالأمان من خلال تعن يره ماديا و نفسيا.

❖ لا يجب الشعور بالغضب من الطفل إذا يدمنه أي سلوك سلبي بل يجب احتواء الوضع و محاولة حلّه بالهدوء.

❖ يجب زرع الثقة قبل بلوغ الطفل مرحلة التحضيري، وعدم اشعاره بأنه غير قادر على مواجهة الأمر.

❖ عند ما يذهب الطفل إلى المدرسة واطهاره سلوك جيد يستدعي ذلك مكافأة لتعزيز لديه هذا السلوك ويتكرر ما دام قد مكّنه من نيل هدية (عائشة، 2019 ، ص

(31).

11) علاج قلق الانفصال:

تبدأ الخطوة الأولى في العلاج من خلال منح الطفل الحب و الثقة و إحساسه بذاته من قبل الوالدين و تقبل مشاعره، و من و واجب الوالدين توضيح التغيرات الحاصلة في بيئة الطفل بحرص و بحذر شديد (كولادة أخ جديد مثلاً أو الموت المتوقع لأحد الوالدين أو مرضهما، أو ذهابه إلى الروضة و تركه للمنزل لفترة من الزمن) (جميل، 2009، ص 258).

لقد أجمع العديد من علماء النفس و المعالجين النفسيين على أن علاج قلق الانفصال إلى خطة متكاملة الجوانب ولجميع أفراد الأسرة تشتمل العلاج النفسي الدينامي للطفل والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج الأسري والعلاج بالعقاقير وهذا أفضل من استخدام كل طريقة على حدة ونظراً لأهمية هذه المرحلة العمرية والتي تحتاج إلى اهتمام خاصاً من قبل الوالدين والمعالجين توضح بسيط الأنواع هذه العلاجات:

11-1) العلاج النفسي الدينامي:

يحتاج الطفل إلى علاج نفسي لفهم التغيرات النفسية التي تسبب له هذا الخوف، يقوم من خلال جلسات نفسية مرتين أو ثلاثة أسبوعياً من أجل فهم اللا شعوري للأعراض التي يعاني منها الطفل والعمل على تقوية الأنا لديه ليكون قادراً على تحمل مواقف القلق التي تصيبه حيث يتم تعليمه طرقاً للاسترخاء المفيدة في خفض الأعراض وحدتها، والهدف الأول من العلاج السلوكي هو تخفيف المعاناة التي يسببها القلق، وتخفيف المشاعر السلبية المؤلمة أما الهدف الثاني يقوم على تعديل السلوك وإشعاره بالثقة و تقدير الذات (جميل، 2009، ص 269).

يحتاج العلاج النفسي إلى أخصائي نفسي مؤهل، كما يتم العلاج النفسي بشكل فردي أو مجموعة أو الأسرة معاً أو الزوجين.

11-2) العلاج السلوكي المعرفي:

يقوم العلاج السلوكي على جملة من الاستراتيجيات و الطرائق التي تركّز على السلوك الغير المرغوب وتنمية السلوك المرغوب، و يؤكّد هذا الشكل من العلاج على الارتباط بين أنماط السلوك المشكّلة الراهنة وعلى المثيرات في المحيط التي تسبب هذه الأنماط، ويتمركز الاهتمام على السلوك الراهن بالإضافة إلى المشاعر والأفكار وردود الأفعال الجسدية.

أشارت دراسة باريت "Barett" إلى أنّ العلاج السلوكي المعرفي فعال في خفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة، حيث يعمل على معرفة مشاعر القلق لدى الطفل و توضيح الحالات المثيرة ثم تبدأ الخطوة الثانية بوضع خطة للتعامل معه و تقييم نجاح عملية التأقلم و خفض القلق، فمن المهم في هذا النوع من العلاج مساعدة الطفل على مواجهة ما يسبب له القلق وعدم تجنبه ورفع مشاعر الاستقلالية والثقة بالنفس و الكفاءة لديه.

إنّ اخضاع الطفل لعلاج سلوكي يهدف التخفيف من مشاعر الخوف لديه بشكل تدريجي فعند ذهابه إلى الروضة يفضل أن يرافقه أحد الوالدين لبعض الوقت و خاصة في الأيام الأولى لذهابه إلى الروضة ثم تزيد فترات تركه بمفرده مع مرور الأيام إلى أن يصل إلى يوم دراسي كامل يقضيه بمفرده (مختار، 2001، ص 159).

11-3) العلاج الأسري:

ينطلق العلاج الأسري من مبدأ أن صعوبات الفرد أو الأسرة باعتبارها وحدة كلية تنشأ و تستمر في سياقات الحياة المشتركة لأفراد الأسرة و يعمل العلاج الأسري مع الأسرة ككلّ، بنيتها وأشكال تواصلها و أنماط تفاعلها من أجل إحداث تغييرات (جميل، 2009، ص 388).

يفيد العلاج الأسري الأطفال في تقديم التشجيع المتواصل و الدعم المتزايد من قبل الوالدين كما أنه يفيد الآباء من خلال التعبير عن مخاوفهما إزاء الطفل و العمل على تجاوز هذه المخاوف، و يتم اللجوء إلى طريقة تقوم على جلسات يتم فيها تعرض المصاب للشئ المثير للخوف و القلق و يتم التخلص من القلق بطرق الاسترخاء المختلفة، و من خلال جلسات مختلفة من الشرح و التفسير مع الأهل و الطفل لمعرفة وفهم ما يجري وما يجب فعله وبالتالي خلق جو من الثقة يفيد في علاج القلق لدى الطفل، إن إشراك الوالدين في البرامج الإرشادية يعمل على تخفيض قلق الانفصال لدى الأطفال بشكل كبير، فمن الضروري تدريب الوالدين على كيفية التصرف في المواقف المختلفة و الأوقات الصعبة التي يمكن أن تعترض سبيل تكيف الطفل و صحته النفسية، تنعكس مخاوف الوالدين على الطفل بشكل مباشر لذلك من الضروري أن يضبط الوالدين مخاوفهما أمام الطفل و يتحكموا بردود الأفعال وعدم المبالغة بها، بل على الوالدين العمل على تشجيع طفلهم باستمرار في جو من الأمان وطمأنينة وتعزيزهم بشكل إيجابي وعدم إشعارهم بشدة المخاوف التي تسبب لهم القلق، فيكون العلاج الأسري عادة عمليا وقصيرا ومتمركز حول المشكلة ويعيد إلى الأسرة تماسكها والقدرة على التغيير عن مشاعرها وتفهم الفروق الفردية وأدوار كل فرد فيه (جميل، 2009، ص 389).

11-4) العلاج بالعقاقير (الأدوية):

يعتبر بعض الأخصائيين بأن العلاج بالعقاقير مفيد ولكن بالتزامن مع العلاج المعرفي السلوكي العلاجية السابقة حيث يتم اعطاء الطفل مهدئات ومضادات اكتئاب لخفض القلق لديه ومنع حدوث نوبات الذعر والقلق، ويتم رفع الجرعة أو تخفيضها تحت رعاية الطب الأخصائي.

و لم يشر الأطباء إلى الوصول لشفاء تام بل تعمل هذه الأدوية على خفض حدة القلق و التوتر من خلال تحقيق الأعراض المسببة له، و لا بد من الانتباه في حالة العلاج بالأدوية إلى التأثيرات السلبية و الأمان الذي يمكن أن تسببه هذه الأدوية (كامل، 1998، ص 124).

خلاصة:

من خلال ما سبق نستنتج أنّ القلق بصفة عامة و خاصة قلق الانفصال هو من الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال، و يسبب لهم معاناة نفسية واضحة بسبب انفصاله عن مصدر الأمن لديه و ابتعاده عن الجوّ المألوف و اعتماده في الأسرة وتعلّقه بالوالدين ممّا يسبب له حالة من الشعور بعدم الارتياح و الذي يظهر نتيجة الخوف المستمر من فقدان أحد الوالدين ممّا يسبب له التوتر ممّا يؤدي الى خلل في التوازن النفسي و الذي يؤدي بدوره إلى خلل في الصحة النفسية.

الفصل الثالث

الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية

تمهيد.

(1) مفاهيم.

(1-1) تعريف السلوك.

(2-1) تعريف الإضطراب.

(3-1) مفهوم الإضطرابات السلوكية و الانفعالية.

(4-1) تعريف السلوك العدوانى.

(2) سبة إنتشار الاضطرابات السلوكية و الإنفعالية.

(3) تصنيف الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية.

(4) أنواع الإضطرابات السلوكية.

(5) عوامل الإصابة بالإضطرابات السلوكية و الإنفعالية.

(6) صفات خصائص الأطفال المضطربين سلوكيا و إنفعاليا.

(7) النظريات المفسرة للإضطرابات السلوكية و الانفعالية.

(8) قياس الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية .

(9) أساليب الوقاية من الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية.

(10) أساليب التدخل التربوي و العلاجي.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر موضوع الإضطرابات السلوكية و الوجدانية من الموضوعات التي نالت إهتماما واسعا لدى الباحثين لما لها من أثار سلبية على الفرد و المجتمع ككل، فكلما كانت هذه الإضطرابات في مراحل عمرية أبكر كلما كان ضررها أكبر، و يزداد الإضطراب و تشتد الأعراض و يتجه الإضطراب نحو الأزمات في حال عدم المعالجة و التكفل.

و بعد إضطراب السلوك العدواني من أكثر الاضطرابات السلوكية التي يتم تشخيصها شيوعا بين الأطفال و أنّ ذروة إنتشاره تكون حوالي 8 - 10 سنوات لكلا الجنسين، و تتضمن هذه السلوكات مجموعة متنوعة من المميّزات مثل: فقدان الأعصاب، الجدل مع البالغين، رفض الامتثال لطلبات البالغين، و غالبا ما يظهر الغضب، الحقد، مما يستوجب التشخيص و التكفل النفسي.

(1) التعاريف:

(1-1) تعريف السلوك:

معظم كتب علم النفس تفشل في تحديد السلوك كما لو كان تعريفه من البديهيات، يحدّد القاموس التاريخي للغة الفرنسية (Dictionnaires Le Robert، باريس، 2001) أنّ كلمة "سلوك" التي شاع استخدامها في القرن السادس عشر تمّت إدخالها في مفردات علم النفس من قبل "بيرون Pieron" في عام 1908 (Bursztejn، 2006، p 18).

و يؤكّد كل من (Cully & Tetem. 2008. P 20) أنّ السلوك هو أي شيء يقوم به المريض أو يشعر به أو يفكر في إتّباعه مباشرة، يمكن لكل سلوك يعرضه المريض أن يشمل مكوّنا عاطفيا (المشاعر و الحالة المزاجية)، و مكوّنا جسديا (الأحاسيس الجسدية مثل ضربات القلب السريعة أو المعدة). و مكوّنا سلوكيا (ما يفعله أو لا يفعله المريض)، و مكوّنا إدراكيا

(الأفكار أو المعتقدات). و في الدليل الأبجدي للطب النفسي يعرف (Pelicieng Porot) (1996) السلوك في مجال الطب النفسي بأنه " الطريقة المعتادة أو المرضية التي يتصرف بها الكائن الحي في بيئته تحت تأثير عوامل متعددة و معقدة " (C. Bursztenj، 2006، p 418).

أما "كوترو" (2001، p 04) فعرف السلوك بأنه "تسلسل منظم لأفعال موجهة من أجل تكيف الفرد لوضعية ما حسب ما يدركها ويفسرها إستناد إلى مخططات معرفية محزنة في الذاكرة الطويلة المدى".

1-2) تعريف الإضطراب:

يعرف الإضطراب لغويا بأنه الفساد أو الضعف، أو الخلل، و هو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة، و في مجال علم النفس العيادي بصفة خاصة، و يطلق على الإضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الانفعال أو السلوك، و يعني سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحي فيه (الحמיד و أبو زيد، 2015، ص 15).

و يستخدم مصطلح الإضطراب لوصف ما كان يصطلح عليه بالمرض النفسي أولا لتجنب الإشكاليات التي يحملها مفهوم "المرض" و ثانيا لأن وقع كلمة مضطرب نفسيا أخق من كلمة "مريض نفسي"، أما الفرد فيوصف بوجود إضطراب لديه عندما يصبح سلوكه متباينا نوعيا و كميا عن المعايير الاجتماعية المقبولة (صالح، 2015، الصفحات 30 - 36).

و يشير DSM_{IV} في مقدمته إلى أن مصطلح الإضطراب ليس له تعريف عملي متماسك (Cohérente) ينطبق على كل الوضعيات بمفهوم الاضطراب العقلي، بل ينظر إلى كل إضطراب عقلي كنموذج أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إحصائية تحدث لدى الفرد و تترافق مع ضائقة أو إعاقة مصاحبة، أو خطر مرتفع بشكل كبير من الوفاة أو

المعاناة، عجز أو فقدان كبير للحرية ، ويجب إعتباره مظهرا من مظاهر الخلل السلوكي أو النفسي البيولوجي للفرد (Bursztejn، 2006، p 40)

و يعرف "غال و بوفارد" (Cale & Bouvard، 2006، p 433) الإضطراب بأنه "تغير في طريقة السلوك، في الأفعال وفي طريقة التفكير بما لا يتوافق مع المعايير أو المعتقدات الثقافية".

1-3) مفهوم الإضطرابات السلوكية و الوجدانية (الاضطراب السلوكي الإنفعالي):

أ) الإضطرابات السلوكية:

يعرفها (حسن وعبد الرحمان، ٢٠٠٣ ، ص٢٣): الإنحراف الواضح والملحوظ في مشاعر و إنفعالات الفرد حول نفسه وبيئته ويستدل على وجود إضطراب سلوكي يتصرف الفرد تصرفا يؤدي فيه نفسه و الآخرين.

و تعرفها (وافي، ٢٠٠١، ص١٧): إضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوك منحرفا بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار و يمكن ملاحظته و الحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء من بيئة الفرد نفسه و يعرف الباحث الإضطرابات السلوكية إجرائيا بأنها مجموعة من السلوكيات غير المضطربة في علاقة الطفل مع الآخرين أو مع ذاته، وتظهر آثار الإعاقة، و يتضمن السلوك العدواني، تشتيت الإنتباه والحركة الزائدة (علاء جمال الربيعي، ٢٠١١ ص ٧).

ب) الإضطرابات الإنفعالية:

تعريف (زهران، ٢٠٠٥، ص٦٤): الإضطراب الإنفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الإنفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كإستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر إضطرابا إنفعاليا عادية و ضرورة للحفاظ على الحياة، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر إضطرابا إنفعاليا (الظاهر، ٢٠٠٦، ص ٤٦).

أما (يحيى، ٢٠٠٠، ص ١٧): فيعرفها من خلال الأفراد المضطربين بأنهم غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الإجتماعية المحددة للسلوك المقبول و بناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء.

و يتبنى الباحث تعريف (زهران) والذي يشير إلى أن الإضطراب الإنفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الإنفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كإستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر إضطرابا إنفعاليا بل إستجابة إنفعالية عادية و ضرورة للحفاظ على الحياة، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر إضطرابا إنفعاليا (جمعة، ٢٠٠٥، ص ٦٢).

أما (يحيى) فتعرفها من خلال الأفراد المضطربين بأنهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الإجتماعية المحددة للسلوك المقبول و بناء عليه يتأثر تحصيلهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء.

و يتبنى الباحث تعريف (زهراء، ٢٠٠٥ ص ٦٢): والذي يشير إلى أن الاضطراب الوجدانية حالة تكون فيها ردود الفعل الإنفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كإستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر إضطرابا إنفعاليا بل إستجابة إنفعالية عادية و ضرورة للحفاظ على الحياة، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخفي فإنه يعتبر إضطرابا إنفعاليا (يوسف، ٢٠٠٠، ص ٢٨).

1-4) تعريف السلوك العدوانى:

- لغة: النظم وتجاوز الحد.

- إصطلاحاً: هناك عدة تعريفات تذكر منها:

❖ تعريف آلبرت باندورا:

العدوان هو السلوك يهدف إلى إحداث نتائج تجريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، وهذا السلوك يعرف إجتماعيا على أنه عدواني (خالد، 2010، ص 08).

❖ تعريف كيلى:

العدوان هو السلوك الذي ينشأ عن حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات و الحوادث الحالية، وإذا دامت هذه الحالة فإنه يتكون لدى الفرد إحباط ينتج من جرائه سلوكات عدوانية من شأنها أن تحدث تغيرات في الواقع حتى تصبح هذه التغيرات ملائمة للخبرات و المفاهيم التي لدى الفرد (المرجع السابق، ص 09).

❖ تعريف العدوان:

يعرف العدوان بأنه السلوك الذي يؤدي بإلحاق الأذى الشخصى بالغير، وقد يكون نفسيا على شكل إهانة أو خفض قيمة وقد يكون جسما، كما يعد العدوان ضربا من السلوك الذي يهدف إلى تحقيق رغبة في السيطرة. و يمكن النظر إلى العدوان على أنه وسيلة تكيف تلجأ إليها الذات أحيانا في حياتها اليومية من أجل العمل على إبعاد ما يمكن أن يهددها من ألم أو خطر، أو بمعنى آخر قد يلجأ إليه الفرد ليحل مشكلة تواجهه وقد يؤدي هذا إلى زيادة القوة و المكانة (حنان، 2009، ص 52).

❖ تعريف آخر:

هو عبارة من أفعال عنيفة جسمية أو لفظية أو رمزية تظهر على شكل سلوك عدواني أو تدميري قد يوجه نحو البيئة أو نحو شخص آخر نحو الذات (فاطمة، 2013، ص 243).

2) نسبة إنتشار الإضطرابات السلوكية:

بدأت الدراسات والأبحاث لتحديد حجم مشكلة الإضطرابات السلوكية مع "وركمان" (Wickman، 1928) الذي يعتبر أول من أشار إلى وجود هذه الإضطرابات في المدارس (يحي، 2000، ص 20) لتتولى بعدها الدراسات لكن لحد الآن لا يمكن إعطاء قيم دقيقة و بنسب واضحة لإنتشار الإضطرابات السلوكية نظر الإختلاف المنطلقات النظرية لتعريف الإضطرابات وتحديد ماهيتها بالتالي يختلف التشخيص من أخصائي لآخر وتختلف النسب أيضا نتيجة إختلاف معايير تحديد السلوك السوي و الشاذ و المضطربة باختلاف البيانات الإجتماعية والثقافية و الإقتصادية وحسب السن والجنس، فعند الإطلاع على الدراسات والإحصائيات حول معدلات و نسب انتشار هذه الإضطرابات نجد تباينا كبيرا في تقدير حجمها من مجتمع الآخر أو من منظمة أو هيئة حكومية أو غير حكومية لأخرى من باحث الآخر، وهكذا تفاوت معدل الانتشار بشكل كبير من دراسة إلى أخرى حيث تراوحت من 15% الى 50% في الدراسات التالية: (1998، Marineau et ol، 1995، Reiss، 1995، Garden and Moffat، 1990، Morin and Méthat، 2003، Rojohn) و في تقرير قدم الى مؤتمر الصحة النفسية للأطفال عام 1980 في الولايات المتحدة الأمريكية تبين ان 01 إلى 08% من الأطفال يعانون من مشكلات سلوكية و الوجدانية تجعلهم بحاجة إلى رعاية خاصة (أبو قلة وعبد المعطي، 2010، ص 31).

في حين يذكر (C.Bursztegn، 2006، p 24) أن معدل الإنتشار حسب معايير الدليل الإحصائي التشخيصي للمعدل الثالث DSM. III - R هو 7,3% و إرتفع ليصل إلى 4,11% حسب معايير DSM_{IV} أما دراسة لوي وآخرون (Lowe et al. 2007) فوجدت أن في المجموع 4,5 (5، 2-7,5) شخصه لكل 10000 سنمة لديهم إضطراب سلوكي خطير الذي يمثل 10% (5,5 - 16,8%) من الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية وكان الشكل الأكثر شيوعا هو السلوكيات الصعبة أو المجلة الأخرى (Beauchesne & Sobourin ، ويذكر كل من " القمش و المعايطه 2009 ص 21 و 22" أن التقديرات المتحفظة تشير إلى أن نسبة أقل من 1%، بينما التقديرات الغير متحفظة تشير إلى أكثر من 20% من الأطفال المتمدرسين.

في حين أشار أسامة فاروق (مصطفى ، 2012، ص 46) أن السنة المعتمدة في معظم الدول هي 2%، تتوزع حسب متغيرات الشدة والجنس و العمر: فهي أكثر شيوعا لدى الذكور بضعفين أو خمسة أضعاف عن الإناث، و غالبا ما تكون إضطرابات بسيطة أو متوسطة أما الحالات الشديدة أو الشديدة جدا فهي قليلة جدا ، كما أنها ترتفع بشكل ملحوظ في المراهقة و تنخفض بعد ذلك.

و في نتائج دراسة أجراها جيلود باتاي و آخرون (Guillaud - ، 2021، p 400) Bataille بفرنسا بعنوان "اضطرابات السلوك الإجتماعي و اللغة: الإنتشار و الإشتراك عند الطفل ذو 4 و 5 سنوات من الوسط المدرسي" كانت نسبة إنتشار الإضطرابات السلوكية مرتبطة بقوة كبيرة بمتغير الجنس حيث وجد الإضطراب لدى 13 ذكر أي نسبة 28% من العينة مقابل 02 إثنين فقط أي 04%، لكن مجلة INSERM (2005) تذكر أن إنتشار الإضطراب يبقى في تزايد حتى بلوغ 14 - 16 سنة ، بعد ذلك يبقى مستقرا عند الذكور بينما يقل عند الإناث.

3) تصنيف الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية:

هدفت عملية التصنيف إلى المساهمة في تنظيم المعلومات التي من شأنها المساعدة في وصف الظاهرة وتحديد أبعادها قصد تقديم الخدمات العلاجية الأنسب للطفل المضطرب سلوكيا (عبيد، 2015 ، ص89)، لكن ما أنه لا يوجد إتفاق على تعريف محدد للإضطرابات السلوكية أيضا لا يوجد إتفاق على أسلوب معين في التصنيف لذلك تبعا لتشابه المشكلات السلوكية يمكن تصنيفها ضمن مجموعات تصنيفية متجانسة (اللالا، 2011، ص 273).

و من أكثر التصنيفات إنتشارا ما يلي:

1) تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

ظهر لأول مرة عام 1952 وأجريت عليه العديد من التعديلات آخرها كان عام 2013.

(DSM₅)، وهو الأكثر إستخداما بين المختصين.

2) تصنيف منظمة الصحة العالمية:

وهو التصنيف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية ويرمز له بـ (C.I.M) وأجريت عليه هو الآخر عدة تعديلات آخرها (C.I.M.₁₁).

3) التصنيف الفرنسي للأمراض العقلية للطفل المراهق (CFTMEA – R):

هو التصنيف الوحيد الخاص بالأطفال و المراهقين، نشر لأول مرة في عام 1980 تحت إشراف "R. Mises" ثم تم تنقيحه في عام 2000، لا يشمل هذا التصنيف المعايير ولكن يتم تقديم وصف موجز لكل فئة بالإضافة إلى المعادلات مع شروط تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر، ويعتمد على المنظور النفسي المرضى المستوحى من التحليل النفسي (Bursztejn، 2006 ، 43p).

4) تصنيف جماعة الطب النفسي:

الذي يتشابه مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المحك النفسي لتصنيف الإضطرابات السلوكية ومن حيث أنواع الإضطرابات، يتألف من عشر تصنيفات مرتبة من الحالات البسيطة إلى الحالات الشديدة (عبيد 2015، ص 97).

5) تصنيف النظام السلوكي:

الذي يعتمد في تصنيفه على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ثم وضع السلوكات التي تنطبق عليها هذه الصفات في مجموعة واحدة، مثل تصنيف كوفمان (Kouffman، 1987) (المعاطية و القمش ، 2009، ص 24).

6) التصنيف الطبي:

الذي إعتمدت عليه معظم التصنيفات القديمة للإضطرابات السلوكية مثل تصنيف "كانفر و ساسلو Knafer et Saslow " الذين صنفا الإضطرابات حسب الأمراض، الاستجابة للعلاج وحسب الأعراض (عبيد ، 2015 ، ص 100).

7) التصنيف المعتمد على أسلوب التحليل العاملي (تصنيف "كوي Quay"):

الذي صنفها بناءا على تقديرات الأبوين والمعلمين للسلوك وتاريخ الحالة و إستجابة الطفل على قوائم التقدير إلى أربع أبعاد وهي: إضطرابات التصرف الفوضوي وعدم الثقة بالآخرين، إضطرابات الشخصية، عدم النصح، الإنحراف الإجتماعي (الالاء ، 2011، ص 273).

8) التصنيف حسب شدة الإضطراب:

يصنف بعض الباحثين إضطرابات سلوكية تبعا لشدتها إلى: بسيطة ، متوسطة الشدة و أخيرا شديدة (المعايطة و القمش، 2009 ، ص 24).

بالإضافة لهذه التصنيفات نجد أيضا:

❖ تصنيف طبي نفسي يضم: إضطراب تطور اللغة، الإضطرابات الفصامية،

إضطراب الإكتئاب بعد حادث معين ثم إضطراب تطور القراءة.

❖ بالمقابل له يوجد تصنيف تربوي يضم إضطرابات الإتصال، إعاقة انفعالية

شديدة، إضطراب السلوك، إضطراب القدرة على التعلم (يحيى، 2000 ، ص

19).

كما يمكن أن تصنف الإضطرابات السلوكية عند الأطفال المتمدرسين إلى ثلاث أنواع هي:

أ) إضطرابات في السلوك الخارجي: النشاط الزائد، العدوان والجنوح.

ب) إضطرابات في السلوك الداخلي: الإكتئاب العصبية و الإنسحاب.

ت) إضطرابات قليلة الحدوث: الفصام و التوحد (يحيى، 2000 ، صفحة 30).

أخيرا يذكر C. Bursztejn (2006، ص 430) أن معظم التصنيفات الحالية في

الطب النفسي للأطفال تفضل المقاربة المتعددة الأبعاد التي تعتبر أن الامراضية (الإعتلال،

المرض التوافق مع الإنحرافات القصوى في مختلف الوظائف (Bursztejn، 2006، p 43).

4) أنواع الإضطرابات السلوكية:

هناك عدة أنواع و منها:

1-4 العدوان / مشكلات التصرف: نزعة الطفل للقيام بفعل يهدد الآخرين لفظيا أو

جسميا، أو القيام بسلوك معاكس، أو النزعة للتمرد المشاركة في سلوك لا إجتماعي

ومخالفة (محمد محروس الشناوي، 1997، ص 37).

4-2 النشاط الزائد: ويقصد به قيام الطفل بالنشاط الزائد و الإندفاعية مثل: مغادرة المقعد

خلال الحصة، أو عدم القدرة على إنتظار الدور، أو الإستعجال في أداء النشاطات

والتصرف دون تفكير (جلال على الجزائري، 2011، ص 2011).

4-3 مشكلات التعلم: ويقصد بها الصعوبات الأكاديمية ذات علاقة بالفهم، و عدم القدرة

على إتمام الواجبات أو المهمات الدراسية، وعدم قدرة الطفل على المحافظة على

إستمرارية الإنتباه والنزعة للتشتت بسهولة لدى القيام بمهامات تتطلب تركيز الانتباه و

إستمرارية لفترة زمنية كافية (سعيد عبد العزيز، 2008، ص 153).

4-4 القلق/ الاكتئاب: نزعة الطفل الى التوتر أو الخوف، أو الشعور بالهم بسبب مشكلات

حقيقية أو متخيلة، و الشعور بالحزن و عدم السعادة، و الضغط النفسي الذي يمكن

أن يؤدي إلى عدم القدرة على القيام بالأنشطة اليومية (عمر عبد الرحيم نصر الله،

2008، ص 133).

4-5 المشكلات النفس جسمية: تتضمن حساسية الطفل الزائدة و التذمر و الشكوى من

مشكلات جسمية ثانوية، أو مضايقات جسمية بسيطة (جمال محمد الخطيب، 2009،

ص 96).

5) عوامل الإصابة بالإضطرابات السلوكية و الإنفعالية:

ما يزال البحث في أسباب الاضطرابات السلوكية متواصلا وليس هناك أسباب دقيقة محددة، لكن من خلال الدراسة المسرحية للأدبيات المتعلقة بالموضوع تجد أربع مجالات يمكن من خلال تفاعلها مع بعضها أن تسبب الاضطراب نذكرها فيما يلي:

5-1) عامل الجسمي (العوامل العضوية الفيزيولوجية):

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية و البيو كيميائية أولها مجتمعة، حيث تقوم العوامل الوراثية على إحداث الاستعداد لدى الفرد للإصابة ببعض الإضطرابات النفسية أو السلوكية، وهذه الاستعدادات تبقى كامنة إلى أن يتعرض الفرد لأحداث صادمة أو أزمات اجتماعية وعاطفية أو ويمكن تلخيص أهم النتائج التي توصلت إليها البحوث في هذا المجال فيما يلي:

أ) العوامل الجينية يحتمل أن تكون أسبابا في حالات الفصام.

ب) البناء التكويني للجسم في بعض الإضطرابات (النمط الجسمي والتوافق، إرتباط الجهاز العصبي المستقل (الارادي) بالسلوك، وجود علاقة بين التغيرات الهرمونية و النمو الحسي و بين السلوك.

ت) عوامل الإنجاب.

ث) يعتبر وجود تلف مخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي من العوامل المسببة لإضطراب السلوك (عبير، 2015 ، ص 40 - 41).

5-2) عامل العائلة والأسرة:

يرجع أغلب الأخصائيين أسباب الإضطرابات السلوكية في الأساس إلى العلاقة والتفاعل السلبي بين الطفل ووالديه خصوصا الأم، وهذا أيضا ما أكد عليه "بيتلهم " (1967 ،

(Bettelheim) لأن الأسرة هو المؤثر الأكبر في النمو المبكر للطفل (المعايطة والقمش، 2009، ص26).

فعلاقة الطفل بأمه هي أول العلاقات التي يشكلها و الأكثر أهمية في نمو و تطور شخصيته، كما أن إتجاهات الأم نحو طفلها و نوعية الخدمات التي تقدمها تؤثر في نموه السليم وفي تطور خصائصه و أنماطه السلوكية، فالحماية الزائدة أو الحرمان قد يساعدان في ظهور الإضطرابات السلوكية (مصطفى، 2011، ص 53).

كما كشفت الأبحاث التجريبية حول العلاقات الأسرية و التعامل المتبادل بين الطفل و والديه، عن وجود عدم إتساق وعدم تماسك في علاقات الأطفال ذوي الإضطرابات السلوكية بوالديهم، و بالرغم أن هذه الإضطرابات قد تحدث في أي أسرة وأن هذا لا يعني بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوثها إلا ان التفاعلات غير الصحية قد تسبب الاضطراب عند بعض الأطفال (يحيى، 2000، ص33).

5-3 عامل المدرسة :

إن لخبرات ومعاش الطفل في المدرسة دورا بارزا في ظهور الإضطراب لديه لأنه يقضي فيها وقتا طويلا و يتأثر بها و بمكوناتها الإيجابية و السلبية، فجماعة الأقران و الصحبة السيئة و الإحتفاظ بعلاقات مضطربة مع الأطفال الآخرين أو المعلمين قد تساهم في حدوث بعض السلوكيات المضطربة أو تزيد من حدتها (يحيى، 2000، ص54).

و قد شخص كوفمان (Kauffman,1997) مجموعة من العوامل المدرسية التي قد تكون عاملا من عوامل ظهور الإضطراب لدى الطفل، و منها الإنفعال و العقاب و الإحباط و غياب التنظيم وعدم الإهتمام بميول الطفل، بالإضافة إلى توقعات المعلمين و الوالدين الغير ملائمة لقدرات الطفل ما يجعلهم يكلفون الطفل بأعمال أكاديمية أعلى من طاقته أو إجباره على القيام بنشاطات لا يرغب بها (الفخراني، 2011، صفحة119).

أيضا يمكن أن تؤدي العوامل المدرسية التالية الى تطوير المشاكل السلوكية لدى الطفل المتمدرس:

- ❖ عدم مراعاة المناهج والأنشطة الدراسية للفروق الفردية بين الأطفال مما قد يولد استجابات عدوانية أو محبطة إتجاه البيئة الصفية و المدرسية.
- ❖ عدم إتباع نظام ضبط متناسق بين الشدة و اللين من قبل المعلم أو الإدارة المدرسية.
- ❖ عدم القيام بمكافئة و تشجيع السلوك السوي، وفي نفس الوقت عدم القيام بمعالجة الإضطرابات السلوكية عند الأطفال المتمدرسين (عبيد، 2015، ص68).
- ❖ التوقعات السلبية من قبل هيئة التدريس إتجاه الطفل ذو السلوك المضطرب أو غير العادي ما ينعكس سلبا على تعاملهم معه.
- ❖ تدريس مهارات غير مرغوبة عند الطفل ولا يدرك أهميتها، ما يجعله يشعر بالملل فيقوم بسلوكيات غير مرغوبة.
- ❖ تعزيز السلوكات غير المرغوب فيها سواء بقصد أو من غير قصد (الفخراني، 2015، ص114).
- ❖ النموذج أو القدوة السيئة من قبل بعض المعلمين أو الزملاء.
- ❖ لجوء بعض التلاميذ للسلوك الشاذ قصد تغطية صعوبات التعلم (يحيى، 2000، ص54).

6- عامل المجتمع:

يعتبر المستوى الإقتصادي و الإجتماعي من بين العوامل التي تزيد من إحتمال تعرض الأطفال للإضطرابات السلوكية، فقد دلت الأبحاث أن هذه العوامل تقلل من تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل حدوث الإضطراب (المعاينة والقمش، 2009 ، ص28).

و تتمثل هذه العوامل في الفقر والحرمان، الضغوط الإجتماعية، و الهجرة و الإنتماء الأقلية إجتماعية، العائلات المفككة، الشعور بفقدان الأهل، الأحياء العنيفة... الخ ، لكن هذا لا يعني بالضرورة حتمية حدوث الإضطراب لأننا نجد مثلا الكثير من الأطفال الفقراء و ليسوا مضطربين بالمقابل تجد أطفال أسر غنية لكنهم مضطربين.

صعب قياس و تشخيص القدرة العقلية للأفراد المضطربين إنفعاليا، و ذلك بسبب صعوبة في ضبط هؤلاء الأفراد في موقف إختياري، و يتطلب شروط معينة حتى يتم التعرف على قدرات هؤلاء الأفراد العقلية، خاصة ذوى الإضطرابات الإنفعالية الشديدة.

تشير الدراسات التي أجريت حول الموضوع قياس القدرات العقلية للأفراد المضطربين إنفعاليا الذين أمكن قياسهم وتشخيصهم إلا أن قدرات هؤلاء المضطربين إنفعاليا، تقع في حدود متوسطي الأداء العقلي مع مقاييس الذكاء أي متوسط أداء الأطفال المضطربين إنفعاليا هو بحدود (90 - 100) كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، و تشير الدراسات إلى أن هناك نسبة الأطفال و المضطربين انفعاليا و الذين تزيد نسبة ذكاءهم عن متوسط الأطفال العاديين.

تشير الأبحاث التي أجريت حول موضوع تحصيل الطلبة ذوى الإضطرابات السلوكية خاصة الدراسة التي أجراها جلافن و زملائه سنة 1971 على 130 طفل من الأطفال المضطربين إنفعاليا أشارت إلى أن هناك 18 % من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، و أن هناك 72 % منهم يواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات و تشير الأبحاث أيضا أن هناك معظم الأشخاص المضطربين سلوكيا و إنفعاليا يكون تحصيلهم في المدرسة منخفضا مقاسا (فخري، 1988، ص66).

بإختبارات و تحصيل المدرسية الرسمية، و الغير الرسمية فهم في العادة يحصلون على درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، إنَّ الكثيرين من الذين يعانون من الإضطرابات

السلوكية و الإنفعالية الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة و الكتابة و الحساب، و القليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها.

الخصائص الحركية: تعتبر الانحرافات في إستجابات حركية من بين أهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها، و تعتبر غالبا ذات طبيعة نشطة، و تتضمن أشكالا من السلوك العرضي زرع المكان ذهابا و إيابا عدم الراحة، مرجحة اليدين، هيجان المزاج، تمزيق أو رمي الأشياء و قد تأخذ الإستجابات الحركية نوعية متواصلة مثل غسل اليدين. (عبد الحليم محمد، 1990، ص15).

