

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



العنوان:

المشكلات النفسية السلوكية لدى المراهقات المتمدرسات

القاطنات بديار الايواء

-دراسة عيادية لثلاثة حالات بقرية الطفولة المسعفة SOS - الجزائر -

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس المدرسي

إشراف الأستاذة:

بلحاج فروجة

من إعداد الطالبة:

- أيت بن يوسف حسبية

السنة الجامعية: 2019-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاَهُمْ فِي

الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ

وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا

تَفْصِيلاً

الآية (70) من سورة الإسراء

كلمة شكر

نشكر الله ونحمده كثيرا لإعانتنا بالصبر والاجتهاد لإتمام هذا العمل بكل صحة وعافية.

كما نتقدم بالشكر الجزيل والعرفان للأستاذة المشرفة "بلحاج فروجة" التي ساعدتنا في إنجاز هذا العمل المتواضع وتقديمها النصائح اللازمة

كما نشكر رئيس جمعية التقوى والإحسان السيد: فوزي راجي وإلى مديرة قرية SOS السيدة: حركوك من خلال دعمها لي. وبالخصوص أطفال قرية SOS

شكرا

إهداء

بعد باسم الله الرحمن الرحيم

بكل حب ونبض وتردد أنفاس أهدي ثمرة جهدي وعملي هذا

إلى من لا يطيب لي العيش إلا بهم وبينهم الوالدين.

إلى من قاسموني حلوة الحياة ومرها وبهم أشد أزري إخواني

أطال الله في عمرهم.

وإلى خالتي العزيزة وعائلتها الكريمة.

وإلى كل من ذكره قلبي ولم يكتبه قلبي.

وإلى كل الطفولة المسعفة.

وإلى قسم علم النفس.

حسبية

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة المشكلات النفسية السلوكية لدى المراهقات المتمدرسات القاطنات بمراكز الإيواء. ولتحقيق هذه الأهداف المسطرة تم استخدام المنهج العيادي والاستعانة بمجموعة من الأدوات تمثلت في استبيان المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة "لمحمد السيد عبد الرحمان" والمقابلة النصف موجهة والملاحظة. وتمثلت عينة الدراسة ثلاثة حالات من المراهقين المتمدرسين، حيث لخصت الدراسة إلى أن المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الإيواء يعانين من المشكلات النفسية والسلوكية.

Résumé de l'étude :

La présente étude visait à connaître les problèmes psychologiques et comportementaux des adolescentes scolarisées vivant dans des centres d'hébergement.

Pour atteindre ces objectifs fixés, l'approche clinique a été utilisée et un ensemble d'outils a été utilisé, représentés dans le questionnaire, l'entretien diagnostique des problèmes de l'enfance, "Mohammed El-Sayed Abdel-Rahman", l'entretien semi-guidé, et l'observation.

L'échantillon de l'étude représentait trois cas d'adolescents scolarisés, où l'étude a conclu que les écolières vivant dans des refuges souffrent de problèmes psychologiques et comportementaux.

فهرس المحتويات

أ.....	كلمة شكر
ب.....	إهداء
ج.....	ملخص الدراسة باللغة العربية
د.....	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
ه.....	فهرس المحتويات
ي.....	قائمة الجداول
ك.....	قائمة الأشكال
ك.....	قائمة الملاحق
1.....	مقدمة

الفصل الأول:

الإطار العام للإشكالية

5.....	1-الإشكالية: +
10.....	2- الفرضيات:
10.....	3-أهمية الدراسة:
11.....	4-أهداف الدراسة:
12.....	5-تحديد المفاهيم الأساسية إجرائياً:
13.....	6-الدراسات السابقة:

الجانب النظري

الفصل الثاني:

المشكلات النفسية السلوكية

تمهيد:	20
1- مفهوم المشكلة:	21
2- تعريف المشكلة:	21
3- تعريف المشكلات النفسية:	22
4- أشكال المشكلات النفسية:	24
5- النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية لدى الأطفال:	51
6- تعريف السلوك:	56
7- تعريف السلوك السوي واللاسوي:	57
8- تعريف المشكلات السلوكية:	62
9- أشكال المشكلات السلوكية:	64
10- النماذج النظرية المفسرة للمشكلات السلوكية لدى الأطفال :	89
11- أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية:	99
12- أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا ونفسيا:	102
13- العلاجات الطبية النفسية والسلوك:	104
خلاصة:	112

الفصل الثالث:

المراهمات المتمرسات ومراكز الإيواء

- تمهيد: 114
- 1-المراهقة والتعلیم الثانوي:..... 115
- 2-مجهول النسب ومراحل التكيف النفسي: 119
- 3-تصنيف الطفولة المحرومة : 122
- 4-برامج حماية مجهول النسب : 123
- 5-تعريف مراكز الأيواء : 124
- 6-الخدمات التي تقدمها مراكز وجمعيات الرعاية: 126
- 7-نظام الرعاية داخل المؤسسات الإيوائية الجزائرية : 127
- 8-المعايير الدولية لتصميم برامج الأطفال المعرضين للخطر: 128
- 9-مزايا وعيوب المؤسسة الإيوائية : 129
- 10-آثار المراهق مجهول النسب على المجتمع:..... 130
- خلاصة: 132

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

135	تمهيد:
136	1-التذكير بفرضيات الدراسة:.....
136	2-الدراسة الاستطلاعية:
137	3-عينة الدراسة الإستطلاعية:.....
138	4-تطبيق الدراسة الاستطلاعية:
139	5-نتائج الدراسة الإستطلاعية:.....
139	6-الدراسة الأساسية:
139	7-منهج البحث:
140	8-عينة الدراسة الأساسية وخصائصها :
141	9-مكان وزمان إجراء الدراسة:.....
144	10-الأدوات المعتمدة للدراسة:.....
150	11-الأساليب الإحصائية:.....
150	12-القواعد الإحصائية:.....
151	خلاصة:

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- تمهيد: 153
- 1- عرض الحالات ومناقشتها: 154
2. عرض النتائج العامة للحالات الثلاثة في مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة: 180
- 3- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة: 181
- 4- الاستنتاج العام: 183
- خاتمة: 184
- الاقتراحات: 185
- قائمة المراجع 187

الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
105	يمثل الإيقاعات الحيوية لدى الإنسان	01
138	يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية	02
141	يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن ومستوي الدراسي ومدة الإقامة بالمركز.	03
146	يمثل توزيع البنود حسب أبعاد مقياس "قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة".	04
149	يمثل ثبات المقياس.	05
159	يمثل نتائج الحالة الاولى على استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.	06
168	يمثل نتائج الحالة الثانية على استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.	07
176	يمثل نتائج الحالة الثالثة على استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.	08
180	يمثل نتائج الحالات الثلاثة	09

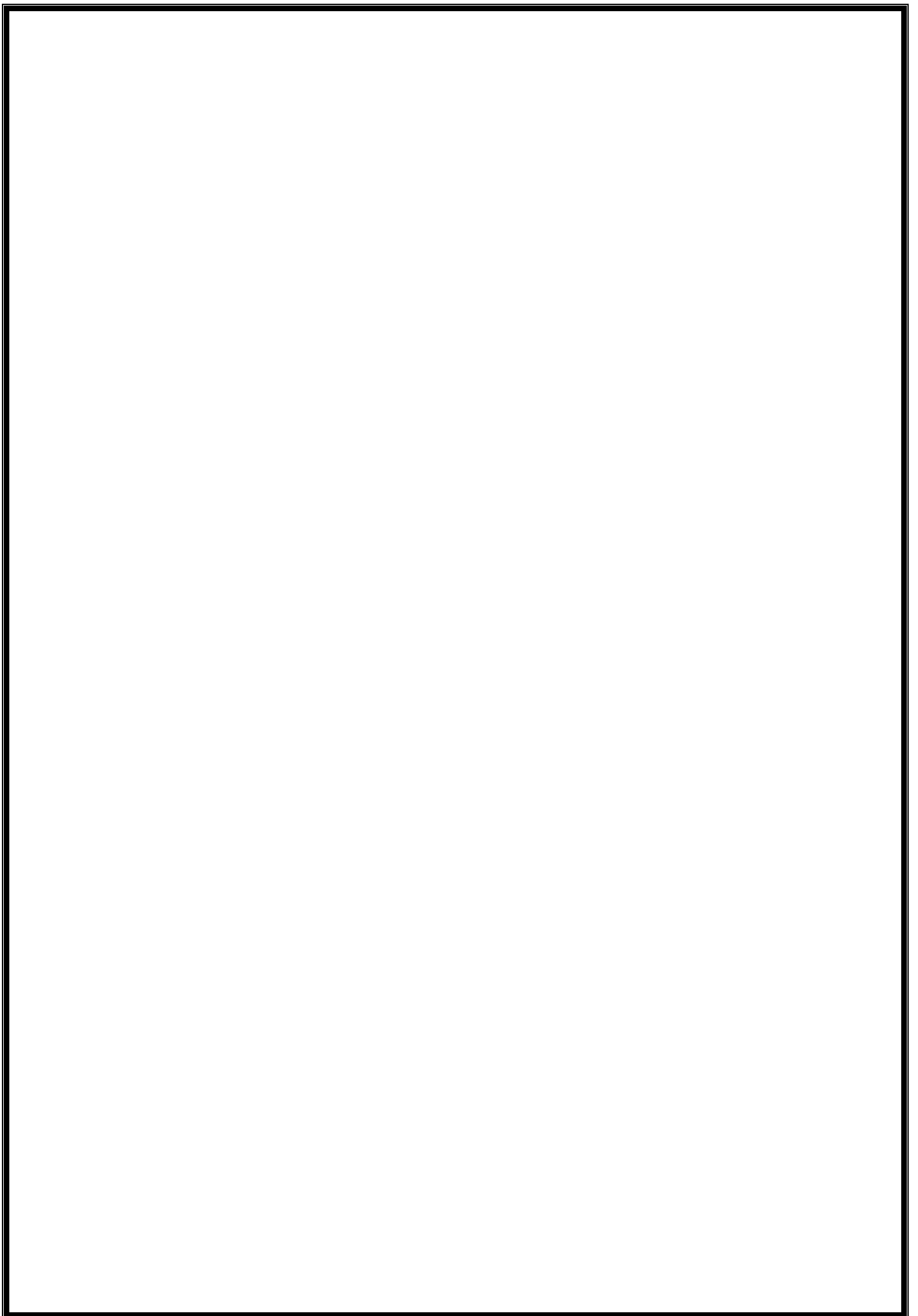
قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
160	يمثل أعمدة لتباين نسب المشكلات النفسية السلوكية للحالة الأولى	01
169	يمثل أعمدة لتباين نسب المشكلات النفسية السلوكية للحالة الثانية	02
177	يمثل أعمدة لتباين نسب المشكلات النفسية السلوكية للحالة الثالثة	03

قائمة الملاحق

العنوان	رقم الملحق
مقابلة عيادية نصف مواجهة	01
أسئلة موجهة المساعد النفسي التربوي.	02
عرض المقابلة العيادية مع المرشد النفسي التربوي.	03
قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال.	04
نتائج الحالة الأولى على استبيان قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.	05
نتائج الحالة الثانية على استبيان قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.	06
نتائج الحالة الثالثة على استبيان قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.	07

مقدمة



مقدمة:

يتمثل دور الأسرة في تربية الطفل وتنشئته تنشئة اجتماعية سوية في مرحلة الطفولة المبكرة باعتبارها أول نواة ومؤسسة يعيش في ظلها الطفل، منها يكسب الخبرات التي تشكل الأساس للعديد من المفاهيم عن نفسه والآخرين والعالم من حوله، إذ من الحقوق التي يجب الاعتراف بها للطفل هو أن يعيش طفولة طبيعية مع عائلته البيولوجية، وهذا ما يفتقد إليه الأطفال مجهولي النسب نتيجة لظروف والديهم التي أدت بهم إلى مؤسسات الإيواء لرعايتهم، والتي أعطت لهم فرصة العيش والدمج في جو أسري بديل تسود فيه قيم الاحترام والمودة.

إلا أن طبيعة شخصية فئة الأطفال مجهولي النسب جد حساسة بواقعها الذي تنتمي إليه، ما يجعل الطفل في صراع داخلي دائم، وهذا يعود إلى ظروفه النفسية والاجتماعية، الجد مضطربة كونها افتقدت لمتطلبات النمو كالاستقرار العاطفي والنفسي والانتماء، هذا ما أدى إلى زيادة معدل المشكلات النفسية السلوكية لديه، إذ تؤدي الضغوط النفسية إلى عدم قدرة الطفل على بناء علاقة اجتماعية تفاعلية بناءة والبيئة المدرسية ما أكده "سيلفان" في دراسته: «إن التعرض للضغط النفسي أعقبه بطئ في مستويات التعلم والتذكر» والذي يعود بالسلب على مساره الدراسي.

ففي ظل الكشف عن المشكلات النفسية السلوكية لدى مجهولي النسب الذي يعتبر شريحة لا يستهان بها لكفاءتها وتمتعها بمهارات وذكاءات تخدم العلم والمعرفة والمصلحة العامة للمجتمع ولذلك من خلال مراعات الدور التحصيلي للأطفال في مواجهة الضغوط واستمرار شعور وتمتع الأطفال بالصحة النفسية وتصحيح فكر المجتمع الذي لم يحسن استغلال مفهوم العولمة ولا مراعاة أبعادها ولا نظرتة لنتائجها التي كان سببا فيها.

ونحن بدورنا من خلال هذه الدراسة سنحاول تسليط الضوء على المشكلات النفسية السلوكية لدى المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء وذلك من خلال تطبيق مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان، واستجابة لمتطلبات الموضوع قمنا بتقسيم الدراسة إلي جنبيين، جانب نظري، جانب تطبيقي، فيحتوي الجانب النظري علي ثلاثة فصول كالتالي:

✓ الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية بما فيه إشكالية الدراسة فرضيات الدراسة أهمية وأهداف الدراسة وتحديد المفاهيم الأساسية.

✓ الفصل الثاني: المشكلات النفسية والسلوكية وفيه تعرضنا إلي تعريف المشكلة النفسية، أشكال المشكلة النفسية، النماذج النظرية المفسرة للمشكلة النفسية، تعريف المشكلة النفسية، أشكال المشكلات السلوكية، النماذج النظرية للمشكلات السلوكية، أسباب المشكلات النفسية والسلوكية، أساليب تدخل التربوي والعلاجي لمشكلات النفسية والسلوكية، العلاجات الطبية للمشكلات النفسية والسلوكية، خلاصة.