تستنتج الباحثة أنه يمكن وصف الطفل المعاق بأنه مضطرب سلوكيا إذا أظهر واحدة و أكثر من الخصائص التالية:

- ❖ التحصيل الدراسي المنخفض و تعنى عدم القدرة على التعلم.
- ❖ عدم ملائمة سلوك الطفل المضطرب للأطفال و الأقران تحت ظروف إعتيادية.
- ❖ الشعور بالإكتئاب.
- ❖ سوء التكيف الإجتماعي.
- ❖ السلوك العدوانى.
- ❖ السلوك الإنسحابى.
- ❖ وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة و الإرتياح.

6) صفات و خصائص الأطفال المضطربين سلوكيا و إنفعاليا:

(1-6) الخصائص الإنفعالية و الإجتماعية: هي أكثر الصفات شيوعا من الناحية الإجتماعية و الإنفعالية العدوان و الإنسحاب.

- **السلوك العدواني:** يعتبر هذا السلوك من أكثر أنماط السلوك المضطربة، ظهور لديهم مثل الضرب و القتال و الصراخ و رفض الأمر و التخريب المتعمد، و هذا مع العلم أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، فهم يكون و يصرخون، يضربون سلوكيا و المعوقون إنفعاليا، هذه الفئة من الأطفال هم لا شعبية لديهم بين أقرانهم و يتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة و إيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية و الإهتمام، و يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن لديهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ، و بعضهم يطلق عليهم السيكوباتيين يقومون بإيذاء الآخرين عمدا، كما درس باندورا و زملاؤه أن السلوك العدواني متعلم و يحدث نتيجة الإحباط سواء أكان ذلك في الأسرة أو المدرسة (كمال، 1982، ص50).

- **السلوك الإنسحابي:** يعتبر السلوك الإنسحابي مظهر من مظاهر الممييزة لذوي الإضطرابات السلوكية و الوجدانية، و مثل هذه الإضطرابات تحمل مستقبلا سيئا بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل و لا يستطيع المضطربين سلوكيا و وجدانيا بدرجة متوسطة البسيطة و الذين يتعرضون لنوبات سلوكية مثل الإنسحاب في إقامة علاقات إنسانية طبيعية و مستمرة مثل هؤلاء يصعب عليهم مواجهة ضغوط الحياة اليومية و متطلباتها، و هناك عدة تفسيرات للسلوك الإنسحابي، المؤيدون للإتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك صراعات داخلية و دوافع خفية غير مدركة، أما علماء النفس السلوكيين الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الإنسحابي لدى الطفل المضطرب سلوكيا و إنفعاليا.

- العزلة و التقوقع حول الذات.

- الإستغراق في أحلام اليقظة.

- الحمل و الكسل.

- عدم المبادرة الإجتماعية.

- **السلوك الفج:** و يقصد به ذلك السلوك الغير ناضح إنفعاليا، و الذي يصدر عن الأفراد المضطربين إنفعاليا، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في المواقف الإنفعالية نفسها، و من الأمثلة التي توضع ذلك، ما يصدر عن الأفراد المضطربين إنفعاليا من المواقف الإنفعالية لا تتناسب و طبيعة الوقف الإنفعالي مثل المبالغة بالضحك و اللامبالاة في المواقف المخزنة أو العكس، و يعتبر النكوص مثلا جيدا عن أنماط السلوك الغير ناضح و التي تبدو من الأفراد المضطربين إنفعاليا، و يقصد بذلك أن يسلك الفرد المضطرب إنفعاليا بطريقة طفولية ناجحة فيما مضى ازاء المواقف الإنفعالية، مثل البكاء و الإعتماد على الآخرين و التخلي عن المسؤولية (كمال، المرجع السابق، ص50).

6-2) الخصائص العقلية و الأكاديمية:

تتمثل الخصائص العقلية و الأكاديمية للأفراد المضطربين في عدد من المظاهر، و خاصة لذوي الإضطرابات الإنفعالية المتوسطة و البسيطة و السؤال هنا هل تؤثر الإضطرابات السلوكية على قدرات الفرد العقلية و الأكاديمية؟ و هل يزداد أو ينقص أداء الأفراد المضطربين سلوكيا على إختبارات الذكاء و إختبارات تحصيلية أن الإجابة عن تلك الأسئلة مرهونة بالتعرف على خصائصها الأفراد المضطربين سلوكيا وأثرها على أدائهم.

7) المقاربات النظرية المفسرة للإضطرابات السلوكية:

تتنوع المقاربات و النماذج التفسيرية للإضطرابات السلوكية، و لكل منها تفسير و يختلف و يتقارب مع النظريات الأخرى من حيث الأسباب و طريقة العلاج و من هذه النماذج نذكر:

7-1) النظرية التحليلية:

تتفق معظم نظريات التحليل النفسي على دور خبرات الطفولة المبكرة في بناء الشخصية و في الأنماط التكيفية التي تتميز بها الشخصية المستقبلية، و أن أغلب الإضطرابات النفسية و السلوكية التي يعاني منها الفرد في المراحل العمرية اللاحقة ترجع في بعض أسبابها إلى خبرات الطفولة المؤلمة غير السارة التي تكون مكبوتة في اللاشعور، والتي تبقى تعمل بإستمرار و تظهر في شكل الإضطراب السلوكي (الزغلول، 2006، ص65).

كما أن السلوك المضطرب قد يكون عاديا للطفل في مرحلة نمائية، لذلك يفترض هذا الإتجاه أن السلوك المضطرب يختلف من حيث الدرجة و ليس من حيث النوع، أي أن الإضطراب صفة عادية لكن مبالغ فيها، تنشأ من عدم التوازن بين نزعات و إندفاعات الطفل و بين نظام الضبط لديه، فعندما يكون هذا الأخير غير مناسب يصبح سلوك الطفل عدوانيا و مشتتا ولا يمكن التنبؤ به، في حين عندما يكون الضبط صارما جدا فإن الطفل يحاول كف سلوكه بإستمرار و يكون غير قادر على التعبير عن نفسه (الفخراني، 2015، ص104).

7-2) النظرية السلوكية :

يضم هذا الإتجاه العديد من الإتجاهات الفرعية التي تختلف فيما بينها إلا أنها تتفق على أساس واحد وهو العلاقة بين المثير و الإستجابة ما يسمى "م - س" (الحמיד و أبو زيد، 2015، ص49).

و يتلخص محتوى النظرية السلوكية بعبارة "السلوك محكوم بنتائجه"، وتتطلق من مبدأ أن معظم السلوكات يتم تعلمها بإستثناء الإنعكاسات، و عندما تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة والذي يجعل الطفل قادرا على تعلم إستجابات تكيفية مناسبة (يحي، 2000، ص 40-41).

وتعتبر الإضطرابات السلوكية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة أو غير متوافقة متعلمة و مكتسبة نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليها، و التي يمكن علاجها عن طريق تعديلها و تغييرها الواحدة تلو الأخرى (الحميد و أبو زيد، 2015، ص49).

7-3 النظرية المعرفية:

تفترض أن السلوك الشاذ ناجم عن عمليات فكرية غير تكيفية أو سيئة التكيف و تركز على أنظمة المعتقدات و طرق التفكير باعتبارها أسبابا للسلوك الشاذ. (صالح، 2015، ص150).

فالمشكلات النفسية قد تنتج عن عمليات عادية مثل التعلم الخاطئ و الإستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة و عدم التمييز بين الخيال و الواقع، كما أن التفكير قد يكون و أهما لأنه مستمد من مقدمات منطقية خاطئة، و السلوك قد يكون كذلك إنهمازانيا لأنه مبني على إتجاهات غير عقلانية. (نعيمه، 2019، ص166).

7-4 النظرية البيئية:

ترى هذه النظرية أن الإضطراب السلوكي لدى الطفل هو نتيجة التفاعل الذي يحدث بينه و بين بيئته المحيطة به فكل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام إجتماعي صغيره، بالتالي فحدوث الإضطراب يعتمد على نوع البيئة التي ينتمي إليها الفرد فالبيئة السليمة لا تؤدي لحدوث إضطراب و العكس صحيح، و يشأ الاضطراب أيضا من عدم التكافؤ بينا قدرات الفرد و توقعات البيئة و متطلباتها (يحي، 2000، ص42).

و تنطلق النظرية البيئية في تفسيرها للإضطرابات السلوكية من ثلاث إفتراضات هي:

- 1) لا تمثل الإضطرابات السلوكية حالات مرضية بحد ذاتها وإنما هي مجرد مظاهر الحالات عدم التوازن بين الفرد و البيئة التي يعيش فيها.

(2) الفرد ليس مستقلا أو منفصلا عن البيئة التي يعيش فيها و يتفاعل مع عناصرها، و هو يمثل عنصرا في أنظمة إجتماعية متباينة من حيث ديناميتها تبدأ بالأسرة مروراً بالأقران و الأصدقاء و زملاء العمل و إنتهاء بالمجتمع الكبير.

7-5) النظرية البيو فيزيولوجية:

ترى هذه النظرية أن الأطفال يولدون بإستعداد بيولوجي للإضطراب و أن الإضطرابات السلوكية ترجع لأسباب بيولوجية - فيزيولوجية و التي تكون أكثر وضوحا في الإضطرابات الشديدة، و رغم أنه لا يمكن الجزم فيها إذا كانت هذه الأسباب هي السبب في ظهور إضطراب السلوك أو أنها مصاحبة له بطريقة غير معروفة (يحيى، 2000، ص43) إلا أن هذه النظرية ترى:

(1) أن مثل هذه العوامل تعمل على توليد أو تفاقم الإضطراب السلوكي، فعلى سبيل المثال، تشير الدلائل العلمية إلى إرتباط حالات التوحد لدى الأطفال باختلال وعدم توازن كيميائي في أجسادهم، في حين وجدان النشاط الزائد و تشتت الإنتباه يرجع في أحد أسبابه إلى خلل أو تلف بسيط في الخلايا العصبية.

(2) عدم ظهور الإضطرابات الإنفعالية و الوجدانية لدى بعض الأفراد، لا يعني بالضرورة عدم وجود الاستعداد البيولوجي لديهم، و الذي قد يدفع بالبعض إلى تطوير الإضطراب السلوكي في الوقت الذي يبقى كامنا لدى البعض الآخر من الناس (الزغلول، 2006، ص66).

(3) كلما قامت الأعضاء بوظائفها بشكل إعتيادي وبدون خلل، كان سلوك الفرد طبيعيا و مائلا إلى السواء، و العكس صحيح، إذا حدث أي إضطراب في وظائف الأعضاء المختلفة أدى ذلك إلى ظهور أعراض لإضطرابات سلوكية متعددة (عبيد، 2015، ص137).

8) قياس الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية:

تعاد إجراءات التعرف و الفحص و التشخيص لإضطرابات السلوك عملية معقدة تحتاج إلى جهد كبير وذلك بسبب:

أ) عدم الإتفاق التام على تعريفات إضطرابات السلوك أو حق بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف.

ب) المهنيين الذين لهم علاقة بالفحص و التشخيص يختلفون فيما بينهم و ذلك إعتماذا على الإتجاهات النظرية المختلفة التي يعتمدونها.

و مع كل هذه الصعوبات فإن التربويين و المهنيين يستخدمون إجراءات عامة و هذه الإجراءات تحاول الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- س: كيف نتعرف على الطفل المضطرب إنفعاليا أو وجدانيا؟.
- س: هل هذه المشكلة شديدة بدرجة كافية بحيث تتطلب تدخلا؟.
- س: ما هي طبيعة التدخل الذي يجب أن يكون؟.

هذا يتواجد التلاميذ المضطربون سلوكيا و وجدانيا في كل برامج تربوي، و يبدو تأثيرهم على كل من يتصل بهم، و الطفل المضطرب سلوكيا و وجدانيا سواء كانت المشكلة التي يعاني منها تتمثل بالعدوانية الزائدة أم الانسحاب لابد أن يؤثر بكل ما يحيط به.

لذا لا بد من تصميم برامج تدخل، و تنفيذها تتطلب برامج كشف و تعرف و تشخص و تقييم، و هناك علاقة منطقية بين الكشف والتدخل.

8-1 مراحل قياس الاضطرابات الانفعالية :

أولاً: التدخل المناسب: هو عبارة عن مراحل منفصلة في عملية تسمية الأطفال المضطربين سلوكيا و وجدانيا و تقديمهم.

ثانياً: الكشف: Screening هي عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة يقوم بها الوالدين و المعلمون و الفريق المتخصص. و يتم إستخدام أكبر عدد ممكن من الإختبارات للأطفال الذي يعتقد بأنهم يعانون من إضطراب.

ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع و صادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأطفال بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية.

و أصبح التركيز على عملية الكشف و إجراءاته خلال العقدين السابقين تركيز يتسم بالفعالية و قد جاء هذا الإهتمام من خلال الإعتقاد الذي ترسخ من الأبحاث في أن الكشف و التدخل المبكر يساعد في قلة إنتشار إضطرابات السلوك والكشف المبكر إرتباطا وثيقا بالوقاية من الإضطرابات و يمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن إضطرابات السلوك أهمها:

1) تقديرات المعلمين:

و فيها يطلب من المعلم الذي يكون على علاقة بالتلاميذ و يعرفه لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر أن يقدر الإضطرابات عند التلاميذ و درجته، لأن هناك إفتراض أكثر صدقاً في تقديرهم و أكثر موضوعية من الآخرين و حتى تكون تقديرات المعلمين فعالة يجب أن تكون السلوكيات التي تعبر عن الإضطرابات محددة ومعرفة إجرائياً و مفهومة و واضحة بالنسبة للمعلم.

و يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين إنفعاليا و سلوكيا في سن المدرسة و ذلك للأسباب الآتية:

- المعلمون مدربون على التعرف و التعامل مع أنماط تطور الشخصية عند الأطفال.
- أن وظيفة المعلم المتمثلة في التدريس داخل غرفة الصف تزوده بعدد من السلوكيات المتنوعة التي تصدر عن الأطفال، فيصبح أكثر خبرة و معرفة بها.
- يتفاعل المعلمون مع الأطفال عدة ساعات كل يوم.
- تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الفروق المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكيات الأطفال (عماد عبد الرحيم، 2012، ص 68).

إلا أن الدراسات أشارت أيضاً إلى أنهم قد يكونوا متحيزين، و هذا يتضح من مقارنة تحويلات المعلمين فمثلا يميل المعلمون إلى عدم تحويل حالات الإنسحاب الإجتماعي و الخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً لهم، بينما يميلون إلى تحويل حالات السلوك الموجهة نحو الخارج كالإزعاج والفوضى و الحركة الزائدة، لأن ذلك يسبب إزعاجاً للمعلم و تأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية و الضبط داخل الصف. لذا يجب على المعلم أن يراعي ما يلي قبل القيام بتحويل الطفل:

- أ) تحديد أنواع السلوك التي تعتبر مضطربة وتستدعي الحاجة الى التحويل.
- ب) تسجيل المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال عملية الملاحظة المباشرة و السجلات المدرسية وأراء الآباء والأقران والمصادر الأخرى (خليل عبد الرحمان، نوري مصطفى، 2007، ص120).

2) تقديرات الوالدين :

و يمكن أن تجمع المعلومات من الوالدين أما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم الشطب و الإستبانات، ومع أن الوالدين يعدان مصدرا مهما لجمع المعلومات عن الأطفال

المضطربين إلا أنهم يحتاجون إلى الدقة في المعلومات، و تشير الدراسات إلى أنه توجد فروق فيما يتعلق بقوائم الشطب لأطفال و ملاحظات والديهم، و من المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات كمحك لتصديق تقديرات الوالدين، فقد ينسى الملاحظون أنهم يتابعون السلوك الصادر من الطفل لفترة محددة. وعلى الرغم من التساؤل حول دقة الوالدين، إلا أنهم لهم دور مهم في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين إنفعاليا (بن سعد، 2006، ص23).

(3) تقديرات الأقران:

و قد أشارت نتائج بعض الدراسات الى أن أطفال في المدرسة من كل الأعمار قادرين على التعرف الى المشكلات السلوكية، و لكن قد يكون من الصعب على الأطفال في الأعمار الصغيرة معرفة السلوك الطبيعي أو المقبول و تحديده.

(4) تقديرات الذات:

تعتبر تقدير الذات مصدرا آخر للحكم على التكيف الاجتماعي، و إن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين إنفعاليا أفضل عندما يكون السلوك المضطرب موجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، و لكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الإضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر و الاتجاهات. و الأمور الداخلية و هذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم و الإندفاعيين.

(5) التقديرات المتعددة:

إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكيا و وجدانيا، جعلت عددا من الباحثين يوصون بأن هناك حاجة ملحة للتنوع بطرق جمع المعلومات عن طبيعة تطور نمو الطفل و تكيفه.

و أخيرا قد يسهم إستعراض بعض الدلالات التي تشير إلى وجود إضطرابات سلوكية و وجدانية لدى الأطفال في تفعيل دور المعلمين في الكشف عنهم ومن هذه الدلالات: عدم الثقة بالنفس، عدم القدرة على بناء العلاقات الإجتماعية، تدني مستوى التحصيل الأكاديمي، تباين السلوك من وقت لآخر، الانسحاب الإجتماعي، العدوانية المفرطة، نوبات الغضب، النشاط الجسمي المفرط، عدم القدرة على التركيز و الإنتباه، عدم إدراج نتائج الإنفعال، إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر (عماد عبد الرحمن، مرجع سابق، 2012، ص 69).

ثالثا: التعرف: تهدف هذه المرحلة إلى التأكد من وجود مظاهر الإضطرابات الإنفعالية لدى الأطفال المشكوك بهم.

رابعا: التشخيص: هو إجراء تقويمي معمق و تفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بوجود مشاكل لديهم أثناء عملية الكشف، و الهدف من ذلك تحديد في ما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أم لا، وفي حالة وجودها يتم تحديد طبيعتها و مداها و أسبابها إذا كان مشيرًا و إقتراح إجراءات التدخل المناسبة (حسن، 2005، ص 24).

و لإجراء التشخيص شروط أهمها:

- (أ) يجب أن تكون العملية فردية شاملة.
- (ب) أن يتم تناول جميع الجوانب المتعلقة بالمشكلة الإنفعالية أو السلوكية.
- (ج) أن يقوم فريق متعدد التخصصات يتضمن على الأقل أخصائيا لديه معرفة بالإضطرابات السلوكية.
- (د) يجب مشاركة الوالدين في هذه العملية بوصفهما مصدرا مهما للمعلومات.

و هناك عدة أنواع من التشخيص هي:

أولاً: التشخيص البيولوجي :

يحاول الباحثون و المعالجون منذ سنين طويلة الوصول إلى دلائل حول وظائف الدماغ و الأجزاء الأخرى من الجهاز العصبي بغرض فهم الأداء النفسي الوظيفي الطبيعي و الشاذ، حيث يفترض المهتمين بعلم النفس المرضي نواحي العجز أو القصور النفسي قد تكون بمثابة إنعكاس للقصور الجسمي، و قد أدى هذا الإقراض بأن المشاكل السلوكية قد تكون ناتجة عن خلل في الدماغ، و تتوفر في العديد من الأدوات و الأساليب الحديثة التي تمكن الباحثين و المعالجين من ملاحظة بناء و وظائف الدماغ مثل:

1) تصوير الدماغ:

إذ يتم تصوير الدماغ بالفرق الآتية:

أ) الرسم السطحي المحوري بإستخدام الكمبيوتر و يساعد هذا الفحص في تحديد الخلل في بناء الدماغ.

ب) أجهزة كمبيوتر حديثة تمكن من مشاهدة الدماغ الحي أثناء تأديته لوظائفه.

ت) كما ظهر جهاز مطور أكثر حداثة يقوم عمل هذا الجهاز على قياس التغيرات الأيضية بحيث تمكن من إنتاج صور للدماغ أثناء عمله بالإضافة إلى بنائه .

ث) فحص PET (ويقيس كل من بناء الدماغ ووظيفته) هو التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (على أحمد وصلي، 1971، ص97).

2) التشخيص العصبي الكيميائي:

و يتم التشخيص العصبي الكيميائي عن طريق تحليل المواد الأيضية للموصلات العصبية و التي تكون قد تكسرت بالأنزيمات، و يمكن الكشف عن هذه المواد في البول و

الدم و وسائل النخاع الشوكي . فمثلا : لدى المصابين بالاكتئاب نسب منخفضة من السيروتونين و هي مادة ناشئة عن الأيض وتلعب دورا مهما في حدوث الاكتئاب (كمال، 2002، ص31).

(3) التشخيص النفسي الفيسيولوجي:

يهتم هذا الجانب بالتغيرات الجسمية التي تصاحب المواقف النفسية، مثل التغير في معدل نبضات القلب، التوتر العضلي، تدفق الدم في أجزاء متعددة من الجسم، و تستخدم هذه كمقاييس لدراسة التغيرات الجسمية عند ما يكون الفرد خائفا أو مكتئبا أو متخيلا هذا النوع من التشخيص غير فعال لإستخدامه في التشخيص إلا أنه قد يزود بمعلومات مهمة، و أهم المقاييس المستخدمة في هذا التشخيص هي: مقياس نبض القلب، جهاز تخطيط الدماغ (أحمد رشيد عبد الرحيم، 2011، ص30).

(4) التشخيص النفسي العصبي:

من الضروري هنا التميز بين عمل طبيب الأعصاب و عمل الأخصائي النفسي العصبي، و هو أن أخصائي الأعصاب هو الطبيب المختص بالأمراض التي تؤثر على النظام العصبي أما الأخصائي النفسي العصبي و هو شخص مدرب كأخصائي نفسي يهتم بالأفكار و المشاعر و السلوك بالإضافة إلى التركيز على كيفية تأثير اختلال الدماغ على السلوك. و على الرغم من وجود الوسائل و الأجهزة المتطورة تشخيص الاختلالات الدماغية إلا أن كثيرا من هذه الاختلالات على درجة عالية من الدقة بحيث لا يمكن ملاحظتها مهما بلغت درجة الدقة في الوسيلة أو الجهاز. لهذا قام أخصائيون النفس العصبي بتطوير إختبارات لتشخيص الإضطرابات السلوكية الناتجة عن خلل دماغي تدعى بالإختبارات النفسية العصبية مثل:

(أ) بطارية هولستد - رولن: وهي أحد الإختبارات النفسية العصبية، و يتعلق كل إختبار

من هذه السلسلة بوظيفة معينة و تتضمن البطارية أربع إختبارات

- إختبار الأداء اللمسي
- إختبار الأداء اللمسي
- لجداري الأيمن
- إختبار التصنيف: يقيس هذا الإختبار في الدماغ.
- إختبار فهم أصوات الكلام (يقيس الإختبار وظيفة الفص الأيسر و خصوصا المنطقة الصدغية و الجدارية) (الزغبى، 2011، ص42).

ب) بطارية إختبارات "لوريا نبراسكا": تعتمد الإختبارات الشائعة الإستخدام على عمل العالم النفسي الروسي لوريا و تتكون من هذه الإختبارات من 169 فترة موزعة على أحد عشر قسما بهدف التعرف على المهارات الحركية الأساسية المركبة مثل قدرات الإيقاع، المهارات اللمسية، والإحساس بالحركة، والمهارات اللوطية واللغة الاستقبالية و التعبيرية و مهارات القراءة و الكتابة و الحساب و عمليات الذاكرة و القدرة العقلية.

و تهدف البطارية إلى الكشف عن الخلل في الفص الأمامي و الصدفي و منطقة الحسي الحركية و المنطقة الجدارية في مؤخرة الدماغ (القذالية) و من الممكن تطبيق البطارية في ساعتين ونصف (النويران وحمدي، 2014، ص266).

وتعتبر دراسة "مارتن هينلي و نيكولاس لونغ" (Martin Henly and Nicholas Lang) (1999) أهم الدراسات التي ربطت العلاقة بين الذكاء الوجداني و السلوك العدواني، و قد أكدت أن التلاميذ المندفعين و العدوانيين ذكائهم الوجداني منخفض و تتقصهم مهارة ضبط الذات و التعاطف، و تدعوا هذه الدراسة إلى أهمية احتواء المنهج الدراسي على مهارة ضبط النفس و التعاطف و هما من قواعد الذكاء الوجداني، و أن الطلاب الذين يتمتعون بدرجة قليلة من الذكاء الوجداني هم في حاجة ماسة الى ضبط النفس و البحث عن بدائل قبل القيام بأي رد فعل، في حين أن الطلاب ذوي الذكاء الوجداني المرتفع يستخدمون مهارة ضبط الذات، و تقل عندهم العدوانية (Henly, Martin and Lang, Nicholas, J,1999 pp 224, 229).

كما كشفت دراسة (أبو سليمة، 2010) بعنوان إدارة الغضب و علاقتها بالضبط الذاتي لدى طلاب الجامعة، عن وجود علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الغضب وكل من (المراقبة الذاتية، و التقسيم الذاتي، التعزيز الذاتي، مهارات ضبط الذات) لدى طلاب الجامعة (القصاص، 2014، ص113، 114).

في حين توصلت دراسة برينتيك (Perntic. S (1982 إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الاطفال ذوي الوعي بالذات المرتفع و المنخفض في مستوى العدوانية و كشفت الدراسة إلى أن ذوي الوعي بالذات المنخفض يعانون العدوانية المفرطة خاصة اتجاه جماعة الأقران، كما توصلت دراسة (الضيدان، 2003) إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مستويات تقدير الذات (تقدير الذات العائلي، تقدير الذات المدرسي، تقدير الذات الرفاعي) و السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة (الخولي، 2010، 117).

إن الوقاية من إضطرابات السلوكية و الإنفعالية أمر ممكن و أن هناك العديد من الوسائل للنهوض بهذا الأمر و لكن يحتاج الى مزيد من العناية و الإهتمام من المتخصصين المعنيين في فروع العالم المختلفة لعلم النفس و الطب النفسي و طب و علم الإجتماع و غيرهما.

(9) أساليب الوقاية من الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية:

وبما أن الإضطرابات السلوكية و الوجدانية يمكن أن تضفي بآثارها السلبية على علاقة الطفل مع ذاته ومع البيئة من حوله فلا بد من العمل بشكل جاد على الرقابة منها قدرهم وقاية خير من قنطار علاج، و بقدر ما تكون أساليب الوقاية يسيرة حيث تتركز في تقادي التعرض الأسباب ظهور تلك الإضطرابات، وفي هذا الجانب فيجدر الإشارة إلى جملة من الإجراءات الوقائية التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند التفكير في إستراتيجية شاملة للوقاية من الإضطرابات السلوكية و الوجدانية ومنه :

9-1) **النوعية:** لا خلاف على أهمية جهود التوعية في الوقاية من الإضطرابات السلوكية كما هو الحال في شأن التوعية بموضوعات أخرى كالأمراض الجسمية والتلوث، والآداب العامة، ومظاهر السلوك الحضاري رغم صعوبة التوعية بالإضطرابات السلوكية وما يتعلق بها.

9-2) **التنشئة الإجتماعية:** تشكل الأسرة نواة عملية التنشئة الإجتماعية فهي التي ينبغي أن تقدم للتنشئة القدوة الصالحة، سلوكاً مجسداً كما تنقل إليهم منذ الصغر تعاليم دينهم و معايير السلوك الإجتماعي المقبول وغير المقبول، و تغرس في نفوسهم القيم الأصلية و الصفات الحسنة و تحميهم من مواطن الزلل من خلال المراقبة و التوجيه المستمر، و مما لا شك فيه أن تغيير تركيب الأسرة و ضعف القيم الروحية و الإتجاه نحو المادية المطلقة من العوامل التي تجعل الطفل أو المراهق يشعر بعدم الاطمئنان و الإغتراب مما يولد لديه القلق و السلوك العدواني الذي يؤدي إلى الجنوح و الانحراف و الخروج عن المجتمع و تكوين جماعات فرعية مضطربة.

9-3) **تقوية الوازع الديني:** تهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذي يتوافق مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النبي و الإجتماعي للفرد و صحته و إلتزامه بالضوابط الدينية و الإجتماعية التي تقلل من الانحرافات السلوكية في المجتمع، و قد بينت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن إنتهاء الشباب إلى الجماعات الدينية يساعد كثيراً على إزالة التوتر و القلق و الإحباط لديهم. و من البديهي أن الحديث عن تقوية الوازع الديني رغم عموميته كمطلب أساسي فإنه الكثر وجوباً للحماية من بعض الإضطرابات السلوكية ذات الطابع الإجتماعي كالكذب و السرقة و العدوان و القلق و غيرها، كما يحميه من مثل هذه الإضطرابات فمثلاً فيما إكتسبه من تعاليم دينية صحيحة.

9-4) استخدام نظام التربية والتعليم: يمكن توظيف نظام التربية و التعليم في الوقاية من الإضطرابات السلوكية فيما يتعلق بالمناهج و المقررات الدراسية، أو فيما يسمى بالأنشطة اللاصقة أو غير ذلك مما لا يدخل بالضرورة كجزء من المقررات الدراسية. و يمكن الاستفادة من هذه النشاطات في تكوين ما يسمى بالجماعات المدرسية المختلفة التي تعمل على إستيعاب طاقة التلاميذ في أنشطة مفيدة، و إمتصاص السلوك العدواني و خفض تشتت الإنتباه و الحركة الزائدة و تعليم الأمانة و الصدق و الإلتزام، و الإنتماء، و التفاعل الإيجابي.

9-5) البرامج الإرشادية كوسيلة دفاعية: رغم أن الاجراءات الدفاعية السابقة تتصف بالعمومية و يمكن توظيفها لصالح الوقاية من عدد كبير من الإضطرابات السلوكية، فإن البرامج الإرشادية و مجموعة أخرى من الإجراءات تعد أكثر ملائمة للإضطرابات السلوكية و الإنفعالية ذات الطابع الإجتماعي. (خليل عبد الرحمان، نوري مصطفى، 2007، ص 120).

10) أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا و إنفعاليا:

بالرغم من حداثة الإهتمام بالاضطرابات السلوكية و الوجدانية حيث سلطت الأضواء عليها في السنوات الأخيرة إلا أنه قد تعددت الأساليب المستخدمة في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية، و ذلك وفقا للإتجاهات النظرية المتعددة في تفسير و فهم أسباب السلوك المشكل، و تعدد المعايير التي تحدد السلوك السوي و اللاسوي و إختلافها، بالرغم من تعدد هذه الأساليب إلا أنه لا يمكن الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الآخرين و لكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل الأساليب التي يمكن اتباعها هي:

10-1) الأسلوب السلوكي:

ويعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه و اللاسوي يمكن تعديله و محوه و إعادة تشكيله. و من الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التعزيز الإيجابي و السلبي، تشكيل السلوك، خفض الحاسبة التدريجي، النمذجة، الإطفاء، التصحيح الزائد.

- تغيير المواقع و ذلك من خلال إزالة المثيرات المشتتة مع تزويد مثيرات مناسبة للطفل، أي إحلال سلوك غير مرغوب بآخر مرغوب.
- التعزيز السالب للسلوك غير المرغوب فيه عن طريق وقف التعزيز أو العقاب مع التعزيز الإيجابي أو لإثابة للسلوك المرغوب فيه.
- تزويد الطفل بنماذج السلوك المناسب.
- تشكيل سلوك سوي جديد ليحل محل السلوك غير السوي.
- الضبط الذاتي و يتم من خلال تدريب الأطفال على التحكم الذاتي (خليل، عبد الرحمان، نوري مصطفى، 2007، ص120).

10-2) الأسلوب السيكو دينامي (القوى النفسية):

و يستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها "فرويد"، التحليليون الجدد من بعده ومن الأساليب التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التبصير، التداعي الحر، تحليل و تفسير الأحلام، الطرح و الطرح المضاد (المقاومة و التحويل).

و تعتمد إجراءات التدخل الدينامي على الإفتراضات التي يقوم عليها الإتجاه الدينامي من أن علاج الطفل المضطرب في السلوك يتمثل في محاولة إيجاد المشكلة الأساسية أي جذور المشكلة الإنفعالية والسلوكية التي يعاني منها في الوقت الحالي لمساعدة الطفل على العودة إلى خبراته الأولى لتحديد مصدر الصراع و الطريقة الي يؤثر فيها الصراع الداخلي

اللاشعور على السلوك و الإنفعالات الحالية كما أن دور المعلم هو مساعدة الطفل على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكونات جهازه النفسي و التي تنعكس على سلوكه وتؤدي إلى اضطرابات، و كل ذلك يتطلب الاهتمام بالأسباب الحقيقية للمشكلة و ليس الإهتمام فقط بالسلوك الظاهر أي البحث فيما وراء المشكلة.

و من إجراءات الإتجاه الدينامي:

- تطوير علاقات إيجابية بين الطفل و المحيطين به من الكبار و الصغار و كذلك الأقران.
- التعبير عن الإنفعالات من خلال الفن و الموسيقى و اللعب و التعبير الكتابي.
- التمثيل بشخص مناسب في البيئة و يعني تعليم السلوك الإيجابي من خلال السيكودراما و لعب الأدوار.
- تغير و تعديل المناهج و أساليب التدريس للتوافق مع ما يعرف بالتربية الوجدانية و التركيز على الجانب الإنفعالي الوجداني و ليس على الجانب المعرفي فقط.

3-10 الأسلوب البيئي:

يستند هذا الأسلوب على الإتجاه البيئي، فالبيئة التي تحيط بالإنسان تلعب دورا أساسيا في تشكيل سلوكه النفسي و الإجتماعي، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يحيا بها، لذلك كلما عاش الإنسان في بيئة سليمة و تفاعل معها و كان التفاعل إيجابيا كلما نتج عن ذلك سلوكيات إيجابية و العكس صحيح لذلك يرى المختصون أن العلاج البيئي يقوم بدراسة جميع المؤثرات البيئية التي قد تكون مسؤولة عن حدوث الإضطراب لدى الطفل ثم القيام بالتحكم فيها. و ذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات أو إضافة مؤثرات بيئية منافسة و منفصلة و مشهود لها في تحسين سلوكيات و إنفعالات الطفل المضطربة.

كما أنها تهدف الى تعديل السلوك المناسب للموقف و لكن الإجراءات المستخدمة تختلف اعتمادا على هدف التكنيك، هل تعمل على تغيير السلوك الطفل أم تتغير البيئة المحيطة بالطفل، أم تغيير إدراكات الطفل؟ و كذلك يمكن أن تختلف إجراءات التدخل بين خلفية الأخصائي المهني، فمثلا يمكن إستخدام التكتيكات الدينامية للحصول على أهداف بيئية، و بالمثل يمكن استخدام الإتجاهات الأخرى للحصول على نفس الهدف من خلال ما يلي:

(خليل، عبد الرحمان، ونوري مصطفى، المرجع السابق، ص122).

- **إجراءات التدخل في للمؤسسات الداخلية:** يقوم هذا النوع من التدخل لمعالجة الإضطرابات السلوك باعتماد أسلوب الدينامي الإنمائي، و يتضمن ضبط لبيئة الطفل كليا بما تتضمن من نشاطات و علاقات، إذ يقضي الطفل فترة سنه خارجا و بعد أن يطور الطفل داخليا فإن البرنامج يصبح أكثر مرونة و يسمح بالتغيرات الفردية.

- **التدخل في المواقف الإجتماعية والطبيعية:** و يصمم وينفذ هذا النوع من التدخل من أجل إيجاد تفاعل بديل لأحداث المنحرفة الذين تتراوح أعمارهم (15 - 18 سنة) وفي هذه البرامج يلتحق الأطفال في المؤسسة التي لا تتضمن المبيت الليلي.

(خليل، عبد الرحمان، ونوري مصطفى، المرجع السابق، ص 122).

10-4) العلاج المعرفي:

و هنا يقوم المعالج بالتعرف على الأفكار التي تسببت في ظهور الإضطراب و مدى وعي الطفل بها و العمل على تقويم تلك الأفكار و مساعدته في التخلص من مشاعر الإحباط و النقص أو الصراع الناجمة عنها، و يستند إلى نظريته عن ذاته و عالمه الخاص في تحديد سلوكه.

10-5) العلاج الديني:

و ما أروع ان تستند جميع أساليب العلاج إلى مبدأ ترسيخ تعاليم الشريعة الإسلامية، فيكون الصبر على البلاء دافعا للتغلب على كل ما يمكن أن يعتري النفس من ألم، و شعور بالنقص أو الحرمان و الهم سواء بسبب الإعاقة أو كرد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم، و توثيق نظام الحقوق و الواجبات لكل فرد في المجتمع.