✓ الفصل الثالث: المراهق المتمدرس مجهول النسب و مراكز الايواء، تم فيه التترق إلي تعريف المراهقة، الطور الثانوي تصنيف الطفولة المحرومة، برامج حماية مجهولي النسب، تعريف مراكز الايواء، الخدمات التي تقدمها المراكز والمؤسسات الاواء، نظام الرعاية داخل المؤسسات، معايير الدوائية لتصميم برنامج إرشادي للأطفال المعرضين للخطر، مزايا وعيوب مؤسسات الإواء، أثار الطفل المسعف في المجتمع، خلاصة.

أما الجانب التطبيقي يحتوي علي فصلين:

✓ الفصل الرابع: إجراءات منهجية لدراسة حيث تعرضنا فيه غلي التذكير بفرضيات البحث، دراسة الاصتطلاحية، منهج البحث، أدوات جمع البيانات،

تحديد عينة الدراسة وخصائصها ومميزاتها ومكان وزمان إجراء البحث،
الأساليب الإحصائية المستمرة.

✓ الفصل الخامس: عرض تحليل ومناقشة النتائج يتم فيه تحليل ومناقشة النتائج
مع تقديم إستنتاج عام وخلاصة، قائمة المراجع وأخيرا الملاحق.

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

1-الإشكالية.

2- الفرضيات.

3-أهمية الدراسة.

4-أهداف الدراسة.

5-تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا.

6-الدراسات السابقة.

1- الإشكالية:

تعد الأسرة منظومة اجتماعية يتأثر بها الطفل منذ ولادته، كونها تعتبر موسوعة ثقافية إجتماعية ممتدة عبر تاريخ المجتمعات، بكل ما لها من إيجابيات وسلبيات فلا يوجد مجتمع لا يخلو من الظواهر السلبية التي تنعكس على الأسرة وكيانها وقوامها في نفس الوقت، فهي المنبع للحياة الإنسانية منذ الطفولة فحسب "الحنفي، 1994": فمرحلة الطفولة أساسية يجب على الآباء الإهتمام بها لأنها القنطرة التي من خلالها ينتقل الطفل من الإعتماد على الآخرين إلى الإعتماد على نفسه ولأن انعكاساتها قد تكون خطيرة على الطفل وتطوره (علاء جمال الربيعي، 2011، ص02).

ويؤكد "محمد الحسن العمامرة 2002": على أن الأسرة تحمل مكانة هامة في تنشئة الطفل وتكوين شخصيته، والتأثير في سلوكه... لطول الفترات التي يقتضيها في البيت بين أفراد أسرته وعلى العوامل العاطفية التي تربطه بهؤلاء الأفراد وتأثير الإخوة وشروط الحياة (محمد حسن العمامرة، 2002، ص15).

وتضيف "منيرة عبد الرحمان 2005" أن الأسرة التي تتوافر فيها عوامل الحب والمودة والعطاء والاستقرار النفسي تعد عوامل ضرورية لتوفير مشاعر الأمن للطفل ولتوفير عوامل النمو الانفعالي السوية له (منيرة عبد الرحمان، 2005، ص20).

ويشير "عبد الرحمان العيساوي، 2001"، على أن مرحلة الطفولة تعتبر ذات أهمية كبيرة في تكوين شخصية الفرد ذلك لان فيها توضع البذور الأولى لشخصية الطفل (مل مؤمون محمد الحسن، 2007، ص09).

ليجزم "سعد الدين ابراهيم 2018": في دراسة دولية لدور الأسرة داخل المجتمعات «إن الأسرة تحتل مكانة مرموقة من حيث أنها أهم المؤسسات الاجتماعية التي حظيت بأعلى نسبة من الثقة» (أحمد خالدي، 2018، ص266).

كما يؤكد **جونى بول j.bowly 1951**: إن العلاقة المستمرة الدافئة الحميمية بين طفل صغير وأمه الحقيقية أو البديلة، التي يجد فيها كل منهما الإحساس بالإشباع والمتعة وهذه العلاقة تعد أساسا ضروريا للنمو الصحي السليم (**حسين علي، 1982، ص408**).

بالتالي أي نقص في رعاية الوالدين لطفلها خاصة في السنتين الأولى من حياته يساهم في عرقلة نموه واضطراب شخصيته، وهذا ما أكدته الدراسات النفسية السلوكية حيث تقول: «انه لا يجوز فصل الطفل عن أمه خاصة في السنتين الأولى بحال من الأحوال إذ أن ذلك يؤدي إلى فقدان الاطمئنان النفسي عنده وإلى مشكلات مختلفة» (**سهير كمال احمد، 2001، ص61**).

بحيث نجد الطفل المحروم من عطف أمه يعاني من مشكلات نفسية سلوكية كالصمت، قلة الشهية، فقدان القدرة على الكلام، وعدم التواصل مع الغير ما يعيقه في حياته المستقبلية بما فيها مرحلة المراهقة وهي مرحلة عمرية مهمة في بناء وتكوين شخصية الفرد، إذ نجد الطفل المحرم يعاني في طفولته كما يعاني في مراهقته، وتكون اغلب أولوياته الانحراف التي غالبا ما تكون بسبب الحرمان (**سناء نصر حجازي، 2009، ص51**).

إذ نجد دراسة **توري دي انجلس 1971 tori de anglis** تؤكد أن حرمان الطفل من فرصة التعلق العاطفي في الطفولة الأولى تؤدي إلى عجز إقامة علاقات ايجابية متينة (**مصطفى حجازي، 1981، ص197**).

إذ أن الشخصية الإنسانية تكوين مركب من الأداء والتعامل مع التأثيرات القافية والخارجية والتي تعد أزمة يحلها المراهق في مرحلة المراهقة بهدف التعرف على الذات وإحساس الشخص بكيانه، إذ يعد النجاح في تحليل هذه الأزمة اكتسابا لهويته وشخصيته يقول **ايزنك**: «أنها التنظيم الثابت المستمر نسبيا لخلق الشخص وجسده وهو تنظيم دينامي يحدد تكيف الفرد مع محيطه» (**سوس شاكر، 2008، ص21**).

بحيث إن تعرض المراهق للحرمان العاطفي من احد الوالدين أو كليهما ينعكس على شخصيته، حيث أن الكثير من سمات شخصية الفرد وثباتها تتوقف إلى حد كبير على طبيعة الارتباط الذي يختبر مع أفراد أسرته (توم، 1979، ص10).

ما أكده العلماء في مدى حساسية هذه الفترة من خلال دراسة "ماجريت وينديت: التي بينت أن المراهقة مرحلة نمو عادية وأن المراهق لا يتعرض لأزمة من أزمات النمو ما دام هذا النمو يسير في مجراه الطبيعي (الزهران، 1977، ص326).

إلا أنه توجد فئة من الأطفال والمراهقين التي تعد شريحة من المجتمع التي يمكن أن تكون شخصيتها مصاحبة بالعديد من المشكلات وذلك بالرجوع إلى وضعياتهم الاجتماعية التي غالبا ما تكون ذات تقدير منخفض لذات وذلك لحرمانهم من الأسر البيولوجية والتي عرفها المعجم الموسوعي لعلم النفس : هم الفئة من الأطفال الذين ليس بوسع آبائهم أن يعتنوا بهم بسبب الهجر، صعوبات الحياة، السياق الاجتماعي للأُم العازبة، مرض الآباء، البطالة الحبس، الإبعاد من المنزل الأسري، أو موت الأبوين (صولي أروى سارة 2013، ص24).

إن الطفل العادي يعيش في أسرة تحصنه ووالدين يرعيانه ويوفران له كل الحنان والعطف ويقومان بإشباع حاجاته الضرورية فما بالك بالطفل المجهول النسب الذي يعيش في مؤسسات الإيواء محروما من الرعاية الأسرية الحقيقية والشعور بالحب الذي حرم منه وإن معاشه النفسي تملؤه مشاعر الحزن والاكتئاب والشعور بالعدوان وانخفاض تقدير الذات (القماح، 1983، ص96).

هذا ما أشارت إليه دراسة عزة حسن زكي: من خلال دراستها عن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال المحرومين من الوالدين والمقيمين ب قرية SOS من خلال وجهات نظر الأمهات البديلات حيث توصلت الدراسة إلى أن هنالك علاقة ارتباطية

دالة على اتفاق بين ترتيب المشكلات السلوكية ومشاعرهم من وجهة نظر القرية وأطفال الأسر العادية (يوسف، 1981، ص20).

بينما تشير بدرية ميمونة في دراستها أن الأطفال المسعفين الذين يعيشون في مراكز الطفولة المسعفة يعانون من اضطرابات أهمها التأخر في النمو وتطور القدرات الحسية والحركية الناتجة عن الحرمان العاطفي، وهذا النقص يعطي اضطرابات سلوكية واجتماعية حسب ضخامة الحرمان (معتصم ميمونة، 2005، ص165).

ثم إن الطفولة تمثل أهمية بالغة في أي مجتمع من المجتمعات فلاهتمام بالطفل يعكس تقدم المجتمع ورقية ولا بد لمجتمعاتنا أن تهتم بأطفالنا وخاصة أطفال المراكز الخاصة التي يتجهون إليها بعد غياب الأسرة، ومؤسسة الطفولة المسعفة هي مراكز تستقبل الأطفال المحرومين من العائلة ومن التنشئة في الوسط الأسري الأصلي من أبوين شرعيين وتقوم برعايتهم وتنشئتهم، وهي مؤسسة اجتماعية تربية تابعة لوزارة النشاط الاجتماعي توفر للطفل المسعف حياة الجماعة التي تعتبر سندا في نموه من الناحية الانفعالية والنفسية والمعرفية له وتساعده في إعادة تكيفه وتوافقته الاجتماعي بمراعاة كيف يمكن في صورته المستقبلية. (الحاج قدوري، 2019، ص02).

وهذا عكس ما توصلت إليه دراسة "بروفيس وليبتون 1962 prevence et lipton" حيث قامت بمقارنة سلوك الأطفال اللذين يعيشون في المؤسسات بسلوك الأطفال اللذين يعيشون مع عائلاتهم وقد أبدى أطفال المؤسسات عجزا تاما في علاقاتهم مع الأفراد فنادرا ما يلجئون إلى الراشدين لطلب المساعدة (سهير كامال احمد، 2000، ص376).

بالرغم من توفر المراكز الاجتماعية التي تلبي الحاجات الأساسية والظروف الملائمة للمراهق المحروم والمتمثلة في الماديات والمعنويات إلا أن هذا يعني تحقيق الإشباع الذي يحتاجه الإنسان في سن المراهقة لان الدور الذي يلعبه المربي كبديل للوالدين خاصة الأم يحتاج إلى جهد كبير، حيث يعتبر بعض العلماء أن أفقر المنازل هي أفضل من أي مؤسسة

ومن بينهم **Boulbey** الذي يقول حتى ما يسميه غالبية الناس بالأم السيئة هي أفضل من عدم وجود أي أم على الإطلاق (أحمد، 1992، ص35).

تحت هذه الظروف مشكلات أكاديمية أو في الحياة المدرسية الاجتماعية حيث أن الطفل في مرحلة الطفولة يكون قد بلغ السن المناسب للتوجه إلى مقعد الدراسة وفيه يظهر الكثير من المشكلات النفسية منها والسلوكية كالغضب والغيرة والكذب ومشكلات التغذية... الخ. لاسيما أن في طور التكوين والتعلم وتلقي الخبرات الجديدة، وهذا بالنتقل من البيت إلى المدرسة يقول في هذا الصدد **محمد حسين العمایرة**: «إن المشكلات من النوع البسيط الذي يمكن السيطرة عليه بسهولة وبعضها يحتاج إلى دراسة ومتابعة واقتراح حلول مناسبة لها، وهذه المشكلات تؤثر على ضبط النظام في الصف وتعمل على إعاقة عملية التعلم وكذلك يؤثر سلوك بعض التلاميذ من ذوي السلوك المضطرب على سلوك الآخرين ويلحون على تقليدهم بالتالي تصبح المشكلة أكثر تعقيدا (العمایرة، 2002، ص57).

فمجهول النسب يعيش ظروف اجتماعية ونفسية جد مضطربة كونها افتقدت للعوامل التي تدخل في تكوين وتربية أفراد أسوياء بعيدين عن جو التوتر والقلق وغيرها من الاضطرابات السلبية التي تؤثر على كيان الشخصية بأكملها من الناحية النفسية، العقلية، الانفعالية والاجتماعية على عكس الطفل الذي ينشأ في جو أسري طبيعي، كما أن الطفل يدخل في حلقات اتصالية وعلاقات جديدة مختلفة عن الأسرة والمؤسسة المتكفلة ما يؤدي إلى ظهور سلوكيات وانفعالات لم تظهر سابقا، وذلك عند توسع دائرة العلاقات الاجتماعية وجماعة الرفاق، والكبار وخاصة عند الالتحاق بالمؤسسات التربوية، إذ يكتسب خبرات مختلفة وتتولد لديه انفعالات جديدة قد تؤدي إلى تغير ملامح شخصية هذا الطفل وتأثر عليه خاصة من الناحية النفسية سواء بالإيجابية أو السلب كما اهتم **جون بوبلي** في دراسته باضطرابات الأطفال اللذين ينشئون في مؤسسات الرعاية والملاجئ والأيتام والذين يعانون

من مشكلات عاطفية متنوعة كعدم القدرة على تكوين صدقات وفقدان العلاقات بالآخرين أو إنهاؤها (مريم سليم، الهام السعرائي، 2006، ص194).

يمكن القول أن المراهق مجهول النسب قد يعاني أكثر من غيره داخل المجتمع الذي يعيش فيه مما يؤثر على حكم نموه النفسي والسلوكي عامة وعلى المسار الدراسي بصفة خاصة وذلك راجع إلى مشاعره السلبية التي يمكن ان يعاني منها والتي قد تسبب له مشكلات نفسية سلوكية فمن خلال مما سبق نشقا في هذه الدراسة إلى معرفة إذا ما المراهق المتمدرس مجهول النسب يعاني من مشكلات نفسية سلوكية من خلال طرح التساؤلات التالية:

- هل تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات النفسية السلوكية ؟

وكإجابة مؤقتة لتساؤل الدراسة قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

2- الفرضيات:

- _ يعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات النفسية.
- _ يعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات السلوكية.