فقد جاء الإسلام لتقويم سلوك الأطفال و تربيتهم بما يحصن نفوسهم من كل ما يمكن أن يشويها نتيجة ضغوط الحياة و إبتلاءات الخالق للمخلوق، فتراه يرضي بالقضاء و القدر ويشكر الله عز وجل لشأنه على كل حال و تكون مشاعره الناجمة عن الإعاقة موسومة بالرضى و الصبر والرغبة في الأجر و الثواب من الله تعالى، فيضحى متوافقا مع نفسه و أسرته و متناعما مع مجتمعه، مراقبا لسلوكه.

خلاصة:

يتضح مما تقدم أهمية المشكلات السلوكية و الإنفعالية على الصعيدين الشخصي و الإجتماعي للطفل لذلك أوصى العديد من الباحثين و العاملين في ميدان الصحة النفسية بأهمية التعرف على المشكلات و الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية، و تشخيص تلك المشكلات، و تصميم برامج تربوية و علاجية مناسبة لكل حالة و من أجل التكفل الجيد بهذه المشكلات لابد من توفير إجراءات تنمية تتصف بالفعالية و الكفاءة من أجل الوقاية من الوقوع فيها من أجل تحقيق الصحة النفسية.

الفصل الرابع: ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي)

تمهيد.

1) تعاريف.

- 1-1) تعريف بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 2-1) تعريف الإعاقة العقلية (التعريف الاصطلاحي، التعريف الاجرائي).
- 3-1) تعريف التأخر العقلي.
- 2) نظرة تاريخية على التعرف العقلي.
- 3) إنتشار اضطراب التخلف العقلي.
- 4) مشاكل التأخر العقلي عند الأطفال.
- 5) أسباب التأخر العقلي عند الأطفال.
- 6) أعراض التأخر العقلي عند الأطفال.
- 7) أنواع التأخر العقلي.
- 8) تشخيص التأخر العقلي.
- 9) الخدمات الإرشادية للأسرة المتخلفين عقليا.
- 10) علاج التأخر العقلي (العلاج الطبي، العلاج النفسي، العلاج الاجتماعي).

خلاصة.

تمهيد:

إن مشكلة الإعاقة العقلية من المشكلات القديمة و التي يهتم بها علماء النفس و التربية و الاجتماع و الصحة النفسية كونها ظاهرة معقدة الجوانب و تحتاج لجهد كبير من قبل القائمين على تنشئة و تأهيل المعاق عقليا يجعل الضعف العقلي الإنسان المتخلف عقليا عرضة لمشكلات اجتماعية و انفعالية مختلفة و قد تبين أن العجز في السلوك التكيفي يعتبر من الخصائص المهمة للتخلف العقلي و يعود أيضا إلى إتجاهات الآخرين نحو المتخلفين عقليا و طرق معاملتهم بهم و توقعاتهم منهم، مما يؤدي إلى تدني مفهوم الذات لديهم و يرتبط بخبرات الفشل و الإخفاق وكذلك الأشخاص المتخلفين عقليا يظهرون أنماط سلوكية إجتماعية غير مناسبة مما يتطلب رعاية و تربية خاصة لما تتناسب هذه الفئة من أجل التكفل الجيد بهم.

(1) تعاريف:

1-1) التعريف بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة:

هي الفئة التي أفرادها في حاجة إلى تربية خاصّة و التي تشمل البرامج و الخدمات المقدمة لهؤلاء الذين ينحرفون عن أقرانهم من الناحية الجسمية أو العقلية أو الإنفعالية بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات أو أساليب أو مواد تعليمية خاصّة تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن.

يعرف الفرد ذو الإحتياجات الخاصة بأنه الذي يعاني من قصور في جانب أو أكثر من جوانب النمو و كذلك بدرجة يحتاج عندها إلى التعديل في الخبرات أو الممارسات التربوية لتنمية قدراته الخاصّة و إستعداداته (بوحنفي حفيظة، 2022، ص 4).

بمعنى أن مصطلح ذوي الإحتياجات الخاصة يعبر عن فئة من المجتمع الذين يختلفون إختلافا ملحوظا عن الأفراد العاديين، و تظهر هذه الإختلافات في الجسد أو الفكر أو في الحس، سواء أكانت هذه الإختلافات دائمة مثل تلك الناتجة عن أمراض عقلية أو وراثية أو جسدية، أو التي تحدث بشكل متكرر، مثل الصرع، الأمر الذي يحد من قدرتهم على ممارسة النشاطات الأساسية و الشخصية و الإجتماعية، الأمر الذي يعيق اشباع حاجاتهم، و إكمال تعلمهم بالطرق الطبيعية، و من هنا فإحتياجاتهم تختلف عن إحتياجات باقي أفراد المجتمع.

1-2) تعريف الإعاقة العقلية:

تعتبر ظاهرة الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة على مر العصور، و لا يكاد مجتمع ما يخلو منها، كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعا يجمع بين إهتمامات العديد من ميادين العلم و المعرفة كعلوم النفس و التربية و الطب و الإجتماع و القانون، و يعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع.

و ظهرت في اللغة العربية العديد من المصطلحات التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية Mental impairment or mentally handicapped و منها مصطلح النقص العقلي Mental deficiency و مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation، و مصطلح الضعف العقلي mental Subnormal، كما ظهرت في اللغة العربية أيضا بعض المصطلحات القديمة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية، و التي قل إستخدامها في الوقت الحاضر، و منها مصطلح الطفل الغني أو الطفل البليد Idiot or dull child، و مهما يكن من أمر هذه الاصطلاحات التي تعبر و بطريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية فيميل الإتجاه الحديث في التربية الخاصة إلى استخدام مصطلح الإعاقة العقلية و تبدو مبررات استخدام ذلك المصطلح مرتبطة بإتجاهات الأفراد نحو الإعاقة العقلية و تغييرها نحو الإيجابية، إذ يعبر مصطلح

الإعاقة العقلية من إتجاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة، في حين تعبر للمصطلحات القديمة أو غيرها عن إتجاه سلبي نحو هذه الفئة (الروسان، 2010، ص14).

1-3) تعريف الإعاقة العقلية:

تعتبر عملية التخلف العقلي من العمليات الصعبة و المعقدة، و من ثم فإن التعريف على حالات التخلف العقلي و الأساليب المختلفة لمواجهة هذه الحالات و علاجها لا تزال أمور بالغة التعقيد، ولكن قد يكون من المناسبة في هذا المجال إستعراض بعض تعريفات الخاصة بالتخلف العقلي أو الإعاقة العقلية.

❖ التعريف الاصطلاحي:

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية بأنه نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازماً مع جوانب قصور في إثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل العناية الشخصية، الحياة اليومية المنزلية، المهارات الإجتماعية لاستفادة من مصادر المجتمع، التوجيه الذاتي، الصحة و السلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، قضاء وقت الفراغ، "مهارات العمل والحياة الاستقلالية، و يظهر ذلك قبل سن الثامنة عشر (عبيد، 2007، ص33).

❖ التعريف الإجرائي للمعاقين عقليا:

يعرف الباحث المعاقين عقليا إجرائياً بأنهم جميع الأطفال الملتحقين بالبرنامج التعليمي بمراكز ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية النهارية في قطاع غزة و التي تنص شروط القبول فيها على أن يكون الطفل المعاق عقليا قابلاً للتعلم ليلتحق بالبرنامج التعليمي.

❖ التعريف الطبي: Medical Definition

يعبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية، وقد عرفت الإعاقة العقلية حسب التعريف الطبي بأنها حالة من الضعف في الوظيفة العقلية ناتجة عن سوء التغذية أو مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الحرامن العصبي (عبيد، 2007، ص 26).

❖ التعريف السيكومتري : Psychametric Definition

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية نتيجة للإنقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، حيث يمكن للطبيب وصف الحالة و مظاهرها و أسبابها، دون أن يعطي وصفا دقيقاً بشكل كمي للقدرة العقلية، و نتيجة للتطور الذي حصل في حركة القياس النفسي على يد "بينيه" في عام 1905 وما بعدها بظهور مقياس "ستانورد بينيه للذكاء" **Stanford-Binet Intelligence Scale 1916 - 1960** و ظهور مقياس "وكسلر لذكاء الأطفال" **Intelligence Wechesler Scale For Children 1949** و غيرها من مقاييس القدرة العقلية، و قد إعتد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء **IQ** كمحك في تعريف التخلف العقلي، و قد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 معاقين عقليا على منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية (الروسان، 2010، ص 16).

❖ التعريف الإجتماعي:

ظهر التعريف الإجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للإنقادات المتعددة المقاييس القدرة العقلية و خاصة "ستانفورد بينيه" و مقياس "وكسلر" في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس و صدقها و تأثيرها بعوامل عرقية ثقافية و عقلية و إجتماعية. الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الإجتماعية و التي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه و استجاباته للمتطلبات الإجتماعية، و قد نادت بهذا الاتجاه "ميرسر" 1973 و "جنسن" 1980، و يركز التعريف الإجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في

الاستجابة للمتطلبات الإجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظراته من نفس للمجموعة العمرية، و على ذلك يعتبر الفرد متخلفا عقليا إذا فشل في القيام بالمتطلبات الإجتماعية المتوقعة (عبيد، 2007، ص 28).

بعد إستعراض التعريفات المختلفة للتخلف العقلي نلخص إلى أن تلك التعريفات تجمع على النقاط التالية: إنخفاض واضح في مستوى القدرة العقلية، عجز واضح في السلوك التكيفي و ظهوره في مراحل النمو عند الفرد.

1-4) تعريف التأخر العقلي:

التأخر العقلي بالإنجليزية (Retardation Mental) يعني نمو الجسم، مع تأخر نمو العقل بنسبة صغيرة، أي انخفاض درجة الذكاء أقل 75 درجة على مقياس "ستانفورد بينه"، و يصاحب مع خلل في الذكاء و التوافق الإجتماعي و سلوك الطفل، و غيرها من قدرات الإنسان العقلية، و مهارات التفكير و التحليل، و لابد أن يخضع الطفل لاختبار السلوك التعريفي، مثلاً، أن يكون عمر الطفل 5 سنوات، و لكن عمر عقله من 3 سنوات وحتى سنه، و ذلك حسب درجة الذكاء لديه، ما يؤثر على طريقة تصرفه، و تفكيره، و تعامله مع أنشطة الحياة اليومية.

و كذلك عبارة عن (القصور العقلي) التي إقترحتها منظمة الصحة العالمية في 1954 لتركيزه على إرجاع سبب العجز العقلي إلى توقف النمو الذي يتعرض له الفرد بصورة أو بأخرى (ميخائيل، 1994، ص 434).

و في 1955 إستعمل مصطلح "العقل غير السوي" من قبل العلماء البريطانيين مثل بيرت و كلارك و من قبل منظمة الصحة العالمية، في الطبقات الحديثة (led9) فضلت منظمة الصحة العلمية مصطلح "التأخر العقلي" بينما يستعمل المختصون الأوروبيون العاملين في هذا الميدان مصطلحات مثل "الأفراد الإستثنائيين" و مصطلح "العجز العقلي" الذي كان

معروف عند العامة لم يعد مستعملاً، و قد أصبح علماء النفس المعاصرون و الأطباء النفسانيون يستخدمون مصطلح "المتخلف عقليا" أو "الضعيف عقليا". (كارس، 2001، ص51).

❖ تعريف "دول" 1941: هو عدم قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الإجتماعية المتوقعة منه بسبب إعاقة العقلية، و أن حالته غير قابلة للشفاء " (الزغبى. أ، 2003، ص106).

❖ تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: وضعت هذه الأخيرة تعريف للإعاقة العقلية عام 1992 على أنها "حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد بحيث ينخفض الأداء العقلي (الذكاء) عن المتوسط بمقدار انحرافين معيارين، يترافق مع خلل واضح في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التوافقي التالية : العناية بالذات، التواصل، الحياة المنزلية، المهارات الإجتماعية، استخدام وقت الفراغ، مهارات العمل، و تظهر هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشرة".

❖ أما كمال مرسي 1996: فيعرف التأخر العقلي تعريف أقرب للشمول حين يرى أن التأخير العقلي هو "حالة بطئ ملحوظ في النمو العقلي تظهر قبل سن الثامنة عشرة يتوقف فيها العقل من اكتمال نموه و تحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية بيئية معا و يستدل عليهما من إنخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط، و من سوء التوافق النفسي و الإجتماعي الذي يصاحبهما أو ينتج عنهما (نفس المرجع السابق، ص107).

و استنتجت الباحثة أنه من خلال التعريفات السابقة أنها تشترك في نقطة مهمة أن التأخر العقلي هي انخفاض نسبة الذكاء عن المستويات الطبيعية بسبب ضعف النمو العقلي للفرد بسبب عوامل بيئية فرغم تعدد المصطلحات التي إرتبطت بالتخلف العقلي مثل النقص

العقلي، القصور العقلي، التأخر العقلي، العقل غير السوي، إلا أنها مترادفة تؤدي الى نفس المعنى.

(2) نظرة تاريخية عن التخلف العقلي:

يعتبر التخلف العقلي من الإضطرابات المعروفة منذ بداية التاريخ، حيث عاملت الحضارات القديمة المتخلفين ذهنياً بوحشية و اعتبرتهم لا يستحقون الحياة كما عملت على التخلص منهم، فقد عمل الإغريق و الرومان على عزل المتخلفين ذهنياً و طردهم من المجتمع بين ما عمل بعض الأثرياء الرومان على الإحتفاظ بهم من أجل المتعة والتسلية (القذافي، ر. م، 1988، ص98).

ثم عاد الإهتمام بهذه الفئة مع بداية النصف الأول من القرن التاسع عشر، على أساس أنهم مرضى يمكن علاجهم، و أول دراسة وصفت التخلف العقلي و قدمت بيداغوجية و علاج هي الدراسة التي قام بها "إتارد" الذي قام بتربية فيكتور "متوحش الأفيرون" حيث قدم مذكرة "تربية رجل متوحش".

و قام "اسكيرول" 1918 بعزل التخلف العقلي على أساس اللغة، وجود لغة و بساطتها، المستوى الثاني اللغة ضعيفة كلمات و جمل بسيطة، المستوى الثالث بعض الأصوات، انتقد "سيقان" هذا التصنيف، و قدم تصنيف آخر المعنوه ، الأبله ، المأفون.

بينما أدخل دبير مفهوم التأخر العقلي أو التخلف العقلي (La Débilité Mentale) و فرق بين الإعاقة العقلية و الإعاقة الحركية، بقي هذا المفهوم غير مضبوط بوسائل علمية واضحة و مقننة رغم محاولات "كريبلين"، "سومر" و "شولتر".

و في 1905 قيام "بينه" و"سيمون" إختبار الذكاء و قنناه بطرق إحصائية علمية ما أثار بحوث لا تحصى، تكمن أهميته في تحديده حسب العمر مستويات الذكاء، حيث حدد "اسكيرول" التخلف العقلي الحادة، المتوسط ، البسيط (نفس المرجع السابق ، ص 98).

(3) إنتشار إضطراب التخلف العقلي:

تختلف درجة إنتشار الإعاقة العقلية من مجتمع لآخر، كما تختلف تبعاً لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع ، و هي تختلف بإختلاف متغير درجة الإعاقة العقلية و الجنس، و العمر و المعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، و بشكل عام فقد بينت الدراسات و المسوح التي أجريت في هذا المجال أنا ما نسبته 2.5 - 3% من سكان أي مجتمع يمثلون حالة من حالات الإعاقة العقلية (الروسان، 2010، ص 30).

و خلال القرن الماضي ما بين عام 1904 - 1992 فقد أجريت العديد من الدراسات و المسوح لمعرفة نسبة انتشار الإعاقة العقلية في المجتمعات الأوروبية و الولايات المتحدة الأمريكية، و قد وجد أن من 2-4 أشخاص في كل ألف من السكان يعانون من التخلف العقلي في دراسات العقد الأول من القرن العشرين، و من 5 - 20 شخصاً في الألف في دراسات العقد الثاني، و من 7 - 43 شخصاً في الألف في دراسات العقدين الثالث و الرابع ، من 2 - 40 شخصاً في الألف في دراسات العقد الخامس، و 73 شخصاً في الألف في الدراسات العقد السادس، و من 6 - 40 شخصاً في الألف في دراسات العقد السابع، و من 2-34 شخصاً في دراسات العقد الثامن، و من 12 - 23 شخصاً في العقد التاسع، و حوالي 32 شخصاً في الألف في دراسات العقد العاشر من القرن الماضي (مرسي، 1999، ص 96).

و في المجتمعات العربية فقد أجريت أول دراسة لتقدير نسبة المتخلفين عقلياً في مصر عام 1948 على 2500 تلميذ و تلميذة اختبروا لمقياس "سانفورد - بينيه للذكاء"، فحصل

2% منهم على نسبة ذكاء أقل من 70، و في دراسة أخرى أجريت عام 1987 كانت نسبة التخلف العقلي 2.63%، و في الكويت أجريت أول دراسة لتقدير نسبة المتخلفين عقليا عام 1973، اختبروا بمقياس الذكاء غير اللفظي وحصل 3.43% على نسبة ذكاء أقل من 70، كما بينت دراسة أخرى أجريت عام 1989 أن نسبة التخلف العقلي بلغت 1.04 % (مرسي، 1999، ص106).

و يذكر الشناوي 1997 إحصائيات عن نسبة حالات الإعاقة العقلية في القاهرة في الفترة الواقعة بين عام 1968 - 1970 و تقدر هذه الإحصائيات نسبة المعاقين عقليا بـ 3%، و أن 2.4% من تلك النسبة تمثل فئة الإعاقة العقلية البسيطة، و أن 0.4% تمثل فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، في حين تمثل فئة الإعاقة العقلية الشديدة ما نسبته 0.1% (الروسان ، 2010، ص 31).

4) مشاكل التأخر العقلي عند الاطفال:

- ❖ مشاكل إجتماعية، مع صعوبة في التعبير عن مشاعره، و يكون إنفعاليا، و عصبيا و يواجه صعوبة في الانخراط مع أقرانه.
- ❖ مشاكل في رعاية الذات والمهارات الحياتية اليومية، و يعتمد ذلك على درجة التأخر مع مشكلات في الذاكرة .
- ❖ مشاكل في التعليم، حيث يواجه الطفل صعوبة كبيرة في مواكبة أقرانه في المستوى التعليمي.
- ❖ مشكلة في القدرة المعرفية ، و العمليات النمائية الأساسية ، كالإنتباه ، و الإدراك، و ضعف عمل الذاكرة ، و صعوبة التفكير.
- ❖ مشكلة لغوية، أي متأخر في الكلام على أقرانه، كما يمكن أن يكون كلامه ثقيل، مع صعوبة تكوين جملة واضحة (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 144).

- ❖ مشكلة حركية، كضعف في التوازن، و لا يستطيع عمل الأنشطة الحركية التي يقوم بها أقرانه، كالركض، و النط، أو حتى عدم إمكانية مسك القلم، أو ربط أزرار القميص، و مشاكل في التحكم بالرقيق و البلع، و غيرها.
- ❖ وجود صعوبات في القراءة و الكتابة.
- ❖ مشكلة في عدم وجود نضج الإجتماعي.
- ❖ و معنى أن الإنسان (طفل) متخلف عقليا أو معاق ذهنيا فقد يكون بمستوى ذكاء تحت معدل الطبيعي لذلك تواجهه معظم المشاكل في الحياة اليومية أي كل ما يتعلق بالقدرات العقلية و ذلك بالإضافة إلى ضعف أو إنعدام في المهارات الخاصة بممارسة نشاطات الحياة اليومية، وضعف القدرة على التفكير و التكيف، إذ يتعلم اطفال التأخر العقلي المهارات و لكن بشكل أبطأ من غيرهم كما ان هناك مهارات قد لا يستطيعون تعلمها و هذا ما يظهر لدى هذه الأطفال مصابين بتأخر العقلي مشكلات في الحياة اليومية.

5) أسباب التأخر العقلي عند الأطفال:

إختلف علماء النفس في تحديد التخلف العقلي كثيرا حتى إن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قد أوردت قائمة بأكثر من مائة سبب عضوي أو وراثي ذا علاقة بالتخلف العقلي، كما بلغ عدد العوامل الوراثية و غير الوراثية ذات العلاقة بالتخلق 200 عامل يصنفها الباحثون إلى عوامل وراثية و عوامل بيئية.

و تشمل ما يأتي:

5-1) وراثية خاصة التخلف العقلي:

قد يورث التخلف العقلي من الوالدين و الأجداد إلى الطفل عن طريق جينات سائدة تؤدي إلى تخلف عقلي سائد يظهر في جميع الأجيال نسبة 3/1 حسب قانون "مندل" في الوراثة و

ينتج هذا النوع من التخلف من إقتران جينات أو كروموسومات غير متألّفة فالتخلف العقلي و التفوق العقلي خاصيتان و وراثيتان يرث الطفل أحدهما من والديه أو من أجداده ، استدل الباحثون على ذلك بأدلة كثيرة من أهمها وجود معاملات إرتباط موجبة بنيا ذكاء الآباء و الأبناء و بين الأخوة التوائم و الأخوة غير التوائم و بين أولاد العم و بين الأطفال القرباء و ضفر على التوالي، كما استدل الباحثون على وراثته خاصية التخلف العقلي من زيادة نسبة التخلف في أسر المتخلفين عقليا، و قد أثبتت العديد من الدراسات إن معظم الأطفال المنحدرين من أسر يعاني فيها الوالدين أو أحد هما من تخلف عقلي، يعانون هم أيضا من التخلف العقلي الذي ينتقل بين أفراد الأسرة خلال ثلاثة أو أربعة أجيال، فإذا كانت الجينات في الوالدين متماثلة ظهرت الصفة الوراثية التي تحملها الجينات بصورة أصلية، أما إذا كانت الجينات غير متماثلة فإن تأثير أحدها يسود و تظهر خاصيته الوراثية، و يتنحى تأثير الأخرى حتى تتاح لها فرصة التناظر مع جينات مماثلة فتظهر الخاصية الوراثية من جديد في الأجيال القادمة.

5-2) الشذوذ الوراثي:

و قد يصاب الطفل بالتخلف العقلي بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم و ينتج عنها تلف في الدماغ و الجهاز العصبي ويؤدي هذا بدوره إلى التخلف العقلي، و كشف خلال السنوات الأخيرة عن وجود نوعين من الخصائص الوراثية الشاذة هي الشذوذ الكروموسومي و السدود الحبيبي (صفوت، و. م، 2005، ص94) .

5-3) شذوذ الكروموسومات:

من المعروف إن كل خلية تحمل 33 زوجا من الكروموسومات الجسمية و زوج من الكروموسومات الجنسية و التي تكون عند الأنثى متشابهة XX و عند الذكر YX "أي إن

في كل خلية يوجد 37 كروموسوم في حين يكون عدد الكروموسومات 33 كروموسوما و في البويضات 33 كروموسوما أيضا " و عند الإخصاب تجمع هذه الكروموسومات لتكون 33 زوجا من الكروموسومات و بعد عملية الإخصاب يحصل النمو من خلال عمليات الإنقسام المستمر، حيث تتوقف عملية النمو على عاملين أساسيين هما سلامة الكروموسومات و سلامة عملها، فأى خطأ في الكروموسومات أو في عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية تتلف خلايا الدماغ و تؤذي الجهاز العصبي و قد يحدث أن تقشل أزواج الكروموسومات في الانفصال أثناء إنقسام الخلايا مما يؤدي إلى ظهور خلايا تحمل كروموسوماً "زائد" ، أي أن عدد الكروموسومات فيها 35 كروموسوم بدلا من 37 ولعل أشهر حالات الشذوذ الكروموسومي: حالة متلازمة داون Down Syndrom التي تحدث في حوالى 1 من كل 700 ولادة كما يشير مكملان Macmillan إلى ذلك، و قد سميت هذه الحالة بهذا الاسم بعد ان اكتشفها الطبيب البريطاني Langdon Down لأول مرة و قد أطلق عليها اسم المنغولية إشارة إلى العيون المائلة و الأنف الأفنص الذي يميز معظم المصابين بهذه الحالة و التي تجعلهم يبدوون شبيهين بسكان منغوليا، كما يتصف هؤلاء بالرؤوس المستديرة الصغيرة و الطيات الإضافية للجلد على الجفون العليا للعيون و الفم الصغير ذا الزوايا التي تسيل و اللسان العريض الممتد إلى الأمام و الأصابع المتصلبة القصيرة و النغمة الصوتية الضعيفة.

اكتشف خلال السنوات الأخيرة تعرض بعض الجينات لتغيرات فجائية (طفرية) بسبب الإشاعات و سوء الإستعمال للأدوية أو بسبب بعض الفيروسات التي تؤذي الجينات و ربما بسبب عوامل أخرى لم يتم اكتشافها لحد الآن، و تكون الطفرات الجينية Mutant Genes أما بصفة جين متحي Recessive genes و عند ذلك لا تظهر أعراض المرض إلا إذا كانت الطفرة بصفة جين سائد Dominant genes عند أحد الأبوين: ظهر المرض عند 10% من الأبناء و فيما يأتي بعض حالات الشذوذ الجيني المسببة للتخلف العقلي (القذافي، م. ر، 1988، ص102).

5-4) مرض فينيل كيتون يوريا:

يعتبر مرض فينيل كيتون يوريا Pheny Keton Uria و الذي يعرف باختصار (pk4) واحدا من الأمراض التي تسببها الجينات المتنحية وهو يحدث في حوالي 1 من كل 1300 ولادة الى 30000 ولادة حية ويسبب هذا المرض نقص إنزيم Phénylamine في الكبد مما يؤدي إلى تراكم حامض الفينالين في الخلايا و لا يسمح بتحويله إلى بروتين نافع و تسبب هذه الحالة تدمير الجهاز العصبي محدثا " التخلف العقلي" و يمكن اكتشاف مرض الفينيل كيتون يوريا من خلال تحليل عينة من دم الطفل و قياس نسبة الفينالين. و بعد إكشاف المرض حتى السنة الثانية أو الثالثة من عمر الطفل فإن المرض يصعب الشفاء منه و من الأعراض الإكلينيكية لحالات التخلف العقلي الناتجة عن مرض كستون يوريا لبشرة شقراء بسبب زيادة حامض الفينيل في أنسجة الجسم و عيون زرقاء و قد يكون الطفل هادئا وديعا " أو كثير الحركة مخرباً مؤذي لنفسه.

5-5) مرض الكلاكتوسيميا Glactosemia:

و هناك مرض آخر تسبب الجينات المتنحية يعرف بمرض الكلاكتوسيميا يصاب به الطفل عند إنتقال جينين متنحيين من والديه و يؤدي هذا المرض إلى نقص في الأنزيم الذي يحول الكلاكتوز إلى كلوكوز فيراكم في دم الطفل و أنسجة و يؤدي إلى تلف الدماغ و الجهاز العصبي و يصيب هذا المرض 1 من كل 17000 ولادة حية، و يمكن الكشفة من خلال تحليل إدرار الطفل بعد ولادته (ميموني ، ب.م ، 2005، ص201).

5-6) مرض تاي - ساك Tay - Sacks Disease :

و هناك إضطراب جيني يعرف بإضطراب تاي - ساك و هو ينتقل عن طريق الجينات المتنحية أيضا و يحدث نقصا في أنزيم هكسوساميداس Hexosomidase فتتجمع مادة كانكليو سيدس Gang Hasides في الخلايا فتتلف خلايا الجهاز العصبي و يحدث التخلف

العقلي الشديد و يؤدي هذا المرض الذي يسمى بالمرض المميت إلى موت الطفل قبل سن الثالثة من العمر ويصيب أطفال اليهود و خصوصا "القاطنين شمال شرق أوروبا أكثر من الأطفال الآخرين و من أعراضه الإكلينيكية تدهور النشاط الحركي و الحول و ظهور بقع حمراء عند اتصال شبكية العين بالأوعية الدموية و قد يصاب الطفل بالعمى.

5-7) اضطرابات بيولوجية أخرى:

إضافة لما تقدم هناك اضطرابات بيولوجية أخرى ناتجة عن عوامل غير الشذوذ الكروموسومي أو الجيني تسبب التخلف العقلي أهمها : عامل Rh.

إن المعروف طبيا " أن بعض الأفراد يحملون دما من فصيلة +RR ، والقسم الآخر يجعل دما من صف - Rh فإذا تزوجت امرأة دمها من فصلة - Rh من رجل دمه من فصيلة + Rh و ورث الجنين فصيلة دم الأب + Rh و حدث إن قطرة من دم الجنين انتقلت إلى دم الأم خلال الغشاء المشيمي فإن جها ن دم الأم يبدأ بإنتاج الأجسام المضادة، و عندما تصل هذه الأجسام المضادة إلى دم الجنين يحدث رد فعل الأجسام المضادة حيث تبدأ بالفتك بالكريات الحمراء و بالتالي قد سبب تدمير خلايا الدماغ و من حسن الحظ فإن الجنين يمتلك مناعة طبيعية تحميه طوال فترة الحمل فلا يؤدي جهازه العصبي إلا بعد الولادة حيث يصاب بفقر الدم الإنحلالي و من الممكن تشخيص حالة قبل حدوثها عن طريق تحليل دم الأم لمعرفة مدى تكون الأجسام المضادة و المبادرة إلى تبديل دم الطفل بعد الولادة مباشرة و تصيب هذه الحالة 1 من كل 300 ولادة حية.

5-8) اضطرابات الغدد الصماء:

تعتبر اضطرابات الغدد الصماء من العوامل المسببة للعديد من حالات التخلف العقلي فمن المعروف إن هذه الغدد مسؤولة عن إفراز الهرمونات المسؤولة عن تنظيم وظائف الجسم و إن إي إختلاف في إفرازاتها يسبب اضطراباً في عمليات النمو نفسيا و جسميا و قد لوحظ

إن اضطراب الغدد الشوسية و الغدة الدرقية عند الأجنة و الأطفال حديثي الولادة يؤدي إلى إصابتهم بالتخلف العقلي (15 - 743) كما يؤدي نقص هرمون الثيروكسين Thyroxine و الذي تفرزه الغدة الدرقية إلى توقف نمو الجسم و الخلايا العصبية.

و إصابة الطفل بقصر القامة الشديد و التخلف العقلي و هو ما يعرف بالقماءة أو القصاع Gretnish و هذه الحالة تنجم أما لتضخم الغدة الدرقية عند الأم الحامل أو لنقص مادة اليود الى يتناولها الطفل، و تبلغ نسبة هذه الحالة أقصاها في السويد إذ تصل نسبة 30000/1 ولادة و هناك حالات أخرى تحدث بسبب تشوهات فيزيولوجية غير معروفة الأسباب تؤدي إلى التخلف العقلي منها: شذوذ شكل عظام الجمجمة و فقدان جزء من المخ و الإستسقاء الدماغى (وفرة السائل الدماغى).

5-9) عوامل أثناء الولادة:

و تشمل عوامل الإصابة الجسدية التي يتعرض لها المولود خلال عملية الولادة و المخاطر يمكن أن يرتبط بمصدرين هما عسر التنفس و إصابات الرأس، و عسر التنفس من المحتمل أن يحدث خلال فترة الولادة نتيجة للتخدير غير الملائم ، و انخفاض ضغط الأم و الولادة العسرة و إنقطاع الحبل السرى، أما إصابات الرأس من الممكن أن تحدث خلال الولادة فإذا كانت الولادة سريعة جدا فإن رأس الطفل من الممكن أن يضغط عليه و هذا سبب قطع الدورة الشعرية و يسبب تلفا داخل الجمجمة أما إذا كانت الولادة بطيئة فمن المحتمل أن تستعمل الملاقط لسحب الطفل عن طريق الرأس و مع أن الولادة عن طريق الملاقط الصغيرة (Forceps) من الممكن أن تقلل من فرص الإصابة، فإن الولادة عن طريق الملاقط الكبيرة و المتوسطة يزيد من احتمال الإصابة بهذه الأضرار.

5-10) عوامل ما بعد الولادة:

و تشمل الإصابات و الأمراض التي يتعرض لها الطفل والتي تؤدي بدورها إلى التخلف العقلي ومن هذه العوامل والأمراض من و الإصابات ما يلي :

- **أعراض سوء التغذية:** و تعود إلى الحرمان و الفقر و العادات السيئة في التغذية و تشير الدراسات الفيتامينات: B1 ، B2 ، B3 تؤدي إلى بعض الأعراض .و منها التخلف العقلي كما أن نقص اليود يؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية و اضطراب التمثيل الغذائي و بسبب نقص الحديد الانيميا و جميع هذه العوامل تؤدي إلى تأخر النمو الذهني و قد تؤدي إلى التخلف العقلي.

- **إصابة الطفل ببعض الأمراض مثل إلتهاب المخ و الذي ينتج عن خراج الدماغ و التهابات الأذن أو عن طريق دخول بعض الفطريات أو الفيروسات إلى دم فتتلف خلايا الدماغ أو شلل الدماغ و الذي ينتج عن تلف يصيب المخ أو أجزاء منه و التهاب السحايا و كذلك أمراض الغدد، و تؤثر هذه الأمراض جميعا بصورة مباشرة أو غير مباشرة على الخلايا الدماغية و الجهاز العصبي و تسبب التخلف العقلي كما تؤدي أمراض الأطفال الإعتيادية كالحصبة و إلتهاب الغدة النكافية و السعال الديكي و غيرها من الأمراض إلى تخلف عقلي خصوصا بعد حصول مضاعفات مرضية على الطفل.**

- **الحوادث:** قد تؤدي الحوادث التي يتعرض لها الأطفال مثل السقوط من الأماكن العالية و تعرض الدماغ إلى الصدمة أو جراح إصابة الرأس بصدمة شديدة بحجر أو حوادث السيارات فيحدث التخلف العقلي جراء الأضرار التي تتعرض لها الخلايا الدماغية.

- **الحرمان:** لما قد يؤدي حرمان الرضيع من حنان أمه ووضعه في مؤسسات الرعاية ضمن الملاجئ إلى سلوك الأطفال بسلوك شبيه بسلوك المتخلفين عقليا (**صفوت، و.**

م، 2005، ص94).

(6) أعراض التأخر العقلي عند الأطفال:

إن لاحظتي الأعراض التالية على الطفل، فقد يكون مصابا بالتأخر العقلي، وتشمل:

- عدم قدرة الطفل على الإبتسامة في الأشهر الأولى.
- دائما ما تكون قبضة يد الطفل معلقة في الأشهر الأولى.
- عدم قدرة على التحكم بتوازن الرأس في الأشهر الأولى.
- تأخر مشي و وقوف الطفل ولا يستطيع التوازن.
- شعور الطفل بالخوف بطريقة مبالغ فيها.
- تأخر الكلام و صعوبة النطق.
- كثرة تشتت انتباه الطفل.
- عدم إدراك الطفل لأي مخاطر، و تهوره للقيام بها.
- ثقل في الكلام، و عدم القدرة على الحديث بلغة واضحة مقارنة بأقرانه.
- عدم القدرة على الكتابة بالمقارنة مع أقرانه قرانه.
- ضعف القدرة على الحفظ و الفهم (محمد عبد المومن حسناء 1986 ، ص 98).
- التدرج أو الجلوس أو الزحف أو المشي في وقت متأخر بشكل ملحوظ عن أقرانه.
- عدم القدرة على ربط الأفعال و عواقبها.
- مشاكل السلوك مثل نوبات الغضب المتفجرة.
- صعوبة في حل المشاكل التفكير المنطقي.
- سلوك طفولي يتعارض مع عمر الطفل.
- معدل الذكاء اقل من 70.
- الفشل في تلبية المعالم الفكرية.
- عدم القدرة على عيش حياة مستقلة بسبب تحديات التواصل أو القدرة على الاعتناء بنفسه ، او التفاعل مع الآخرين.

7) أنواع التأخر العقلي:

هناك 3 أنواع للتأخر العقلي ، و تشمل:

إن تنوع التخلف العقلي ولا يمكن إرجاعه إلى الأسباب المشار إليها فقط ، و ذلك لأن الموضوع شائك و معقد تتداخل فيه عدة جوانب، فالبحوث العلمية المعتمدة عالميا و الدراسات التي أجريت لمعرفة تصنيفه لم تصل إلى نتيجة حاسمة و نهائية و أنه لا يمكن رسم الحدود الفاصلة بينها بدقة.

7-1) التخلف العقلي العميق:

و تبلغ نسبتهم حوالي 5% من مجموع المتخلفين عقليا و حاصل ذكائهم بين (0-25) درجة، لا تكون للمصاب به لغة، و لا يتعدى مستواه العقلي 3 سنوات ، لا يستطيع القيام بحاجاته الأساسية مما يجعله في تبعية تامة لمحيطه و يلاحظ عليه نقائص في تكوينه الجسمي تلف للخ يكون كبير، مع قابلية الإصابة بالأمراض و يحتاج هؤلاء الأطفال لرعاية خاصة، و لكنهم مع التعليم و العلاج ، يمكنهم القيام بأنشطة الإهتمام الذاتي الأساسية بأنفسهم، و مهارات الإتصال.

7-2) التخلف العقلي المتوسط:

و تبلغ نسبتهم حوالي 620 من مجموع المتخلفين عقليا و تتراوح نسبة ذكائهم بين (25-45-50) درجة. عمره العقلي في أقصاه بين 7-8 سنوات، يتعلم اللغة و يكون آلية الكتابة و القراءة دون الفهم، يستعمل كلمات و جمل بسيطة و يمكن تدريبه على عمل بسيط آلي لا يستدعي المبادرة و لا التغيير، لا يستطيع التوافق إجتماعيا، و قد يلاحظ عليه بعض النقائص الإجتماعية، و يحتاجون للإشراف حتى عند قدرتهم على القيام بالأنشطة اليومية.

7-3) التخلف العقلي الخفيف:

و تبلغ نسبتهم حوالي 75% من مجموع المتخلفين عقليا و تتراوح نسبة ذكائهم بين (50-75) درجة، و يبلغ عمرهم العقلي بين (8-10) سنوات ، يتعلم القراءة والكتابة ويستطيع هذا الصنف متابعة الدراسة حتى نهاية مرحلة الإبتدائي في مدارس خاصة للتعليم المكيف حسب قدراتهم، عاجزين عن التجريد والتنبؤ و توقع نتائج أفعالهم، وبالتالي إمكانية بعمل بسيط تحت الرقابة والتوجيه، وقد تظهر لديهم بعض النقائص الجسمية الطفيفة (ميموني ، ب ، م ، 2005، ص 196-197).

8) تشخيص التأخر العقلي:

8-1) اضطراب النمو الذهني: (Intellectual Developmental Disorder)

❖ معايير التشخيص:

الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) هي إضطراب، يبدأ خلال فترة التطور مشتملاً على العجز في الأداء الذهني والتكيني في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

أ) القصور في الوظائف الذهنية: مثل التفكير، وحل المشكلات ، والتخطيط، والتفكير التجريدي ، والمحاكمة، والتعلم الأكاديمي ، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كل منا التقييم السريري و إختبار الذكاء المعياري الفردي.

ب) إن القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، و المشاركة الاجتماعية، و الحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة، مثل البيت والمدرسة و العمل والمجتمع.

(ج) بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور.

• **ملاحظة:** ان مصطلح (الإعاقة الذهنية) هو المعادل للمصطلح المستخدم في ICD-11 لتشخيص (إضطراب النمو الذهني) فعلى الرغم من أن الإعاقة الذهنية هي المصطلح المستخدم في هذا الدليل، فقد تم استخدام كلا المصطلحين في العنوان لتوضيح العلاقة مع نظم التصنيف الأخرى، علاوة على ذلك، فالقانون الاتحادي في الولايات المتحدة (القانون العام 11.202. القانون روزا) استبدل مصطلح التخلف العقلي بمصطلح الإعاقة الذهنية، كما تستخدم المجالات البحثية مصطلح الإعاقة الذهنية وبالتالي، فالإعاقة الذهنية هو المصطلح الشائع عند الاستعمال من قبل المهن الطبية، و التعليمية، و غيرها و من العموم و الجماعات المساندة.

• **ملاحظة للترميز:** إن رمز (ICD-10-CM) يعتمد على محدد الشدة.

- عيين الشدة الراهنة.

- (F70): خفيفة.

- (F71): متوسطة.

- (F72): شديدة.

- (F73): عميقة (أنور الحمادي، 2004، ص60).

(9) الخدمات الإرشادية للأسر المتعلمين عقليا:

لقد أصبح جل إهتمام التربويين منصباً على تأهيل المتخلفين عقليا و تنشئتهم وتربيتهم كأفراد مستقلين في مجتمعه قادرين على ممارسة مهنة ما تتفق مع قدراتهم و إمكانياتهم و لتفسيح لهم مجال العيش الكريم و الاستقلال الذاتي و الشعور بالقيمة و الأهمية كأعضاء

عاملين ومنتجين فالهدف العام من رعاية و تربية و تأهيل المتخلفين عقليا هو تنمية الكفاءة الذاتية و الاجتماعية و المهنية بما على مستوى القدرة المتبقية لديهم، و الواقع إن هذا الهدف لا يمكن تحقيقه إلا بتوفير عدد غير قليل من الخدمات المتخصصة و أن بعض هذه الخدمات لا يمكن ان تكون كافية و مفيدة إذا اقتصر تقديمها على المتخلفين أنفسهم بل لابد من تقديم هذه الخدمات لأناس آخرين ممن يتأثرون مباشرة بالمتخلف و يؤثرون فيه و في نموه و في مقدمتهم أسرهم. إذ لا بد من التأكيد على إن الأسرة هي المسؤول الأول عن نمو طفلها المتخلف و رعايته و اتباع حاجاته، كما إنها المسؤول الأول عن القرارات المصرية التي قد تتخذ بشأنه و خاصة في مرحلة الطفولة تلك القرارات التي سيكون لها أثرها بالتأكيد في مستقبله فيما بعد مثل اختيار نوع البرامج و المؤسسات التي يلتحق بها المتخلف و طبيعة المهنة التي يعمل بها، و من أجل تقديم الرعاية اللازمة فإنها بحاجة إلى الإرشاد وبشأن العديد من المسائل الخاصة بتخلف الطفل و أسبابه و مستقبله و نوع الخدمات التي يمكن الاستفادة منها، و التعامل معه و علاقته بأخوته، و رغم اهتمام المرشدين سابقا بالتركيز على علاقة الأم بطفلها المتخلف باعتبارها أكثر أفراد الأسرة تأثيرا و اتصالا مباشرا بهذا الطفل فأنا نجد أن الاتجاهات الحديثة في الإرشاد الأسرى في هذا المجال تركز على الأسرة بجميع أفرادها و العلاقات المتبادلة بينهم والجو الانفعالي و العاطفي الذي يسود الأسرة أثر ولادة طفل متخلف و من هنا فأن الهدف العام من إرشاد والدي الطفل المتخلف عقلياً هو مساعدتهم في مواجهة الظروف و المشاكل و المشاعر و العواطف التي تفرضها مرحلة التكيف التي يمرون بها إبتداء من مرحلة إدراك الحقيقة باختلاف الطفل عن غيره و قبول التشخيص الذي يؤكد تخلف الطفل و انتهاءه بقبول الحقيقة و إدراك حدود الطفل و واقعه و البحث عن الوسائل الواقعية و الموضوعية التي يمكن الاستفادة منها و لعل أهم المسائل التي يسعى المرشد إلى تحقيقها مع أسر المتخلفين عقليا هي:

1- أن يتسم موقف الوالدين بالموضوعية والفهم لحالة طفلهم المتخلف.

2- فهم أسباب التخلف العقلي .

3- فهم ومعرفة درجة تخلف الطفل وسلوكه وما هو متوقع منه مستقبلا.

4- فهم تأثير الطفل المتخلف على حياة الأسرة بشكل عام وعلى الأخوة والأخوات بشكل خاص وعلى الوالدين وعلاقة الأسرة من المجتمع (حسنة طاع الله ، 2018 ، ص30).

5- فهم كيفية مساعدة الطفل المتخلف على النمو وأهمية وسائل التعليم الخاصة في تعديل سلوكه وأهمية المشاركة في النشاطات الاجتماعية والترويحية التي تجعله أكثر سعادة ورضا.

6- معرفة المؤسسات الاجتماعية والتربوية التي تقدم الخدمات للمتخلفين ومعرفة نوع الخدمات واثرها في نمو وتقدم الطفل المتخلف ومشاكله.

و إضافة إلى ما تقدم فإن على المرشدين ينتبه إلى العناصر الأساسية التي تنطوي عليها العلاقة الإرشادية مع أسر المتخلفين عقليا، و المتمثلة بما يلي:

(أ) قبول و إحترام والدي المتخلف عقليا.

(ب) السماح للوالدين بالتعبير الحر عن عواطفهما و مشاعرهما.

(ج) القرارات يجب ان تتخذ من قبل الوالدين و ليس من قبل المرشد.

(د) أن يتقرر إتجاه المقابلة من قبل الوالدين.

(هـ) الصدق في وجهات النظر بين المرشد ا و الوالدين (ناديا السرور، 2000 ، ص27).

بمعنى أن الطفل يحتاج إلى مشورة مستمرة لمساعدته على التكيف مع إعاقته وكذلك الحصول على خطة لكي تساعد وتوضح أهم التفاصيل الخدمات التي يحتاجها الطفل من

أجل مساعدته في النمو الطبيعي مع وضع برنامج التعليم الفردي للطفل عند الالتحاق بالمدرسة لمساعدته في تلبية الاحتياجات التعليمية وكذلك تعلم بعض الخطوات لمساعدة الطفل الذي يعاني من الإعاقة العقلية، مثل : تعلم كل شيء عن الإعاقات العقلية بشكل كثيف من أجل مساعدة الطفل بشكل أكبر وأهم شيء ألا وهو تشجيع استقلالية الطفل من خلال جعله يجرب أشياء جديدة بنفسه، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية وكذلك تقديم التوجيه عند الحاجة وتقديم ملاحظات إيجابية عندما يفعل الطفل شيئاً جديداً أو يتقن شيئاً جديداً.

(10) علاج التأخر العقلي (العلاج الطبي، العلاج النفسي، العلاج الاجتماعي):

يتضمن علاج و رعاية المتخلفين عقليا الخدمات التي تساعد على تحسين وضعهم في المجتمع والتي يمكن ان تعدد مما يلي:

(1-10) العلاج الطبي:

إذ إن مشكلة التخلف العقلي ترتبط بعوامل طبية لأنها تنتسب من عوامل عضوية بيو كيميائية وان هدف العلاج الطبي في هذه الحالة هو محاولة القضاء على اسباب التخلف العقلي العضوية و الوقاية منها.

(2-10) العلاج النفسي:

حيث يقوم العلاج النفسي في حالة التخلف العقلي من منطلق تكوين علاقة طبية مع المتخلف تهدف إلى إعادة الروابط بينه و بين المجتمع من خلال منحه العطف و الحنان و إزالة مخاوفه التي تولدت لديه من البيئة، و مساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة و المجتمع و تدريبه على حل مشكلاته و تصريف أموره و تعزيز الثقة بنفسه و بالآخرين و إدراكه لإمكاناته المحدودة و كيفية استغلالها و الإستفادة منها.

10-3) العلاج الاجتماعي:

لما كان المتخلف العقلي متصفا بالفشل في التكيف و اكتساب العادات الضرورية للحياة و اضطراب التصرف و السلوك في الموافق التي تواجهه و تعترض حياته و عدم القدرة على الاستفادة من خبراته السابقة و تكرار الوقوع في الأخطاء و مخالفة المألوف، لذا فإن للعلاج الاجتماعي نفس الأهمية التي حددت لأنواع العلاج الأخرى التي تقدم للمتخلف عقليا و يشمل العلاج الاجتماعي تنمية قدرات المتخلف عقليا و تعويده السلوك الاجتماعي و تثبيت السلوك الاجتماعي و تثبيت روح الاعتماد على النفس.

10-4) العلاج التربوي:

يهدف العلاج التربوي للمتخلفين عقليا "مساعدهم على التكيف الاجتماعي و تدريبهم على رعاية أنفسهم و تعويدهم على ممارسة نشاطات الحياة اليومية و مساعدتهم على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس و تعليمهم القراءة و الكتابة خصوصا المتخلفين و خلفا عقليا بسيطا".

كذلك برامج الرعاية و الإرشاد الخاصة بالمتخلفين عقليا بحسب مستوى التخلف العقلي، فأهدافها بالنسبة لحالات التخلف العقلي الشديد تختلف عن أهدافها بالنسبة لحالات التخلف المتوسط أو أهدافها بالنسبة للتخلف الخفيف.

إذ تهدف هذه البرامج بالنسبة لحالات التخلف الخفيف الوصول إلى ممارسة الحياة الاجتماعية كالأشخاص العاديين: يعملون و يتزوجون و يتحملون مسؤولياتهم الاجتماعية و الشخصية و هدفها لحالات التخلف العقلي المتوسط و الوصول إلى التوافق مع الأسرة و العناية الشخصية و الحصول على عمل بورشة محمية: أما هدفها بالنسبة لحالات التخلف العقلي الشديد و هو الوصول إلى الاعتماد على النفس في قضاء الحاجات الأساسية و العناية الشخصية.

1) رعاية وارشاد المتخلفين (عقليا، بسيطا، خفيفا):

يتفق المختصون بالتخلف العقلي على أن توفير الرعاية الخاصة لهذه الفئة في سن مبكرة يساعد على اكسابهم السلوك الاجتماعي المقبول في سن الرشد في فيحصلون على ما يعيلون به أنفسهم و عوائلهم و يعتمدون على أنفسهم في تصريف شؤونهم الشخصية و يتعلمون مسؤولياتهم الاجتماعية كاملة بإرشاد و توجيه بسيط، و تهدف هذه البرامج أيضا إلى محو أميتهم و تأهيلهم و تشغيلهم و اكسابهم السلوك الاجتماعي المقبول. و يتم تنفيذ ذلك على مراحل:

❖ **مرحلة الروضة :** و يتم التركيز فيها على تنمية الحواس والمهارات الحركية و التآزر العضلي و التدريب على النطق.

❖ **مرحلتى الابتدائية و المتوسطة:** و يتم التركيز في هما على تعلم القراءة و الكتابة و الرياضيات.

و لكن خلال العقدين الماضيين أمكن استخدام مناهج تعديل السلوك **TECHNIQUE BEHAVIOR MODIFICATION** لتعليمهم السلوك الاجتماعي للقبول في قضاء الحاجات الأساسية (ضبط المثانة و المستقيم، و النظافة و ارتداء الملابس و ترتيبها، و تناول الطعام) فقد أستخدم بعض الباحثين الثواب و العقاب في تدريب مجموعة من الأفراد للمتخلفين تخلفا شديدا على التحكم في عمليات المثانة و المستقيم و ذلك بتدعيم قضاء الحاجة في المراحيض بالمديح أو قطعة حلوى أما إذا بلل ملابسه أو فراشه عوقب بإظهار عدم التقبل أو بالحرمان من الحلوى أو بتأجيل وجبة طعام و كان من نتائج ذلك نجاح نسبة كبيرة من حالات ضبط المثانة و في ممارسة أخرى تمكن أفراد من المتخلفين تخلفا عقليا شديدا و بإستخدام أسلوب التعزيز من تعلم السلوك المقبول في ارتداء الملابس و خلعها و تناول الطعام (كاظم، 2000، ص17).

و من هنا دعا كثير من المختصين بالتخلف العقلي إلى ضرورة توفير برامج رعاية خاصة لحالات التخلف العقلي الشديد في سن مبكرة يتم التركيز فيها على الجوانب التالية:

- تنمية الحواس.
- تنمية المهارات الحركية والتآزر العضلي.
- اكتساب السلوك المقبول في قضاء الحاجات الأساسية.
- العناية الشخصية في ارتداء الملابس وتناول الطعام.
- الحماية من الأخطار الطبيعية.
- التدريب اليدوي البسيط.

خلاصة:

إن الحاضن الأول لتربية الطفل المعاق ذهنياً خاصة التخلف الذهني هي الأسرة الدرجة الأولى ذلك لأنها تعيش معه حياته كاملة من خلال تعاملها معه من بداية حياته.

نجد أن لها أثر أكبر في إكتساب مفاهيم الحياة اليومية و تكوين شخصية و يرتبط ذلك بنمط تفكير الأسرة و البيئة و درجة التقبل داخل الأسرة.

فتواجد الطفل المعاق ذهنياً الصاب بالتخلف العقلي يمكن أن يسبب توتراً في حياة الوالدين و باقي الأسرة و قدرتهم على التكيف معه مما يعد عاملاً مساعداً يؤثر على شخصيته سلباً أو إيجابياً، و حسب المبادئ الخاصة بعملية الرعاية، فإنها جد مهمة و ضرورية لجعل المتخلف ذهنياً يتوافق مع نفسه و مع بيئته و كذلك مسؤولية الأولياء في تطبيق البرامج الإرشادية للطفل المتخلف ذهنياً حتى و إن كانت الإعاقة الذهنية متوسطة، يستويها القصور، يبقى تمهينهم بنسبة ضئيلة و لا تحقق الكفاية الذاتية مما يجعلهم يتعرضون لمختلف الإضطرابات السلوكية و العدوانية و بالتالي يحتاج الأولياء إلى أساليب و طرق

ضمن برامج مواجهة تساعد على رعاية أبنائهم و كذلك توفير التربية الخاصة بهم و التكفل النفسي.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية البحث

تمهيد.

- (1) التذكير بفرضيات البحث.
- (2) الدراسة الإستطلاعية.
- (3) منهج البحث.
- (4) الدراسة الأساسية.
- (5) مجموعة البحث.
- (6) أدوات البحث.
- (7) الأساليب الإحصائية المعتمدة عليها في البحث.
- (8) كيفية تطبيق أدوات البحث.

خلاصة.

تمهيد:

في هذا الفصل تتوقف دقة النتائج المتحصل عليها في أي دراسة على الإجراءات المنهجية التي يتبعها الباحث لدراسة موضوع ما وما يتضمن هذا الفصل وصفا للإجراءات المنهجية التي اتبعها لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضياتها.

بداية بالتذكير بهذه الأخيرة و بالدراسة الاستطلاعية و الأساسية، و طريقه اجرائها و الخصائص السيكو مترية لأدوات البحث و تحديد المنهج المناسب للدراسة وحدودها المكانية و الزمنية و أدوات البحث و كيفية تطبيق هذه الأدوات في البحث الحالي.

(1) التذكير بفرضيات البحث:

(1-1) الفرضية العامة:

يؤدي قلق الانفصال الى ظهور اضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التأخر العقلي البسيط).

(2-1) الفرضيات الجزئية:

- يعاني اطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من قلق الانفصال.
- يعاني اطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من ظهور اضطرابات السلوكية و الوجدانية.

(2) الدراسة الاستطلاعية:

(1-2) تعريف الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدّراسة الاستطلاعية من أهم خطوات البحث العلمي و ما لها من أهميه في الكشف عن الظاهرة المراد دراستها على أرض الواقع، و منه تم التعرف على تفاصيل و جوانب الدراسة من خلال احتكاك بالميدان و التأكد من توفر امكانيه الحصول على العينة

الخاصة بالظاهرة المدروسة، فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة فرعية يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي، و مدى ملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي هو بصدد القيام به (فرج عبد القادر، طه، ص 194) نقلا عن (حقابة عائشة، 2018، ص 43).

و تعرف ايضا على أنها تلك الدراسة التي تهدف الى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يمكن وضعها واخضعها للبحث العلمي (مروان عبد المجيد، ابراهيم، 2000، ص 125 - 126).

لذلك تعتبر مرحلة أولية و خطوه أساسيه في أي بحث علمي تساعد الباحث في اجراء بحث العلمي.

2-1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- اللقاء نظرة على ميدان البحث من أجل جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات على موضوع الدراسة.
- معرفه مدى صلاحية أدوات جمع البيانات و كذلك تحديد العينة المناسبة للدراسة.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن مواجهتها لتفاديها في بحثه الأساسي فيما يتعلق بطبيعة أدوات البحث و موضوع الدراسة.
- الاالمام بالتصور الشامل للبحث و أخذ فكرة مسببة عن كيفية اجراء البحث عن ظروف اجراءاته.
- تحديد دقيق الميدان الدراسة.
- التعامل مع افراد العينة و معرفه ماذا تجاوبهم مع أداة الدراسة و فهمهم لها من حيث الصياغة ومعاني الفقرات ومحاولة تعديلها وضبطها بناء على ذلك التأكد من الخصائص السيكو مترية للأداة.

- تساعد دراسة الاستطلاعية الباحث على اختيار أولي للفروض.
- تقنين المقاييس قلق الانفصال و الاضطرابات السلوكية والوجدانية.

2-1-2) خطوات اجراء الدراسة الاستطلاعية:

قمنا بدراسة استطلاعية حيث انتقلنا إلى المركز النفسي البيداغوجي زميلي اكلي في مارس 2024، أين حضينا باستقبال حار من المسؤول الأول رئيس المركز النفسي البيداغوجي و مدير هذا المركز حيث فتحوا أبوابه من الباب الواسع كون الباحثة تعمل معهم كأخصائية نفسية بحيث تجمع بيننا علاقه عمل و ودّ و احترام وتم التعرف أيضا على المشرفين و زملاء العمل المكلفين بالتكفل بفئه ذوي الاحتياجات الخاصة و تناقشنا بخصوص هذه الدراسة مع مدير المركز من أجل القيام بتسهيلات لازمة و الحصول على موافقة بكل رحب، و بالإضافة الى اللقاء نظرة حول العينة المراد دراستها و هي فئه أطفال تأخر العقلي البسيط، و اجراء مقابلة أولية معهم كمقابلة تمهيدية للتعرف على امكانية اجراء و تطبيق أدوات البحث عن هذه الفئة الخاصة، و التأكد من امكانية تطبيق فقرات المقياس على هذه الفئة الخاصة و مدى ملائمة فقرات مع مستوى المهارات و القدرات العقلية لهذه الفئة من أجل تطبيقها عليها.

من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية تم اختيار المنهج المناسب مع هذه الفئة و هو المنهج العيادي و دليل المقابلة لملائمته مع طبيعة الدراسة الحالية و تم اختيار الشروط الزمنية و المكانية التي تتناسب مع ظروف هذه الفئة الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة من أجل أخذ مواعد لإجراء المقاييس و المقابلة نصف موجهه مع الأطفال و كذلك أخذ اذن من المشرفين لتطبيق المقاييس الخاصة بالمشرفين كمقياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية الذي يتم الإجابة عليه من قبل المشرفين و مقياس قلق الانفصال الخاص بالتطبيق على أطفال تأخر العقلي البسيط، حيث قمنا بتكيف المقاييس قبل تطبيقها و هي مقياس قلق الانفصال و مقياس المشكلة السلوكية و الانفعالية لدى الأطفال اللذان تم

التحكيم عليها من قبل الأساتذة المحكمين و تعديل البنود و فقرات مقياس لتكون مكيفا لمجتمع العينة و لتأكد من صدقها و قابلية استخدامها في بحثنا الحالي و كان عددهم (4)، و هم أساتذة مختصين في علم النفس في كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية بجامعة تيزي وزو.

2-1-3 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تتكون عينة الدراسة الاستطلاعية من 30 طفل (فئة الأطفال العاديين تتراوح أعمارهم ما بين 6 الى 10 سنوات) ليتم تقنين أدوات الدراسة الأساسية للتأكد من ثبات المقاييس.

2-1-4 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

تتكون عينه البحث في الدراسة الاستطلاعية من (30) حالة من كلا الجنسين يتراوح أعمارهم من 6 إلى 12 سنة و مستوى التعليمي.

جدول رقم (01) خصائص الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
46.66 %	14	ذكر
53.33 %	16	أنثى
100 %	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الإناث أكبر من الذكور، فتقدر نسبة الإناث بـ 53.33 % ، بينما تقدر نسبة الذكور بـ 46.67 %، بحيث قدرت النسبة المئوية لكلا الجنسين 100%.

جدول رقم (02) يمثل الفئة العمرية للأطفال

النسبة المئوية	التكرار	السن
60 %	18	من 6 إلى 7 سنة
30 %	09	من 8 إلى 11 سنة
10 %	03	من 11 إلى 12 سنة
100 %	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 7 سنوات تقدر بـ 60 % و هي نسبة الأكبر و نلاحظ أيضا أن النسبة المئوية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 08 إلى 11 سنة تقدر بـ 30 % و هي تعتبر نسبة المتوسطة، أما بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 11 إلى 12 سنة تقدر نسبته المئوية بـ 10 % و هي نسبة صغرى، و يقدر المجموع الكلي للنسبة المئوية 100 %.

الجدول رقم (03) يمثل المستوى التعليمي لدى الأطفال

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
60 %	18	السنة الأولى - السنة الثانية
30 %	09	السنة الثالثة - السنة الرابعة
10 %	03	السنة الخامسة
100 %	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه أن النسبة المئوية للمستوى التعليمي من السنة الأولى إلى السنة الثانية تقدر بـ 60 % و هي نسبة الأكبر أما بالنسبة للمستوى التعليمي

من السنة الثالثة إلى السنة الرابعة تقدر بـ 30 % و هي نسبة متوسطة أما بالنسبة للسنة الخامسة تقدر نسبة مئوية لها بـ 10 % و هي نسبة صغرى و تقدر النسبة المئوية الإجمالية بـ 100 %.

(5-1-2) الحدود المكانية و الزمنية للدراسة الاستطلاعية:

قمنا بالتنقل الى عدة جبهات لإجراء الدراسة الاستطلاعية وتطبيق المقاييس على 30 حالة تتكون من فئة أطفال تتراوح أعمارهم من 6 الى 12 سنة، حيث توجهنا الى عدة مدارس للحصول على موافقة المدراء و مراكز و لكن لسوء الحظ واجهتنا بعض الصعوبات في حصول الموافقة لأنهم كانوا في مرحلة الامتحانات و هي ابتدائية تامة، و ابتدائية ميمون بولاية تيزي وزو و بعدها توجهنا إلى المفتشة بحيث قمنا بمقابلتها في مكتبها الخاص و شرحنا لها الهدف و الغرض من هذه المقابلة، و وافقت و كانت متعاونة معنا و منها قامت بالاتصال بمدراء المدارس بولاية تيزي وزو، و منها مدرسة ابتدائية العيماش علي، تاكوشت، بايدي، رمضان، و مدرسة زميرلي أكلي. بحيث توجهنا مباشرة إلى هذه المدارس و تم استئذاننا من طرف المدراء و الأساتذة لإجراء الدراسة.

(6-1-2) الأدوات المستعملة في الدراسة الاستطلاعية:

بحيث تعتبر دراسة ميدانية بمثابة طريقة نوعية لجمع جميع البيانات أو المعلومات، وتهدف هذه الدراسة بشكل كبير الى مراقبة جميع الأشخاص وكذلك يتم التفاعل مع هؤلاء الأشخاص وذلك بهدف الفهم الجيد لهم وللبيئة الطبيعية الخاصة بهم ومن بين الأدوات المستعملة نجد مقياس قلق الانفصال ومقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

2-2) الخصائص السيكومترية لأدوات البحث:

وقمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الانفصال في دراسات احصائية وذلك بحساب الصدق والثبات للمقياس.

2-2-1) تقنين مقياس قلق الانفصال:

أ) مفهوم الصدق (صدق المحكمين):

يقوم الصدق الظاهري على فكرة مدى مناسبة الاختبار لمقاييس ولمن يطبق عليهم، ويبدو مثل هذا الصدق في وضوح البنود ومدى علاقتها بالقدرة أو السمه أو البعد الذي يقيسه الاختبار وغالبا ما يقرر ذلك مجموعه من المختصين في مجال الذي يفترض ان ينتمي اليه هذا الاختبار او ذلك، حيث يؤخذ في الاعتبار التعليمات والزمن المحدد، مع اتفاه مع اطار مجتمع الأفراد الذي صمم من أجله والامكانيات المفروضة توافرها من أجل التطبيق والتصحيح (عبد الرحمان، 1998، ص 184).

و من اجل هذا تم عرض المقياس على عدد من المحكمين المختصين في علم النفس، و قد طلبنا من المحكمين ابداء وجهه نظرهم ازاء سلامة البنود من حيث الوضوح ومن حيث الصياغة اللغوية و البساطة و الدقة، وكذلك عن مدى ملائمة لموضوع بحثنا، وعليه فقد حرس السادة المحكومين على تقنين ما يمكن تقنيه.

لقد رأي السادة المحكومين أن هناك بعض بنود مقياس قلق الانفصال غير سليمة من حيث الوضوح ومن حيث الصياغة اللغوية والبساطة والدقة فان بعضها يستلزم اعاده الصياغة كما هو موضح في الجدول الاتي:

الجدول رقم (04) يمثل العبارات التي تم تقنينها في مقياس قلق الانفصال بعد الصدق المحكمين:

رقم	قبل التعديل	بعد التعديل
1	أحلام بأحلام مزعجة.	أرى في منامي أحلاما مزعجة.
3	ألازم أُمي في كل مكان تذهب اليه.	ألازم أُمي أينما ذهبت.
5	تراودني أفكار سيئة حول فقدان أُمي.	تراودني أفكار سيئة خوفا من فقدان أُمي.
6	أشعر بالتعب عن القيام بأي مجهود.	أشعر بالتعب عند القيام بأي مجهود.
18	أشعر بحدوث شيء سيء لأُمي.	ينتابني شعور بحدوث شيء سيء لأُمي.
23	أشعر بالتردد في الإجابة على أسئلة المدارس عندما يسألني.	أتردد فب الإجابة على أسئلة المدرس عندما يسألني.

تم تطبيق المقياس على عينة بلغت 30 طفل بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الانفصال مما سمح لنا التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق المحكمين و الصدق الذاتي و كانت النتائج كالتالي:

اعتمدنا في حساب الصدق الذاتي لمقياس قلق الانفصال على المعادلة التالية:
الصدق الذاتي = $\sqrt{\lambda}$ الثبات، و الصدق الذاتي إذن يمثل الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

الصدق الذاتي لمقياس قلق الانفصال هو جذر $\sqrt{0.819}$ الذي يساوي 0.904 إذن يتمتع المقياس قلق الانفصال بمعامل صدق ذاتي مرتفع

ب) مفهوم الثبات:

يحظى الثبات بإهتمام كبير من قبل الباحثين في العلوم الانسانية والاجتماعية لأن أداة القياس المستخدمة نادرا ما تكون صادقة بشكل كامل وفي الكثير من الحالات لا يتوفر لدى الباحث اي دليل حول الصدق لذلك يلجأ الباحثون الى تقييم أداة المقياس من ناحية خصائص أخرى وافترض صدقها، ومن بين الطرق المستخدمة في ذلك درجه ثباتها (المشهداني، 2019، ص 169).

❖ التجزئة النصفية Split-half Method:

◀ مفهوم طريقه التجزئة النصفية:

في هذه الطريقة يقوم الباحث بتقسيم الاختيار المقياس بعد تطبيقه الى نصفين متكافئين وحساب معامل ارتباط كل النصف حتى ثم الحصول بعد ذلك على معامل ثبات الاختبار ككل من خلال المعدلات الاحصائية المناسبة لذلك (عبد الرحمان، البدوي، 2007، ص 344).

قمنا بحساب ثبات مقياس قلق الانفصال عن طريق معادلة التجزئة النصفية، و الجدول (05) يوضح النتيجة المتحصل عليها .

جدول رقم (05) يوضح ثبات مقياس قلق الانفصال عن طريق معادلة التجزئة النصفية

إسم المقياس	عدد البنود	حجم العينة	معامل الثبات
قلق الانفصال	35	30	0.727

يتضح لنا من خلال الجدول اعلاه أن مقياس قلق الانفصال يتمتع بمعامل ثبات يقدر ب 0.727، و هذا ما يدل على أن ثبات المقياس مرتفع و مقبول.

❖ معامل ألفاكرونباخ:

و الذي هو معامل لقياس الموثوقية، أو الاتساق الداخلي "الموثوقية" هي إسم آخر للاتساق و يتم تصميم إختبار الفاكرونباخ لمعرفة ما إذا كانت الاستطلاعات و الاستبيانات و الإختبارات الأخرى موثوقة و ذلك عن طريق قياس التغيرات الكامنة أو الخفية.

جدول رقم (06) يمثل معامل ألفاكرونباخ لمقياس قلق الانفصال.

المقياس	معامل ألفاكرونباخ
قلق الانفصال	0.819

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن مقياس قلق الانفصال يتمتع بمعامل ثبات يقدر بـ 0.819 و هذا ما يدل على انا ثبات المقياس مرتفع و مقبول.

2-3) الخصائص السيكومترية لأدوات البحث:

قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية في دراسات احصائية و ذلك بحساب الصدق و الثبات للمقياس.

2-3-1) تقنين مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية.

أ- مفهوم الصدق (الصدق المحكمين):

يقوم الصدق الظاهري على فكرة مدى مناسبة الاختيار لمقاييس و لمن يطبق عليهم، و يبدو مثل هذا الصدق في وضوح البنود و مدى علاقتها بالقدرة أو البعد الذي يقيسه الاختبار و غالبا ما يقرر ذلك مجموعة من المتخصصين في المجال الذي يفترض أن ينتمي إليه هذا الاختبار أو ذلك ، حيث يؤخذ بعين الاعتبار التعليمات و الزمن المحدد

مع اتفائه مع اطار مجتمع الأفراد الذي صمم من أجله و الامكانيات المفروضة توافرها من أجل التطبيق و التصحيح (عبد الرحمان. ي، 1998، ص 184).

و من أجل هذا تم عرض المقياس على عدد من المحكمين المختصين في علم النفس، و قد طلبنا من المحكومين أبدا وجهه نظرهم إزاء سلامة البنود من حيث الوضوح و من حيث الصياغة اللغوية و البساطة و الدقة، و كذلك عن مدى ملائمة لموضوع بحثنا، و عليه فقد حرص السادة المحكمون على تقنين ما يمكن تقنيه.

لقد رأى الساده المحكومين أن هناك بعض بنود مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية أنها غير سليمة من الصياغة و الوضوح و البساطة و الدقة و أن بعضها يستلزم إعادة الصياغة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يمثل العبارات التي تم تقنينها في مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية:

رقم	قبل التعديل	بعد التعديل
25	يغادر مقعده خلال الحصة.	لا يلتزم مكانه خلال الحصة.
16	يغش في المدرسة.	يغش في الامتحان.
18	يستخدم لغة فاحشة.	يستخدم كلام فاحش.
2	يتذمر بأنه مريض.	يشكو بأنه مريض.
8	يتذمر من صعوبة التنفس.	يشكو من صعوبة التنفس.
14	يعبر عن خوفه من أن يمرض.	يعبر عن خوفه بالإصابة بمرض ما.

و قد تم تطبيق القياس علي عينة بلغت 30 طفل بهدف التحقق من خصائص السيكومترية لمقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية مما سمح لنا التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق المحكمين و صدق الذاتي و كانت النتائج كالتالي :

اعتمدنا في حساب الصدق الذاتي لمقياس المشكلات السلوكية و الإنفعالية على المعادلة التالية الصدق الذات $\sqrt{}$ الثبات الصدق الذاتي إذن يمثل الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

الصدق الذاتي لمقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية هو جذر $\sqrt{0.960}$ الذي يساوي 0.979 إذن يتمتع المقياس المشكلات السلوكية و الإنفعالية بمعامل صدق ذاتي مرتفع.

ب) مفهوم الثبات:

يحظى الثبات بإهتمام كبير من قبل الباحثين في العلوم الإنسانية و الاجتماعية لأن أداة القياس المستخدمة نادرا ما تكون صادقة بشكل كامل و في كثير من الحالات لا يتوفر لدى الباحث أي دليل حول الصدق لذلك يلجأ الباحثون إلى تقييم أداة القياس من ناحية خصائص أخرى و إقتراض صدقها، و من بين الطرق المستخدمة في ذلك درجة ثباتها (المشهداني، 2019، ص 169).

❖ التجزئة النصفية: Split-Holf Method

➤ مفهوم طريقة التجزئة النصفية:

في هذه الطريقة يقوم الباحث بتقسيم الإختبار المقياس بعد تطبيقه إلى نصفين من متكافئين، و حساب معامل ارتباط كل نصف حدى ثم الحصول بعد ذلك على معامل

ثبات الإختبار عكس من خلال المحاولات الإحصائية للمناسبة لذلك (عبد الرحمن، البدوي، 2007، ص 344).