3-أهمية الدراسة:

تقتصر أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية:

- ✓ أهمية دراسة هذه الشريحة المنتشرة في مجتمعنا والتي يجب أن تدرس وتعالج حتى يكون باستطاعة المجتمع حمايتها ويصحح من نضرته إليها بكل وعي ومسؤولية.
- ✓ تتجلى أهمية الدراسة كذلك من خلال طبيعة الموضوع، وأهمية هذه الفئة إذ يتمتع الموضوع بطابعه النفسي اجتماعي وهو يخص فئة حساسة لا يمكن تهميشها، فالمراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء هي نتيجة ظروف اجتماعية خاصة

لذلك يستدعي الأمر الاهتمام بها، وتوجيه الانتباه إليها محاولين بذلك إظهار المشكلات التي تواجه الأطفال المسعفين.

✓ تمثل ظاهرة مجهولي النسب مشكلة اجتماعية سواء تعلق الأمر بالطفل نفسه أو المجتمع المحيط به سواء في المدرسة أو الشارع حيث يمثل هؤلاء الأطفال خطراً على المجتمع ومصدر قلق على أنفسهم وخاصة عندما يجدون أنفسهم منبوذين من طرف الآخرين وشعورهم بعدم التقبل مما قد يجعل منهم في النهاية شخصيات عدوانية وإجرامية حاقدة على المجتمع وقواعده.

✓ أهمية دراسة المشكلات النفسية السلوكية بصفة عامة تكمن في أهمية الدراسة وفي النتائج المتحصل عليها.

4- أهداف الدراسة:

لا تخلو أي دراسة من أن يضع الباحث أهداف معينة حتى يحققها إذ تعد خطوة مهمة من أجل فهم الموضوع للدراسة:

- التعرف على البروفایل النفسي للمراهق مجهول النسب، ومحاولة الكشف عن الجوانب النفسية في شخصيته، خاصة مع التحاقه بالمدرسة فهو سيبرز له جانب علائقي جديد خارج عن إطار المؤسسة المتكفلة به.
- التعرف على بعض المشكلات النفسية والسلوكية التي يعاني منها المراهق المتمدرس القاطن بديار الايواء
- تهدف لتوعية المجتمع بالمشكلات التي يعاني منها الطفل المسعف وخطورة الحرمان الأسري على بناء الشخصية.
- محاولة توعية الوالدين بصفة خاصة أو المجتمع بصفة عامة بالآثار النفسية السلبية التي تنجم عن تخليهم عن أبناءهم.

- التمكن من الممارسة الميدانية وتطبيق الاختبارات وجمع المعلومات عن هذه الفئة الحساسة من المجتمع.

5-تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا:

تتمثل المفاهيم الأساسية للدراسة في ما يلي :

- **المشكلات النفسية السلوكية:**

هو مجموع النقاط التي نتحصل عليها من المقياس و التي تخدم و تبين وجود المشكلات النفسية السلوكية .

- **مجهول النسب :**

هو طفل متخلى عنه من طرف المسؤولين عنه طبيعيا، وذلك لسبب أو لآخر، هذا التخلي الذي ينجر عنه اضطرابات نفسية خاصة في مرحلة المراهقة التي تظهر بحقد وعنف ضد المحيطين به، وهذه الحالة ترجع إلى النقص وغياب أولياء الأمر بالتكفل المادي والمعنوي بالطفل (Robert ;Lafon, p03).

هو الطفل المحروم من العائلة ومن التنشئة في وسط أسري أصلي من أبوين شرعيين

(زهرة عبد السلام، 1994، ص32).

- **مؤسسة الطفولة المسعفة :**

عرفها جمال شفيق أحمد بأنها عبارة عن مبنى واحد أو أكثر مجهزة للإقامة الداخلية يودع بها الأطفال ذوي الظروف الأسرية الصعبة والتي تحول بينهم وبين استمرار معيشتهم داخل أسرهم الطبيعية مكونة لشخصيتهم يوجد بها جهاز الإداري مكون من المدير وعدد من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمشرفين مختصين في الأنشطة المختلة (بن مسعود محمد السعيد، 2019، ص15).

- **المراهق المتمدرس :**

هو المتمدرس في المرحلة الثانوية، والذي يبلغ سنه ما بين 16 إلى 19 سنة أي ما يوازي المرحلة الثانوية.

6-الدراسات السابقة:

الدراسات الخاصة بالمشكلات النفسية السلوكية لدى الطفولة المسعفة:

- **دراسة محمد بدرينة :** دراسة جزائرية عن أثر الحرمان من الوالدين على شخصية الطفل وتوصل فيها إلى نتائج تتحقق مع نتائج أخرى عديدة ولقد أجريت الدراسة على مجموعتين من الأطفال 50 طفل في كل مجموعة من الأطفال المحرومين من الوالدين والأطفال في أسرهم الطبيعية وكان سن الأطفال من 9 إلى 12 سنة بالإضافة إلى دراسة 4 حالات في كل مجموعة دراسة إكلينيكية متعمقة، استخدم لباحث اختبار الشخصية الإسقاطي واختبار رسم العائلة واستمارة البيانات الشخصية، وتوصل الباحث إلى عدة نتائج هي أن صورة الذات لدى الأطفال المحرومين عاطفياً غرقة في مشاعر، الانعزال، الانزواء، غياب السند والأمن لافتقاد الصورة الوالدية المطمئنة كما تسيطر مشاعر الذنب والقلق والعدوانية وانخفاض تقدير الذات، كذلك اتضح عدم قدرة أطفال المؤسسات على إقامة علاقات عاطفية مع المربيات بسبب تعددهن تعدد الأمهات وتغيرهن الدائم، كذلك وجد عدم استقرار، مستقرة الهوية الجنسية للطفل والتي نتأرجح بين الذكورة الأنوثة وكثرة الإستجابات العدوانية الشديدة بمعنى أن العدوان الشديد وشخصية الطفل كلها انعكاس لحرمان الطفل عاطفياً (قاسم ، 1998).

- **دراسة الحلو 1996:** التي تتمثل في "السلوك العدواني للمرهق وعلاقته بجنسه وعمره والضغوط التي يتعرض لها" وكانت العينة البالغة 200 مراهق بأعمار 13،15،17 سنة في بغداد للعام الدراسي 1995 1996 وأشارت النتائج إلى أن

هناك علاقة بين الضغوط النفسية والعمر والسلوك العدواني وأن العمر الأكثر عدوانية هو عمر 15 سنة ثم 17 سنة (الحلو، 1996، ص 19).

• **دراسة مها الكردي 1980: مقارنة بين الأطفال العاديين والمسعفين:** هدفت الدراسات إلى محاولة التعرف على التوافق الشخصي الاجتماعي لدى أطفال الملاجئ اللقطاء في قرية SOS ومقارنتهم بأطفال الأسر العادية وقد أجريت الدراسات على عينة مكونة من 20 طفل مقسمة إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وهي مكونة من 10 أطفال من إحدى المدارس الابتدائية بالقاهرة ويعيشون وسط أسرهم الطبيعية، استخدمت الأدوات الآتية: اختبار الشخصية للأطفال توصلت إلى النتائج الآتية :

- إن هناك فروق غير دالة إحصائياً بين أطفال الأسر في التوافق الشخصي.
- إن هناك فروق دالة بين أطفال القرية وأطفال الأسر في التكيف الاجتماعي (الكردي، 1980، ص 19).

• **دراسة سخيطة 2007:** في جمهورية مصر العربية هدفت إلى التعرف على المشكلات النفسية والسلوكية التي يعانيها الأطفال من فاقدى الرعاية الوالدية والمودعين في مؤسسات الإيواء وسبل الوقاية من انحرافهم. وقد تكونت عينة الدراسة من 170 طفلاً وطفلة من عمر 7 سنوات حتى 18 سنة وتم استخدام دراسة الحالة، وأظهرت نتائج الدراسة أن النسبة 18 الأكبر من الأطفال فاقدى الرعاية الوالدية تعاني اضطرابات السلوك تليها الإضطرابات الانفعالية ثم اضطرابات الجنسي (مجلة جامعة دمشق، 2011، ص 192).

• **دراسة سبيتز 1985spitez أثر الحرمان الأمومي على الطفل :** قام سبيتز بتتبع نمو 91 طفل في دراسة طويلة وقد قدم نتائجها في مؤتمر الطب النفسي بلشبونة أثبتت خطورة داء المصحات وفسر سبيتز تفسيراً سيكولوجياً لهذا الإنهيار على أساس

العلاقات للموضوع الليبيدي حيث يحرم الطفل من تفريغ نزوات العدوان في هذا الموضوع الليبيدي ويقول: غياب الموضوع الليبيدي يحرم الطفل من تفريغ، نزوات العدوان في هذا الموضوع فيرجعها لذاته لأنها الموضوع الوحيد الذي يملكه وهذا يؤدي إلى الاضطراب (بدره، 1993، ص 166).

• **دراسة قام بها شيك بيك *1981 check_buss***: دراسة أقيمت على عينة من 912 طالب وطالبة جامعية لتبين العلاقة بين الاجتماعية والخجل وكذلك بين تقدير الذات والاجتماعية بينت النتائج أن الخجل والاجتماعية يمكن اعتبارهما استعدادين مختلفين في الشخصية. كشفت دراسة جوردن على تقدير الذات التنشئة الاجتماعية التربوية الدينية وأساليب الثواب والعقاب المستخدمة وخبرات النجاح والفشل التي مرى بها الفرد والعضوية في الجماعات المختلفة وعلاقات القرابة والوضع الاجتماعي والاقتصادي (أمزيان زبيدة، 2007، ص 68).

• **دراسة اشنباخ *Ochanbah 1991* دراسة مسحية للمشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال من 4 إلى 6 سنوات**: هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها الأطفال وتكونت عينة الدراسة 2600 طفلا من الحولين إلى عيادات نفسي للعلاج والعدد نفسه من الأطفال العاديين والذي تتراوح أعمارهم من 4 إلى 16 سنة ولقد شملت العينة 48 ولاية من ولايات الأمم الأمريكية وتمت من الجنسين. والأدوات التي يتم استخدامها في الدراسات، قائمة المشكلات السلوكية التي وجهت لآباء والأمهات وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك فرقا دالة إحصائية بين مشكلات الأطفال المحولين لعيادات نفسية والأطفال العاديين كما بينت النتائج تشابه كل من الأب والأم في تحديد المشكلات الموجودة لدى أطفالهم العاديين من كلا العينتين وكانت أهم المشكلات التي يعاني منها الأطفال المحولين إلى العيادات النفسية

مقارنة مع الأطفال العاديين هم: عدم القدرة على الانتباه، المشكلات الاجتماعية، المشكلات السيكو مائية، الانسحاب، القلق، العدوان (Ochanbah,1991,p03).

• **دراسة جلبت 1999Gihllbrt : المشكلات السلوكية لدى الأطفال ومدى تكرارها ضمن متطلبات القضاء في رعاية الأحداث الأمريكية:** هدفت هذه الدراسات إلى فحص طبيعة المشكلات السلوكية لدى الأطفال ومدى تكرارها ضمن متطلبات القضاء في رعاية الأحداث الأمريكية وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأمهات والآباء والمعلمين ذوي العلاقة بأطفال الأحداث حيث قاموا بوضع قائمة تدقيق خاصة بأنماط المشكلات السلوكية لأطفال الأحداث وقد تم تقييم الأطفال ضمن مجموعات وذلك بناء على متغيرات الجنس وفيما إذا كان للطفل أشقاء، أم لا وقت إجراء الدراسة وبعد تحليل البيانات والمعلومات الخاصة بالأطفال التي تم تقديمها من قبل الأمهات والآباء والمعلمين ذوي العلاقة بالأطفال الأحداث تبين أن الأمهات قد قمن بتقديم معلومات أكثر من المشكلات السلوكية للأطفال من الآباء والمعلمين كما ظهر أن البنات اقل إيجاد للمشكلات السلوكية من الأولاد وأوضحت النتائج وكذلك بأن الأمهات يؤكدن بأن الأطفال الذكور الذين لهم أشقاء قد اظهروا مشكلات سلوكية أقل من أقرانهم الذين لديهم أشقاء (Gilbert, 1999, p258).

❖ التعقيب على الدراسات:

بعد قيامنا بالاطلاع على مختلف الدراسات ذات العلاقة بدراستنا الحالية سواء من حيث الفئة التي تدرسها أو نوع المشكلات التي يعانون منها تبين لنا الاختلاف في البعض منها وبالخصوص في البيئة التي أجريت فيها، وبعد دراسة أكثر تعمقا استطعنا التوصل إلى دراسات تتفق مع دراستنا وتكون مكملة لها وتبرز المشكلات التي يعاني منها أطفال بيئتنا فكانت دراسة جالبرت 1999 وإشنباخ 1991 وسخطية 2007 كلها تأتي في صف دراستنا

بشكل مباشر وتتوافق معها بحيث عرضوا أهم المشكلات النفسية السلوكية لدى المراهق المتمدرس مجهول النسب.

أما دراسة **سيك بيك 1981** ومها الكردي فقد كانت تتمحور على العلاقات الاجتماعية ومدى التوافق الاجتماعي لدى المراهق المتمدرس مجهول النسب.

ودراسة **محمد عبرية 1977**، **والحو 1992** و**جرمان 1985** كانت تتمحور على الضغوطات وتأثير الحرمان.

بهذا تكون مجمل الدراسات السابقة التي استغلتها تخدم دراستنا.

الجانب النظري

الفصل الثاني:

المشكلات النفسية السلوكية

تمهيد.

- 1- مفهوم المشكلة.
 - 2- تعريف المشكلة.
 - 3- تعريف المشكلات النفسية.
 - 4- أشكال المشكلات النفسية.
 - 5- النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية لدى الأطفال.
 - 6- تعريف السلوك.
 - 7- تعريف السلوك السوي واللاسوي.
 - 8- تعريف المشكلات السلوكية.
 - 9- أشكال المشكلات السلوكية.
 - 10- النماذج النظرية المفسرة للمشكلات السلوكية لدى الأطفال .
 - 11- أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية.
 - 12- أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا ونفسيا.
 - 13- العلاجات الطبية النفسية والسلوك.
- خلاصة.

تمهيد:

يعيش الأطفال في حياتهم اليومية بكونهم أجيال المستقبل إذ تعد مرحلة الطفولة لديهم محور أساسي لتكوين شخصيته سوية خالية من النقائص تواكب النمو الجسمي، والمعرفي والصحي لمسار نمو، إلا انه يتعرض الطفل لمواعيظ ظاهرة من خلال تصرفاتهم وتكون غامضة، لا تلقى أهمية من المجتمع الذي يعيش فيه سواء كان داخل الأسرة أو المدرسة إلا بعد تفاقمها، فتترجم على شكل سلوك يكون هذا الأخير طاقة محرّكة من طرف قوى كامنة والتي تتمثل في المشكلات النفسية والسلوكية، وهي متعددة بتعدد مظاهرها بالتالي سنعرض في هذا الفصل المشكلات من خلال التعاريف الخاصة بها، والنظريات المفسرة لها، ومختلف الأسباب المكونة لها، بالإضافة إلى طرق والأساليب العلاجية للحد منها ككل.