قمنا بحساب ثبات مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية عن طريق معادلة التجزئة النصفية، والجدول (08) يوضح النتيجة المتحصل عليها.

جدول رقم (08) يوضح ثبات مقياس المشكلات السلوكية الانفعالية عن طريق معادلة التجزئة النصفية

اسم المقياس	عدد البنود	حجم العينة	معامل الثبات
المشكلات السلوكية و الانفعالية	70	30	0.960

يتضح لنا من خلال الجدول الأعلى أن مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية يتمتع بمعامل ثبات يقدر بـ 0.960، و هذا ما يدل أن ثبات المقياس مرتفع و مقبول.

❖ معامل ألفا كرومباخ:

و الذي هو معامل لقياس الموثوقية هي إسم آخر للإتساق و يتم تصميم إختبارات ألفا كرومباخ لمعرفة ما إذا كانت الاستطلاعات و الاستبيانات و الإختبارات الأخرى موثوقة و ذلك عن طريق قياس المتغيرات الكامنة و الخفية.

الجدول رقم (09) يمثل معامل ألفا كرومباخ لمقياس المشكلات السلوكية و الإنفعالية

المقياس	معامل ألفا كرومباخ
المشكلات السلوكية و الانفعالية	0.945

(3) منهج البحث:

إن كل دراسة تتطلب منهج يساعد على الوصول الى الغاية أو الهدف المسيطر من حيث الباحث و عليه اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى يكون بحثه دقيقا إذ هو جملة من المبادئ و القواعد و الإشارات التي يجب على الباحث إتباعها من بداية بحثه إلى نهايته للكشف عن العلاقات الهامة و الجوهرية و الضرورية التي تخضع لها الظواهر حيث تجد عدة تعريفات و منها:

3-1) التعريف المنهج العيادي:

يشير المنهج العيادي الى المنهج الذي يدرسه الفرد ككل فريد من نوعه، أي أنه دراسة الفرد كوحدة متكاملة مميزة عن غيرها، يهدف إلى فهم شخصية فرد معين بالذات و تقديم المساعدة اليه (المليحي، 2001، ص 30) نقلا عن (د. لوجان العالية، 2020، ص 92)

و كذلك يعتمد على منهج دراسة الحالة هو المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية واحده سواء كانت فردا أو مؤسسة أو نظاما اجتماعيا أو مجتمعا محليا أو مجتمعا علما وهو يقوم على أساس التعمق في الدراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها و ذلك بقصد الوصول الى تعميمات عملية متعلقة بالوحدة المدروسة و غيرها من الوحدات المشابهة لها.

(4) الدراسة الأساسية:

قمنا بالدراسة الأساسية بعد حصولنا على رخصه للقيام بالبحث الحالي من مدير و رئيس المركز النفسي البيداغوجي لأولياء الأشخاص المصابون بالإعاقة العقلية " ثيغري أوسيرم" زميلي بتيزي وزو، حيث سمح لنا مدير المركز بإجراء بحثنا مع هذه الفئة و مع

المشرفين، و ذلك بالقيام بالمقابلة معهم بجمع قدر كبير من المعلومات حول الحالة المراد دراستها.

4-1) الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الأساسية:

قمنا بالدراسة الأساسية في المركز النفس البيداغوجي " ثيغري أوسيرم" بزميلي أكلي تيزي وزو، في ماي 2024، بموافقه مدير ورئيس المركز النفسي البيداغوجي وأولياء الأطفال المعاقين ذهنيا، وقد دامت دراستنا الأساسية شهر تقريبا من الزمن.

5) مجموعة البحث:

عينة البحث يقوم الباحث بإختيارها حسب طبيعة البحث العلمي في العلوم و المجتمع الكلي للأفراد، و الباحث يقوم بإختيار جزء منه فقط مع التأكد من أن الجزء المختار يمثل المجموع، و هذا الجزء هو عينة البحث (نجوس م، 2004، ص 114) نقلا عن (بلقاسم، زربوط، 2016، ص 91).

5-1) تعريف العينة القصدية:

و هي العينة التي تعتمد على نوعا من الإختيار المقصود حيث يعتمد الباحث أن تتكون العينة من وحدات يعتقد أنها تمثل المجتمع الأصلي تمثيلا صحيحا (أحمد، 2011، ص 27).

و هي عينة يتم إختيارها على أساس من الخبرة السابقة، فقد يلاحظ الباحث من الدراسات السابقة أن مجموعة من المفردات يتمثل فيها الخصائص ما يجعل نتائجها قريبة من نتائج المجتمع ككل (رجب، 2003).

و من الملاحظ أن العينة القصدية هي أكثر العينات إستخداما، نظرا لسهولة الوصول للمفردات، بالإضافة إلى إعتداد الباحث بأن هذه المفردات تحديدا هي الأقدر على تزويده بالبيانات التي يحتاجها في دراسته.

5-2) خصائص عينه البحث:

الجدول رقم (10) يمثل خصائص مجموعة البحث التي تتكون من ستة حالات (06) و هي كما يوضح الجدول التالي:

الجنس	الإسم	السن	نوع الإعاقة
ذكور	زيدان	09	تخلف عقلي بسيط
	عماد	09	تخلف عقلي بسيط
	ياسين	10	تخلف عقلي بسيط
إناث	سهام	09	تخلف عقلي بسيط
	نوال	10	تخلف عقلي بسيط
	ليندا	09	تخلف عقلي بسيط

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه خصائص مجموعة البحث التي تتكون من ستة حالات من بينها ذكور و إناث، و من كلا الجنسين تتراوح أعمارهم من 09 و 10 سنوات، يعانون من تخلف عقلي بسيط.

6) أدوات و وسائل البحث:

لقد ابتكر العلماء النفسانيين طرقا أفضل لجمع البيانات، و التي تصف بدقة الجوانب المختلفة للظواهر أو الموضوعات البحثية المتنوعة، و في الأبحاث الإكلينية تتعدد وسائل جمع البيانات في البحوث الإستطلاعية لأسباب متعددة، و ذلك لأن الباحث لا

يستطيع الاعتماد على وسيلة واحدة لجمع بيانات شاملة ومعقدة من الحالة، كما أن بعض الوسائل أو الأدوات تقوم على التقدير الكمي و بعضها يعتمد على التقدير الكيفي، بالإضافة الى تعدد الوسائل يجعلها يكمل و يؤيد بعضها بعض (عبد المعطي حسن مصطفى، 2003، ص 73).

6-1) المقابلة العيادية:

لدراسة قلق الانفصال و الاضطرابات السلوكية و الانفعالية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فئة التأخر العقلي تم الاعتماد على المقابلة العيادية و التي تعرف بأنها الأداة الرئيسية التي يستخدمها النفسي في كل مین التقييم و العلاج، تكشف عن الاهتمامات و المشاغل و المشكلات كما يجبرها العميل فيصور عالمه الظاهري و قيمته الشخصية و تصورات و الأمل و المخاوف التي يعيشها (ملیكة، 2010، ص 121-122) نقلا عن (زربوط اوريدة، 2016، ص 93).

بحيث إعتدنا على المقابلة العيادية نصف الموجهة و التي تعرف على أنها نمط من أنماط المقابلة أين يقوم العيادي بطرح دليل المقابلة الذي يحتوي على تساؤلات متعلقة بمواضيع تساعد في بحثه، و لا يشترط أن تكون هذه الأسئلة متسلسلة و متدرجه، و إنما ينبغي أن تكون منظمة في إطار المناقشة مع إعطاء المفحوص الحرية في الحديث حول الموضوع المقترح دون مقاطعته (Benoui Herve, Khodja Chahraoui, 1990, p 26) نقلا عن (بلقاسم صبرينة، 2016، ص 94).

كما يعرفها "محمد خليفة" على أنها: تلك التي تعتمد على دليل المقابلة و التي ترسم خططها مسبقا بشيء من التفصيل، و توضح لها تعليمات محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض، و فيها تحديد الأسئلة و صياغتها و ترتيب توجيهاتها و طريقة

إلقائها، بحيث يكون في ذلك المرونة بعيدا عن أي تكليف (محمد خليفة بركات، 1984، ص 126) نقلا عن (بلقاسم صبرينة، 2016، ص 95).

و تمت المقابلة نفس الوجهة وفق دليل يتضمن محاور مختلفة من طرف الباحثين من أجل جمع المعلومات حول موضوع البحث و هي:

❖ المحور الأول: محور خاص ببيانات الشخصية.

يشمل أسئلة البيانات الشخصية للفرد من اسم، سن، المستوى الدراسي، الحالة الاقتصادية، عدد الأخوة، الرتبة، الحالة المدنية، المهنة.

❖ المحور الثاني:

يتمثل في الحياه العلائقية وكيفيه الحياه الطفيلية لا سيما العلاقة مع أفراد العائلة خاصه الأبوين ومع الأقران والتي هي الأساس في تكوين شخصيته بأبعادها المختلفة المعرفية والانفعالية والسلوكية.

❖ المحور الثالث: محور خاص بقلق الانفصال.

و هو معرفه معاناه الطفل قلق الانفصال الذي يبديه بخوف المفرط من الانفصال عن الوالدين و عن الأشخاص المقربين و منه و التي هي محنته القصوى و المستمرة أثناء فترة الانفصال و بذلك يصور الاضطرابات أو المشاكل السلوكية و الانفعالية لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (تأخر عقلي).

❖ المحور الرابع: محور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية.

و هو تحديد مستوى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية لدى التلميذ المعاق ذهنيا بالدرجة التي سوف يتحصل عليها على مقياس الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بأبعاده

(العدوان، مشكلات التصرف، الانسحاب الاجتماعي، النشاط الزائد، القلق، الاكتئاب، المشكلات النفسية الجسمية ومشكلات التعلم).

❖ المحور الخامس: محور خاص بالحياة المستقبلية.

هذا المحور خاص بالنظرة الى المستقبل و الهدف منها التعرف على أهدافه و نظراته و طموحاته و أحلامه التي يريد تحقيقها مستقبلا.

6-2) مقياس قلق الانفصال:

❖ وصف وتصحيح مقياس قلق الانفصال:

إعداد الباحثين د. صالح و السمياري عام (2009) ، و يشتمل على (39) بنداً، و مر إعداد المقياس بمراحل يمكن حصرها في مرحله تراث الدراسة وتعريف مصطلحات الدراسة و عرض المقياس في الصورة المبتدئة على أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس جامعه الاقصى، للتحقق من صدق الظاهري و الصدق البناء حيث أوضحوا أن المقياس مناسب للموضوع و يقيس الموضوع لأجله و من أجل الحصول على تساوي أوزان فقرات المقياس.

❖ مفتاح تصحيح مقياس قلق الانفصال:

أعطيت التقديرات (1، 2، 3) لمقياس ثلاثي الدرجات بدرجة كبيرة (3) ، بدرجة متوسطة (2) بدرجة قليلة (1) لما كان عدد فقرات المقياس يتكون من (37) فقره تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (42 – 126) درجة فقامت الباحثتان بحساب الصدق و الثبات من خلال صدق البناء و تم حساب بالإعادة و جاءت النتيجة (88,0) كما إستخرجته الباحثتان معامل الثبات عن طريق معامل الفاكرونباخ و الذي بلغ (0.94) و هو معامل ثبات مرتفع.

3-6) مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية:

صمم هذا المقياس للكشف عن مشكلة السلوكية و الانفعالية لدى الأطفال من تتراوح أعمارهم بين 6 سنوات إلى 18 سنة و يتكون من 70 فقرة تقيس ستة أبعاد و هي: العدوان، مشكلات التصرف، النشاط الزائد، و مشكلات النفسية الجسمية و مقياس الصدق.

❖ مفتاح التصحيح لمقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية:

1. تعليمات التطبيق:

يتميز المقياس في سهوله تطبيقه، اذ لا يتطلب أيه درجة من التخصص أو التدريب، حيث يستطيع أي معلم أو معلمه تطبيقه شريطه أن تكون لديه ألفة بالطالب أو أتاحت له الفرصة الملاحظة سلوكه لمدة لا تقل عن شهر في البيئة المدرسية.

كما يتميز المقياس في قصر المدة الزمنية التي يحتاجها المعلم لتطبيقه، حيث لا يتجاوز (15) دقيقه بالعادة، كذلك فان تطبيق المقاييس لا تطلب تعاون الطالب أو وجوده لإتمام عملية التطبيق.

يتضمن الصفحة الأولى من المقياس معلومات أوليه (مثل اسم الطالب، و تاريخ ميلاده، و إسم المعلم.....الخ) و تعليمات محدده للتطبيق المقياس كما يلي:

العبارات التالية تصف سلوك الطلبة، يرجى وصف سلوك الطالب عن كل عباره من العبارات، و ذلك بوضع الدرجة في المربع ذي اللون الأبيض المقابل لها وفقا للمعيار التالي:

- درجة (1) اذا كان طالب لا يظهر السلوك مطلقا.
- الدرجة (2) اذا كان طالب نادرا ما يظهر السلوك.
- الدرجة (3) اذا كانت طالب كثيرا ما يظهر السلوك.

- الدرجة (4) اذا كانت طالب كثيرا جدا ما يظهر السلوك.

يرجى تقدير سلوك الطالب على كل عباره من العبارات المقياس و من الأهمية أن يقوم الأخصائي النفسي بمراجعته استثمار التطبيق بعد إتمامها من قبل المعلم، و ذلك للتأكد بأن المعلم إستجاب لجميع الفقرات و مثال ذلك، طبقت المعلمة عائشة المقياس على الطالبة جوهره و البالغة من العمر 16 عاما، و وصفت المعلمة الطالبة بأنها لا تتذمر بأنها مريضه مطلقا فقرة (1)، و تنمرد على الآخرين أحيانا فقرة (2) ، و تفتعل المشكلات مع الآخرين كثيرا فقرة (3) ، و كذلك لا تبدي إنتباها للشرح المعلمة كثيرا جدا فقرة (4).

و بناء على معيار التقدير الموضحة سابقا رصدت المعلمة في المربعات البيضاء الموازية للفقرات الدرجات التالية: 1 و 2، 3، 4، على التوالي الفقرات السابقة كما هو موضح في الجدول:

جدول رقم (11) مثال على الاستجابة لفقرات المقياس:

- 1: لا يظهر السلوك مطلقا. 2: نادرا ما يظهر السلوك.
- 3: كثيرا ما يظهر السلوك. 4: كثيرا جدا ما يظهر السلوك.

الفقرة	1	2	3	4	5
1- يتذكر بأنه مريض.				1	
2- يتمرد على الآخرين.	2				
3- يفتعل المشكلات مع الآخرين.	3				
4- لا يبدي انتباها لشرح المعلم.		4			

2. تعليمات التصحيح:

كسب الدرجات الخام:

تحتسب الدرجة الخام بجمع المربعات ذات اللون الأبيض في كل عمود من الأعمدة بشكل مستقل، حيث أن كل عمود يمثل بعداً من الأبعاد الستة التالية :

- المربعات ذات اللون الأبيض في العمود (1) تمثل الفقرات المتضمنة في بعد العدوان، التصرف.
- المربعات ذات اللون الأبيض في العمود (2) تمثل الفقرات المتمثلة في بعد القلق الاكتئاب.
- المربعات ذات اللون الأبيض في العمود (3) تمثل الفقرات المتضمنة في المشكلات التعلم.
- المربعات ذات اللون الأبيض في العمود (4) تمثل الفقرات المتضمنة في بعد النشاط الزائد.
- المربعات ذات اللون الأبيض في العمود (5) تمثل الفقرات المتضمنة في مقياس الصدق.
- المربعات ذات اللون الأبيض في العمود (6) تمثل الفقرات المتضمنة في مقياس الصدق.

و يتم حساب الدرجة الكلية للمقياس يجمع الدرجات الخام للأبعاد جميعاً باستثناء مقياس الصدق . ثم يتم رصد مجموع الأبعاد في المربعات الخاصة في مجموع الدرجات الخام للأبعاد، و الدرجة الكلية في نهاية إستمارة المقياس و مثال ذلك: طبقت المعلمة عائشة المقياس على الطالبة جوهرة، و تم جمع جميع المربعات البيضاء في كل عمود من

الأعمدة في جميع صفحات المقياس، و تم تدوينها في جدول مجموع الدرجات العام على الأبعاد و الدرجة الكلية كما هو موضح في الجدول رقم (12).

جدول (12) يمثل الدرجات الخام على أبعاد المقياس و الدرجة الكلية:

الدرجة الخام	28	31	66	10	12	5	147
رقم العمود	1	2	3	4	5	6	5+4+3+2+1

3. تحويل الدرجة الخام إلى رتبة مثينية:

تتطلب عملية تحويل الدرجات الخام على كل بعد من أبعاد المقياس و الدرجة الكلية إلى رتبة مثنية إتباع الخطوات التالية:

- أكتب الدرجات الخام لمجموع كل بعد من الأبعاد الخمسة، و كذلك الدرجة الكلية في الربع المخصص للدرجات الخام في الصفحة النفسية كما هو موضح في الشكل (01).
- و من الأهمية أن يتأكد الأخصائي النفسي من أن كلّ درجة خام تناظر البعد الذي تمثله.
- إرجع إلى جدول التوزيع المثيني (المطابق الجنس الطالب و فئة العمرية) ملحق " هـ " أو " ح " تبعا لجنس الطالب.
- أوجد الدرجة الخام في عمود الدرجات الخام للبعد.
- أوجد الرتبة المثنية المناظرة لها في العمود الخاص بالرتبة المثينية، وفي حالة عدم وجود رتبة مثينية تناظر الدرجة الخام التي حصل عليها الطالب يتم تقدير الرتبة المثينية المناظرة لها من خلال تحديد النقطة الوسط ما بين الرتبة المثينية للمناظرة

لدرجة الخام الأعلى من الدرجة و الرتبة المئينية المناصرة للدرجة الخام الأدنى من الدرجة التي حصل عليها الطالب.

- رصد الرتبة المئينية في الربع المخصص للرتبة المئينية في الصفحة النفسية كما هو موضح في الشكل (1).

و مثال ذلك ثم تحويل الدرجات الخام للطالبة جوهرة التي سبق ذكرها في الجدول (12) إلى رتب مئينية كما هو موضح في الشكل (01).

4. تحويل الدرجة الخام إلى الدرجة التائية المعيارية:

تتطلب عملية تحويل الدرجة الخام على كلّ بعد من أبعاد المقياس و الدرجة الكلية إلى درجة تائية معيارية إتباع الخطوات التالية:

- إرجع إلى جدول الدرجات التائية المعيارية ملحق "ج" أو "د" (المطابق الجنس الطالب و فئة العمرية).
- أوجه الدرجة الخام في العمود الخاص للبعد الذي يمثلته.
- أوجد الدرجة التائية المعيارية في المربع المخصص للدرجة التائية المعيارية في المربع المخصص للدرجة التائية في الصفحة النفسية، كما هو موضح في الشكل (01).

و مثال ذلك: تم تحويل الدرجات الخام للطالبة جوهرة التي سبق ذكرها في الجدول (12) إلى درجات تائية كما هو موضح في الشكل (01).

5. تفسير النتائج:

إن تفسير البيانات المتحققة من تطبيق المقياس تتطلب مهني مؤهل يتمتع بمهارات في القياس النفسي، و نمو الطفل، و الإضطرابات السلوكية و الانفعالية و الممارسات

التربوية و الإكلينيكية في البيئة المدرسية و تشمل عملية تفسير النتائج المتحققة من المقياس التحقق من صدق إستجابة التعليم لدرجات على الأبعاد و الدرجة الكلية، و الصفحة النفسية و الدرجات على مستوى الفقرات.

6. صدق استجابة المعلم:

إن دقة استجابات المعلم لفترات للقياس تعد جوهر التوصل إلى بيانات و معلومات حقيقية يمكن من خلالها رسم صورة صادقة تمثل الحالة النفسية للطالب يمكن استخدامها في إتخاذ قرارات نفسية و تربوية تلبي حاجاته، و عليه فإن من الأهمية أن يطور الأخصائي النفسي علاقة مع المعلم تتسم بالإحترام و الثقة، و كذلك التأكد من وعي المعلم بأهمية و دقة إستجاباته على جميع الفقرات المتخصصة في المقياس.

و يمكن التحقق من صدق إستجابات المعلم من خلال مراجعة الفقرات المتضمنة بمقياس الصدق، و هي الفقرات ذوات الأرقام (01، 07، 13، 17 و 21) و قد صممت هذه الفقرات بحيث يكون من المستحيل أن يقوم الطالب أو يظهر السلوكيات المتضمنة فيها، فعلي سبيل المثال، الفقرة (21) تنص على أن الطالب يعرف سيمفونية الساعة، و عليه فإن الدرجة على جميع فقرات مقياس الصدق يجب أن تكون (01) أي أن الطالب لا يظهر السلوك مطلقاً، و في حالة اختلاف الدرجة، فإن ذلك يعتبر مؤشراً على عدم دقة استجابات المعلم على المقياس.

7. الدرجات على الأبعاد و الدرجة الكلية:

إن الدرجات الخام على الأبعاد و الدرجة الكلية لا يوجد لها معنى تطبيقي، و الإعطاء هذه الدرجات معنى لابدّ من تحويلها إلى درجات يمكن استخدامها مقارنة المشكلات و الصعوبات التي يظهرها الطالب في كل بعد من الأبعاد بأقرانه في المجموعة المرجعية التي ينتمي إليها تبعاً لمتغير الجنس (ذكر، و أنثى)، و الفئة العمرية (16 -

11 - 12 - 13 - 16 - 18) وكذلك مقارنة التفاوت أو الاختلاف في مستوى تلك المشكلات، أو الصعوبات لدى الطالب صمت الأبعاد المختلفة بغض النظر عن اختلاف عدد الفقرات ضمن تلك الأبعاد. و التحقيق ذلك، تم اشتقاق درجات تائية معيارية و رتب مئينية للذكور و كذلك للإناث في الفئات العمرية السابقة الذكر بإعتبار كل فئة مجموعة مرجعية مستقلة.

إنّ متوسط الدرجات التائية (50) طابقت تماما متوسط الدرجات الخام في كل مجموعة مرجعية، و مما تجدر الإشارة إليه إن ارتفاع الدرجة التائية تعتبر مؤشرا على أن الطالب يعاني من إرتفاع في المشكلات، و انخفاض الدرجة يشير إلى انخفاض المشكلات.

إنّ الدرجة التائية التي تقع ضمن الدرجات التائية (40) و (59) تعبير ضمن المتوسط، و الدرجة التائية التي تزيد عن المتوسط بإنحراف معياري (01) على الأقل (60) أو على تفسر في العادة على أنها ذات دلالة إكلينيكية. و يمكن تصنيف الدرجات التائية على الأبعاد تبعا للتصنيف الموضح في الجدول (13).

جدول رقم (13) يمثل تصنيف الدرجات التائية.

الدرجة التائية	التصنيف
أقل من 30	منخفض جدا
30 - 39	منخفض
40 - 59	متوسط
60 - 69	مرتفع (ذات دلالة)
أعلى من 70	مرتفع جدا (ذات دلالة إكلينيكية)

7) الأساليب الإحصائية المعتمدة عليها:

و للإجابة على تساؤلات الدراسة و التأكد من صحة الفرضيات تم إستخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة و هي ذات أهميه بالغه و من بينها نجد:

7-1) برنامج Spss:

هو أحد البرامج الإلكترونية من أجل تسهيل العمليات الإحصائية و الذي يمثل سندا كافيا في القيام بالعديد من المعالجات الإحصائية و التحليلات الرياضية التي تساعدنا في الدراسات العلمية، حيث يمكننا من تطبيق الاحصاء بشكل صحيح، و يحتوي هذا البرنامج على معاملات الارتباط، إختبارات للفروقات، المتوسط، الوسيط، اختبار أنوفا، الانحراف المعياري، التباين.

لقد تم مراعاة تكامل بين الأسلوبين الكمي والكيفي في تحليل و مناقشة و تفسير نتائج الدراسة و الإجابة على تساؤلاتها و هذا تحقيق الأهداف الدراسة.

7-2) معامل الفاكرونباخ:

الذي طوره كرونباخ في عام 1951، و هو معامل لقياس الموثوقية، أو الاتساق الداخلي "الموثوقية" هي اسم آخر للاتساق و يتم تصميم إختبارات الفاكرونباخ لمعرفة ما اذا كانت الاستطلاعات و الاستبيانات و الإختبارات الأخرى موثوقة وذلك عن طريق قياس المتغيرات الكامنة أو الخفية أو غير الملحوظة مثل: ضمير الشخص أو حالته العقلية، أو درجة انفتاحه على العالم، و المتغيرات الأخرى التي يصعب قياسها في الحياة الواقعية.

بحيث يقدم لنا معامل الفاكرونباخ للباحث مدى الارتباط بين مجموعة من العناصر الخاصة بإختبار أخصائي ما كمجموعة متناسقة و متحددة.

7-3) طريقة التجزئة النصفية: Split-Holf Method

و تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الإختبار المطلوب تعيين معامل ثباته الى نصفين متكافئين و ذلك بعد تطبيقه على مجموعه واحدة.

و في هذه الطريقة يطبق الإختبار مرة واحدة فقط ثم تقسم درجات العينة الى نصفين متكافئين تماما من حيث العدد، و مستوى السهولة، و الصعوبة، و لكي يتحقق ذلك فانه ينبغي أن يقسم الإختبار بحيث يحتوي نصفه الأول على الفقرات ذات الترتيب الفردي، و القسم الثاني الفقرات ذات الترتيب الزوجي، و هذا يعني أن الإختبار يعطي بكامله في جلسة واحدة و في حدود زمنية واحدة.

إلا أنه بعد تطبيق تشتق درجتان منفصلتان، واحدة من تصحيح الفقرات ذات الأرقام الفردية و الأخرى من تصحيح الفقرات ذات الأرقام الزوجية و معامل الارتباط بين الدرجتين يعطينا مقياسا للدقة التي يقيسها الإختبار.

8) كيفية تطبيق أدوات البحث:

إذا في الأخير قمنا بتطبيق أدوات البحث بعد حصول على موافقة من طرف مدير المركز النفسي البيداغوجي زميلي أكلي في جوان 2024، بولاية تيزي وزو، بالإضافة الى طلب موافقه الحالات بمقابلتنا لها و ذلك بطريقه فرديه بعدما شرحنا الهدف من المقابلة و الفرض منها و التأكد على ضمان سرية المعلومات التي سيدلون عليها.

الفصل السادس

عرض و تحليل و مناقشة النتائج.

1) عرض و تحليل نتائج الحالات.

1-1) الحالة الأولى.

2-1) الحالة الثانية.

3-1) الحالة الثالثة.

4-1) الحالة الرابعة.

5-1) الحالة الخامسة.

6-1) الحالة السادسة.

2) مناقشة عامة للحالات الستة.

3) استنتاج عام.

1) عرض و تحليل نتائج الحالات.

1-1) الحلة الأولى:

1-1-1) تقديم الحالة الأولى:

سهام فتاة تبلغ من العمر 09 سنوات، التحقت بالمركز النفسي البيداغوجي نظرا لإصابتها بالتأخر العقلي درجته بسيط، المتوسط الاقتصادي للوالدين متوسط، لديها 05 إخوة: الذكور 01 و الإخوات 04، مرتبتها في العائلة تحتل المرتبة الخامسة، و هي تتواجد في مجموعة البنات اللواتي يتعلمن الطبخ أي ورشة الطبخ و الترتيب و الحلاقة.

1-1-2) عرض مضمون المقابلة العيادية للحالة الأولى:

قمنا بالمقابلة نصف موجهة مع سهام في مكتب الأخصائية النفسانية في المركز النفسي البيداغوجي لزميلي أكلي بحيث تتضمن المقابلة محاور أساسية و منها محور البيانات الشخصية الذي يحتوي على المعلومات الشخصية الخاصة بها التي سبق ذكرها في تقييم الحالة.

محور السوابق المرضية الذي يتناول التاريخ المرضي للحالة إمكانية وجود اضطراب أو مشكل صحي لدى سهام بحيث لديها مشكلة في القلب (Souffle cardiaque) و تبين وجود أمراض وراثية في الأسرة هي الأمراض النفسية الإكتئاب، كما أنها لم يسبق لها أن قامت بعمليات جراحية تستوجب الإستشفائية و لم يسبق لها أن تناولت العلاج الدوائي.

أما محور الحياة العلائقية فهو يهتم بالجانب العلائقي للحالة الأولى، تبين من خلال هذا المحور أن لديها علاقات جيدة مع أبويها، أخواتها، و أن لديها رفاق و أصدقاء كذلك تجمعهم علاقة جيدة و فيما يخص شعورها عندما تتحدث مع غيرها كانت

تصرح أنها تشعر بالفرح كما أن لديها علاقات جيدة مع زملاء المركز و كذلك مع مربية المركز فهي تحب الحفلات و الخرجات البيداغوجية.

و محور قلق الانفصال يبين لنا مدى تواجد قلق الانفصال للحالة و فيها ما يخص هذا المحور عن ما سألناها عن شعورها حين تتفصل عين أسرتها وهي ذاهبة إلى المركز النفسي البيداغوجي أنها تشعر بالحزن و لا تحب مفارقة عائلتها.

و بالتالي قالت أنها تبكي أحيانا في الصباح عند ما تخرج من البيت كما صرحت أنها ينتابها شعور بضيق و توتر و هي تتفصل عن أسرتها قاتلة "تسوقاذغ" بمعنى أخاف و بالتالي عبرت عن شعورها بالفرح و السعادة عند رؤية واليديها يسترجعانهما من المركز مساءا.

حيث صرحت كذلك أنها تشعر بالخوف كثيرا عند النوم خارج البيت عند الأقارب.

كما عبرت عن شعورها أنها تراودها أفكار سلبية حول فقدان أمها قالت "أيه تسوقاذغ أشو يتاغن يما" أي أخاف من أن يحصل مكروه لأمي.

❖ محور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية:

حين سألتها عن تصرفاتها عندما تشعر بالغضب صرحت أنها تبكي.

و هل تتشاجر مع أصدقائك و رفقاءك في المركز صرحت أنها نعم تتشاجر أما مع الجيران فلا تتشاجر، و أنها تعاني من صداد ما في جسمها أحيانا تصاب بصداع في الرأس أما عن سلوكياتها داخل القسم و في الساحة صرحت المربية أنها هادئة و تتبع تعليماتها و أحيانا توتر و تصاب بالقلق عندما تنتظر دورها.

❖ محور النظرة المستقبلية:

عندما سألتها عن ما ترغب تحقيقه مستقبلا قالت "أتمنى أن أصبح طبيبة " بالقبائلية قالت "أفغنيغ أدفاغ تاطيبت" و قالت أريد أن أبقى هكذا مستقبلا فيما يخص نظرتها لذاتها و لنفسها في المستقبل، كما عبرت عن طموحاتها التي تسعى إليها مستقبلا بالزواج و بناء أسرة.

و فيما يخص الأشياء التي تحب إنجازها و تكون سعيدة عند القيام بها قالت "أنسبغ أغروم" أي صناعة و طهي الخبر.

1-1-3 عرض و تحليل نتائج مقياس قلق الانفصال:

❖ عرض نتائج مقياس قلق الانفصال بعد تطبيقنا لمقياس قلق الانفصال للحالة الأولى "سهام" تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (14): يوضح نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الأولى سهام.

الحالة	الدرجة	دالاتها
الحالة الأولى "سهام"	72	متوسط

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنّ الحالة الأولى "سهام" تحصلت على درجة 72 في مقياس قلق الانفصال و التي مدلولها متوسط مما يدل على وجود قلق الانفصال لدى الحالة الخامسة " بدرجة متوسط.

1-1-4) عرض و تحليل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الأولى سها م تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (15) يوضح نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية.

الأبعاد	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الرتبة المئوية	دلالتها
1) بعد العدوان و التصرف.	30	55	81%	متوسط
2) بعد الإكتئاب و القلق.	25	66	93%	مرتفع ذات دلالة.
3) بعد مشكلات التعلم.	60	80	98%	مرتفع جدا (ذات دلالة إكلينيكية).
4) بعد النشاط الزائد	13	66	90%	مرتفع (ذات دلالة)
5) بعد مشكلات نفسية جسمية.	15	97	97%	مرتفع جدا (ذات دلالة إكلينيكية).
6) بعد الصدق.	07			أكبر من 05 تدل على عدم صدق إستجابات المعلم لفقرات المقياس
المجموع الكلي لدرجات المقياس.	143	72	95%	مرتفع جدا (ذات دلالة إكلينيكية).

من خلال الجدول و الشكل أعلاه يمثل النتائج المتحصل عليها في تطبيقنا لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية ففي البعد الأول العدوان و تصرف تحصلت على درجة تائية 55 و الدرجة الخام 30 و الدرجة المئوية 81 % و التي مدلولها متوسط و في البعد الثاني الإكتئاب و القلق تحصلت على الدرجة الخام 25 و درجة التائية 66 و الدرجة المئوية 93 بالمئة و التي مدلولها مرتفع ذات دلالة.

و في البعد الثالث لمشكلات التعلم تحصلت الحالة الأولى على الدرجة الخام 60 درجة و الدرج التائية 80 و الرتبة المئوية 98 % و هو ذات دلالة إكلينيكية مرتفع جدا حيث تعاني الحالة الأولى من مشكلات التعلم.

و في البعد الرابع النشاط الزائد تحصلت على الدرجة الخام 13 و الدرجة التائية 66 و الرتبة المئوية 90 % و مدلولها مرتفع ذات دلالة.

و في البحث الخامس لمشكلات نفسية جسمية تحصلت على الدرجة الخام 15 و الدرجة التائية 79 و الرتبة المئوية 97 % و مدلولها مرتفع جدا ذات دلالة إكلينيكية.

و في البعد السادس الصدق تحصلت على 07 درجات فهي أكبر من 05 مما يدل على عدم صدق إستجابة المعلم لفقرات مقياس الصدق.

و في المجموع الكلي لدرجات المقياس للمشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الأولى "السهم" تحصلت على الدرجة الخام 143 درجة و في الدرجة التائية 72 و الرتبة المئوية 95 % مدلولها مرتفعا جدا أي ذات دلالة إكلينيكية على وجود مشكلة سلوكية و وجدانية للحالة الأولى سهم.

5-1-1 خلاصة الحالة:

من خلال التحليل الكمي لنتائج المقياس لقلق الانفصال تبين أنّ الحالة الأولى "سهام" حصلت على الدرجة 72 التي مدلولها قلق الانفصال متوسط مما يدل على أن الحالة تعاني من قلق انفصال متوسط و في تحليلنا لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية حيث حصلت الحالة الأولى على درجه كلية على مقياس بدرجة الخام 143 و درجة تائية 72 و رتبه مئوية 95 % دلالتها مرتفع جدا (أي ذات دلالة إكلينيكية) حيث أن الحالة الأولى تعاني من المشكلات السلوكية و الوجدانية و في تحليلنا الكيفي لمضمون دليل المقابلة توصلنا إلى أن الحالة الأولى سهام تشعر بالحزن و أحيانا تبكي و قالت أنها تخاف من البقاء لوحدها دون أسرتها و تراودها أفكار سلبية حول فقدان أمها أو حصول مكروه لها و في محور الإضطرابات السلوكية الوجدانية أنها كثيرة الشجار و المشدات الكلامية مع أصدقائها في المركز و لديها مشكلات نفسية جسمية صداع في الرأس و هي غير مستقرة إنفعاليا و سلوكيا مما يؤكد وجود مشكلات سلوكية و وجدانية للحالة الأولى "سهام".

مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال

: الصفحة النفسية

الدكتور جلال حاج حسين جرار

الحالة الأولى: سهام العمر: 9 سنوات

الدرجة التائية	الدرجة الكلمية	النفس المتغير	النشاط الرائد	مشكلات التعلم	التفكير الافتقار	الدرجة التائية
+100	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	50
40	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	10
الدرجة التائية	72	79	66	80	66	55
الرتبة المئينية	95	97	90	98	93	81
الدرجة الخام	143	15	13	60	25	30
رقم العمود	5+4+3+2+1	5	4	3	2	1

- تشير الدرجات التائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات التائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

1-2 (الحالة الثانية):**1-2-1 (تقديم الحالة الثانية):**

نوال فتاه تبلغ من العمر 10 سنوات لديها تأخر عقلي بسيط، المستوى الإقتصادي للوالدين جيدة، و لديها 2 أخوات مرتبتها في العائلة تحتل نوال المرتبة الثانية، التحقت بالمركز النفسي البيداغوجي زميلي.

1-2-2 (عرض مضمون المقابلة):

قمنا بالمقابلة نصف موجهه مع نوال في مكتب الأخصائية النفسانية بحيث تتضمن المقابلة عدة محاور أساسيه و هي محور البيانات الشخصية التي تحتوي على المعلومات الشخصية الخاص بالحالة نوال.

و محور السوابق المرضية الذي يتناول التاريخ المرضي للحالة للتأكد من وجود سوابق مرضية من عدمها بحيث لا يوجد لديها حالياً اضطراب صحي ما أو أمراض وراثيه في الأسرة بحيث قامت بعملية جراحية في القلب عندما كانت صغيرة و كان لديها علاج دوائي، أما حالياً فهي في صحة جيدة.

و المحور الثالث يتناول الحياة العلاقية بحيث صرحت نوال عن علاقاتها الجيدة في الأسرة مع الأبوين و الإخوة و كذلك لديها رفاق و أصدقاء و علاقتها معهم جيدة و عبرت عن شعورها عندما تتحدث معهم بالفرحة و السرور، كما أن لديها علاقات جيدة مع زملائها في المركز نفس البيداغوجي و أن علاقتها مع مربية المركز جيدة، كذلك صرحت أنها تحب العلاقات و الخرجات البيداغوجية كثيراً.

أما فيما يخص محور قلق الانفصال حيث أعربت عن شعورها و هي تنفصل عن أسرتها ذاهبة إلى مركز النفسي البيداغوجي أنها عادية و ليس هناك ما يشغل بالها

كما أنها لا تبكي صباحا عند الذهاب إلى المركز النفسي بينما صرحت على أنها تشعر بالسعادة مساء عند رؤية والديها يسترجعانها من المركز، و عند سؤالها عن شعورها و هي تنام خارج البيت بعيدا عن أسرتها أنها لا تحب مفارقة أهلها و النوم عند الأقارب.

و فيما يخص هل تراودها أفكار سلبية حول فقدان أمها قالت نعم أخاف من فقدان أمي.

و في تحليلنا لمضمون المقابلة لمحور الإضطرابات السلوكية و الوجدانية فيما يخص شعورها و هي غاضبه أخبرتنا أنها تدور و تدور عندما تغضب كما أنها لا تتشاجر مع أصدقائها في المركز و لا حتى مع الجيران أيضا.

كما أنها تعاني من صداع في جسمها، و سلوكاتها داخل القسم و في الساحة مهذبة و هادئة.

و كذلك تتبع تعليمات المربية كما أنها بإمكانها أن تنتظر دورها دون قلق أو توتر منها. و فيما يخص محور النظرة المستقبلية أخبرتنا أن لديها أهداف ترغب في تحقيقها مستقبلا و هي أن تصبح خياطة و التزيين.

و نظراتها لذاتها مستقبلا نظرة تفاؤلية و ذات كفاءة و توجيه.

كما أنها تكون سعيدة بإنجازها الخياطة و الطرز كذلك و تسعى و تتمنى أن تكون خياطة ماهرة مستقبلا.

1-2-3 عرض و تحليل نتائج مقياس قلق الانفصال:

❖ عرض نتائج مقياس قلق الانفصال:

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الانفصال للحالة الثانية "نوال" تحصلنا على النتائج

التالية:

الجدول رقم (16): نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الثانية "نوال".

الحالة	الدرجة	دالاتها
الثانية "نوال"	66	متوسط

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنّ الحالة الثانية "نوال" تحصلت على درجة 66 في مقياس قلق الانفصال و التي مدلولها متوسط حيث أنّ الحالة الثانية "نوال" لديها قلق انفصال متوسط.

1-2-4) عرض و تحليل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية

للحالة الثانية "نوال" تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (17) يمثل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الثانية "نوال".

الأبعاد	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الرتبة المئوية	دالاتها
1) بعد العدوان و التصرف.	32	57	98%	متوسط
2) بعد الإكتئاب و القلق.	14	47	53%	متوسط.
3) بعد مشكلات التعلم.	53	47	95%	متوسط.
4) بعد النشاط الزائد	05	43	39%	متوسط.
5) بعد مشكلات نفسية جسمية.	11	59	91%	متوسط.
6) بعد الصدق.	08			أكبر من 05 تدل على عدم صدق المعلم لاستجابات لفقرات المقياس.
المجموع الكلي لدرجات المقياس.	94	53	76%	متوسط.

من خلال الجدول و الشكل أعلاه تبين أن الحالة الثانية "نوال" تحصلت على النتائج في أبعاد المقياس البعد واحد العدوان و التصرف الدرجة الخام 32 و الدرجة التائية 57 و الرتبة المئوية 98 % و دلالتها متوسط.

و البعد الثاني للإكتئاب و القلق تحصلت على الدرجة الخام 14 و درجة التائية 47 و الدرجة المئوية 53 و دلالتها متوسط.

وفي البعد الثالث لمشكلات التعلم على الدرجة الخام 53 درجة و الدرجة التائية 47 و الرتبة المئوية 95 % و دلالتها متوسط.

و في النشاط الزائد تحصلت على الدرجة الخام 05 و الدرجة التائية 43 و الرتبة المئوية 39 % ودلالتها متوسط.

و في البعد الخامس للمشكلات النفسية الجسمية تحصلت على الدرجة الخام 11 درجة و الدرجة التائية 59 درجة و الرتبة المئوية 91 % و دلالتها متوسط.

و في البعد السادس لمقياس الصدق تحصلت على الدرجة الخام 08 درجات مما يدل على أنها أكبر من 05 دلالتها عدم إستجابة المعلم بصدق لفقرات مقياس الصدق.

و المجموع الكلي لدرجات المقياس التي تحصلت عليها الحالة الثانية "نوال" درجة الخام 94 درجة و الدرجة التائية 53 درجة و الرتبة المئوية 76 % مدلولها متوسط أي أن الحالة الثانية لديها إضطرابات سلوكية و وجدانية متوسطة.

1-2-5) خلاصة الحالة:

من خلال التحليل الكمي لنتائج مقياس قلق الانفصال توصلنا إلى أن الحالة الثانية "نوال" تحصلت على درجه 66 في مقياس قلق الانفصال مدلولها قلق إنفصال متوسط أي أنها تعاني من قلق الانفصال بمعدل متوسط.

و في تحليلنا لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية إن الحالة تحصلت على درجة كلية لمقياس الدرجات الخام 94 درجة و الدرجة التائية 53 و الرتبة المئوية 76% مما يدل على وجود اضطرابات سلوكيه و وجدانية بمستوى متوسط بحيث لا تؤثر عليها بشكل كبير.

و في تحليلنا لمضمون دليل المقابلة نصف موجهه تبين أنها تكون عادية عند الذهاب للمركز و صرحت أنها تراودها أفكار سلبية حول فقدان أمها وخاصة عندما تفارقها و تنام بعيدا عنها كما صرحت أنها تكون سعيدة مساء و هي تستقبل أمها لتأخذها إلى البيت.

و فيما يخص محور الاضطرابات السلوكية أخبرتنا في المقابلة أنها لا تبدي أية تصرفات عدائية إتجاه الآخرين و لا تعاني من صدام ما في جسمها و سلوكاتها غالبا هادئة و لديها نظرة تفاؤلية و لديها طموحات تسعى لتحقيقها كالخياطة و الطرز.

مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال

الملحق (ب): الصفحة النفسية

الدكتور جلال حاج حسين جبار

الحالة الثانية : سوال العمر 10 سنوات

الدرجة التائية	الدرجة الكلي	النفس جسمي	النشاط الرائد	مشكلات التعلم	القلق/ الاكتئاب	السلوك الانحراف	الدرجة
+100	-	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	-	50
40	-	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	-	10
الدرجة التائية	53	59	43	47	47	57	
الرتبة المئينية	76	91	39	95	53	98	
الدرجة الخام	94	11	05	53	14	32	
رقم العمود	5+4+3+2+1	5	4	3	2	1	

- تشير الدرجات التائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات التائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

1-3 الحالة الثالثة:**1-3-1 تقديم الحالة الثالثة:**

ليندا فتاه تبلغ من العمر 09 سنوات لديها تأخر عقلي بسيط: عدد الأخوة 4 ذكور، 1 إناث، تحتل المرتبة الثالثة في الترتيب الإخوة كانت ممتدسة في الابتدائية في قسم السنه الثانية بعدها التحقت بالمركز النفسي البيداغوجي نظرا لإصابتها بالتأخر العقلي البسيط الذي لا يسمح لها بمواصلة التعليم في القسم العادي.

1-3-2 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بالمقابلة مع الحالة الثالثة في مكتب الأخصائية النفسانية في المركز النفسي طبقنا عليها مقابلة نصف مواجهة تحتوي على عدة محاور منها محور البيانات الشخصية التي سبق ذكرها في تقديم الحالة و محور السوابق المرضية بحيث الحالة الثالثة لا تعاني من أي اضطرابات أو مشاكل صحية و في التاريخ العائلي عدم وجود أمراض وراثية في الأسرة و لم تقم الحالة بأي عملية جراحية تستوجب الإستشفاء و لم يسبق لها أن أخذت علاج دوائي.

و فيما يخص محور الحياة العلاقية فالحالة تحظى بعلاقات جيدة مع أفراد عائلتها أمها، أبوها، إخوانها، أخواتها بحيث تجمعهم علاقة متينة و متماسكة

كما تطرقنا في المقابلة مع الحالة إلى محور قلق الانفصال حيث طرحنا عليها أسئلة عن شعورها و هي تنفصل عن عائلتها و هي ذاهبة إلى المركز النفسي البيداغوجي قالت أنها عادية و لا تبكي صباحا عند الإلتحاق بالمركز و لا ينتابها الشعور بضيق و التوتر و هي تنفصل عن أسرتها و لم يسبق لها ان شعرت بذلك، كما أنها حيث تنام خارج البيت لا ينتابها أي شعور بل صرحت أنها تشعر بالفرحة عند النوم مع أقاربها خالاتها، عماتها و الجدة.

و لا تراودها أفكار خوف و أفكار سلبية حول فقدان أمها.

و في محور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية صرحت الحالة أنها عندما تغضب تكون عادية و تسكت و لا تظهر أي سلوك.

كما أنها لا تتشاجر مع أصدقائها و رفاقها في المركز و لا تعاني من صدام ما في جسمها كما أن سلوكياتها هادئة في القسم و المركز و في الساحة كذلك.

فهي تتبع تعليمات المربية و تصبر و تنتظر دورها دون قلق وتوتر منها.

و في تحليلنا لمضمون المقابلة في محور النظر المستقبلية لاحظنا أنها ترغب في تحقيق أحلامها أنها تصبح أستاذة قالت "فغيغ أدفاغ تاشيختس".

كما أن نظراتها لذاتها مستقبلا أنها ناجحة و نظرة تفاؤلية متحمسة بذاتها كما أنها تكون سعيدة بالأشياء التي تنجزها كأشغال البيت، الترتيب، الغسل و النظافة.

1-3-3 عرض و تحليل نتائج المقياس قلق الانفصال للحالة الثالثة "ليندا".

❖ عرض و تحليل نتائج المقياس قلق الانفصال.

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الانفصال للحالة الثانية.

الجدول رقم (18): نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الثالثة "ليندا".

الحالة	الدرجة	دلالتها
الثالثة "ليندا"	49	منخفض

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن الحالة الثالثة "ليندا" حصلت على درجة 49 في مقياس قلق الانفصال و التي مدلولها منخفض بحيث لا تعاني الحالة الثالثة من قلق الانفصال.

1-3-4) عرض و تحليل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة

الثالثة "ليندا" تحصلت على النتائج التالية:

الجدول رقم (19) يمثل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الثانية "توال".

الأبعاد	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الرتبة المئوية	دلالتها
1) بعد العدوان و التصرف.	22	45	%94	متوسط
2) بعد الإكتئاب و القلق.	18	53	%74	متوسط.
3) بعد مشكلات التعلم.	22	45	%91	متوسط.
4) بعد النشاط الزائد	05	43	%39	متوسط.
5) بعد مشكلات نفسية جسمية.	10	55	%81	متوسط.
6) بعد الصدق.	05			صدق إستجابات المعلم على مقياس فقرات الصدق.
المجموع الكلي لدرجات المقياس.	77	46	%49	متوسط.

1-3-4) عرض و تحليل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الثالثة "ليندا":

الجدول و الشكل أعلاه يمثل النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية حيث تحصلت الحالة الثالثة "ليندا" على درجات أبعاد المقياس منها البعد الأول بعدوان و التصرف الدرجة الخام 22 و الدرجة التائية 45 و تليها 94 % الرتبة المئوية، دلالتها متوسطة.

و البعد الثاني القلق و الإكتئاب تحصلت على درجة الخام 18 درجة و درجة التائية 53 و الدرجة المئوية 47 % و دلالتها متوسط.

وفي البعد الثالث لمشكلات التعلم تحصلت الحالة الثالثة "ليندا" على الدرجة الخام 22 و الدرجة التائية 45 و الرتبة المئوية 91 % و التي مدلولها متوسط.

و في البعد الرابع لنشاط الزائد تحصلت الحالة الثالثة "ليندا" على الدرجة الخام 05 درجات و الدرجة التائية 43 و الرتبة المئوية 39 % و مدلولها متوسط.

و في البعد الخامس للمشكلات النفسية الجسمية تحصلت الحالة الثالثة على الدرجة الخام 10 و الدرجة التائية 55 درجة و المرتبة المئوية 81 % و التي مدلولها متوسط.

و في البعد السادس الذي يمثل بعد الصدق حيث تحصلت الحالة الثالثة على درجة 05 و هذا ما يدل على صدق إستجابات المعلم على مقياس فقرات الصدق.

و في المجموع الكلي للمقياس تحصلت على الدرجة الخام 77 و الدرجة التائية 46 و المرتبة المئوية 49 % و التي دلالتها متوسطة.

1-3-5) خلاصة الحالة الثالثة "ليندا":

من خلال التحليل الكمي لنتائج مقياس لاحظنا أن الحالة الثالثة "ليندا" حصلت على درجة 49 درجة في المجموع الكلي لمقياس قلق الانفصال و التي مدلولها منخفض فهي لا تعاني من قلق الانفصال.

و في التحليل الكمي لنتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية لاحظنا أن الحالة الثالثة حصلت على درجة الخام الكلية على المقياس بدرجة 77 كدرجة الخام و 46 الدرجة التائية و 49 % كرتبة مئوية و التي دلالتها متوسط و نستنتج من التحليل الكيفي لدليل المقارنة النصف الموجه للحالة الثالثة أنها لا تعاني من أي منسوب للتوتر و الضغط حيث تتفصل عن أسرتها و لا تراودها أفكار سلبية بفقدان الأم بل صرحت أنها تشعر بالفرحة عند المكوث مع أقاربها، و في محور الاضطرابات السلوكية فهي هادئة و لا تعاني من أي صراع و تتبع تعليمات المربية و أنها تكون عادية عند الغضب و لا تظهر ردة الفعل إلا البكاء. منها نستنتج أن الحالة الثالثة لا تعاني من قلق الانفصال و أن الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لديها بدرجة متوسطة و لا يؤثر عليها أو على أدائها و في تعلم المهارات الأكاديمية.

مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال

الصفحة النفسية

الدكتور جلال حاج حسين جبار

الرجاء الثالثة : يسند : العمر : 09

الدرجة النائية	العمود النائي	العمود الوسط	العمود الداخلي	العمود الداخلي	العمود الداخلي	العمود الداخلي	الدرجة النائية
+100	-	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	-	50
40	-	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	-	10
							الدرجة النائية
							الرتبة المئينية
							الدرجة الخام
							رقم العمود
							5+4+3+2+1
							5
							4
							3
							2
							1

- تشير الدرجات النائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات النائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

4-1) الحالة الرابعة:**1-4-1) تقديم الحالة الرابعة عماد:**

تبلغ الحالة عماد 09 سنوات لديه تأخر عقلي بسيط، عدد الإخوة ذكور واحد و أخت واحدة و يحتل المرتبة الثالثة في رتبة الإخوة المستوى الاقتصادي للأبوين ضعيف، أبويه منفصلين منذ صغره لم يتعرف على أبوه عاش محروم الوالد (الأب).

1-4-2) عرض مضمون المقابلة العيادية للحالة الرابعة عماد:

قمنا بالمقابلة مع الحالة "عماد" في مكتب الأخصائية النفسانية في المركزي يتكون دليل المقابلة من عدة محاور أساسية لموضوع البحث الحالي منها محور البيانات الشخصية المتعلقة بالحالة المذكورة في تقديم الحالة و محور السوابق المرضية حيث أن الحالة "عماد" لا يعاني من مشاكل صحية و لا وجود أمراض وراثية في الأسرة و كذلك لم يقيم بأية عملية جراحية تستوجب الإستشفاء و لم يسبق له أن يتناول علاج دوائي.

و فيما يخص محور الحياة العلاقية فهو يخصص بالعلاقات جيدة في أسرته مع الأم و الأخت و الأخ بينما الأب لا تربطه به أية علاقة فهو محروم الأب عاش مع أمه و إخوته كما أنه له رفاق و أصدقاء في المركز النفسي تجمعهم به علاقة الصداقة و صرح أنه يشعر بالسعادة و الفرح حين يتحدث مع غيره و لديه علاقة جيدة مع مربية المركز حين يكون هادئاً أما أحيانا يضطر إلى ضربها و ضرب أصدقائه في المركز فهو يحب كثيرا الخراجات البيداغوجية و الحفلات.

و في محور قلق الانفصال حيث عبر عن شروره أنه لا يبكي صباحا عند الذهاب إلى المركز و أنه عادي عندما ينفصل عن أسرته و هو ذاهب إلى المركز النفسي بينما أحيانا ينتابه شعور بالضيق و التوتر و هو ينفصل عن أسرته أحيانا و عبر عن سروره و فرحه حين رؤية أمه و أخته تسترجعانه مساء من المركز و أخبرنا

أنه يشعر بعدم الراحة و الضيق عند النوم خارج البيت و تراوده أفكار سلبية حول فقدان أمه و يخاف عليها كثيرا.

و في محور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية توصلنا إلى عدة نتائج و عندما سألناه عن كيفية شعوره و استجابته في حالة الغضب قال "أذرزاغ كلشي" أي أنه يكسر كل شيء كما أنه كثير الشجار مع أصدقائه و رفقائه في المركز يصل به الأمر إلى ضرب أصدقائه أما مع الجيران فهو لا يحتك بهم كثيرا لأن أمه تمنعه من ذلك فهو يتشاجر معهم و حين سألناه هل يعاني من صدام ما في جسمه أخبرنا أنه يحس بوجع في الرأس أحيانا، أما سلوكاته داخل القسم و في الساحة فهو غير هادئ، كثير الشجار و مشدات كلامية كما أنه يتلفظ بألفاظ نابية مع رفاقه و لا يتبع تعليمات المربية، صرحت المشرفة على أنه لا يسمع كلامها و أحيانا يضطر إلى ضربها و أنه لا ينتظر دوره فهو قلق و متوتر عندما ينتظر دوره معظم الوقت.

و في محور النظرة المستقبلية قمنا بطرح عليه أسئلة فتوصلنا إلى تحليل أفكار أنه لا يرغب في تحقيق أية أحلام مستقبلا فهو بدون طموحات و أنه لا يسعى إلى تحقيق و لا أي شيء مستقبلا قائلا "ولاش" بينما أخبرنا أنه يستمتع بالموسيقى و الرقص فقط و نظراته لذاته مستقبلا أنها عادية ليس متفائلا و ليس متشائما، فهو حيادي في إجابته.

1-4-3) عرض و تحليل نتائج مقياس قلق الانفصال من خلال تطبيقنا للحالة

الرابعة "عماد" تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): يمثل نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الرابعة "عماد".

الحالة	الدرجة	دالاتها
الرابعة "عماد"	82	مرتفع

❖ تحليل نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الرابعة "عماد":

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنّ الحالة الرابعة "عماد" تحصل على درجة 82 في مقياس قلق الانفصال و التي مدلولها مرتفع بحيث تعاني الحالة الرابعة من قلق الانفصال بمعدل مرتفع.

1-4-4) عرض و تحليل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الرابعة "عماد" بعد تطبيقنا للمقياس تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (21) يوضح نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الرابعة "عماد".

الأبعاد	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الرتبة المئوية	دلالتها
1) بعد العدوان و التصرف.	52	63	78%	مرتفع (ذات دلالة)
2) بعد الإكتئاب و القلق.	35	77	98%	مرتفع جدا (ذات دلالة إكلينيكية)
3) بعد مشكلات التعلم.	48	61	84%	مرتفع (ذات دلالة)
4) بعد النشاط الزائد	12	59	81%	متوسط.
5) بعد مشكلات نفسية جسمية.	11	57	83%	متوسط.
6) بعد الصدق.	08			أكبر من 05 درجات عدم صدق في إستجابات المعلم.
المجموع الكلي لدرجات المقياس.	158	66	91%	مرتفع (ذات دلالة إكلينيكية).

يمثل الجدول و الشكل أعلاه النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيقنا لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الرابعة حيث تحصل في البعد الأول للعدوان و التصرف على الدرجة الخام 52 و الدرجة التائية 63 و الرتبة المئوية 87 % مدلولها مرتفع ذات دلالة.

و البعد الثاني للقلق و الإكتئاب تحصلت على الدرجة الخام 35 و درجة التائية 77 و الرتبة المئوية 98 و دلالتها متوسط.

و في البعد الثالث لمشكلات التعلم تحصل على درجة الخام 48 درجة و الدرجة التائية 61 و الرتبة المئوية 64 % و دلالتها مرتفع (ذات دلالة).

و في البعد الرابع النشاط الزائد تحصل على الدرجة الخام 12، تقابلها درجة تائية 59 و الرتبة المئوية المناسبة له هي 81 % و التي دلالتها متوسطة.

و في البعد الخامس للمشكلات النفسية الجسمية تحصل على الدرجة الخام 11 و الدرجة التائية 57 و الرتبة المئوية 83 % و دلالتها متوسط.

و في البعد السادس لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية تحصلت الحالة الرابعة "عماد" على الدرجة الخامية 08 فهي أكبر من 05 درجات مما يدل على عدم صدق إستجابة المعلم لفقرات المقياس بعد الصدق.

و المجموع الكلي للحالة الرابعة "عماد" على مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية الدرجة الخام 158 درجة و الدرجة التائية 66 و تقابلها الرتبة المئوية 91 % و دلالتها مرتفع ذات دلالة إكلينيكية.

منها الحالة الرابعة "عماد" يعاني من اضطرابات سلوكية و وجدانية.

1-4-5 خلاصة الحالة الرابعة "عماد":

من خلال التحليل الكمي لنتائج مقياس قلق الانفصال توصلنا إلى أن الحالة الرابعة "عماد" تحصل على درجة 82 للمجموع الكلي لدرجات المقياس و التي دلالتها مرتفع و نستنتج أن الحالة الرابعة "عماد" تعاني من قلق الانفصال.

و في تحليلنا لنتائج مقياس المشكلات بحيث تشير الدرجة الكلية للمقياس إلى 158 درجة الخام و التي تقابلها درجة التائية 66 درجة و رتبة مئوية بدرجة 91 % و التي دلالتها مرتفع ذات دلالة إكلينيكية و منها نستنتج أن الحالة الرابعة "عماد" يعاني من قلق الانفصال و المشكلات السلوكية و الوجدانية و هذا ما جاء في مضمون تحليل المقابلة نصف موجهة مع الحالة الرابعة.

إنه لا يبكي صباحا عند الذهاب إلى المركز و لا يرفض الدراسة و أنه يشعر بالحزن و الضيق و التوتر و هو ينفصل عن أسرته و أنه يشعر بعدم الراحة و هو يمكث خارج البيت عند الأقارب تصورا منه أن مكروها ما يحدث لأمه و أخته لذلك لا يحب أن يتركهما و عبر عن فرحه و سروره عند رؤية والدته و أخته تسترجعانه من المركز النفسي البيداغوجي مما يدل على وجود قلق الانفصال و المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الرابعة "عماد".

مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال

69

الصفحة النفسية

العالمة الراحلة عبيدة العمر: 09

الدرجة التائية	الدرجة الكلية	النفس	النشاط	التعلم	مشكلات التعلم	القلق / الاكتئاب	الدرجة التائية
+100	-	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	X-	50
40	-	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	-	10
الدرجة التائية	66	57	59	61	77	63	
الرتبة المئينية	91	83	81	84	98	87	
الدرجة الخام	158	111	112	48	35	52	
رقم العمود	5+4+3+2+1	5	4	3	2	1	

- تشير الدرجات التائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات التائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

1-5) الحالة الخامسة:**1-5-1) تقديم الحالة الخامسة:**

ياسين يبلغ من العمر 10 سنوات مصاب بتأخر عقلي بسيط، عدد إخوته 1 و هو يحتل المرتبة الأولى في الترتيب العائلي للإخوة يتمدرس في المركز النفسي البيداغوجي، الحالة الإقتصادية للوالدين متوسطة.

1-5-2) عرض مضمون مقابلة العيادية للحالة الخامسة:

قمنا بإجراء مقابلة مع الحالة "ياسين" في مكتب الأخصائية النفسانية بالمركز النفسي البيداغوجي لزميلي أكلي بحيث يحتوي دليل المقابلة على ستة محاور أساسيه في المقابلة نصف موجهة بحيث يحتوي المحور الأول على البيانات الشخصية المتعلقة بالحلة المذكورة أعلاه في تقديم الحالة، و محور السوابق المرضية توصلنا إلى أن الحالة لا تعاني من اضطراب أو مشكل صحي و لديهم أمراض وراثيه في الأسرة التوحد، كما أنه لم يقم بعمليات جراحية تستوجب الإستشفاء و لم يسبق له أن يتناول علاج دوائي.

و فيما يخص محور الحياة العلائقية فالحالة الخامسة "ياسين" لديه علاقات جيدة مع أسرته و ليس لديه علاقات صداقه مع الزملاء فهو كثير الانعزال و قليل التعامل مع غيره، و يشعر بالخجل عند التحدث مع غيره و علاقته بالآخرين سطحية جدا فهو قليل الكلام و التواصل ولديه علاقه جيدة مع مربية المركز المشرفة عليه فهو لا يحب كثيرا الحفلات و الخرجات البيداغوجية.

كما تطرقنا إلى محور قلق الانفصال عبر عن شعوره و هو ينفصل عن أسرته ذاهبا لمركز قائلا "أحميلغ أرا أنجاغ يما فخام مداساغ أر لכול" أي أنه لا يحب ترك أمه في البيت و هو ذاهب إلى المركز النفسي. وقال أنه يبكي أحيانا صباحا عند

الإلتحاق بالمركز و أخبرنا أنه يشعر بالضييق و التوتر و هو ينفصل عن أسرته و كذلك صرح أنه يشعر بالفرح عند رؤيه والديه يسترجعانه من المركز النفسي مساءً.

كما أخبرنا أنه لا يحب النوم عند الأقارب و الأعمام و الخالة فهو يشعر بالقلق و عدم الإرتياح عند النوم بعيد عن أمه و تراوده أفكار سلبية بفقدان أمه لذلك يشعر بعدم الإرتياح.

كما تطرقنا الى محور الاضطرابات السلوكية الوجدانية و أخبرنا أنه يتصرف بالبكاء و الصراخ عند شعوره بالغضب و أخبرتنا المشرفة أنه أحيانا تشاجر مع رفاقه و زملائه في المركز أما مع جيرانه ليس هناك علاقات تجمعهم معهم و بالتالي لا يتشاجر مع الجيران كونه منعزل و منطوي فهو لا يشعر بآلام أو الصداق ما و لا يشكوا من مشكلات نفسية جسمية و فيما يخص سلوكاته داخل القسم و في الساحة هادئ معظم الوقت و يتبع نصائح و تعليمات المربية و بإمكانه أن يصبر و ينتظر دوره دون قلق أو توتر منه و هذا ما صرحت به الحالة.

و في مقابلتنا نصف موجهة تطرقنا الى محور النظرة المستقبلية بحيث لم يظهر ياسين أية ترغبه في تحقيق أحلامه مستقبلا قائلا "لا أدري" "أوزريغارا" و كانت نظراته لذاته نظرة حيادية غير متفائلة و غير متشائمة قائلا "نورمال" و عندما تطرقنا إلى الأشياء التي يحبها و يستمتع بإنجازها و يكون سعيدا قائلا "الألعاب في الهاتف" "حملات تليفون أذنبغ ذايا" فقط و حين سألناه ما هي التمنيات و الطموحات التي يسعى لها قائلا "أولاش أشو تمنيع" أي ليس لدي أمانى.

1-5-3) عرض و تحليل نتائج مقياس قلق الانفصال:

❖ عرض نتائج مقياس قلق الانفصال بعد تطبيقنا لمقياس قلق الانفصال

للحالة الخامسة "ياسين" توصلنا إلى النتائج التالية في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): يوضح نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة الخامسة "ياسين".

الحالة	الدرجة	دالاتها
الخامسة "ياسين"	88	مرتفع

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنّ الحالة الخامسة "ياسين" تحصل على درجة 88 في مقياس قلق الانفصال و التي مدلولها يوجد قلق الانفصال مرتفع مما يدل على أن الحالة الخامسة "ياسين" يعاني من قلق الانفصال حيث تحصل على درجة 88 و مدلولها مرتفع.

1-5-4) عرض نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الخامسة "ياسين" و بعد تطبيقنا للمقياس تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (23) يوضح نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة الخامسة "ياسين":

الأبعاد	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الرتبة المئوية	دلالتها
1) بعد العدوان و التصرف.	46	59	%84	متوسط.
2) بعد الإكتئاب و القلق.	18	51	%69	متوسط.
3) بعد مشكلات التعلم.	85	86	%93	مرتفع (ذات دلالة إكلينيكية).
4) بعد النشاط الزائد	14	63	%87	مرتفع (ذات دلالة).
5) بعد مشكلات نفسية جسمية.	11	57	%83	متوسط.
6) بعد الصدق.	05			05 يدل على وجود صدق لاستجابات المعلم.
المجموع الكلي لدرجات المقياس.	148	63	%63	مرتفع (ذات دلالة).

الجدول و الشكل أعلاه يمثل النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيقنا لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية ففي البعد الأول العدوان و التصرف تحصلت الحالة الخامسة على الدرجة الخام 46 و الدرجة التائية 59 و رتبة مئوية 84 % و مدلولها متوسط.

و البعد الثاني للقلق و للإكتئاب تحصلت على الدرجة الخام 18 و درجة التائية 51 و الرتبة المئوية 69 % و التي مدلولها متوسط. وفي البعد الثالث لمشكلات التعلم تحصلت الحالة على الدرجة الخام 58 درجة و الدرجة التائية 68 و رتبة مئوية 93 % و التي مدلولها مرتفع (ذات دلالة).

و في البعد الرابع للنشاط الزائد تحصلت الحالة على الدرجة الخام 14 و الدرجة التائية 63 و الدرجة المئوية 78 % و التي مدلولها مرتفع (ذات دلالة إكلينيكية).

و في البعد الخامس للمشكلات النفسية الجسمية تحصلت على الدرجة الخام 11 درجة و الدرجة التائية 57 و الرتبة المئوية 83 % و التي مدلولها متوسط.

و في البعد الصدق تحصلت على الدرجة 05 درجات مدلولها وجود صدق في إستجابة المعلم لإجابات المقياس.

و المجموع الكلي لدرجات المقياس و الدرجة التائية 53 درجة و الرتبة المئوية 63 % مدلولها مرتفع ذات دلالة إكلينيكية.

1-5-4) خلاصة الحالة الخامسة:

من خلال التحليل الكمي لنتائج المقياس أولاً قلق الانفصال للحالة الخامسة أنها تعاني من قلق الانفصال مرتفع بدرجة مرتفعة في المقياس الكلي و هي 88 درجة مما يدل على وجود قلق الانفصال لدى الحالة الخامسة "ياسين".

كما أنه تحصل على درجات خام للمجموع الكلي لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية بدرجة 148 درجة خام و درجة تائية 63 و رتبة مئوية 63% مما يدل على أن الحالة الخامسة "ياسين" لديه مشكلات سلوكيه و وجدانية ذات دلالة مرتفعة.

في تحليلنا الكيفي لنتائج المقابلة نصف موجهه إنه يعاني من بعض المشاعر السلبية كالبكاء أحيانا صباحا عند الذهاب للمركز كما أنه لا يحب مفارقة أمه كثيرا و أنه يبدي مشاعر الضيق و التوتر جراء ذلك، كما أنه في محور الاضطرابات السلوكية يعبر عن غضبه بالبكاء و الصراخ و أحيانا يتشاجر مع أصدقائه و هذا ما يدل على أن الحالة تعاني من قلق الانفصال و تعاني من الاضطرابات السلوكية.

مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال

: الصفحة النفسية

الحالة الخامسة: ياسين العمر: 10 سنوات

الدرجة التائية	الدرجة الكائنة	النفس المنطوية	النشاط الرائد	مشكلات التعلم	القلق / الانقباض	المزاج / التصرف	الدرجة التائية
+100	-	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	-	50
40	-	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	-	10
الدرجة التائية	63	57	63	68	51	59	
الرتبة المئينية	88	83	87	93	69	84	
الدرجة الخام	148	111	114	58	18	46	
رقم العمود	5+4+3+2+1	5	4	3	2	1	

- تشير الدرجات التائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات التائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

1-6) الحالة السادسة:**1-6-1) تقديم الحالة السادسة:**

زيدان ذكر يبلغ من العمر 9 سنوات لديه إعاقة عقلية من نوع التخلف العقلي البسيط عدد الإخوة: 02 الذكور: 01 و الإناث: 01، و يحتل المرتبة الثانية في الترتيب الأسري للإخوة، المستوى الاقتصادي للوالدين ضعيف، كان متدرس بالمدرسة الابتدائية السنة الثانية وعند إعادته للسنة عدة مرات التحق بالمركز نفسي البيداغوجي زميلي أكلي.

1-6-2) عرض مضمون المقابلة:

قمنا بإجراء المقابلة مع الحالة السادسة "زيدان" في مكتب الأخصائية النفسانية في المركز البيداغوجي لزميلي أكلي و يتضمن دليل المقابلة عدة محاور منها محور البيانات الشخصية التي تحتوي على الاسم، الجنسية، السن، و نوع الإعاقة، و الحالة الاقتصادية للوالدين، عدد الإخوة الذكور و الإناث و الترتيب في الأسرة و هذا ما تم ذكره في تقديم الحالة أعلاه.

كذلك محور السوابق المرضية للتعرف على الصحة النفسية و الجسمية للحالة بحيث لا يعاني من مشاكل صحية، إنما لديه اضطرابات الإخراج و لديه مشكلة في التكلم في أعضاء الإخراج.

و لديه أمراض وراثية في الأسرة التأخر العقلي و لم يسبق له أن قام بعملية جراحية تستوجب الإستشفاء و لم يتناول العلاج الدوائي.

و في محور الحياة العلاقية فهو يحظى بعلاقات جيدة في أسرته لديه رفاق و أصدقاء معظمهم إناث فهو يشعر بالخجل عندما يتحدث مع غيره و يشعر بالفرحة

كذلك و علاقته جيدة مع زملاء المركز و لكن أحيانا يتشاجر معهم و علاقته جيدة مع مربية المركز و يحب الحفلات و الخرجات البيداغوجية قائلا "حملاغ الحفلة حملاغ ما نروح أنحوس" أي أحب الحفلات و أحب الخرجات البيداغوجية.

كما تناولنا محور قلق الانفصال الذي يطرح تساؤلات حول انفصال الطفل عن النسق الأسري و مدى شعوره بذلك حيث صرح "زيدان" أنه يشعر بالقلق عند انفصاله عن أسرته و هو ذاهب إلى المركز النفسي البيداغوجي قائلا "تقليغ" و أي أنه يشعر بالقلق حين يفصل عن أسرته.

كما أخبرنا أنه يبكي صباحا عندما يذهب إلى المركز النفسي و صرح أنه يشعر بالقلق و التوتر و عدم الإرتياح و هو يفصل عن أسرته و أول شعور له هو المدرسة الابتدائية التي تدرس فيها و عبر عن شعوره بالفرحة والسرور عند استرجاع أمه له في المساء من المركز النفسي.

و لا يحب النوم خارج البيت و أنه يشعر بالتوتر و عدم الراحة كما تراوده أفكار أنه سيفقد أمه خوفا من أن تموت الأم أو يحدث لها مكروه ما.