1- مفهوم المشكلة:

حالة من التوتر وعدم الرضا، نتيجة لوجود بعض الصعوبات التي تعيق الوصول إلى الأهداف المنشودة، وتظهر المشكلة بوضوح عندما يعجز الفرد أو الأفراد عن الحصول على النتائج المتوقعة من الأعمال المختلفة (رأفة الحريري، زهرة بن رجب، 2007، ص13).

2- تعريف المشكلة:

عرفها "خير الله" 1973 «حالة من عدم الرضا أو التوتر الذي ينشأ عن إدراك وجود عوائق تعترض الوصول إلى الهدف أو قصور في الحصول على النتائج المتوقعة أو توقع إمكانية الحصول على نتائج أفضل بالاستفادة من العمليات والأنشطة المألوفة على درجة أحسن أو أكثر كفاءة».

والمشكلة بحسب "عبد الرحمان 1989" «أنها صعوبة أو عقبة محسوسة للفرد تحول بينه وبين تحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق النفسي الاجتماعي والصحي والمدرسي» (جزء بن عبد جزاء العصيمي، 2008، ص12-13).

إذ وبحسب علماء النفس عرفت المشكلة على أنها زيادة أو نقصان في المجالات المعرفية والانفعالية والسلوكية بمقارنة النقص أو الزيادة بمستوى مقبول أصلاً (رأفة الحريري، زهرة بن رجب، 2007، ص14).

بالتالي المشكلة تنشأ حين يعجز الكائن العضوي عن الوصول إلى هدفه بطريقة مباشرة والمشكلة هي العائق العائق الموجود في موقف ما، ويحول هذا العائق بين الفرد والوصول إلى هدفه (دلال ملحس استيتيه، عمر موسى سرحان، 2012، ص40).

إذ عرفت مشكلات الطفولة على أنها عبارة عن صعوبات جسمية أو نفسية أو اجتماعية تواجه بعض الأطفال بشكل متكرر ولا يمكنهم التغلب عليها بأنفسهم أو بإشارات

وتوجيهات والديهم، ومدرسيهم فيسوء توافقهم، ويعاق نموهم النفسي أو الاجتماعي أو الجسمي،، ويسلكون سلوكا غير مناسب لسنهم أو غير مقبول اجتماعيا ،، وتضعف ثقتهم بأنفسهم ويسوء فهمهم عن أنفسهم وعن الآخرين، وتقل فاعليتهم في المواقف الاجتماعية وتضعف قابليتهم للتعلم والتعليم والاكساب ويحتاجون إلى رعاية خاصة على أيدي مختصين في مجالات الصعوبات التي يعانون منها (عماد محمد مخير، هبة محمد علي، 2006 ص4).

نستنتج من خلال عرض تعريف المشكلة أنها تتركز على عجز الفرد عن التكيف والوصول إلى أهدافه وتحقيقها وذلك راجع لأسباب تتمثل في صعوبات وعوائق نفسية خاصة بشخصية أو داخل بيئته لم يستطع فهمها وتفسيرها لتجاوزها إذ تكون ملاحظة من الأسرة أو المدرسة أو المجتمع وذلك من خلال تمثلها في تدني المستوى الفكري والتعليمي والتكيفي.

3-تعريف المشكلات النفسية:

يعرفها "عرة زكي 1985" أنها جميع التصرفات والأفعال غير المرغوبة والتي تصدر عن الطفل بصفة متكررة ولا تتفق مع معايير السلوك السوي، والمتعارف عليها في البيئة الاجتماعية، مما يؤثر على كفاءة الطفل الاجتماعية والنفسية (جراة بن عبيد، بن جراة العصيمي، 2008، ص14).

ثم عرفته "سلامة 1984" حدوث متكرر لسلوك غير مرغوب به يثير استهجان البيئة الاجتماعية ولا يتفق مع مرحلة النمو التي وصل إليها الطفل وتعيق كفاءته الاجتماعية والنفسية ولها آثار تنعكس على قبول الطفل اجتماعيا وعلى سعادته ورفاهيته وقبوله لنفسه (عبا صلاح حسين، سرور مهدي صالح وآخرون، 2017، ص17).

ويعرفها "درغام 1996" أنها عبارة عن مشاعر أو تصرفات أو اضطرابات غير مرغوب فيها من المجتمع تصدر عن الفرد باستمرار عن طريق مظاهر خارجية نتيجة

للتوترات النفسية والإحباطات التي يعاني منها ولا يقدر على مواجهتها وتشكل له إعاقة في مسار نموه (جاء عبيد بن جراء العصيمي، 2008، ص15).

إذ عرفت المشكلات النفسية أنها مجموعة من الاضطرابات المرضية الشاذة التي لا يكون لها أسباب عضوية واضحة، وإنما تعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي والداخلي للفرد والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية (احمد محمد الرعي، 2013، ص47).

ما أكده "زهران 1976" من خلال تعريفه أن المشكلات النفسية اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة يؤثر في سلوك الشخص، فيعرف تواقفه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفاً يضيف بعض الغرابة على سلوك المريض وقد يكون شديد مما يدفع المريض إلى الانتحار أحياناً، وتتباين أعراض الأمراض النفسية تبايناً كبيراً منها ما يتمثل في عادات قهرية ومنها يصل إلى الانفصال عن الواقع (أحمد محمد الرعي، 2013، ص11).

أما "روجيه موكايلي 1988" عرف المشكلات النفسية أنها جهاز انفعالي سلوكي ذات استجابة للمواقف النموذجية غير مندمجة مع الأنا في العقد غير المعوضة والمندمجة مرضياً مع الأنا في الأشكال الناتجة مع التفاعلات الذاتية (روجيه موكايلي، 1988 ص50).

بالتالي عرفها العالم "هينارد" في كتابه العالم المريض بالخطأ 1949 «.. ليست المشكلات أشياء غريبة موضوعة في أعماق الكائن وقابلة للصعود إلى سطحه بل هي أنظمة سلوك حاضرة بشكل دائم مثل موهبة موسيقية أو معرفة لغة أجنبية لا نستخدمها بكل برهة أو بالأحرى هي قطع من السلوك لا تتكامل أبداً هذه التصرفات المعزولة أو المجزأة تستمر كما وردت تماماً وعلى استعداد تام للانطلاق (روجيه موكايلي، 1988، ص45).

ونبيلة عباس السوريكي 2002-2003 عرفت أنها حالة لا شعورية أي أنها تثبت قبل أن تصل إلى مستوى الشغور ولا يدرك الفرد وجودها ولا منشأها وتتطوي على مجموعة مركبة من أحداث وتصورات متعارضة واتجاهات وأفكار ودوافع وذكريات لاشعورية مكبوتة مشحونة بشحنة وجدانية انفعالية تعمل كقوة موجهة تقصر الفرد على أنواع شاذة من السلوك الظاهر والتفكير والشغور وتكون هذه الاتجاهات عادة أثناء الطفولة نتيجة لتبلور العلاقات القائمة بين الطفل وأسرته (**نبيلة عباس الشوريكي، 2002-2003، ص51**) ويعرفها "يونغ" أن المشكلات النفسية هي إحدى المظاهر الحية للنفس إذا كانت متطورة أم بدائية (**روجيه موكايلي، 1988، ص33**)

نستخلص من خلال تعريف المشكلات النفسية على أنها تأثير داخلي مندمج مع عالانا مرضيا بشكل وظيفي كامن في الأعماق ينجر عنه خلل جزئي في الشخصية يعيق مسار النمو لا شعوريا لأسباب عضوية غير واضحة معايدة للبيئة يؤثر الكفاءة النفسية ولا يتفق مع مرحلة النمو يعرقل الحياة السوية ما يجعل الفرد يعاني من توترات نفسية قهرية تجلب أنواع شاذة من السلوكيات الظاهرة ويكون منفصلا عن الواقع.

4- أشكال المشكلات النفسية:

4-1- مشكلة القلق:

يمثل القلق جزء من حياتنا، إذ يعد من المشكلات الانفعالية الهامة وهو من الدوافع الإيجابية إذا ما وجد، أما إذا رفع منسوبه فهو يعد إشارة سلبية وبداية لمشكلة نفسية تستدعي التدخل فما هو القلق؟

4-1-1- تعريف القلق:

عرف القلق انه استجابة انفعالية تترتب على إدراك الفرد لعوائق غير مرضية يترتب عليها الخوف من عدم القدرة على إشباع دوافع ملحة أو من خيبة أمل تتعلق بالمستقبل (نبيلة عباس السورحي، 2003، ص20).

كما عرفه أيضا "احمد عكاة 1989" شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد (اسماء عبد الله العطية، 2008، ص11).

4-1-2- أسباب القلق:

للقلق عدة أسباب والتي تتمثل فيما يلي:

- الاستعداد النفسي: والذي يتلخص في النقاط الآتية:

- الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.
- مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الثقافية والحضارية الحديثة.
- عدم التطابق مع الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
- التعرض للخبرات الحادة العاطفية التربوية، الاقتصادية، بالإضافة إلى الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة.
- الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين، المعلمين والأقارب خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة.
- الحرمان العاطفي وإعاقة بعض الغرائز.

- الاستعداد الوراثي والذي يتلخص صفي النقاط الآتية:

- غالبا ما نجد تداخل في العوامل الوراثية والبيئية بالتالي يمكن للقلق أن يكون وراثيا.

- وجود أسباب نفسية وعقلية.
- عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة (علاء جمال الربيعي، 2011 ص57).

4-1-3- علاج القلق:

يتمثل علاج القلق في عدة أشكال وطرق حسب متطلبات الحالة المرية والتي تتمثل في ما يلي:

- العلاج النفسي: اتفق علماء الصحة النفسية على انه طريقة غير مباشرة في العلاج أحسن بكثير من الطريقة المباشرة كونه سريع وناجح.
- الإرشاد النفسي: ويشمل الإرشاد العلاجي والإرشاد النفسي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهروب منها.
- العلاج الاجتماعي: بعد دراسة المريض وظروفه الحياتية يمكن تشخيص مصادر ذلك القلق إذ يمكن تلقئها ومراجعتها وتصحيحها أو تغييرها.
- العلاج الجشطات: يتركز هذا العلاج على خبرة الرد الواعية بذاتية وبيئته وذلك من خلال ممارسة تقنية الاسترخاء الفردية والتنفس العميق (علاء جمال الربيعي: 2011، ص63).

- الإعادة الحيوية: محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والأحشاء عن طريق أجهزة الكرتونية خاصة ما يجعله ينظم قبضات القلب أو ضغط الدم فينظم مؤشراتته إذ يستطيع الوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء (علاء جمال الربيعي: 2011، ص64)

نستخلص من خلال تعريف القلق وعرض أسبابه وطرق علاجه على انه مشكلة تمس الجانب النفسي للشخصية يساهم في تكوينها عوامل خارجية تحيط به يقضي على هذه المشكلة بالوعي وتنظيم الأفكار والتكيف والسرعة في حل المشكلات.

4-2-2-4-مشكلة الخوف:

إن الشعور بالخوف شيء وارد لدى الفرد بطبعه وذلك كونه جد حساس كما يعد حافظا ودافعا مهما للإنجاز إلا أنه كلما زاد عن حده كان معوقا لتطور الفرد وتقدمه في مسيرته التربوية والمهنية. فمادا نعني بالخوف

4-2-1-تعريف الخوف:

عرف أنه حالة انفعالية داخلية طبيعية توجد لدى كل إنسان إذ يكون مرضيا عندما يكون بصورة لا تتناسب مع حقيقة الشيء في الواقع أي ارتباطه بشيء غير مخيف ويدوم لفترة زمنية، والذي قد يتسبب بعدم تكيف الطفل الذي ينعكس على سلوكه (نايف بن محمد الحربي: 2017، ص487).

كما عرفه "ملحم 2000" أنه حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا الإحساس من داخل الطفل وقد يكون من الخارج (أحمد محمد عقلة الزبون: 2006، ص05).

4-2-2-4-أسباب الخوف:

ينتج الخوف من عدة أسباب وهي كالتالي:

- الخبرات المؤلمة: ويعود ذلك للضيق النفسي الناتج عن التنشئة الخاطئة أو الخبرات المؤلمة إذ يعدان من الأسباب الرئيسة للخوف الذي يستعصي على العقل فهمه.
- نماذج الخوف: يكتسب الطفل سلوك الخوف من الحيوانات والأشياء والمواقف نتيجة مشاهدته لها عندما يكون برفقة والديه أو أحد أفراد الأسرة فتصاحبه مشاعر الخوف التي يبديها الوالدين فتخدم نموذجا بالخصوص من يثق بهم

- **استقصاء الغضب:** الخوف من العقاب يتم استقصاؤه مع الأشخاص اللذين يستثيرون الغضب أو يظهر في تحليل الطفل انه موضوع للعقاب إذ لا يعرف الأطفال كيفية تقبل غضبهم.
 - **النقد والتوبيخ:** أن يعمد الآباء إلى المغالاة في نقد أبنائهم دون أن ينتبهوا إلى خطورة الإجراء العقلي، الذي يؤدي إلى تطوير مشاعر الخوف لدى الأطفال إذ يشعرون بالضعف وعدم القدرة على تحمل المسؤولية.
 - **الضبط والمتطلبات الزائدة:** الشدة والصرامة والضبط الزائد الذي يتسم به جو البيت ما ينتج أطفالا خوافين من السلطة بصورة خاصة، إذ يتطور ويشد ذلك الخوف لتصل إلى المجتمع المحيط به.
 - **الصراعات الأسرية:** المجادلات المستمرة الحادة تؤدي إلى الشعور بعدم الأمن ما يؤدي إلى إحساسهم بأنهم اقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوف الطفل العادية.
 - **السيطرة على الآخرين:** اصطناع سلوك الخوف من أجل جذب اهتمام والديه أو معلمه فيغضون النظر عن تصرفاته مما يدعم فكرة الخوف لديه ثم التأثير والسيطرة على الآخرين أحيانا جلب الانتباه إذ تشبع متطلباته بالرغم من الألم الذي يحصل عليه في نفس الوقت.
 - **التدريب الخاطئ:** وهو كل تعود سيء يعود عليه الطفل في سلوكه الشخصي والأفراد المحيطين به.
 - **الدور الخاطئ للآباء من ناحية العقاب والتهديد.**
 - **أسباب غامضة:** هي مخاوف لأسباب غير واضحة أو متوقعة تتلاشى إذ تم تجاوزها وركز عليها من طرف الوالدين (احمد محمد عقلة الزيتون: 2006، ص 12، 13،
- (14).