كما تطرقنا الى محور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية أين عبر "زيدان" عن شعوره بالغضب و ردة فعله حيث أخبرنا أنه يصرخ و يبكي و يرمي بنفسه على الأرض و فيما يخص أصدقائه في المركز أنه لا يتعارك معهم و لا يتشاجر سلوكيا و إنما بمشادات كلامية فقط و أحيانا يتبع تعليمات المربية و أحيانا أخرى لا يتبع تعليماتها و لا يمكنه أن يصبر أو ينتظر دوره دون قلق و توتر منه فهو لا يحب الإنتظار و يشعر بعدم الراحة و القلق.

و فيما يخص محور النظرة المستقبلية فهو يحب أن يصبح طيارا و نظراته لذاته في المستقبل نظرات إيجابية متفائلة و يسعى لتحقيق أمنيته و هي اللعب و يحب القيام بورشه الرمل و يكون سعيدا عن إنجاز هذه الورشة.

1-6-3 عرض نتائج مقياس قلق الانفصال بعد تطبيقنا لمقياس قلق الانفصال للحالة السادسة "زيدان" حصلنا إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (24): يوضح نتائج مقياس قلق الانفصال للحالة السادسة "زيدان".

الحالة	الدرجة	دالاتها
السادسة "زيدان"	88	مرتفع

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنّ الحالة السادسة "زيدان" حصلت على درجة 88 في مقياس قلق الانفصال و التي مدلولها مرتفع بحيث الحالة السادسة "زيدان" يعاني من قلق الانفصال مرتفع.

1-6-4) عرض و تحليل نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة

السادسة "زيدان" تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (25): يوضح نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالة

السادسة "زيدان":

الأبعاد	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الرتبة المئوية	دالاتها
1) بعد العدوان و التصرف.	35	52	71%	متوسط.
2) بعد الإكتئاب و القلق.	16	48	59%	متوسط.
3) بعد مشكلات التعلم.	56	67	90%	مرتفع (ذات دلالة).
4) بعد النشاط الزائد	11	57	77%	متوسط.
5) بعد مشكلات نفسية جسمية.	08	45	59%	متوسط.
6) بعد الصدق.	05			يساوي 05 يدل على صدق استجابات المعلم على فقدان الصدق.
المجموع الكلي لدرجات المقياس.	126	57	78%	متوسط.

الجدول و الشكل أعلاه يمثل النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيقنا لمقياس

المشكلات السلوكية و الوجدانية ففي البعد الأول العدوان و التصرف تحصلت الحالة

السادسة "زيدان" على الدرجة الخام 35 درجة و الدرجة التائية 52 و رتبته المئوية 71% و التي مدلولها متوسط.

و في البعد الثاني للقلق و للإكتئاب حصلت على الدرجة الخام 16 درجة و على الدرجة التائية 48 و الرتبة المئوية 59 % و التي مدلولها متوسط.

و في البعد الثالث لمشكلات التعلم حصلت الحالة السادسة "زيدان" على الدرجة الخام 56 و الدرجة التائية 67 درجة و تليها الرتبة المئوية 90 % و التي مدلولها مرتفع (ذات دلالة إكلينيكية).

و في البعد الرابع للنشاط الزائد حصلت الحالة السادسة "زيدان" على الدرجة الخام 11 و الدرجة التائية 57 و المرتبة المئوية 77 % و التي مدلولها متوسط.

و في البعد الخامس للمشكلات النفسية الجسمية حصلت الحالة السادسة على الدرجة الخام 08 درجة و الدرجة التائية 45 درجة و الرتبة المئوية 59 % و التي مدلولها متوسط.

و في بعد الصدق حصلت الحالة على الدرجة 05 درجات مدلولها صدق في إستجابة المعلم لفقرات المقياس.

و المجموع الكلي لدرجات الخام للمقياس حصلت الحالة على الخام 126 درجة، و الدرجة التائية 57 درجة و رتبة مئوية 78 % مدلولها متوسط.

1-6-5) خلاصة الحالة السادسة "زيدان":

من خلال التحليل الكمي لنتائج المقياس مقياس قلق الانفصال توصلت النتائج إلى أن الحالة السادسة "زيدان" حصلت على الدرجة الكلية للمقياس 88 درجة و التي مدلولها مرتفع مما يدل على وجود قلق الانفصال لدى الحالة السادسة "زيدان".

و فيما يخص النتائج التي توصلنا إليها في مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية بحيث حصلت الحالة السادسة على الدرجات الكلية للمقياس ب 126 الدرجة الخام ورتبتها المئوية 78 % و الدرجة التائية 57 درجة و التي مدلولها متوسط نستنتج أن الحالة السادسة تعاني من مشكلات سلوكية و وجدانية بشكل متوسط و هذا ما جاء في التحليل الكيفي لمضمون المقابلة نصف موجهة مع الحالة بحيث يشعر بالقلق و التوتر عند انفصاله عن أمه و أنه يبكي صباحا عند مغادرة البيت و لا يحب النوم خارج البيت مبتعدا عن أمه كما تراوده أفكار بموت أمه أو حدوث مكروه لها و هذا ما يدعم نتائج مقياس قلق الانفصال، و في محور الإضطرابات السلوكية و الوجدانية أنه يبكي عند الغضب و ردة فعله أنه يرمي بنفسه على الأرض، و لديه مشدات كلامية مع أصدقائه و يشعر بالتوتر حين ينتظر دوره كما أنه يعاني من مشكلات التعلم و يصعب عليه التركيز في القسم، و أحيانا يتبع تعليمات المربية و أحيانا لا يتبعها.

و منه نستنتج أن الحالة السادسة تعاني من اضطرابات سلوكية بمعدل متوسط و هذا ما جاء في نتائج المقياس.

الصفحة النفسية:

الحالة السادسة: زيدان العمر: ٥ سنوات

الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية
+100	-	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	-	50
40	-	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	-	10
الدرجة التائية	57	45	57	67	48	50	الدرجة التائية
الرتبة المئينية	78	59	77	90	59	71	الرتبة المئينية
الدرجة الخام	126	08	11	56	16	35	الدرجة الخام
رقم العمود	5+4+3+2+1	5	4	3	2	1	رقم العمود

- تشير الدرجات التائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات التائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

2- مناقشة نتائج الحالات:

من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها و التي اشتملت ستة (06) حالات ثلاثة ذكور و ثلاثة إناث، و بعد تطبيق مقاييس و أدوات البحث المتمثل في مقياس قلق الانفصال و مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية و تطبيقنا لدليل المقابلة النصف موجة في المقابلة العيادية توصلنا إلى النتائج المدونة في الجدول الآتي:

جدول رقم (26) يمثل نتائج تطبيق مقاييس قلق الانفصال و مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالات الستة:

نتائج مقياس قلق الانفصال.			نتائج مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية.								
			06	05	04	03	02	01	رقم العمود		
الحالات	الدرجة	دلالتها	بعد الصدق	مشكلات نفس جسمية	النشاط الزائد	مشكلات التعلم	القلق و الاكتئاب	العدوان و التصرف	البعد		
									الحالات		
الحالة الأولى "سهام"	72	متوسط	07	15	13	60	25	30	الحالة الأولى "سهام"		
الحالة الثانية "نوال"	66	متوسط	06	11	05	53	14	32	الحالة الثانية "نوال"		
الحالة الثالثة "ليندا"	49	منخفض	05	10	05	22	18	22	الحالة الثالثة "ليندا"		
الحالة الرابعة "عماد"	82	مرتفع	08	11	12	48	35	52	الحالة الرابعة "عماد"		
الحالة الخامسة "ياسين"	88	مرتفع	05	11	14	58	18	46	الحالة الخامسة "ياسين"		
الحالة السادسة "زيدان"	88	مرتفع	05	08	11	56	16	35	الحالة السادسة "زيدان"		
الرتبة المئينية للحالات للسته											
			الحالة 04		الحالة 03		الحالة 02		الحالة 01		
			91 %		49 %		76 %		95 %		
			الحالة 05		الحالة 04		الحالة 02		الحالة 01		
			88 %		91 %		76 %		95 %		
			الحالة 06		الحالة 03		الحالة 02		الحالة 01		
			78 %		49 %		76 %		95 %		

في الجدول الموالي قمنا بتلخيص نتائج الحالات الستة على مقياس قلق الانفصال الذي يدل على وجود قلق الانفصال لدى أفراد مجتمع البحث الأساسية و التي تؤكد معاناه الحالات الخمسة ما عدا الحالة الواحدة بحيث حصلوا على الدرجات متفاوتة مرتفع، متوسط، منخفض، على مقياس قلق الانفصال.

و من خلال جدول الأعلى تبين أن الحالة الأولى "سهام" حصلت على درجة 72 و دلالتها متوسط مما يدل على وجود قلق الانفصال لدى الحالة الأولى، و في الحالة الثانية "نوال" حصلت على درجة 66 مما يدل على وجود خلق الانفصال بدرجة متوسطة و في الحالة الثالثة "ليندا" حصلت في نتائج المقياس على الدرجة 49 مدلولها منخفض و هي الحالة الثالثة لا تعاني من وجود قلق الانفصال، و في الحالة الرابعة "عماد" تحصل على درجة 88 دلالتها مرتفع نستنتج أن الحالة الرابعة تعاني من قلق الانفصال بدرجة مرتفعة، و في الحالة الخامسة "ياسين" تحصل على الدرجة 88 في مقياس قلق الانفصال مما يدل على وجود قلق الانفصال لدى الحالة بدرجة مرتفعة، و في الحالة السادسة "زيدان" تحصل على درجة 88 مدلولها مرتفع و نستنتج أن الحالة السادسة تعاني من وجود قلق الانفصال.

و من خلال ما سبق نستنتج أن الحالات الخمسة 3 مرتفع 2 متوسط تعاني من قلق الانفصال بينما حالة واحدة فقط لا تعاني من وجود قلق الانفصال.

و من خلال جدول أعلاه لنتائج المشكلات السلوكية و الوجدانية تبين لنا بعد تطبيقنا لمقياس و تحليل نتائجه توصلنا إلى أن الحالات الستة كلها تعاني من مشكلات السلوكية و الوجدانية بدرجات متفاوتة ففي الحالة الأولى "سهام" حصلت على درجة تائية 72 و الدرجة الخام 143 مدلولها مرتفع جدا (ذات دلالة إكلينيكية) مما يدل على أنها تعاني من وجود مشكلات سلوكية و وجدانية.

و في الحالة الثانية "نوال" تحصلت على الدرجة التائية 53 و الدرجة الخام للمقياس الكلي 94 درجة و التي مدلولها متوسط و نستنتج أن الحالة الثانية "نوال" تعاني من وجود مشكلة سلوكية و وجدانية بدرجة متوسطة.

و في الحالة الثالثة "ليندا" بحيث تحصلت على الدرجة التائية ب 46 درجة و درجة خام 77 درجة مدلولها متوسط أي أن الحالة الثالثة تعاني من مشكلات سلوكية و وجدانية بمستوى متوسط.

و في الحالة الرابعة "عماد" حيث تحصل على الدرجة التائية 66 و الدرجة الخام للمقياس الكلي 158 درجة مدلولها مرتفع (ذات دلالة) و نستنتج أن الحالة الرابعة "عماد" يعاني من وجود مشكلات سلوكية و وجدانية بدرجة مرتفعة.

و في الحالة الخامسة "ياسين" تحصل على الدرجة التائية 63 درجة و الدرجة الخام الكلي للمقياس 148 درجة و التي مدلولها مرتفع (ذات دلالة) و نستنتج أن الحالة الخامسة تعاني من وجود اضطرابات سلوكية و وجدانية بدرجة مرتفعة.

و في الحالة السادسة "زيدان" تحصل على الدرجة التائية 57 و درجة الخام الكلي للمقياس 126 درجة مدلولها متوسط أي الحالة السادسة تعاني من المشكلات السلوكية و الوجدانية بدرجة متوسطة

و من خلال ما سبق نستنتج أن الحالات الستة تعاني كلها من المشكلات السلوكية و الوجدانية بدرجات متفاوتة دلالتها مرتفع جدا، متوسط، مرتفع، مما يؤكد وجود المشكلات السلوكية و الوجدانية للحالات الستة و هذا ما تؤكدته الدراسات السابقة منها.

استنتاج عام:

من خلال نتائج المتحصل عليها في الدراسة الميدانية يعد تطبيقنا للمقياس و أدوات البحث المتمثل في مقياس قلق الانفصال و مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية و من خلال تطبيقنا لدليل المقابلة النصف موجهة لمجتمع البحث في الدراسة الأساسية توصلنا إلى تحقيق الفرضيات الجزئية و التي مفادها:

❖ يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتأخر العقلي البسيط من قلق الانفصال.

❖ يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأخر العقلي بسيط من الاضطرابات السلوكية و الوجدانية.

كما تحققت الفرضية العامة التي تنص: "يعاني أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأخر عقلي بسيط من قلق الانفصال و من ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية".

و منه تحققت فرضياتنا عند الحالات الستة ما عدا حالة واحدة لا تعاني من قلق الانفصال لكنها تعاني من اضطرابات السلوكية و الوجدانية بدرجة متوسطة بينما الحالات الخمسة الأخرى تعاني من قلق الانفصال و من الاضطرابات السلوكية و الوجدانية و في هذا السياق تشير عدة دراسات سابقة إلى وجود قلق الانفصال و الاضطرابات السلوكية و منها دراسات شو (Show) (1982) بعنوان: "رد فعل الأطفال تجاه غياب الأم ثم عودتهم".

(Effect of mother presence on children's reaction to aversive).

هدف الدراسة على التصرف على ردود أفعال الأطفال تجاه غياب الأم و شملت على عينة 40 طفلاً: 20 بعمر سنه و نصف و 20 طفلاً بعمر خمس سنوات، و

ملاحظه سلوك الأطفال أثناء غياب الأم عن الطفل ثم بعد عودة الأم للطفل و توصلت النتائج إلى أن أطفال المجموعة الأولى (1.5 سنة) أظهرت إحتجاجا على غياب الأم و أظهرت المجموعتان العمريتين (1.5 و 5 سنوات) إحتجاجا و عنف في حالة رجوع الأم و هذا بالإضافة إلى ظهور مظاهر سلوكيه مثل البكاء و الصراخ (محمد السيد ومنى خليفه، 2003، ص 13).

و في دراسة عربية لمحمد بيومي حسن (2002) بعنوان: بعنوان السلوكيات المرتبطة بالانفصال لدى الأطفال و أمهاتهم عند الالتحاق بدار الحضانة استهدفت الدراسة التعرف على سلوك كل من الطفل و الأم عند انفصالها اليومي في دار الحضانة و عندما يلتقيان حيث طبقت الدراسة على عينة قوامها 37 طفلا مقسمين كالتالي 16 ولد، و 21 بنت، تتراوح أعمارهم بين (4-8 سنوات) بإستخدام المقابلة و الملاحظة العيادية.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن معظم سلوك الأولاد عند انفصالهم عن أمهاتهم تتمثل في قلق تسديد ظهر في صورة احتجاج بالبكاء، و الألفاظ و التشبث بأمهاتهم و جذبهن من ملابسهن.

و في دراسة داف (Dave, 1993) أمريكا

Evaluation of Behaviour Problems to Mental Retardation Children.

بعنوان: تقييم المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعوقين عقليا، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات السلوكية الشاذة و التوافقية لدى الأطفال المعوقين عقليا حيث تكتب عينة الدراسة من (20) أطفال يعانون من الإعاقة العقلية البسيطة نصف من الذكور و نصف من الإناث، تم تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية لدى المعوقين عقليا من إعداد الباحث توصلت النتائج إلى وجود عدد من السلوكيات التوافقية الشاذة لدى عينة الدراسة و هي: السلوك المدمر و العنيف، النشاط الزائد، السلوك النمطي، السلوك الاجتماعي.

هو في دراسة فرند و رايس (Freund & Reiss 1991)

Rating problem behaviour in out patients with Mantel retardation: Use the aberout behaviour chechliste.

عنوان الدراسة: معدل مشكلات السلوكية لدى المعاقين عقليا غير المقيمين باستخدام قائمة أبيرنت السلوكية.

هدفت الدراسة إلى تحديد مشكلة السلوكية لدى المعوقين عقليا باستخدام قائمة أبيرنت السلوكية تكونت عينة الدراسة من (110) طفلا و مراهق من ذوي التخلف العقلي البسيط و المتوسط و الشديد. استخدموا أدوات البحث قائمة أبيرنت السلوكية لتحديد المشكلات السلوكية الأكثر إنتشارا لدى الأطفال المعوقين عقليا و التي تم بنائها في معهد كينيدي للتربية الخاصة في جامعة جون هوبكينز لتشخيص الأعراض السلوكية غير المرغوبة لدى الأطفال المعوقين عقليا و توصلت النتائج إلى وجود خمس مظاهر من الأكثر إنتشارا لدى عينة البحث و هي بالترتيب حسب الشوع: الإنسحاب الاجتماعي، النشاط الزائد، العادات الكلامية غير المناسبة، السلوك العدواني، السلوك النمطي.

و في الدراسة العربية نجد منها دراسة الخطيب (1988) الأردن بعنوان: المظاهر السلوكية اللاتكيفية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليا الملتحقين بمدارس التربية الخاصة و علاقتها بالجنس و العمر، و شدة الإعاقة لدى الطفل، هدف الدراسة إلى ترتيب المظاهر السلوكية غير التكيفية لدى المتخلفين عقليا حسب نسب انتشارها وفق متغيرات الجنس و العمر و شدة الإعاقة، تتكون عينة البحث من 144 طفلا و طفلة تم إختيارهم بطريقة عشوائية تم تطبيقها على معلمي التلاميذ و إستخدم الباحث أدوات البحث تكون من قائمه تقدير سلوكية تغطي إثني عشر سلوكا هي: العنف، السلوك غير اجتماعي، و التمرد، و السلوك غير الجدير بالثقة، و الإنسحاب، و السلوك النمطي، و العادات الشخصية، و العادات الكلامية غير المقبولة، و العادات الشاذة و إيذاء الذات، و النشاط

الزائد، و الاضطرابات النفسية، حيث أسفرت نتائج الدراسة أن أكثر المشكلات شيوعا لدى هؤلاء الأطفال هي: النشاط الزائد، السلوك النمطي، الإنسحاب، العادات الصوتية غير مقبولة و الاضطرابات النفسية.

كذلك توجد علاقة بين شدة التخلف العقلي و المشكلات السلوكية أي أن هذا العامل يرتبط ارتباطا وثيقا بطبيعة المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل. كما وضع "قولبي" في نظرية التعلق و الارتباط أن الطفل يتعلق بأمه من خلال القرب الجسدي بينهما و أن سلوك التعلق يستمر طيلة حياته فهي مصدر الأمن و الحب و الطمأنينة للطفل فهي مصدر أساسي لإشباع حاجاته الأولية و الذهنية و الفيزيولوجية، فكلما نمت الإرتباط بين الطفل و أمه و زاد التعلق كلما زاد لديه قلق الانفصال لدى ابتعاده عنها، فالطفل تعلم أن وجود أمه يمنحه الراحة و الطمأنينة و غيابها يمنحه الشعور بالقلق و عدم الراحة عن طريق التعلم الارتباط الذي يربطهم.

من خلال نتائج المقياس المتحصل عليها توصلنا إلى تحقيق الفرضية العامة، و الفرضيات الجزئية فقد استنتجنا أن الأطفال المصابين بتأخر عقلي بسيط يعانون من القلق الانفصال و من الاضطرابات السلوكية و الوجدانية و تبقى هذه النتائج المتوصل إليها في حدود بحثنا الحالي.

خاتمة:

يندرج موضوع بحثنا هذا ضمن الدراسات النفسية حيث انطلقت من خلفيه نظريه تشير إلى أهمية مرحلة الطفولة في بناء شخصية الطفل و مما سبق فإن قلق الانفصال يعتبر من الإضطرابات المؤثرة في حياة الطفل المعاق ذهنيا (تأخر عقلي بسيط) سواء من الناحية النفسية في ظهور الاضطرابات السلوكية و الوجدانية هذا من الناحية الإجتماعية للطفل من خلال ظهور مشكلات سلوكية و وجدانية منها العدوان و التصرف، النشاط الزائد، القلق و الإكتئاب، مشكلات التعلم، المشكلات النفسية الجسمية و بعد التحليل و إثراء متغيرات الدراسة الحالية نظريا و تحليل نتائج المعطيات التي حصلنا عليها من خلال تطبيق أدوات البحث المتمثل في دليل المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية و مقياس قلق الانفصال و مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية بعد معالجه البيانات و تفسيرها و مناقشتها توصلنا إلى أن هناك ارتباط في متغيرات البحث حيث تبين أن قلق الانفصال لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأخر عقلي بسيط يؤدي إلى ظهور المشكلات السلوكية و الوجدانية لدى هذه الفئة، مما يؤكد و يثبت صحة الفرضيات الجزئية و التي بدورها أكدت ثبات الفرضية العامة لموضوع بحثنا الحالي في الدراسات الأساسية. حيث نتائج البحث الحالي تبقى في حدود بحثنا و لا يمكن تعميمها على جميع الأفراد فهي تخص حالات الدراسة الأساسية فقط، و نرجو أن نكون قد وفقنا في الإحاطة بجوانب الموضوع و أن عملنا هذا بمثابة منطلق لبحوث أخرى أكثر شمولية،، كمقترحات الدراسة للأولياء هناك العديد من الأساليب الخاصة التي يتبعها الوالدين في تربية أبنائهم خاصة فئة ذوي الاحتياجات الخاصة مما ينجر عنها من سلوكيات مضطربة فمن بين هذه الأساليب التدليل و الحماية الزائدة أو التقلب في المعاملة مما يتجرع عنه التعلق الغير أمن للطفل لذلك لابد من إتباع منهج صحيح و متزن في التربية

قائم على أسس سليمة و على الوسيطة و يجب إتباع نهج الرسول صلى الله عليه و سلم في تربيته أبنائهم و نتذكر قوله ﴿لا إفراط و لا تفريط﴾ حتى في التربية.

و في ضوء الدراسة الحالية يمكن تقديم بعض التوصيات و مقترحات الدراسة:

❖ التركيز على تكوين المشرفين و المربين الأطفال من فئة الاحتياجات الخاصة على تعليم مهارات الذكاء الوجداني نظرا أنه يلعب دورا كبيرا في نجاح العملية التعليمية للمشرف من خلال معرفة كيفية التعامل مع الطفل في حالة معاناة الطفل من اضطرابات سلوكية و وجدانية.

❖ عدم التعامل بعنف مع أطفال هذه الفئة و محاولة الرد على سلوكياتهم العدوانية بسلوك عدواني مماثل مما يعقد من أثر هذه الاضطرابات و يزيدا حده.

❖ ضرورة الإهتمام بالأطفال المضطربين سلوكيا و وجدانيا من خلال تقديم برامج إرشادية علاجية تتماشى مع كل حالة من الحالات مع إتاحة الفرص لتحويلها من اضطرابات سلوكية و وجدانية إلى السلوكيات بناءة تتيح لهم الفرص الملائمة لضبط انفعالاتهم و سلوكياتهم و تحويلها إلى أنشطه بناءة كالرياضة و تعلم مهارات جديدة.

❖ إرشاد الأولياء و توعيتهم بضرورة متابعة أولادهم متابعة متزنة قائمة على قدر كبير من المسؤولية إتجاه أولادهم و تعليم الطفل المسؤولية و الاستقلالية للحد من اضطرابات قلق الانفصال لدى الأطفال.

و نقترح من هذا الصدد إجراء دراسات أخرى بنفس متغيرات البحث على عينات أخرى لدى المراهقين العاديين. كذلك إجراء دراسة تتبعية لتطور قلق الانفصال لدى

الأطفال العاديين و الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى فئة الأطفال و المراهقين العاديين.

حيث إستبطننا من صميم الدراسة ضرورة تنمية و تطوير الوعي الأبوي على المستوى الأسري و المركز النفسي لإخضاعهم لدورات إطلاعية حول السبل الناتجة و الفعالة في تربية و معاملة الطفل المتخلف ذهنيا.

و في الختام نرجو أن نكون قد وفقنا في بحثنا هذا في لقاء الضوء على جزء مهم من هذا الموضوع لنكون بذلك قد وضعنا بصمتنا في المجال العلمي و تكون دراستنا هذه إنطلاقة لبحوث أخرى في هذا المجال.

قائمة المراجع

1) باللغة العربية:

❖ الكتب:

- 1) إبراهيم، أحمد السيد عليان. (1996). إضطرابات رابطة و المشكلات النفسية. القاهرة، مصر: جامعة عين شمس.
- 2) أحمد محمد الزغبى. (2005). مشكلات الأطفال النفسية و السلوكية. ط1. سوريا: دار الفكر.
- 3) أديب الخالدي. (2000). المرجع في الصحة النفسية: دار العربية للنشر و التوزيع. المكتبة الجامعية.
- 4) أسعد، ميخائيل. (1994). علم الاضطرابات السلوكية. ط 01. بيروت، لبنان: دار الجيل.
- 5) أنور الحادي. (2004). رعاية الطفل المعاق صحيا و نفسيا و اجتماعيا. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- 6) أنور الحمادي، و آخرون. (2014). التصنيف التشخيصي إحصائي للإضطرابات العقلية DSM₅.
- 7) بدران، أحمد حسن عمرة. (د.س). كيف تتخلص من القلق. مصر، القاهرة: الدار الذهبية للنشر.
- 8) تغين زيور. (1998). الإضطرابات النفسية عند الطفل و المراهق. ط 1. مصر: دار الأنجلو مصرية.

- 9) جلال جزار، و آخرون. (2016). مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية لدى الأطفال. ط 01. دار الكتاب الجامعي.
- 10) جلال، علي الجزائري. (2011). الصحة النفسية و العلاج النفسي. ط 01. القاهرة، مصر: دار النشر.
- 11) جمال، محمد الخطيب. (2009). الاضطرابات النفسية و الاجتماعية عند الأطفال المراهقين. ط 01. لبنان، بيروت.
- 12) جميل أبو ميزر، محمد عبد الرحيم عدس. (2009). المرشد في مناهج رياض الأطفال. عمان: دار مجدلاوي.
- 13) جورج، طرابيشي. (1984). التحليل النفسي لرهاب الأطفال هانز الصغير. ط 1. لبنان: دار الطباعة.
- 14) حامد عبد السلام زهران، (1992): الصحة النفسية و العلاج النفسي. ط 1. دار النشر القاهرة، مصر.
- 15) حامد عبد السلام، زهران. (1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي. ط 1. القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- 16) حسن فريدة. (2005). العلاج النفسي و أصوله تطبيقاته و اخلاقياته. الاصدار 01. القاهرة، مصر: طيبة للنشر و التوزيع.
- 17) حسين، علي فايد. (2001). الإضطرابات السلوكية. ط 1. القاهرة، مصر: كلية الأدب.
- 18) حلاوة محمد السيد. (1998). التخلف العقلي في محيط الأسرة. الشاطئ. الاسكندرية، مصر.
- 19) حليبي، موفق هاشم. (2000). الإضطرابات النفسية و الاجتماعية عند الأطفال و المراهقين. ط 1. بيروت، لبنان.

- (20) خالد الحليدي. (2010). الأمراض النفسية و المشكلات السلوكية و المدرسية عند الأطفال. ط 02. صنعاء، اليمن: دار الحكمة اليمنية.
- (21) خالد، ابراهيم الفخراني. (2015). المعالجة الاجتماعية المعرفية للهوية و التحكم الوظيفي المانع لدى أطفال ذوي الضاد المتحدي و أقرانهم العاديين. مجلة التربية الخاصة.
- (22) رحاب صديق. (2000). المخاوف المرضية لدى الأطفال. ط 1. مصر: دار المصري الإبداع. الاسكندرية الرسائل و المذكرات.
- (23) الروسان، فاروق. (2010). مقدمة في الاعاقة العقلية. ط 04. المملكة الاردنية الهاشمية عمان: دار الفكر.
- (24) الزغبى، أحمد محمد. (2003). الأمراض النفسية و المشكلات السلوكية عند الأطفال، ط 02. صنعاء، اليمن: دار الحكمة اليمنية.
- (25) الزغبى، محمد أحمد. (2003). التربية الخاصة للموهوبين و المعوقين و سبل رعايتهم و ارشاداتهم. ط 01. دمشق: المطبعة العلمية.
- (26) الزغلول، أيوب شحيمي. (2006). المشكلات الطفولية و الانحرافات و سبب علاجها. لبنان: دار الفكر.
- (27) سعيد عبد العزيز. (2008). مشكلات التعلم لدى أطفال المرحلة الابتدائية. ط 02. الأردن: مكتب المجتمع العربي.
- (28) سيغموند فرويد. (1984). ترجمة جورج طراشي. التحليل النفسي لرهاب الأطفال-هانز الصغير. ط 1. لبنان: دار الضيافة.
- (29) صبرة علي، و آخرون. (2004). الصحة النفسية و التوافق الدراسي.
- (30) صفوت، و رقيق مختار. (2005). سيكولوجية الأطفال ضعاف العقول. ط 01. دار العلم و الثقافة.

- 31) عبد الباسط، محمد حسين. (1977). أصول البحث الاجتماعي. ط6. مصر، القاهرة: دار المعارف.
- 32) عبد الرحمان العيسوي. (2002). الأمراض النفسية و علاجها. مصر: دار المعرفة الجامعة.
- 33) عبد الرحمان، عبد الله محمد و البدوي محمد علي. (2007). مناهج و طرق البحث الاجتماعي. ط2. الإسكندرية، مصر: مطبعة البحيرة.
- 34) عبيد، ماجدة السيد. (2007). السامعون بأعينهم "الإعاقة السمعية"، ط 01. عمان، الأردن: دار الصفاء.
- 35) عبير، أديب محمد الخالدي. (2015). مرجع في علم النفس الاكلينيكي المرضى. الفحص و العلاج. الاصدار 01. عمان، الأردن: دار النشر و التوزيع وائل.
- 36) علي أحمد عبد المنعم، و حلمي الملبحي. (1971). النمو النفسي. بيروت: دار النهضة العربية.
- 37) علي كمال. (1982). النفس و انفعالاتها و أمراضها و علاجها. ط 02، بغداد: دار العربية للنشر و التوزيع.
- 38) عماد، عبد الرحيم الزغلول. (2006). الاضطرابات الانفعالية و السلوكية لدى الأطفال. الاصدار 01. المجلس 01. الكرك، الأردن: . دار الشروق للنشر و التوزيع.
- 39) عماد، عبد الرحيم. (2012). المشكلات النفسية و السلوكية لدى الأطفال. الاصدار 01. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 40) عمر، عبد الرحيم نصر الله. (2008). دار الانطباعات النفسية و العلاج النفسي. ط. 01. القاهرة، مصر: عالم الكتب.

- 41) العنابي حنان، عبد الحميد. (1997). الصحة النفسية للطفل. ط 01. عمان: دار الفكر للطباعة و النشر.
- 42) العوالمة مزاهدة. (2003). سيكولوجية الطفل. ط1. لبنان: دار العلم للمنشورات.
- 43) فاروق، بن نافع الروسان. (2010). أساليب القياس و التشخيص في التربية الخاصة. عمان: دار المكر للنشر و التوزيع.
- 44) القالمي علي. (1996). الأطفال و مشاعر الخوف و القلق. ط 01. البيان للترجمة، المنامة.
- 45) قاير فنصار. (1992). الأمومة و علم النفس الطفل. ط1. الكويت: عالم المعرفة.
- 46) القذافي، محمد رمضان. (1988). سيكولوجية الاعاقة. ط 01. طرابلس: دار العربية للكتاب.
- 47) ماجدة عبيد. (2015). الاضطرابات السلوكية. الاصدار 01. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر.
- 48) ماجدة، السيد عبيد. (2000). تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار صفاء للنشر و التوزيع.
- 49) ماجدة، بهاء الدين السيد عبيد. (2008). الضغط النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية. ط1. دار صفاء للنشر و التوزيع.
- 50) محمد عبد المؤمن. (1996). حسن سيكولوجية غير العاديين و تربيتهم. الأزرابطية: دار الفكر الجامعي.
- 51) محمد، عماد الدين اسماعيل. (1986). الأطفال مرآة المجتمع. ط1. الكويت: عالم المعرفة.

- 52) محمد، قاسم عبد الله. (2001). مدخل الى الصحة النفسية. ط1. الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر.
- 53) محمد، محروس الشناوي. (1997). مشكلات الأطفال النفسية و السلوكية. ط 01. دمشق: دار الفكر.
- 54) محمود، عبد الرحمان حمودة. (1998). الطفولة و المراهقة. ط2. القاهرة، مصر: دار النهضة المصرية.
- 55) مرسى، كمال ابراهيم. (1996). علم التخلف العقلي. ط 01. الكويت: دار العلم.
- 56) المشهداني، سعد سلمان. (2019). منهجية البحث العلمي. ط1. عمان: دار أسامة.
- 57) مصطفى، نوري القش. (2011). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. عمان، الأردن: دار المميّزة.
- 58) ميموني، بدره معتصم. (2005). الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق. ط 01. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 59) نادية السرور. (2000). دليل نمو الأطفال و تطوّرهم حتى سن السادسة. ط 01. عمان، الأردن: دار وائل للنشر و الطباعة.
- 60) نادية، أحمد عباس. (1997). تطورات الطفل الاجتماعية و تربية. ط1. لبنان: دار الفكر العربي.
- 61) يحيا، خولة أحمد. (2000): الاضطرابات السلوكية و الانفعالية و العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليب و ميادين التطبيق. القاهرة، مصر: الدار العربية للنشر و التوزيع.

❖ رسائل ماجستير و دكتوراه:

- (1) إبراهيم، أحمد السيد عليان. (1996). إضطرابات رابطة التعلق و المشكلات النفسية لدى الطفل، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- (2) الصالح، تهناني محمد عبد القادر. (2015). درجة مظاهر و أساليب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية و طرق علاجها من وجهة نظر المعلمين، رسالة ماجستير غير منشورة في برنامج الادارة التربوية في كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
- (3) بوحنيفي، حفيظة. (2022). طرائق و وسائل تدريس فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، فئة الصم و المكفوفين "نموذجيا" رسالة لنيل شهادة الماجستير اللغة و الأب العربي، تخصص تعليمية اللغات، كلية الأدب و اللغات، جامعة أحمد درابة، أدرار.
- (4) جمعة، أمجد عزات. (2005). مدى فعالية برنامج ارشادي مقترح في السيكو دراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الاعدادية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الجامعية الاسلامية، غزة، فلسطين.
- (5) حسينة، طاع الله. (2008). برنامج تدريبي لتنمية المهارات الأساسية للأطفال المعاقين ذهنيا، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- (6) حقابة، عائشة. (2019). قلق الانفصال لدى أطفال المرحلة التحضيرية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية.

- (7) صفية، ملاك. (2017 - 2018). التكفل بحالات قلق الانفصال، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم في علم النفس العيادي، جامعة وهران، الجزائر.
- (8) عبد الرحمان، عبد المبدى. (2005). قلق الانفصال لدى أطفال المرحلة الابتدائية و علاقته ببعض المتغيرات الأسرية، رسالة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- (9) علاء، جمال الربيعي. (2011). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية لدى أطفال الصم و علاقتها بالتوافق الأسري، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- (10) علي، اليازوزي. (2012). الاضطرابات السلوكية للمعاقين القابلين للتعلم و علاقتها بأساليب المعاملة الوالدية في قطاع غزة، رسالة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، تخصص الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية غزة، كلية التربية، قسم علم النفس.
- (11) القصاص موسى زهير حسن، (2014): الأفكار اللاعقلانية و أفعال الغضب لدى أفراد الشرطة في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعية الإسلامية، غزة.
- (12) لحسن ذبيحي. (2018 - 2019). الذكاء الوجداني و علاقته بالأفكار اللاعقلانية و السلوك العدواني لدى تلاميذ الرابعة متوسط، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
- (13) محدب رزيقة. (2011). الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس و علاقته بظهور القلق، رسالة ماجستير، جامعة بسكرة، الجزائر.
- (14) مصطفى، النوري القش، و خليل عبد الرحمان المعاطية. (2009). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار الميسرة، عمان، الأردن.