4-2-3- علاج الخوف:

يتمثل علاج الخوف في:

- مشاهدة النماذج: التعلم من خلال ملاحظة كيفية تعامل الأفراد مع المواقف فالملاحظة تضع الطفل إن ما يخافه هو في الواقع لا خطورة له.
- التدريب: محاولة الشعور بالراحة عند تكرار أو إعادة حادثة مخيفة واللعب كونه يساعد على التعبير عن المشاعر.
- الخيال الإيجابي: استعمال الطفل لخياله بصورة إيجابية من أهم الطرائق التي ينصح بها في مواجهة ثقافة الخوف فالخيال يساهم في التخلص من التوتر وخلق استعداد لتحمل المشكلات.
- مكافأة الشجاعة: مكافأة الطفل على السلوك الشجاع وإتباع ذلك المنهج لمواجهة ثقافة الخوف.
- التحدث مع النفس: وهو العلاج والترياق القوي لمواجهة ثقافة الخوف الطفولي بالإضافة إلى الأفكار الإيجابية (أحمد محمد عقلة الزبون: 2006، ص19-21).

نستخلص من خلال عرضنا لتعريف الخوف وأسبابه وطرق علاجه على انه شعور غريزي يصل إلى ذروته عند إحساس الفرد بالتهديدات التي ينفر منها إذ يصبح حالة مرضية عند تعزيز الخوف لديه ثم إن علاجه يتصل في التفكير الإيجابي والاقتران إلى نل.

4-3-مشكلة الاكتئاب:

يقرأ على الطفل مجموعة من المشاعر السلبية التي تتطور بمواقف تكون وقوداً لها، ما يجعله لا يخرج عن حالته المضطربة قد تتخفف فاعليته وإسهاماته سواء الفكرية أو الجسمية، فما هو الاكتئاب؟

4-3-1-تعريف الاكتئاب:

تعرف المكتبة القومية الأمريكية للطب (NLH) أنه اضطراب نفسي يتسم بأعراض معينة تشمل عدم القدرة على التركيز حيث النوم لفترات قصيرة أو طويلة للغاية فقدان الشهية أو تناول الطعام بصورة أكبر من المعتاد، الضيق القابلية للانتشار، فقدان الطاقة، الشعور بالحزن، الذنب، العجز، اليأس المبالغ بالإضافة للتفكير في الموت كما أنه مرض طبي يمكن علاجه (كارين ك برييس: 2010، ص12).

عرف الاكتئاب مجموعة من الأعراض التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الإكتئابية فأعراضه تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض على شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب النفس أما البعض الآخر يكون شكوى جسمانية وأمراض بدنية والآخرين على شكل مشاعر باليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة ومن الناس (عبد الستار إبراهيم، 1998 ص16).

4-3-2-أسباب الاكتئاب:

تتمثل أسباب الاكتئاب فيما يلي:

- يتفشى الاكتئاب داخل الأسرة وذلك لأسباب وراثية.
- الصدمات أو أحداث الحياة المشحونة بالضغوطات، كالطلاق، الانتكاسات المالية، المرض المزمن.
- ارتفاع وانخفاض معدلات الهرمونات كالكولسترول عند الرجال والبروجستول والأستروجين عند الإناث.

- الآثار الجانبية للعقاقير والكحول والوصفات الطبية.
- تأثير الحالات المزمنة كأمراض القلب، السرطان، نقص المناعة.
- يمكن أن يكون الطقس سببا كأيام الشتاء المظلمة يمكن أن تؤدي إلى اضطراب عاطفي موسمي (كارين ك برييس، 2010، ص13).

4-3-3-علاج الاكتئاب:

أول خطوة تكون بالتقدم نحو الطبيب، ويعتمد علاج الاكتئاب على ثلاثة أنواع من العلاجات وهي كالتالي:

- **العلاجات النفسية:** العلاجات التي تعتمد على الكلام من خلال الجلسات النفسية والتي تهدف إلى الإفصاح على الأمور التي تضغط على نفسية المريض وفق مخطط يراعي متطلبات وشروط علاج الحالة، بالإضافة إلى السرعة في تصنيف المشكلات التي تسبب الاكتئاب.
- **العلاج طويل المدى:** والذي يستلزم برنامج علاجي تطول مدته حسب استجابة الحالة ما يستدعي النقل المباشر للمستشفى لتوفير أدوية مضادة للاكتئاب.
- **العلاج الجسدي:** العلاج بالصدمات الكهربائية وهو علاج يعرض على الحالات المستعصية أو المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة.
- **التحفيز المغناطيسي المتكرر** عبر فحص الجمجمة وهو علاج امن لا يتضرر الدماغ من خلاله (كوام منكتري، ترجمة ريداب منعم، 2013، ص70-93-98).

نستخلص من خلال تعريف الاكتئاب وأسبابه وطرق علاجه على انه حالة نفسية تتسم بالسلبية التامة على الذات ما يظهر الصورة البدنية في حالة مرية لأسباب بيئية وكيمائية وفيزيولوجية يمكن علاجها طبيًا.

4-4-4- مشكلة الفصام:

يتلقى الطفل تهديدات داخلية لا تفارقه في اغلب الأحيان وهذا ما يشنت تفكيره، ويجعله يدخل في دوامات مؤلمة تجعل أفعاله وأفكاره غير متوازنة ومتوازنة، فماذا نقصد بالفصام؟

4-4-1- تعريف الفصام:

يعرف القاموس الطبي الفصام على انه عبارة عن اضطراب عقلي داخلي المنشأ يتميز خاصة بتفكك الشخصية والتفكك اللغوي، أفكار ذهانية غير منظمة، انفصال وغرابة أحاسيس التمرکز حول الذات مع فقدان الاتصال مع الواقع (L.Manuilla, 2000, p449). عرف "سانفورد" على أنه أحد الأمراض العقلية وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة ويتضمن هذا المرض الهلوس والهذيان والانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المرض (لحل مصطفى، 2011، ص22).

4-4-2- أسباب الفصام:

- **عوامل وراثية:** تشير العديد من الدراسات إلى أن نسبة الاضطرابات الفصامية تحدث بنسب عالية في العائلات التي تعاني أو يعاني أحد أفرادها من الفصام وهذا ما أكدته النظرية الوراثية.
- **عوامل بيوكيميائية:** تعتقد النظرية الدوبامينية أن الأعراض السلبية والانعزال وفقدان الطاقة فهي سبب انخفاض في انتقال الدوبامين في الدماغ في حين أن الأمراض الإيجابية هلاوس، هذيان، هي نتيجة لارتفاع الدوبامين.
- **عوامل تشريحية:** وذلك يكون ناتج عنه النمو غير السوي الذي يصيب الفصوص الصدفية المتوسطة
- **العوامل البوائية:** الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل في الأشهر الثلاثة الأولى وأثناء الولادة، التعقيدات الولادية كنقص كمية الأكسجين في الدماغ والتعرض للحمى

- عوامل نفسية: الصراعات النفسية، الصدمات النفسية والحرمان في الطفولة المبكرة بالإضافة إلى اختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية وضعف الأنا.
- عوامل اجتماعية: الاتصال الأولي الذي يتحقق في الوسط العائلي حيث أن الدراسات التي أُقيمت داخل عائلات الفصامين بينت أنه يوجد اضطراب الاتصال مثلاً: يكون الأب غائباً أو غير مبالي وأم مسيطرة ما يؤدي إلى بعد علائقي بين الأبوين إذ هو أحد العوامل المفجرة للفصام (كحل مصطفى، 2011، ص24).

4-4-3- علاج الفصام:

التكفل العلاجي للفصام هو متعدد الاختصاصات ويتطلب عمل جماعي المتكون من المساعدين الاجتماعيين، الأطباء والمحيط العائلي، إذ تتمثل مراحل العلاج فيما يلي:

• الاستشفاء:

أ/ الاستشفاء الأولي: يكون بصفه حرة أحيان أو عن طلب وهو مهم من اجل:

- القيام بالتشخيص.
- القيام بالفحوصات الطبية لإقصاء الأسباب العضوية.
- تقديم العلاج الدوائي المناسب المضاد للذهان.

ب/ الاستشفاء يكون في الحالات التالية:

- قلق مهم.
- خطر الانتحار.
- استبداد الهذيان.
- اشتداد الأعراض السلبية.
- اشتداد التنادر التفككي.
- خطر المرور للفعل.

• العلاج الكيميائي: ويكون:

أ/المثبتات العصبية الانموزجية: ويجب أن توصف في التدخل الأول خاصة عند

المراهق

1. لديهم فعالية على الأعراض الإيجابية إذا ما قورنت بالمثبتات العصبية الكلاسيكية.

2. هم أكثر فعالية على الأعراض السلبية.

3. ليس لديهم الكثير من الأعراض الثانوية خارج الهرمية وأكثرها استعمالاً:

- Amisulpride.

- Olanzapine.

- Risperidone.

ب/المثبتات العصبية الكلاسيكية: تتواجد تحت شكل أدوية ويكون تناولها عن طريق

الفم أو عن طريق الحقن العضلي intramusculaire أهمها halopéridol

ج/العلاج بالمهدئات: وتعتبر benzodiazépines ذات فائدة في حالات القلق الكبير:

- Diazepam.

- Lorazepam.

- Clamazepam.

ويمكن أيضاً تقديم مثبتات عصبية مهدئة في حالة الهيجان الكبير:

- Chlorpromazine.

- Lévomepromazine.

د/المثبتات العصبية ذات المفعول المطول: قد تحدث انتكاسات عديدة عند بعض

المرضى وذلك بسبب رفضهم وامتناعهم عن تناول الدواء فقد يلجأ الأطباء إلى إعطاء

مثبتات عصبية مطولة المعمول يدوم مفعولها في أقصى حد إلى أربعة أسابيع.

- **العلاج بالصدمات الكهربائية:**

تتمثل هذه الطريقة من خلال تمرير تيار كهربائي محدد الشدة عبر رأس المريض تتراوح قوة التيار ما بين 70 إلى 130 درجة في مدة ما بين عشر ثانية إلى نصف ثانية ويكون معدل الصدمة ما بين 8-12.

هذه التوصيات هي خاصة فقد تتطلب 20 حصة تتراوح من 2 إلى 3 حصص في الأسبوع ومن 3 إلى 4 حصص بعد زوال الأعراض تستعمل في الحالات الآتية:

- تخشب كبير لا ينخفض حتى بعد استعمال العلاج الكيميائي.
- خطر الانتحار.
- اضطراب حاد في المزاج.
- عدد الأشخاص الذين لديهم مقاومة للمنبهات العصبية.

- **العلاج النفسي:** حيث يعتبر هذا العلاج فعال باستخدام طرق نفسية وحسب G. Postal 1993: هو استعمال الطرق النفسية لمعالجة مرض عقلي أو عدم تكيف أول اضطراب نفسي حركي إذ العلاج النفسي يمكن تطبيقه من خلال استخدام عدة طرق مختلفة.

- **العلاج الفردي:** يهدف إلى تنمية الجزء السليمة من الشخصية وإعادة تنظيمها والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتخفيض القلق وإعادة ثقته بنفسه.

- **العلاج النفسي الجماعي:** مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض ويفيد التحليل النفسي في حالات قليلة جدا مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا ويهدف إلى تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

- **العلاج المعرفي:** عبارة عن طريقة علاجية فعالة محدودة ومنظمة تقوم على تعليم المريض وكيفية تهيئته لمختلف الاستجابات أمام المشكل ثم يختار الأكثر تناسبا مع

الموقف ويتم استخدام برنامج علاجي لمعالجة الوظائف المعرفية المضطربة وتعلم التنسيق والربط بين المعلومات **(كحل مصطفى، 2011، ص 47-48-49-50)**.

نستخلص من خلال عرضنا لتعريف الفصام وأسبابه وعلاجه على انه مرض عقلي يمكن تصنيفه بالعين المجردة وذلك الأعراض الظاهرة على شخصيته لأسباب وراثية ونفسية واجتماعية يعالج بعد تعرض المصاب لعدد الأطر والأنواع العلاجية الممكنة.

4-5-5- مشكلة الاستجابات الهستيرية:

يدخل الفرد في صراعات نفسية بين مراعاة ذاته وأهوائه لكن غالبا ما يجد بيئته غير ملائمة لطموحاته وتطبيقها على ارض الواقع فيفقد الرغبة في الإنجاز والفاعلية فماذا نعني بالاستجابات الهستيرية؟

4-5-1- تعريف الاستجابات الهستيرية:

عرف على انه حالة عصبية تظهر فيها الأعراض الجسمية دون أن يكون لها سبب عضوي محدد، كما تعتبر الهستيريا عن فقدان لا إرادي للوظيفة أو الفعالية أو اضطراب فيها يتميز الهستيري بأنه يبدأ وينتهي في مواقف انفعالية مشحونة وترمز إلى صراع نفسي يمكن تعديله عن طريق الإيحاء **(أحمد محمد الزعيني، 2013، ص 92)**.

كما عرف انه مرض عصبي يصاب به كلا الجنسين و من مختلف الفئات إذ هو الظهور السهل للهذيان والأوهام الصورية مع نشاط فكري، لديه نوع من الاستعراض العضوي المرضي بشكل مظهر مرضي محدد أو بعدة ملامح مرضية هستيرية تحويلية، ما يؤدي في أقصى درجاته إلى تحلل الشخصية وفقدانها **(عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي، 1997، ص 113-114)**.

4-5-2- أسباب الاستجابات الهستيرية:

- يرى فرويد 1895 أن الهستيريا تنجم عن صراع كامن أو مكبوت.
- إحدى مظاهر القلق لذا يكون ناتجا عن القلق.
- العوامل الثقافية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الفرد (أحمد محمد الزعيني 2013، ص94).

4-5-3- علاج الاستجابات الهستيرية:

يتمثل علاج هذه المشكلة من خلال:

- أن يكون على الآباء أن يكونوا على بصيرة بأنفسهم حيث أن تحسن مفهوم الإباء وفهمهم لأنفسهم يؤدي إلى تعامل فعال ومؤثر بالنسبة إلى سلوك أبنائهم المضطرب.
- **العلاج بالتحليل النفسي:** وذلك بالتنفيس والتداعي الحر.
- **العلاج السلوكي:** وذلك عن طريق الاشتراط الإجرائي باستخدام الإثابة في تدعيم الاستجابات الناتجة (أحمد محمد الزعيني، 2013، ص94).

سنستخلص من خلال عرضنا لتعريف وأسباب وعلاج الاستجابات الهستيرية استجابة سلبية تظهر على جسم الطفل وذلك بعد فقدانه لنشاطه وحيويته يمكن علاجه من خلال تعديل سلوكه ومحيطه وبيئته.

4-6- مشكلة السيكوسوماتية:

من المشكلات التي تطرأ على الفرد السيكوسوماتية التي تعود بالخطر عليه كونه عاجز وغير متكيف بالإضافة إلى الضغوطات التي تمارس عليه فتظهر عليه أعراض جسمية وانفعالية فما هي السيكوسوماتية؟

4-6-1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية

يعرف "مصطفى عبد المعطي" أنها توصف باعتبارها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية تتضمن جهازاً عضوياً واحداً من الأعضاء التي تحت حكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي (عبد اللاوي سعدية، 2011-2012، ص66).

كما يعرفها "العيساوي 1994" تلك الاضطرابات التي تنشأ من أسباب نفسية ولكن أعراضها تتخذ شكلاً جسدياً أي أسباب نفسية المنشأ (بن علي امينة، 2014، ص18).

• الأسباب السيكلوجية:

تعود هذه الأسباب إلى:

- عوامل فسيولوجية غير واضحة بسبب استثارتها من طرف عوامل نفسية وبيئية.
- أسباب عضوية غير محددة مثل عدم استقرار الجهاز العصبي اللاإرادي.
- التعليم الإجرائي أو الوصيلي إذ يتم تعزيز الشكوى من الأهل من قبل الوالدين أو غيرهم.
- الضغط الطبيعي الذي يؤدي إلى القلق أو يزيد من حدته.
- محاكاة سلوك الوالدين (عبد اللاوي سعدية، 2011-2012، ص67).

4-6-2- العلاج:

- لعلاج السيكوسوماتية يلتزم أساليب علاجية جد فعالة والتي تتمثل فيما يلي:
- **التكفل الطبي:** استخدام الأدوية أو العقاقير للتخلص من الألم أو من مظاهر الأعراض فقط.
- **التكفل النفسي:** ويتمثل في:
- **العلاج النفسي المتمركز على سبب المرض:** وهو التركيز على أسباب المرض وحل الصراعات النفسية لمساعدة المريض على فهم دور الانفعال والتشخيص.

- العلاج النفسي التديمي: تعديل نمط حياة المريض وتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلي.
- العلاج النفسي الجماعي: مع الحالات المتشابهة في الأعراض.
- العلاج البيئي: وهو التخفيف الضغوط على المريض في الأسرة والعمل والجماعية وإعادة الطمأنينة إليه.
- العلاج السلوكي: وذلك بالتدريب على الاسترخاء والتغذية الرجعية والإرجاع الحيوي (بن علي أمينة، 2014، ص47-48).

نستخلص من خلال عرضنا لتعريف السيكوسوماتية وأسبابها وعلاجها أنها حالة مرضية ذات عوامل نفسية وضغوطات خارجية يمكن معالجتها من خلال التعرض للتكفل سواء أسرى، طبي، اجتماعي.

4-7-7-مشكلة الوسواس القهري:

من التغيرات التي تصيب الطفل في طفولته انه يدخل في دوامة من التفكير السلبي ما يجعله يبدي حساسية في اغلب ردات فعله وهو دائم الصراع ففيما يتمثل الوسواس القهري؟

4-7-7-1-تعريف الوسواس القهري:

يعرف على انه من الأمراض العصابية الأكثر شيوعا والذي يتميز بأفكار متكررة مزعجة، وسواس وأفعال متكررة تأخذ شكل طقوس ويكون الشخص مجبرا على الإتيان بها، إذ يدرك أنها غير منطقية وغير صحية ولا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم فيها (محمد شريف ساط، 2003، ص15).

إذ يعرف "أبو هندي 2003" هو نوع من القلق العصابي النفسي والذي يشعر فيه المرضى بأن لديهم أفكار ومشاعر وأحاسيس وتصرفات تجعلهم يشعرون وأنهم منقادين لعمل شيء وبمعنى آخر يكون لدى الشخص هو أحسن، وما يسمى بالاستحواذ يضطره لفعل أشياء أو ما يسمى بالالتزام (إيمان دليل، 2015، ص 41).

4-7-2- أسباب الوسواس القهري:

تتمثل أسباب الوسواس القهري في:

• العوامل الحيوية:

- النواقل العصبية يعود بالاضطراب في الناقل العصبي السيروتونين الذي يساهم في عملية الأعراض في الوسواس القصرية.
- الوراثة أكدت دراسات أن 35% من الأقارب من الدرجة الأولى للوسواس القهري مصابون بالمرض نفسه.

• **العوامل السلوكية:** هي عبارة عن سلوكيات يترجمها المخ إلى الوسواس كالقلق وخصوصا إذا لم يتم التحكم في انطباعات فكرية.

- عوامل نفسية: وهي أنهم أشخاص يتميزون بالشخصية الوسواسية.
- خبرات الطفولة: القائمة على التشدد في أساليب النظافة.
- موت أحد الوالدين: بالتالي يفنقر الطفل للإحساس بالحنان والأمن.
- التربية القاسية: استعمال القسوة والتشدد في أبسط الأشياء عند تربية الأبناء (عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي، 1997، ص 111).

4-7-3- علاج الوسواس القهري:

من الأساليب العلاجية للوسواس القهري نجد:

- **اختيار العلاج:** وهو اختيار العلاج حسب شدة الوسواس وضعفه فيبدأ العلاج النفسي أو العلاج المعرفي السلوكي فقط أو العلاج السلوكي والدوائي.

- العلاج المعرفي السلوكي.
- العلاج السلوكي: وتشمل التعرض ومنع الاستجابة إذ يتمثل في تجنب التقرب أو رؤية أو فعل، ولمس أي شيء يثير القلق والوسواس.
- العلاج المعرفي: ويضاف إلى العلاج السلوكي ويتلخص في مقاومة وتغيير الأشياء والأفكار الخاطئة في حسابات الخطر وتضخيم الإحساس بالمسؤولية الشخصية.
- نوع الدواء: تثبتت فاعلية الدواء في العلاج في العديد من الدراسات إذ تقوم المجموعة الدوائية بتنشيط استرجاع مادة السروتونين إلى داخل الخلية العصبية (محمد شريف سالم، 2003، ص17).

نستخلص من خلال عرضنا لتعريف الوسواس القهري وأسبابه وعلاجه على انه مشكلة نفسية سلوكية ظاهرة تتشكل بعد تجربة صادمة أو عوامل حيوية يمكن الحد منها من خلال التدخل العلاجي السريع حسب نوعية ككل حالة وشدتها.

4-8-4- مشكلة الخجل:

يعد الخجل من الصفات الغريزية لدى الإنسان فيطراً عليه عدت مواقف وبالخصوص المحرجة لكن هناك من الخجل ما يعتبر مرضي ويساهم في تدني التفاعل لدى الطفل ويعتبر كحاجز يفشل تقدمه فما هو الخجل.

4-8-4-1- تعريف الخجل:

حالة من الكف السلوكي الزائد تصاحبها عادة جملة من الأعراض الجسمية مثل احمرار الوجه والتلعثم والعرق والارتجاف وشحوب الوجه وبعض الحركات الجسمية غير

المبررة التي لا هدف لها، بالتالي عدم قدرته على الكلام المناسب في الوقت المناسب
(تأليف راي كروزير، ترجمة معتز سيد عبد الله، 2009، ص31).

الخجل هو انكماش الولد وانطوائه عن ملاقاته الآخرين وهو الشعور بالضيق أو الكبت بسبب مواقف شخصيتها مما يثبط الشخص عن متابعة تحقيق أهدافه الشخصية أو العلمية
(سناء محمد سليمان، 2016، ص21).

4-8-2-أسباب الخجل:

وتتمثل هذه الأسباب في:

- أسباب وراثية: فالخجل يولد مع الطفل وذلك لتنتقل الصفات الوراثية عبر الجينات.
- مخاوف زائدة للأُم ما يجعل الطفل منطويا وخجولا غير قادر على محاولة فعل أي شيء.
- مركب النقص وهي مشاعر تصاحب نواقص جسمية أو عاهات بارزة كالمسمنة، قصر القامة، الإعاقات البارزة،... الخ.
- التدليل المفرط من جانب الوالدين، وعدم القدرة على التعلم كيف يتحمل المسؤولية.
- القسوة الزائدة والتعنيف المستمر والسخرية من الطفل أمام إخوته.
- الخلافات بين الزوجين ما يجعل الطفل لا يشعر بالأمان وفقدان الثقة.
- إثارة الغيرة لدى الأطفال وذلك من خلال المقارنة بين غيره أو مدح غيره ما يؤدي إلى الإحباط.
- افتقار الطفل لتقدير ذاته وكيانه (سناء محمد سليمان، 2016، ص38-42).

4-8-3-علاج الخجل:

يتمثل علاج الخجل من خلال:

- مراعاة الفروق الفردية بين الجنسين بصفة عامة.

- تجنب المقارنة بين الأفراد سواء داخل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بالفروق الفردية.
- تنمية المهارات الحركية والاهتمام بالرياضة التي تتناسب مع الميول الشخصية.
- الحرية في اتخاذ القرارات وعدم توجيههم بشكل إجباري.
- إعداد المراهق للحياة العملية.
- المساعدة في تحقيق الاستقلال الانفعالي.
- المبادرة بحل المشكلات عند الفرد قبل ان تستفحل إدماجهم الاجتماعي لتحقيق أهداف تربوية.
- العمل على تنمية وتنقيف شخصية الفرد وقيمه (سناء محمد سليمان، 2016 ص 91-92).

نستخلص من خلال تعريف وأسباب الخجل وطرق علاجه انه شعور غريزي سلبي يتعزز بعوامل وراثية وبيئية أو محيطية بالفرد يمكن التخلص منه من خلال مراعاة واحترام اللذات والتحفيز الإيجابي للنفس والثقة.

4-9-مشكلة عجز الانتباه:

4-9-1-تعريف عجز الانتباه:

حسب الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية رابطة الطب الأمريكي 1980: هو عدم القدرة على الانتباه والصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بنشاط ويكون نتيجة القدرة على إكمال النشاط بنجاح (حمدي عبد الله عبد العظيم، 2013، ص 6).

عدم القدرة على التركيز في الانتباه مدة طويلة وإقامة علاقات طيبة مع الأقران (رياض نايل العاسمي، 2008، ص 64).

4-9-2- أسباب عجز الانتباه:

تتمثل أسباب هذا الاضطراب في:

- احتمالية أن تكون بعض العوامل الجينية وراء النشاط الحركي الزائد.
- حدوث إصابة ما في المخ وهو تلف نوعي في المخ نتيجة لصدمة نفسية ما.
- حدوث خلل ووظيفي في الجهاز العصبي يؤدي إلى عجز الانتباه وهو عدم أحداث توازن بين الميكانيزمات أي توازن الأنظمة الكيفية والاستشارية.
- عوامل بيئية التسمم بمواد كيميائية صناعية تضاف إلى بعض الأطعمة كالرصاص والأستيل سالسليك.
- عدم قدرة الوالدين على ضبط سلوك الطفل وترويضه (حمدي عبد الله عبد العظيم، 2013، ص 64-65).

4-9-3- علاج عجز الانتباه:

من الأساليب العلاجية التي تقدم لذوي هذا الاضطراب نجد:

- العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي فقد قام جولد ستين بمراجعة وتلخيص العديد من الأساليب المعرفية التي يمكن استخدامها كعلاج:
- **التسجيل الذاتي:** تعليم الطفل من خلال كتابة مذكرات ووضعها داخل جداول مفيدة.
- **التقييم الذاتي:** تدريب الأطفال على كيفية تقييم سلوكياتهم بطرق فعالة وصحيحة.
- **التعزيز الذاتي:** تعليم الأطفال على كيفية التعامل مع المشكلات وكيفية حلها بفعالية وتوجيه سلوكياتهم بطريقة منظمة.
- **التدريب القائم على الغزو السببي** أي بناء تقدير الذات والشعور بالقدرة على ضبط الذات.

- الضبط الذاتي وهو بمثابة تعديل للسلوك (حمدي عبد الله عبد العظيم، 2013 ص66-67).

نستخلص من خلال تعريف وعرض أسباب وطرق علاج عجز الانتباه على انه معيقات تطراً على عملية التركيز والانتباه وصرف النظر سواء كانت مادية أو معنوية أو جسمية يمكن علاجه من خلال التقييم والمتابعة النفسية والإرشاد.

4-10-10-مشكلة الغضب:

يمر الإنسان في حياته الخاصة بمواقف تثير استنكاره وذلك تعبيراً أو كرده فعل لشعوره بالرفض لشيء ما فتظهر عليه بوادر الغضب فماذا نعني بالغضب.

4-10-1-تعريف الغضب:

عرف بطرس حافظ بطرس: من المظاهر الانفعالية الشائعة عند الأطفال وهي عبارة عن انفجار حاد عاطفي ينتج عن طيبة أمل عارمة للطفل وفي هذه الصورة خارج نطاق تحكم الطفل في نفسه، وبهذا نجد أن الغضب يعرف على أنه حالة انفعالية تشمل على مجموعة من الدرجات تبدأ بالغضب البسيط وتنتهي بالغضب الشديد، إذ يعد الجسم موضع التبادلات الفيزيولوجية والعصبية (عبد الهوي سعيدي، 2011-2012، ص37).

كما عرفه مختار 1999: ردة فعل تنتج عن إخفاق الطفل في قيامه بعمل من الأعمال يرغب في إنتاجه ويحقق ذاته، وقد ينفجر غاضباً دون سبب واضح وغالباً ما يعبر عن الغضب بالتمتمة، الميل إلى الانزواء، الجنوح عن المستحب، أحلام اليقظة (ياسر يوسف إسماعيل، 2009، ص22).

4-10-2-أسباب الغضب:

تتمثل هذه الأسباب في:

- الفشل والإحباط وذلك لتعرض الطفل لظروف الفشل والإحباط في تحقيق أهدافه وإشباع حاجياته.