15) ميار، محمد علي سليمان. (2003). فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

❖ المجلة:

1) عزي صالح نعيمة، (2019): العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية أرون بيك و جيفري يونغ، مجلة أفاق علمية، 11 (03).

2) د. كاظم كريدي، د. محمد علي، التخلف العقلي تعريفه، تشخيصه، أساسه، الارشاد و الرغبة النفسية للمتخلفين عقليا، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد السابع و خمسون.

3) يوسف جلال زكرياء، يحي محمد، (2000): دراسة تشخيصية علاجية للنشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس ، العدد الرابع و العشرون، الجزء الرابع ص 213 - 241، كلية التربية، جامعة عين الشمس، مصر.

❖ القاموس:

1) سهيل ادريس. (1998). المنهل قاموس فرنسي عربي. ط 01. بيروت: دار الأدب.

(II) المراجع بالانجليزية:

- 1) American Psychiatric Association, (1994): Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (4 th ed) Washington, & American psychiatric press.
- 2) C. Bursztejin, (2006): Emotional intelligence in the wales, UK: Crown house publishing limited.
- 3) Bursztejin, (2006).

(III) المراجع بالفرنسية:

- 1) Rojohn Morin et Mithat, (2003) : Thérapie de ville, apports des sciences physiques et chimiques, T.C.C, pour le médecin généraliste psychologie, Université Toulouse, Le Mirail, Toulouse.
- 2) Berclaz. M, 2001, Agressivité hostilité et violence a l'usage des intervenants, H.U.G.
- 3) Hamel, H, et al, (1993), les familles d'enfants handicapés, le journal de pédiatre et de puériculture.
- 4) Henly, Martin et long, (1999) : les variables familiales associées au trouble oppositionnel avec provocation chez les enfants, Département de psycho éducation, Université de Sherbrooke, Canada.
- 5) <http://decomentation.aphp.fr/handicap/annonceapres.htm> .

الملاحق

ملحق رقم (01)

دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية:

الاسم:.....الجنس:.....السن:.....
نوع الإعاقة : التأخر العقلي الدرجة: بسيط
المستوى الدراسي:.....الحالة الاقتصادية للوالدين.....
عدد الإخوة:..... الذكور:..... الإناث:.....
الرتبة في العائلة:.....

المحور الثاني: السوابق المرضية

1. هل تعاني من اضطرابات أو مشكل ما صحي؟
2. هل لديكم أمراض وراثية في الأسرة؟
3. هل قمت بعمليات جراحية تستوجب الاستفتاء؟
4. هل لديك علاج دوائي؟

المحور الثالث: الحياة العائلية

1. كيف هي علاقتك مع أبويك؟ أمك؟ أبوك؟ إخوانك؟ أخواتك؟
2. هل لديك رفاق واصدقاء؟ كيف هي علاقتك معهم؟
3. كيف تشعر عندما تتحدث مع غيرك؟
4. هل لديك علاقات جيدة مع زملائك في المركز النفسي البيداغوجي؟
5. كيف هي علاقتك مع مربية المركز؟
6. هل تحب الحفلات و الخرجات البيداغوجية؟

المحور الرابع: محور قلق الانفصال

1. كيف تشعر عندما تنفصل عن أسرتك و أنت ذاهب إلى المركز النفسي البيداغوجي؟
2. هل تبكي صباحا عندما نذهب إلى المركز النفسي؟
3. هل ينتابك شعور بالضيق و التوتر و أنت تنفصل عن أسرتك؟ ما هو أول شعور لك؟
4. كيف تشعر عند رؤية والديك يسترجعانك من المركز النفسي البيداغوجي؟
5. كيف هو شعورك عند النوم خارج البيت؟
6. هل يراودك خوف وأفكار سلبية حول فقدان أمك؟

المحور الخامس: محور الاضطرابات السلوكية والوجدانية

1. كيف تتصرف عندما تشعر بالغضب؟
2. هل تتشاجر مع اصدقائك ورفاقتك في المركز؟ ومع جيرانك؟
3. هل تعاني من صداع ما في جسمك؟
4. كيف هي سلوكياتك داخل القسم وفي الساحة؟
5. هل تتبع تعليمات المربية؟
6. هل بإمكانك أن تصبر أو تنتظر دورك دون قلق وتوتر منك؟

المحور السادس: محور النظرة المستقبلية

1. هل لديك أحلام ترغب في تحقيقها مستقبلا؟ وما هي؟
2. ما هي نظرتك لذاتك ولنفسك في المستقبل؟
3. ما هي التمنيات والطموحات التي تسعى إليها مستقبلا؟
4. ما هي الأشياء التي تحب إنجازها وتكون سعيدا عند إنجازها؟

ملحق رقم (02)

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة مولود معمري -تيزي وزو-

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

السنة الجامعية: 2024

الأستاذة:

الدرجة العلمية:

استمارة التحكيم

السلام عليكم و رحمة الله تعالى و بركاته

أستاذنا الفاضل

نحن طالبتين جامعتين في صدد التحضير لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي بعنوان: " قلق الانفصال والاضطرابات السلوكية و الوجدانية لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لدى الفئة العمرية التي تتراوح من 06 سنوات الى 11 سنة (التأخر العقلي البسيط).

نرجو منكم أساتذتي الكرام المساعدة في تحكيم مقياس قلق الانفصال.

يزيدنا فخرا أن نضع بين أيديكم هذه الاستمارة من أجل التقويم في الجوانب التالية:

مدى تناسب فقرات مقياس قلق الانفصال مع عينة بحثنا الحالي أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فئة التأخر العقلي البسيط.

و مدى وضوح الصياغة اللغوية لفقرات المقياس ويتم تسجيل التقويم من خلال وضع علامة (X) في الخانة المناسبة و نرجو البديل في حالة عدم الموافقة على فقرات المقياس.

أستاذنا الكريم نوضح لكم فيما يلي المعلومات التي تساعدكم في عملية التحكيم.

ملحق رقم (03)

الصورة الأولى لمقياس قلق الانفصال

مقياس قلق الانفصال للمدارس: د. عائدة شعبان صالح و د. نجاح السميحي:

الاسم (حسب الرغبة):..... العمر:..... المدرسة:.....

الفصل:..... الجنس: (ذكر، أنثى)

م	فقرات مقياس قلق الانفصال	مدى ملائمة الفقرة للبند		مدى السلامة اللغوية		التعديل و الملاحظات
		ملائمة	غير ملائمة	واضحة	غير واضحة	
1	أرى في منامي أحلاما مزعجة.					
2	أشعر بضيق في التنفس.					
3	ألازم أمي أينما ذهبت.					
4	أشعر بالخوف عندما أذهب إلى المدرسة.					
5	تراودني أفكار سيئة خوفا					

					من فقدان أمي.	
					أشعر بالتعب عند القيام بأي مجهود.	6
					أخاف من الذهاب إلى الحمام ليلا بمفردي.	7
					أفقد الأمان عندما أكون لوحدي.	8
					تشعرتني أمي بالأمان.	9
					تراودني أفكار بأن أمي سوف تخرج ولن تعود.	10
					أرافق أمي عندما تخرج من المنزل خوفا عليها.	11
					أشعر بعدم السرور عندما أكون بعيدا عن أمي.	12
					أبكي أكثر من أي وقت مضى عند ذهابي إلى المدرسة.	13

					أشعر بالخوف من الأشياء التي لا أعرفها.	14
					أخاف أن أفقد أحد الأشخاص المحبين لدي.	15
					أخاف أن أفقد أُمي.	16
					أخاف على أُمي عندما تمرض.	17
					ينتابني شعور بحدوث شيء سيء لأُمي.	18
					أشعر بالألم في الرأس عندما أكون في المدرسة	19
					أخاف من النوم بمفردي بعيدا عن أُمي	20
					أشعر بتعب وإنهاك بجسمي.	21
					أرسم دائما صور الأشياء	22

					المؤلمة التي حدثت لي.	
					أتردد في الإجابة على أسئلة المدرس عندما يسألني.	23
					أتضايق عندما أتذكر المواقف المؤلمة التي حدثت لي.	24
					أشعر بالقلق من حدوث شيء لي	25
					أجد صعوبة في الانتباه للأشياء.	26
					أشعر بالخوف الشديد دون سبب.	27
					أنا دائم السؤال عن أمي خوفا أن يحدث لها مكروه.	28
					أبكي عندما أتخيل بأنني سأبتعد عن والدتي.	29
					أنام بجانب والدتي دائما.	30

					أخاف من حرمانني من حنان وعطف أُمي.	31
					أخاف من الأمطار والعواصف وما تسببه من حوادث.	32
					أتوسل لوالدتي حتى لا أذهب إلى المدرسة.	33
					أخاف من الذهاب في الرحلات بدون أُمي.	34
					أشعر بدوار (دوخة) عندما أكون بعيدا عن أُمي.	35

الملحق رقم (04)

الصورة النهائية لمقياس قلق الانفصال

مقياس (01)

الاسم:..... العمر:..... المدرسة:.....

الفصل:..... الجنس: (ذكر، أنثى).....

تعليمات التطبيق:

العبارات التالية تصف سلوك التلميذ، يرجى وصف السلوك التلميذ على كل عبارة من العبارات وذلك بوضع علامة (X) في الخانة التي تناسب إجابة التلميذ، تطبيق المقياس يتطلب تعاون التلميذ وحضور التلميذ للإجابة على عبارات المقياس.

م	العبارات	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة
36	أرى في منامي أحلاما مزعجة.			
37	أشعر بضيق في التنفس.			
38	ألازم أُمي أينما ذهبت.			
39	أشعر بالخوف عندما أذهب إلى المدرسة.			
40	تراودني أفكار سيئة خوفا من فقدان أُمي.			
41	أشعر بالتعب عند القيام بأي مجهود.			
42	أخاف من الذهاب إلى الحمام ليلا بمفردتي.			
43	أفقد الأمان عندما أكون لوحدي.			

44	تشعرنى أمي بالأمان.		
45	تراودني أفكار بأن أمي سوف تخرج ولن تعود.		
46	أرافق أمي عندما تخرج من المنزل خوفا عليها.		
47	أشعر بعدم السرور عندما أكون بعيدا عن أمي.		
48	أبكي أكثر من أي وقت مضى عند ذهابي إلى المدرسة.		
49	أشعر بالخوف من الأشياء التي لا أعرفها.		
50	أخاف أن أفقد أحد الأشخاص المحبين لدي.		
51	أخاف أن أفقد أمي.		
52	أخاف على أمي عندما تمرض.		
53	ينتابني شعور بحدوث شيء سيء لأمي.		
54	أشعر بال ألم في الرأس عندما أكون في المدرسة		
55	أخاف من النوم بمفردي بعيدا عن أمي		
56	أشعر بتعب وإنهاك بجسمي.		
57	أرسم دائما صور الأشياء المؤلمة التي حدثت لي.		
58	أتردد في الإجابة على أسئلة المدرس عندما يسألني.		
59	أتضايق عندما أتذكر المواقف المؤلمة التي حدثت لي.		
60	أشعر بالقلق من حدوث شيء لي		
61	أجد صعوبة في الانتباه للأشياء.		
62	أشعر بالخوف الشديد دون سبب.		

			63 أنا دائم السؤال عن أمي خوفا أن يحدث لها مكروه.
			64 أبكي عندما أتخيل بأنني سأبتعد عن والدتي.
			65 أنام بجانب والدتي دائما.
			66 أخاف من حرمانني من حنان وعطف أمي.
			67 أخاف من الأمطار والعواصف وما تسببه من حوادث.
			68 أتوسل لوالدتي حتى لا أذهب إلى المدرسة.
			69 أخاف من الذهاب في الرحلات بدون أمي.
			70 أشعر بدوار (دوخة) عندما أكون بعيدا عن أمي.

الملحق رقم (05)

استمارة التحكيم لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

السنة الجامعية: 2024

الأستاذة:

الدرجة العلمية:

استمارة التحكيم

السلام عليكم و رحمة الله تعالى و بركاته

أستاذنا الفاضل

نحن طالبتين جامعتين في صدد التحضير لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي بعنوان: " قلق الانفصال والاضطرابات السلوكية و الوجدانية لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لدى الفئة العمرية التي تتراوح من 06 سنوات الى 11 سنة (التأخر العقلي البسيط).

نرجو منكم أساتذتي الكرام المساعدة في تحكيم مقياس المشكلات السلوكية و الانفعالية لدى الأطفال يزيدنا فخرا أن نضع بين أيديكم هذه الاستمارة من أجل التقويم في الجوانب التالية: مدى تناسب فقرات مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال مع عينة بحثنا الحالي أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فئة التأخر العقلي البسيط.

و مدى وضوح الصياغة اللغوية لفقرات المقياس و يتم تسجيل التقويم من خلال وضع علامة (X) في الخانة المناسبة و نرجو البديل في حالة عدم الموافقة على فقرات المقياس و مدى توزيع فقرات المقياس على الأبعاد توزيعا مناسبا لكل بعد من أبعاد المقياس. أستاذنا الفاضل نوضح لدى فيما يلي المعلومات التي تساعدكم في عملية التحكم.

ملحق رقم (06)

الصورة الأولية لمقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية

جدول (2): فقرات المقياس وتوزيعها على الأبعاد.

العامل	فقرات	مدى ملائمة		مدى العلامة		التعديل و الملاحظات
		ملائمة	غير	واضحة	غير واضحة	
	5. لا يبدي انتباها لشرح المعلم					
	10. فترة انتباهه قصيرة.					
	12. يحصل على درجات متدنية تصل إلى حد الرسوب.					
	19. غير مثابر ويشتت انتباهه بسرعة					
	20. لديه مشكلات في القراءة.					
	26. لديه مشكلات في الإملاء.					
	32. لديه صعوبة في مواكبة أقرانه في الصف في إنجاز المهمات					

					التعليمية.	مشكلات
					37.يفشل في الانتباه للتفاصيل المهمة ويرتكب أخطاء نتيجة إهماله.	التعلم
					41.يصعب عليه التركيز على المهمة المطلوبة أو اللعب لفترة طويلة.	
					44.يبدو أنه لا يستمع لما يطلب منه.	
					45.لا يتذكر ما قرأ.	
					46.لا يتبع التعليمات بالرغم من محاولته التعاون للإنجاز المهمة الموكلة إليه.	
					48.ينسى التعليمات بسرعة.	
					50.ينسى كثيرا أثناء أداءه الأنشطة اليومية.	
					52.ينسى أشياء سبق وتعلمها.	

					54.يصعب عليه فهم الرياضيات.	
					57.يصعب عليه البدء في أية مهمة.	
					58.يحتاج إلى تفسيرات إضافية للتعليمات.	
					64.ينسى إعادة أو إتمام الوظائف المدرسية.	
					1.يسافر لمرات عديدة خارج البلاد أسبوعيا.	مقياس
					7.يذهب لدورة المياه أكثر من عشر مرات خلال كل حصة.	الصدق
					13.يشرب أكثر من مئة كوب من الماء.	
					17.يذهب إلى المدرسة خمس مرات يوميا.	
					21.يعزف سيمفونية دقة الساعة.	
					6.لا ينتظر دوره.	النشاط

					11. يتكلم أو يصدر أصوات خلال الحصة.	الزائد
					25. لا يلتزم مكانه خلال الحصة.	
					53. لا يستطيع الجلوس ساكنا.	
					61. يجيب عن السؤال قبل سماعه بالكامل.	
					3. يتمرّد على الآخرين.	العدوان/
					4. يفتعل المشكلات مع الآخرين.	مشكلات
					9. يشتم التلاميذ.	التصرف
					15. يخرب ويعكر لعب وأنشطة التلاميذ.	
					16. يغش في الامتحان.	
					18. يستخدم كلام فاحش.	
					23. يسعى للانتقام من الآخرين.	
					27. يغيط ويضايق الآخرين.	
					29. يهدد ويخيف الآخرين.	
					31. يهرب من الحصص أو من	

					المدرسة.
					34. يعتدي جسديا على الآخرين.
					36. يبدأ مشاجرة بشكل مقصود.
					39. يخرب ويكسر ألعاب وأشياء الآخرين بشكل مقصود.
					47. يرفض علنا فعل ما يطلبه منه المعلمون.
					49. يكذب كي يتجنب القيام بمهمة أو لأجل الحصول على أشياء يرغب فيها.
					51. يجادل المعلمين.
					60. ينكر مسؤوليته عن أفعال قام بها.
					63. يضايق الآخرين بالأسئلة الساخرة أو نشر الإشاعات.
					65. يخدع الآخرين ويحتال عليهم.

					67. لا يتبع التعليمات والقواعد.	
					70. يخرب الممتلكات العامة.	
					2. يشكو بأنه مريض.	المشكلات النفس جسمية
					8. يشكو من صعوبة في التنفس.	
					14. يعبر من الإصابة بمرض ما.	
					22. يشكو من آلام أو مضايقات جسمية.	
					33. يعاني من صداع.	
					38. يشكو من الآلام في حنجرته.	
					42. يشكو من أوجاع في البطن والمعدة.	
					62. يشكو من معاناته من أمراض جلدية.	
					24. يحمل هم متطلباته المدرسية.	القلق / الاكتئاب
					28. يحمل هما تجاه ما يفكر به التلاميذ نحوه.	
					30. يحزن أو يغضب من أبسط	

					الأشياء.
					35. يخاف من أن يرتكب أية أخطاء.
					40. يبدو حزينا.
					43. متوتر بسبب رغبته في إرضاء الآخرين.
					55. يظهر مخاوف كثيرة.
					56. متقلب المزاج.
					59. يبدو متوترا أو متضايقا.
					60. يتذمر، كثير الشكوى.
					60. قلق.
					69. فاقد للمتعة والاهتمام بالنشاطات.

ملحق رقم (07)

الصورة النهائية لمقياس مشكلات السلوكية و الوجدانية

مقياس رقم (02)

الاسم:..... العمر:..... المدرسة:.....

الفصل:..... الجنس: (ذكر، أنثى).....

تعليمات التطبيق:

العبارات التالية تصف سلوك التلميذ، يرجى من الاستاذ (ة) الفاضل (المشرف) وصف

السلوك التلميذ على كل عبارة من العبارات وذلك بوضع علامة (X) في الخانة التي تناسب

سلوك التلميذ علما أن تطبيق المقياس لا يتطلب تعاون التلميذ أو وجوده لإتمام عملية

التطبيق.

الفقرات	لا يظهر السلوك مطلقا	نادرا ما يظهر السلوك	كثيرا ما يظهر السلوك	كثيرا جدا ما يظهر السلوك
1. لا يبدي انتباها لشرح المعلم				
2. فترة انتباهه قصيرة.				
3. يحصل على درجات متدنية تصل إلى حد الرسوب.				

				4. غير مثابر ويشئت انتباهه بسرعة
				5. لديه مشكلات في القراءة.
				6. لديه مشكلات في الإملاء.
				7. لديه صعوبة في مواكبة أقرانه في الصف في إنجاز المهمات التعليمية.
				8. يفشل في الانتباه للتفاصيل المهمة ويرتكب أخطاء نتيجة إهماله.
				9. يصعب عليه التركيز على المهمة المطلوبة أو اللعب لفترة طويلة.
				10. يبدو أنه لا يستمع لما يطلب منه.
				11. لا يتذكر ما قرأ.
				12. لا يتبع التعليمات بالرغم من محاولته التعاون للإنجاز المهمة الموكلة إليه.
				13. ينسى التعليمات بسرعة.

				14. ينسى كثيرا أثناء أداءه الأنشطة اليومية.
				15. ينسى أشياء سبق وتعلمها.
				16. يصعب عليه فهم الرياضيات.
				17. يصعب عليه البدء في أية مهمة.
				18. يحتاج إلى تفسيرات إضافية للتعليمات.
				19. ينسى إعادة أو إتمام الوظائف المدرسية.
				20. يسافر لمرات عديدة خارج البلاد أسبوعيا.
				21. يذهب لدورة المياه أكثر من عشر مرات خلال كل حصة.
				22. يشرب أكثر من مئة كوب من الماء.
				23. يذهب إلى المدرسة خمس مرات يوميا.
				24. يعزف سيمفونية بطريقة جيدة.
				25. لا ينتظر دوره.

				26. يتكلم أو يصدر أصوات خلال الحصة.
				27. لا يلتزم مكانه خلال الحصة.
				28. لا يستطيع الجلوس ساكنا.
				29. يجيب عن السؤال قبل سماعه بالكامل.
				30. يتمرّد على الآخرين.
				31. يفتعل المشكلات مع الآخرين.
				32. يشتم التلاميذ.
				33. يخرب ويعكر لعب وأنشطة التلاميذ.
				34. يغش في الامتحان.
				35. يستخدم كلام فاحش.
				36. يسعى للانتقام من الآخرين.
				37. يغيظ ويضايق الآخرين.
				38. يهدد ويخيف الآخرين.
				39. يهرب من الحصص أو من المدرسة.
				40. يعتدي جسديا على الآخرين.

				41..يبدأ مشاجرة بشكل مقصود.
				42..يخرب ويكسر ألعاب وأشياء الآخرين بشكل مقصود.
				43.يرفض علنا فعل ما يطلبه منه المعلمون.
				44.يكذب كي يتجنب القيام بمهمة أو لأجل الحصول على أشياء يرغب فيها.
				45.يجادل المعلمين.
				46..ينكر مسؤوليته عن أفعال قام بها.
				47..يضايق الآخرين بالأسئلة الساخرة أو نشر الإشاعات.
				48..يخدع الآخرين ويحتال عليهم.
				49.لا يتبع التعليمات والقواعد.
				50.يخرب الممتلكات العامة.
				51.يشكو بأنه مريض.
				52.يشكو من صعوبة في التنفس.
				53.يعبر من الإصابة بمرض ما.

				54..يشكو من آلام أو مضايقات جسمية.
				55..يعاني من صداع.
				56..يشكو من الآلام في حنجرته.
				57..يشكو من أوجاع في البطن والمعدة.
				58..يشكو من معاناته من أمراض جلدية.
				59..يحمل هم متطلباته المدرسية.
				60..يحمل هما تجاه ما يفكر به التلاميذ نحوه.
				61..يحزن أو يغضب من أبسط الأشياء.
				62..يخاف من أن يرتكب أية أخطاء.
				63..يبدو حزينا.
				64..متوتر بسبب رغبته في إرضاء الآخرين.
				65..يظهر مخاوف كثيرة.
				66..متقلب المزاج.

				67..يبدو متوترا أو متضايقا.
				68.يتذمر، كثير الشكوى.
				69.قلق.
				70.فاقد للمتعة والاهتمام بالنشاطات.

ملحق رقم 08

الصفحة النفسية

الدكتور جلال حاج حسين جرار

تاريخ التطبيق:

عمر الطالب:

أسم الطالب:

الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية	الدرجة التائية
+100	-	-	-	-	-	-	+100
90	-	-	-	-	-	-	90
80	-	-	-	-	-	-	80
70	-	-	-	-	-	-	70
60	-	-	-	-	-	-	60
50	-	-	-	-	-	X-	50
40	-	-	-	-	-	-	40
30	-	-	-	-	-	-	30
20	-	-	-	-	-	-	20
10	-	-	-	-	-	-	10
							الدرجة التائية
							الرتبة المثينة
							الدرجة الخام
	5+4+3+2+1	5	4	3	2	1	رقم العمود

- تشير الدرجات التائية التي تقع ضمن الجزء الرمادي إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية ذات دلالة من المرجح أن تتدخل سلباً في أدائه الوظيفي خصوصاً تلك الدرجات التي تتجاوز الخط الأحمر.
- تشير الدرجات التائية التي تقع في الجزء الأبيض إلى أن الطالب يظهر سلوكاً أو خصائص انفعالية مشابهة لمتوسط أو أقل مما يظهره أقرانه في نفس فئته العمرية ونفس الجنس.

الملحق (هـ): جدول تحويل الدرجات الخام على الأبعاد إلى رتبة مئينية للإناث

جدول (هـ 1): الرتب المئينية المناظرة للدرجات الخام على الأبعاد للإناث للفئة العمرية 11-6 سنة

جسمية		النشاط الزائد		مشكلات التعلم		القلق / الاكتئاب		العدوان / التصرف	
الرتبة المئينية	الدرجة الخام	الرتبة المئينية	الدرجة الخام	الرتبة المئينية	الدرجة الخام	الرتبة المئينية	الدرجة الخام	الرتبة المئينية	الدرجة الخام
99	18-24	99	18-19	99	63-74	99	34-48	99	59-77
98	16	98	17	98	60-63	98	32-33	98	49-58
97	15	96	16	97	56-58	97	30-31	97	48
96	14	95	15	96	54-55	96	27-28	96	46
95	13	92	14	95	52-53	95	27	95	45
92	12	90	13	94	51	94	26	94	43
91	11	87	12	93	49-50	93	25	93	42
81	10	84	11	92	48	91	24	92	41
70	9	80	10	92	47	90	23	91	39-40
63	8	76	9	91	45-46	88	22	90	38
		70	8	90	44	87	21	89	36-37
		61	7	88	42	86	21	88	35
		55	6	87	41	83	20	87	34

النفوس جسمية		النشاط الزائد		مشكلات التعلم		الكتاب / القلق		العدوان / التصرف	
الرتبة الثانية	الدرجة الخام	الرتبة الثانية	الدرجة الخام	الرتبة الثانية	الدرجة الخام	الرتبة الثانية	الدرجة الخام	الرتبة الثانية	الدرجة الخام
		39	5	87	40	81	19	86	33
				86	39	76	18	85	32
				85	38	74	18	83	31
				84	37	73	17	81	30
				83	36	64	16	78	29
				81	35	56	15	76	28
				80	34	53	14	75	27
				77	33	43	13	73	26
				76	32	30	12	72	25
				73	31			65	24
				71	30			62	23
				70	30			54	22
				69	29			22	21
				67	28				
				65	27				

جدول (هـ4): الرتب المهنية المناظرة للدرجات الخام على الدرجة الكلية للإثاث

الفئة العمرية					
18-16		15-12		11-6	
الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام
99	198-206	99	175-182	99	168-214
98	197	98	174	98	159-164
97	187-189	98	166	97	152-157
96	167-175	97	164-165	96	146-148
95	162-164	96	162-163	95	144
94	161	95	160	95	143
93	160	94	157-158	94	134-142
93	154	93	150-155	93	134
92	151	92	147-149	93	130-132
91	148	91	137-146	92	128-129
90	147	90	133	91	126-127
89	146	89	132	90	123
89	144	88	131	89	119-121
88	143	87	130	88	118

الفئة العمرية					
18-16		15-12		11-6	
الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام
87	141	87	128	87	115-117
86	140	86	127	86	113-114
85	135	85	124	85	109-112
84	133-134	84	123	84	108
83	132	83	122	83	107
82	131	82	121	82	102-106
81	130	81	117-119	81	103
80	128	80	116	80	101
79	125-127	79	114	80	99
78	125	78	112-113	79	98
77	124	77	110	78	97
76	123	76	108	77	95-96
75	122	75	107	76	94
74	121	73	106	74	93
72	120	72	104-105	73	92
70	119	71	103	71	91

الفئة العمرية					
18-16		15-12		11-6	
الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام
69	118	70	102	70	90
68	118	69	101	69	89
67	117	68	100	68	88
66	116	67	99	67	87
65	114	66	98	66	86
64	112	66	98	65	85
63	111	65	97	64	84
62	110	65	96	62	83
61	109	64	95	61	82
60	107	61	94	60	81
58	106	59	93	57	80
57	105	57	92	55	79
56	102-103	55	91	52	78
55	101	55	90	49	77
52	99-100	54	89	47	76
48	96	54	88	45	75

الفئة العمرية					
18-16		15-12		11-6	
الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام	الرتبة المهنية	الدرجة الخام
47	95	52	87	43	74
45	94	49	86	41	73
44	93	48	85	38	72
40	92	47	84	36	71
39	91	46	83	33	70
37	89	45	82	31	70
35	88	44	81	28	69
31	87	42	80	26	68
30	83	41	79	21	67
29	82	38	78	18	66
28	81	37	77	8	65

الملحق (و): جدول تحويل الدرجات الخام على الأبعاد إلى رتبة مئوية للأبعاد المذكورة

جدول (و 1): الرتب المئوية المناظرة للدرجات الخام على الأبعاد المذكورة للمرحلة العمرية 11.6 سنة:

جسمية		النفس		النشاط الزائد		مشكلات التعلم		القلق / الاكتئاب		المدروان / التصرف	
الرتبة الثنائية	الدرجة الخام	الرتبة الثنائية	الدرجة الخام	الرتبة الثنائية	الدرجة الخام	الرتبة الثنائية	الدرجة الخام	الرتبة الثنائية	الدرجة الخام		
99	19-20	99	20	99	73-76	99	39-48	99	80-84		
98	17-18	98	19	98	69-70	98	38	98	76-80		
97	16	96	18	97	67-68	97	32-33	97	74-75		
96	15	95	17	96	65-66	96	31	96	72		
93	14	92	16	95	63-64	95	30	95	68		
91	13	90	15	94	60-61	94	29	94	67		
88	12	87	14	93	58-59	93	28	93	66		
83	11	83	13	91	57	92	27	93	66		
76	10	81	12	90	55-56	90	26	92	63		
71	9	77	11	89	54	87	25	91	62		
59	8	68	10	88	53	84	24	90	57-58		
		62	9	87	52	83	23	89	56		
		55	8	86	50-51	80	22	88	53-54		

جسمية		النشاط الزائد		مشكلات التعلم		الكتاب / الملقن		التصرف / العدوان	
الرتبة المعينة	الدرجة الخام	الرتبة المعينة	الدرجة الخام	الرتبة المعينة	الدرجة الخام	الرتبة المعينة	الدرجة الخام	الرتبة المعينة	الدرجة الخام
		47	7	85	49	78	21	87	51-52
		37	6	84	48	76	20	86	50
		30	5	83	47	71	19	85	49
				82	45	69	18	84	45-48
				81	44	65	17	83	45
				80	43	59	16	82	44
				79	41-42	53	15	81	43
						46	14	80	43
						37	13	79	42
						31	12	78	41
								77	39
								76	38
								75	38
								74	37
								73	36

الملحق (د): جدول تحويل الدرجات الخام إلى درجات تائية معيارية
للمذكور

جدول (د 1) الدرجات التائية المناظرة للدرجات الخام على الأبعاد للمذكور
للفئة العمرية 6-11 سنة.

الدرجة التائية	الدرجة الكلية	النفس جسمية	النشاط الزائد	مشكلات التعلم	القلق/ الاكتئاب	العدوان / التصرف	الدرجة التائية
99							99
98					48		98
97					—		97
96					—		96
95		20			—		95
94		—			—		94
93		—			—		93
92		—			44		92
91		—			—		91
90		19			—		90
89		—			—		89
88		—			—		88
87		—			—		87
86		18			—		86
85		—			40		85
84		—			39		84
83		—			—	84	83
82		17			38	82-83	82
81	212-214	—		76	—	80-81	81
80	208-210	—		—	—	—	80

الدرجة التائية	الدرجة الكلية	النفس جسمية	النشاط الزائد	مشكلات التعلم	القلق/ الاكتئاب	العدوان / التصرف	الدرجة التائية
79	195-206	—		73	—	78	79
78	—	16	20	—	—	76	78
77	—	—	—	—	—	74-75	77
76	—	—	—	69-70	—	—	76
75	193	—	19	68	33	72	75
74	188	15		66-67	—	—	74
73	184	—	18	65	32	68	73
72	181	—	—	63-64	—	67	72
71	175-176	—	17		31	66	71
70	172-173	—	—	60-61	30	63	70
69	168-169	14	—	59	29	62	69
68	166-167	—	16	58	29	60	68
67	161-162	—	—	56-57	28	—	67
66	157-159	—	—	55	—	57-58	66
65	154-156	13	15	53-54	27	55-56	65
64	150-152	—	—	52	26	54	64
63	146-147	—	14	50-51		52-53	63
62	142-144	—	—	49	25	51	62
61	138	12	—	48	24	49-50	61
60	135-137	—	13	46-47	—	48	60
59	131-134	—	12	45	23	46-47	59
58	127-130	—	—	43-44	22	45	58
57	124-126	11	11	42	—	43-44	57
56	116-123	—	—	40-41	21	41-42	56
55	—	—	—	39	20	—	55
54	113-115	—	—	37-38	20	37-39	54
53	109-112	10	10	36	19	—	53
52	105-108	—	—	35	—	35-36	52

الدرجة التائية	الدرجة الكلية	النفس جسمية	النشاط الزائد	مشكلات التعلم	القلق/ الاكتئاب	العدوان / التصرف	الدرجة التائية
51	103-104	—	9	33-34	18	34	51
50	98-101	—	—	32	17	32-33	50
49	94-97	9	—	30-31	—	31	49
48	91-93	—	8	29	16	29-30	48
47	87-90	—	—	27-28	15	27-28	47
46	83-86	—	7	26	—	26	46
45	80-82	8	—	24-25	14	24-25	45
44	76-79		—	23	13	23	44
43	72-75		6	22	—	21-22	43
42	69-71		—	20-21	12		42
41	65-68		5	19			41

ملحق رقم (09)
نتائج ثبات و صدق مقياس قلق الانفصال

CORRELATIONS
/VARIABLES=X Y
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Remarques		
Résultat obtenu		07-JUN-2024 20:23:49
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
Traitement valeurs manquantes	N de lignes dans le fichier de travail	30
	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque paire de variables sont basées sur toutes les observations comportant des données valides pour cette paire.
Syntaxe		CORRELATIONS /VARIABLES=X Y /PRINT=TWOTAIL NOSIG /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING=PAIRWISE.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,05

[Ensemble_de_données0]

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
X	35,0667	5,60747	30
Y	36,6000	5,34725	30

Corrélations

		X	Y
X	Corrélation de Pearson	1	,727
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
Y	Corrélation de Pearson	,727	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclus	0	,0
	Total	30	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,819	35

ملحق رقم (11)

جدول يوضح أسماء الأساتذة المحكمين و

توقيعاتهم

الرقم	اسم و لقب الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل	التوقيع
01	لعقاب مليكة	استاذة التعليم العالي	علم النفس الاجتماعي	جامعة منتوري بجاية	
02	عاشورفة صبيحة	الاستاذة معلمة	علم النفس والشخصية	جامعة منتوري بجاية	
03	طبي حليم	مساعد (ف)	علم النفس الحيادي	جامعة منتوري بجاية	
04	بوصوي نادية	أستاذة معلمة	علم النفس الحيادي	جامعة منتوري بجاية	
05	بشير رشيد	استاذ معلم	علم النفس الحيادي	جامعة منتوري بجاية	

ملحق رقم (10)

نتائج ثبات و صدق مقياس المشكلات السلوكية و الوجدانية

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=X Y
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Remarques	
Résultat obtenu	07-JUN-2024 20:07:57
Commentaires	
Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
Filtrer	<aucune>
Poids	<aucune>
Scinder fichier	<aucune>
N de lignes dans le fichier de travail	30
Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
Traitement valeurs manquantes	Les statistiques pour chaque paire de variables sont basées sur toutes les observations comportant des données valides pour cette paire.
Observations utilisées	CORRELATIONS
Syntaxe	/VARIABLES=X Y
	/PRINT=TWOTAIL NOSIG
	/STATISTICS DESCRIPTIVES
	/MISSING=PAIRWISE.
Temps de processeur	00:00:00,02
Ressources	Temps écoulé
	00:00:00,13

[Ensemble_de_données0]

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
X	83,8667	16,74913	30
Y	85,3333	16,04161	30

Corrélations

		X	Y
X	Corrélation de Pearson	1	,960
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
Y	Corrélation de Pearson	,960	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Valide	30	100,0
Observations Exclues	0	,0
Total	30	100,0

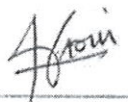
Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,945	70

ملحق رقم (11)

جدول يوضح أسماء الأساتذة المحكمين و

توقيعاتهم

الرقم	اسم و لقب الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل	التوقيع
01	لعقاب مليكة	استاذة التعليم العالي	علم النفس الاجتماعي	جامعة مولود مغربي تونس	
02	عاشورفة صهبة	الاستاذة محاضرة	علم الاجتماع والخدمة النفسية	جامعة مولود مغربي تونس	
03	طبي حليم	مساعد (ف)	علم النفس الحيادي	جامعة مولود مغربي تونس	
04	بوصوي نادية	أستاذة محاضرة	علم النفس الحيادي	جامعة مولود مغربي تونس	
05	بشير رشيد	استاذ محاضر	علم النفس الحيادي	جامعة مولود مغربي تونس	