- استبداد الوالدين وذلك عند حرمان الطفل من شيء اعتاد الحصول عليه.
- الإهمال: حرمان الطفل من انتباه الكبار واهتمامهم به وحرمانه من الحب والعطف والحنان.
- عصبية الآباء واقتداء الأبناء بها، ثورات الغضب عند الآباء أمام أبنائهم يؤدي بالأطفال بالاقتراد بهذا السلوك.
- الجو الأسري: الأسرة التي تسود فيها التوترات الانفعالية الشديدة والهياج لأقل الأسباب وسوء العلاقة بين الزوجين وعدم التعاون والسلبية في أسلوب التربية يؤدي إلى توتره واضطرابه.
- الإفراط في تدليل الأطفال بحيث أن التدليل لا يتيح للطفل أن يتعلم ضبط انفعالاته أو تحمل مسؤوليته، إذ نجده يثور عند عجزه لتحقيق رغباته.
- تعدد سلطة الضبط والتوجيه وهذا يعود بعدم الارتياح على الطفل (عبد اللاوي سعيدة، 2011-2012، ص37).

4-10-3- علاج الغضب:

من الأسباب العلاجية

- إزالة جميع الأسباب المحيطة بالطفل والتي تثير لديه نوبات الغضب وتسبب الإزعاج بالتالي عدم تعرضه لأوامر كثيرة وأعمال تفوق طاقته.
- عند نوبات الغضب لدى الطفل يجب على الوالدين أن يكونا هادئين ويتحكما في غضبهما.
- تخصيص وقت كاف للعب مع الطفل وعدم إخضاعه لجدول غير مرن من حيث المواعيد وتجنب التناقص بين الوالدين من حيث التربية.
- العمل على تهدئة الطفل بدلا من إذلاله وتخويفه.

- إعطاء فرصة للطفل لممارسة هويات متعددة كما يجب مكافأته على إنجازاته وعدم اعتراض رغباته.
- التصرف بروح الدعابة للتعامل مع الطفل من طرف الوالدين وعدم اللجوء للعقاب وتعويد على تحمل الإحباط (عبد اللاوي سعدية، 2011-2012، ص38-39).

نستخلص من خلال عرضنا لمشكلة الغضب وأسبابها وطرق علاجها أنها تؤثر وظيفي يفوق طاقة الاستيعاب للفرد العاطفية التي تقوم بإثارة الجهاز العصبي لأسباب غالبا ما تكون خارجية وبيئية يمكن معالجتها من خلال إزالة المعيقات والتوجيه الصحيح.

4-11-مشكلة الانطواء:

كثيرا ما نجد الفرد متوافق مع بيئته ويتفاعل معها بشكل جيد ويتفاعل مع غير بيئته أيضا ذلك لكونه يمتاز بشخصيه سوية إلا أن هناك من الأشخاص اللذين لا يتوافقون إلا مع عالمهم الخاص فما هي الانطوائية.

4-11-1-تعريف الانطواء:

عرف "يونغ" انفصال الليبيدو عن موضوعاته الخارجية وانسحابه إلى العالم الشخصي الداخلي (نشري نسيمه، 2016-2017، ص28).

كما عرف انه الشخص الذي يعتمد على والديه اعتمادا كاملا ويلتصق بهم ولا يعرف كيف يواجه الحياة منفردا، إذ تظهر عليه هذه العيوب عند دخوله المدرسة، وهي مرحلة يجب أن يتصرف بها مستقلا، ومهيئا للحياة خارج البيت، واتخاذ مواقف جديدة (نبيلة عباس الشورجي، 2003، ص131).

4-11-2-أسباب الانطواء:

وتتمثل أسباب الانطوائية في:

- عوامل فطرية ووراثية: عادة ما نحج دان الأطفال المنطويين يكون لدى آبائهم وأقاربهم نفس السمة.
- عوامل بيولوجية: ويتمثل أن هؤلاء الأطفال لديهم عجز فطري منذ ولادتهم، إذ يعجزون عن تكوين علاقات اجتماعية، نظرا لضعف في القوى العقلية.
- عوامل فيزيولوجية: هي إفرازات الغدد الصماء، والجهاز العصبي المركزي وبعض التفاعلات الكيميائية، والتغيرات التي تطرأ على الهرمونات.
- عوامل أسرية: ظروف المنزل السيئة من حيث المعاملة الصارمة والتدليل الزائد وعدم تفهم الوالدين لرغبات الأطفال.
- انشغال الآباء: وتخليهم عن تربية الأبناء، إضافة إلى التصور بالحرمان من العطف وغياب الحوار الأسري، الحالة الاقتصادية: المنخفضة التي يعاني منها الطفل من حرمان في الملابس والمأكل والمصروف اليومي ومنزوي بعيدا عن رفقائه بالإضافة إلى مواقف الإحباط التي يتعرض لها في المدرسة التي تشعره بالألم ثم إن التسلط على لطف والسيطرة عليه بالإفراط في القسوة والكبت والحرمان وماله من اثر في انطواء الطفل (شمري نسيمه، 2016-2017، ص32).

4-11-3-علاج الانطواء:

- توفير بيئة اجتماعية مشجعة و مؤيدة وتقبل الطفل وإيثاره نحو السلوك التكيفي.
- الاسترخاء والتعبير عن الانشغالات مع المساعدة في بناء نماذج سوية للشخصية.
- النشاط المدرسي وبث روح التنافس الجاد بين التلاميذ من خلال الأنشطة التربوية والترفيه والألعاب الرياضية.
- تنمية شعور الطفل بقيمته الذاتية إذا قام بإيذاء نفسه مع توفير الحب والحنان.

- تنمية مهارات الطفل والتواصل الاجتماعي من أجل تقليل السلوك غير الملائم وتشجيع التفاعل الإيجابي (مشري نسيم، 2016-2017، ص33-34).

نستخلص من خلال تعريف مشكلة الانطواء وعرض أسبابها وطرق علاجها على أنها رفض تقبل للواقع مهما كان وعزل نفسه كلياً عن البيئة الاجتماعية لأسباب عدة تتلخص في العجز يمكن معالجتها من خلال التوصل والتشجيع والمحاولة.

4-12- مشكلة البكاء:

إن البكاء سلوك غريزي يظهر عند الإنسان منذ أول دقيقة من ولادته فهو يعد لغة في المراحل الأولى من الطفولة وتكون له الاستجابة المباشرة لكن مع النمو تصبح مشكلة تثير الجدل فما هو البكاء؟

4-12-1- تعريف البكاء:

التعبير عن الشعور الشديد بالعجز المطلق تجاه الواقع الجديد، وهو دليل على وجود حاجة ما في نفس الطفل كسبب للبكاء (نبيلة عباس الشوريحي، 2003، ص111). كما يعرف انه وسيلة الأساسية للتواصل للأطفال دون سن الثلاثة أشهر، منها خطر البكاء قد يعبر الطفل عن الأكل والوجوع... الخ لكنهم أحياناً يكون أيضاً دون سبب معين حتى الأطفال الأصحاء الذين يتلقون رعاية ممتازة يكون كثيراً (*centre d'excellence pour le développement des fluences enfants*, 2008, p.01).

4-12-2- أسباب البكاء:

تتمثل هذه الأسباب في:

- الشعور بالوجوع: فبمجرد الشعور بالوجوع يعبر الطفل عن ذلك بالبكاء.

- وجود الغازات في المعدة بسبب ابتلاع الهواء أثناء الرضاعة أو حدوث المضغ أثناء الليل.
- ضيق الطفل من زيادة ملابسه، أو الشعور بالحرارة، أو البرد.
- طبيعة الطفل الذي يبكي دون سبب هام وذلك راجع طبيعتهم العصبية.
- الشعور بالوحدة، وهو ترك الأم طفلها لوحده، لمجرد حمله يكف عن البكاء.
- الخوف من الاستحمام وتغيير الملابس، وملامسة الغرياء لهم.
- البكاء عند الشعور بالغيرة، فبمجرد رؤية أمه تحمل طفلا آخر يبكي.
- البكاء عند منعه على ممارسة حركات وأفعال أصبح قادرا على فعلها.
- البكاء للفت الأنظار إليه للحصول على الصحبة والمحبة (نبيلة عباس الشوريحي، 2003، ص 112).

4-12-3- علاج البكاء:

يتمثل العلاج فيما يلي:

العلاج الذي يجدي من أي علاج آخر هو الحب، فالأطفال يقدرون الحب حق قدره، ولا مجال للأدوية في المعالجة، إلا إذا كانت من مرضى أو حالات اضطراب النوم أو أن كانت الحالة شديدة يستطيع الأهل التكيف حسب التعليمات والإرشادات الجديدة اللازمة للعلاج (نبيلة عباس الشوريحي، 2003، ص 113).

نستخلص من خلال عرضنا لتعريف البكاء وأسبابه وطرق علاجه انه مشكلة نفسية ذات استجابة سلبية في اغلب الأحيان، وعادية عندما تكون للتنفيس لأسباب منطقية يمكن الكف منها عند توفر مشاعر الإيجابية كالحب والأمان.

5- النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية لدى الأطفال:

5-1- النموذج البيولوجي:

يركز النموذج على أن هناك متغيرات محددة تؤدي إلى نشأة الاضطرابات العقلية والنفسية، منها تعرض الأم أثناء الحمل إلى نقص التغذية ونقص الرعاية وتعرضها للإشعاعات وتناولها لبعض العقاقير دون إشراف طبي وحالتها الانفعالية كلها عوامل لها خطورة على الطفل كذلك تؤثر إصابات الولادة والولادة غير مكتملة إلى خلل عضوي ووظيفي وسلوكي مستقبلا كما يؤثر أيضا اضطراب وظائف المخ والأورام الخبيثة والتعرض للضغوط النفسية الشديدة.

5-2- النموذج السيكو دينامي:

يعتقد "فرويد" في هذا النموذج نقلا عن "صلاح مخيم، 1981" من خلال مبدأ الحتمية النفسية انه وراء كل سلوك دائما ما يكون سبب لا شعوري يمكن معرفته، إذ يرى أن هناك صراعا مستمرا بين الهو وبين الأنا والانا الأعلى، حيث يمثل الهو الجانب الغريزي والانا الجانب الواقعي والانا الأعلى الجانب أخلاقي، إذ أن الانطباعات المتعلقة بالطفولة رغم أن معظمها طواة الإنسان إلا أنها تترك آثارا على نمو الفرد لا يمكن محوها، بل توضع أساسا لأية اضطرابات نفسية لاحقة، كذلك فإن كبت الخبرات الصدمية يؤدي دورا بالغا في العصاب إذ يجعل الفرد يعاني من القلق في المواقف المشابهة حتى لو كانت الأنا بوسعها أن تتغلب على الصدمات لذا فلا بد من أن يقوم الفرد بمعالجة القلق العامر كذلك قد تلجأ الأنا لاستخدام حيلها الدفاعية من إنكار وتبرير... الخ كما يمثل عدم القدرة على تخطي الموقف الأوديبى أساس للكثير من الأمراض النفسية.

أما بولبي يرى أن أول أسس الصحة النفسية لطفل لان تكون له علاقة حميمة مستمرة بأمه والتي تعطي لكليهما إشباعاً ومتعة، كما أن حب الأم لطفلها في هذه المرحلة من نموه بالنسبة لصحته النفسية يعادل أهمية الفيتامينات والبروتينات بالنسبة لصحته الجسمية.

ثم يؤكد بولبي في كتابه "قاعدة أمن" "A Secure base" ، 12980 ، 229 إلى أن التواجد النفسي والبدني للوالدين والمتمثل في إشباع حاجات الطفل الأساسية وإشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية واللعب معه وفرض ضوابط معقولة ومتسقة تجعله يكون صيغة معرفية عن ذاته انه محبوب و ذو قيمة ويستحق الرعاية والثقة، ويكون النموذج التصوري لديه عن الآخرين أنهم يقدرونه ويحبونه ويحترمونه، وبالتالي يمكن الوثوق بهم، بينما إدراك الطفل لعدم حب الوالدين له أو عدم احترامهما له أو إهمالهما أو تحكهما فيه تتكون لديه نماذج معرفية سلبية عن ذاته ومستقبله والآخرين فيكون تصوره عن ذاته سلبياً، كما يتوجس من الآخرين ويشعر بالتهديد والقلق منهم، ويدرك أنهم لا يحبونه ولا يمكنه الوثوق فيهم وتمتد هذه النظرة السلبية إلى المستقبل فيشعر بفقدان الأمل والتشاؤم وبالتالي تزداد المشكلات النفسية لديه، وهذه الرؤية تتفق في جانب كبير منها مع رؤية إركسون لنشأة الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية.

فـ "إريك إركسون، 1980 ركز على علاقة الطفل بالمجتمع وعلى إمكانية أن يتجاوز الطفل في مرحلة نهائية معينة جوانب القصور في المرحلة السابقة وفي هذا الإطار يشير إركسون إلى أن إشباع حاجات لطفل الأساسية من طعام ودفء وغيرها تخلق لدى الطفل إحساساً بالأمن والثقة المطلقة في ذاته حيث يدرك نفسه على انه يستحق الرعاية والتقدير ويرى أن العالم على انه امن ومستقر ويرى من فيه على أنهم مطاعون يمكنه الوثوق فيهم ويضع هذا الإحساس بالأمن قاعدة لنجاح الفرد وإنجازاته وقدرته على تحمل الإحباطات

كالفصام، ضبط الإخراج، الذهاب إلى الحضانة،... الخ بينما الرفض يخلق العكس وهو عدم الأمن.

5-3- النموذج السلوكي:

على عكس النموذج السيكودينامي الذي يؤكد الحتمية النفسية فإن النموذج السلوكي يؤكد الحتمية البيئية بمعنى أن السلوك محتوم بتدعيمات، فالشخصية هي نتاج مدعمات إيجابية وسلبية، وأن التاريخ التدعيمي للفرد سوي هو نتاج لأنماط شخصيته كما يرى أصحاب نظريات التعلم أن السلوك غير السوي هو نتاج لأنماط التعلم الخاطئة وأن علاج المشكلات السلوكية وتعديلها يخضع أيضا لمبادئ التعلم ويؤخذ على هذا النموذج عدم إقراره بالعمليات النفسية والمعرفية التي تتوسط بين إدراكنا للمثير وبين استجابتنا للأحداث والعالم الخارجي، كما يؤخذ عليه تجاهله للعوامل البيولوجية التي قد تتدخل في تعلم أو إبطال تعلم سلوك معين، وهذا ما أكدته نظرية التعلم الاجتماعي لبناء دورا في تأكيدها دور العوامل الوسيطة بين المثبرات والاستجابات وفي تأكيدها التعلم بالملاحظة أو التعلم بلا نموذج الذي قد يفسر بعض جوانب المشكلات السلوكية "الكذب، السرقة، الغش" التي قد فيها الطفل نمودجا محببا إليه وهذا قد يقابل فكرة التوحد عند فرويد.

5-4- النموذج المعرفي:

يرى أصحاب المنظور المعرفي "أليس وبيك، وكلارك" أن الناس لا يضطربون من الأحداث ولكن من وجهات نظرهم التي يتخذونها بصدد الأحداث، كما يؤكدون أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة والانفعال السلوك، فعندما يفكر الإنسان فإنه يفعل ويسلك وعندما يفعل الإنسان فهو يفكر ويسلك.

بالتالي أكد "بيك" وآخرون، 1987، 178-183 أن الاضطراب الانفعالي إنما يعود إلى اضطراب التكوين المعرفي في الفرد ممن "أفكار، تفسيرات، تخيلات" فالتكوين المعرفي الذي يتسم بالأحكام التلقائية السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل الشعور بانخفاض قيمة

الذات، والشعور بالفشل والتشاؤم والتركيز انتقائيا على الجوانب السلبية من الموقف، هذا التكوين يرتبط بالاكنتاب.

يشير "بيك" «أن التكوين المعرفي الذي يتسم بالمبالغة في تقدير الأخطاء والتوقع المستمر للشرر والانشغال الزائد بتوقع الأخطار والشرر، مما يجعل الفرد في حالة قلق مستمر... ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، وهذا يجعله يحرف الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر في الحاضر والمستقبل، ثم يؤكد بيك أن اضطراب التكوين المعرفي يرتبط بتعرض الأطفال لخبرات ضاغطة "فقد أحد أفراد الأسرة، الرفض، العقاب،... الخ» هذا الأخير لا يرتبط بالقلق والاكنتاب، ولكن أيضا بالمخاوف المرضية والوساوس القهرية وتوهم المرض وإدمان المخدرات، ولقد لاقت أفكار التوجه المعرفي الكثير من القبول والاهتمام والانتشار سواء الأفكار المتعلقة بالنظريات أم الفنيات العلاجية وذلك لتركيز هذا التوجيه على أكثر العمليات الإنسانية تقدا وهي التفكير بالإضافة إلى فاعلية الفنيات المعرفية وإخضاع النظريات المعرفية لتحقيق التجريبي (عماد محمد مخيمر، هبة محمد علي، 2006، ص 08-09).

5-5- النموذج الإنساني:

إن التيار الإنساني يؤكد أن الإنسان خير بفطرته ومدفوع لتحقيق إمكاناته الكامنة، ويتفق هذا النموذج الإنساني مع النموذج المعرفي في تأكيده دور المعرفة والإدراك، فالإنسان يستجيب لأحداث وفقا لكيفية إدراكه وتقديره وتفسيره لها، ولذلك لا يمكن فهم سلوك الفرد دون الرجوع لإطاره المرجعي الذاتي كما تؤكد مفاهيم النموذج الإنساني حرية الإدارة والاختيار، فالإنسان يمكنه الاختيار بين بدائل متعددة، وهو صانع لحياته وأفعاله وليس مجرد كائن سلبي وتحركه الأحداث البيئية، أو يستجيب لدوافعه اللاشعورية، إذ يتبنى رواد التوجه الإنساني مفهوم الصيرورة وهي التغيير الشخصي من فترة لأخرى ومن خلال توجه إلى غاية ما تنتشه أن يكون استمرار هذا التغيير في اتجاه إيجابي فيصبح الفرد أكثر قدرة وكفاية

وفاعلية ونموا، ويكمن وراء هذه الصيرورة النمائية ما يتبناه الفرد من هدف نهائي ويمثل تحقيق الذات هدفا رئيسيا لدى الإنسان يسعى إلى أن ينمو ويتحسن ويصبح أكثر مقدرة ويعبر عن نفسه ويحقق إمكاناته الكامنة ويثبت ذاته ككائن إنساني.

ينشأ المرض النفسي لدى الإنسان عندما لا يمارس الفرد إرادته أو اختياره وعندما لا يحقق الفرد ذاته أو عندما تخلو حياة الإنسان من المعنى وفي هذا الإطار يشير فيكتور فرانكل إلى أن "الإنسان الذي يعتبر حياته جوفاء من المعنى ليس سعيدا فحسب ولكنه يكاد يكون غير صالح لأن يعيش" (نقلا عن طلعت منصور، 1986).

ثم يرى ماسلو أن المشكلات النفسية عندما لا يحقق الفرد حاجته الأساسية من حاجات فيسيولوجية وحاجة إلى الأمن والانتماء وتقدير الذات فمثل هذا الشخص لا يستطيع أن يحقق ذاته أو ينجح في حياته ويعاني من مشكلات فالشخص غير امن مثلا لديه اعتقاد بوجود أخطار وكوارث تهدده ويشعر تجاهه هذه الأخطار بالعجز وعدم الكفاية مما يجعل تقديره لذاته منخفضا ويجعله يشعر بقلق مستمر ويعوقه عن تحقيق ذاته.

5-6- النموذج الثقافي والاجتماعي:

يركز على عوامل البيئة الثقافية والاجتماعية الكامنة وراء السلوك غير السوي ويركز هذا النموذج على الأنماط المعقدة للتفاعل داخل الشبكة الاجتماعية والفكرة الرئيسية لهذا النموذج أن السلوك اللاسوي هو نتاج خلل في التفاعلات في إطار الثقافة أو البيئة أو تغيير في البيئة ذاتها، أو عدم ملائمة البيئة الاجتماعية ومن أهم مسببات المشكلات النفسية ما يلي:

- التمييز العنصري وتفضيل فرد أو مجموعة أو لون معين.
- الفقر والحرمان وسوء التغذية.
- الحرمان من التعليم.

- القسوة في التعامل وكبت الحريات حيث يضطر الطفل إلى مسايرة الآخرين ولا يكون ذاته مما يمثل بذرة للأمراض النفسية بلل والعقلية أيضا وهذا قد يحدث داخل الأسرة أو جماعات الرفاق أو داخل المجتمع.
- اضطرابات شبكة العلاقات داخل الأسرة مثل: "الطلاق، الانفصال، غياب الأب بالسفر، عمل أم وتغييبها لفترات طويلة عن المنزل".
- سوء الظروف الاجتماعية والبيئية: "ضيق السكن، الضوضاء، سوء التهوية، الازدحام" (عماد محمد مخير، هبة محمد علي، 2016، ص 09-10).

نستخلص من خلال عرض نظريات المشكلات النفسية أن الدافع لهذه المشكلات جد متفرع في المسيرة النفسية للطفل إذ يكون لها انتماء إلى ما قبل الولادة وبعدها وما ينجر عنها كالخلل الوظيفي والعضوي بالتالي تحدث صراعات نفسية واستجابات لا شعورية عديمة المصدر تدخل فيها صدمات تخلق نوعا من المشكلات التي تساهم هي الأخرى في عرقلة التكوين المعرفي وافتقاره، ما يعكر التوجيه الإنساني في الحياة اليومية، فالصيرورة والسير مع النمو والكفاية الذاتية جد مهمة في التوصل إلى نفسية سليمة، فقد ينشأ المرض النفسي عندما لا يمارس الفرد ذاته وطموحاته في بيئة لا تتوفر على الأنماط المتعددة للتفاعل.

6- تعريف السلوك:

عرف "الخطيب 2003" السلوك هو كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أم غير ظاهرة (أشرف إبراهيم محمد الحبالي، 2009، ص 14).

وعرف أنه تسمية عامة لكل أشكال الاستجابة العضلية أو الغدية للكائن الحي اتجاه مثير كنتيجة للموقف الذي يحيط به أو الذي يواجهه (نجية إبراهيم محمد، صادق سليمان خلف، 2010، ص 46).

ثم عرف على أن السلوك هو السطح الظاهر للحالة النفسية (فريد حسين، 2003، ص5).

بالتالي عرفه "بطرس حافظ 2010" أن السلوك هو كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد سواء كانت ظاهرة أم غير ظاهرة، إذ يصدر عن الإنسان سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفيزيولوجية والحركية أم نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والوسواس وغيرها...

إذ هو ليس شيئا ثابتا، بل يتغير ولا يحدث في الفراغ وإنما في بيئة ما ويحدث بصورة لا إرادية وعلى نحو آلي مثل: التنفس، يحدث بصورة إرادية عندما يكون بشكل مقصود وواع وهذا السلوك يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد.

فالسلوك إذا هو لنشاط الذي يعبر عنه الفرد من خلال علاقته بمن حوله إذ له قواعد طبيعية ومادية مبرمجة طبقا للخريطة الوراثية المرسومة لكل فرد وفقا للتدريب الوراثي البيولوجي وصولا إلى هندسة الجينات، التي تشير إلى علاقة بين الخلل الدماغي والاضطرابات السلوكية (بطرس حافظ بطرس، 2010، ص15).

7-تعريف السلوك السوي واللاسوي:

7-1-تعريف السواء:

هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها، والسلوك السوي هو السلوك العادي أو المألوف والغالب على حياة غالبية الناس والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيدا ومتوافقا شخصيا وانفعاليا واجتماعيا (زينب عبد الرزاق غريب وآخرون، 2008، ص10).

7-2- تعريف اللاسوية:

الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي واللاسوية هي حالة مرضية يكون فيها المريض خطر على نفسه هاو على المجتمع، يتطلب ذلك التدخل لحماية الفرد داو المجتمع والشخص اللاسوي الذي ينحرف سلوكه عن الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد متوافقا شخصيا وانفعاليا واجتماعيا (زينب عبد الرزاق غريب وآخرون، 2008، ص11).

نستخلص من خلال تعريف السواء واللاسواء إن السواء هو توازن الانفعالي والسلوكي للفرد مع الفرد الطبيعي والأفراد المحيطين به أما اللاسواء هو اختلال التوازن وتدني مستوى تفاعله في محيطه.

7-3- معايير تحدد السلوك السوي والسلوك غير السوي:

7-3-1- معايير السلوك الغير السوي:

غالبا ما يكون السلوك غير السوي مناسب لعمر الشخص ومدى نضجه وغير مقبول في إطار المجتمع الذي يعيش فيه، والذي يفسر من خلال المعايير التالية:

أ-المعيار الذاتي:

يشير إلى السلوك الذي يتلاءم مع سلوكياتنا التي نرغب فيها من وجهة نظرنا، فالمرجعية هنا للفرد ذاته وهي الشخصية.

ب-المعيار الطبيعي:

قيام الفرد بعمل مناقض للطبيعة أو انحراف بالغ في سلوك ما عن طبيعته.

ج-المعيار الاجتماعي:

يكون السلوك مخالف لعادات المجتمع وتقاليد، فالسوي هو المتوافق اجتماعيا واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعيا.

د-المعيار الإحصائي:

يقصد به انحراف السلوك عن المتوسط الشائع، فالسوي هو الذي يتخذ المتوسط أو الشائع معياراً، أما اللاسوية هي الانحراف عن ذلك المتوسط إما بالزيادة أو النقصان.

هـ-المعيار النفسي التكاملي:

السلوك المشكل هنا يتضح في نوعية الاستجابة، حيث تكون الاستجابة غير ملائمة للموقف والتي تعيق الفرد عن قدرته على القيام بوظائفه.

و-المعيار القيمي:

تبعاً لهذا المعيار يعرف الشذوذ بأنه انحراف عن المثل العليا والكمال والشخص العادي هو الشخص القريب من الكمال في كل شيء وفي الواقع أن صفة الكمال لا يمكن أن تتوفر لدى الناس.

ي-المعيار الطبي:

الحكم على الشخص بالصحة أو الحالة المرضية وفيه يتم استخدام الفحص الإكلينيكي بالاستعانة بالأدوات والوسائل الطبية المختلفة، والمقابلة النفسية بين الأخصائي والمريض وأسلوب الملاحظة المتخصصة والمقاييس والاختبارات النفسية.

ن-المعيار الديني:

يعتبر المعيار الديني من أهم المعايير وأفواها تأثيراً لتمييز السلوك السوي من السلوك المنحرف عن الفطرة لدى الإنسان المكلف حيث الفطرة هي المحك.

ويتميز المعيار الديني بمميزات تجعله متوفقاً على المعايير الوضعية من أهمها:

- ربط المعيار الإسلامي السوي بالفعل الحسن والسلوك المنحرف بالفعل السيء أو القبيح وجعل حسن الفعل وقبحه مرهونين بحكم الله لا بهوى الفرد أو رضا الجماعة.

- تقديمه قواعد للسلوك ثابتة لا تختلف باختلاف الزمان أو المكان.

- جمع مميزات المعايير الذاتية والاجتماعية والإحصائية وخلصها من التحيز والفساد والمرض التي قد تصيب الفرد والجماعة (جزء بن عبد جزاء العصمي، 2008، ص15).

7-3-2- معايير سواء السلوك:

لتحديد المشكلات السلوكية لآبد من وجود معايير تحكم على نوعية السلوك إذ يكون تحديدها متفق عليها من طرف أخصائيين للصحة النفسية وتتمثل هذه المعايير فيما يلي:

أ. **العلاقة الصحية مع الذات:** وهو فهم الذات وتقبل الذات وتطوير الذات إذ يعرف المرء نقاط القوة ونقاط الضعف لديه، ويتقبل الفرد ذاته بإجاباتها وسلبياتها.

ب. الشخص السوي قادر على التكيف والتوافق وظروف الحياة دائمة التغير لذلك يضطر الإنسان إلى أن يعدل استجابته أو يغير نشاطاته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها، إذ تعد المرونة من أول مستلزمات الإنسان لكي يحيا حياة سوية والعكس صحيح.

ج. **القدرة على الاستفادة من الخبرة:** يتميز الإنسان السوي بقدرته على التعلم من الخبرة والاستفادة من التجارب الماضية وهو ما يفنقه الشخص العصابي أو المعادي للمجتمع.

د. **القدرة على التواصل الاجتماعي:** تقوم حياة الإنسان على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والشخص المتوافق اجتماعيا يشارك في ذلك إلى أقصى حد وتتميز علاقته الاجتماعية وتفاعلاته بالعمق والاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته.

هـ. **الواقعية:** التعامل مع حقائق الواقع، فالذي يحدد أهدافه في الحياة وتطلعاته في المستقبل على أساس إمكانيته الفعلية وعلى أساس المدى الذي يمكن أن يصل

إليه باستعداداته الخاصة يعتبر فرد سوي، وهذا يعني أن السوي لا يضع لنفسه أهدافا صعبة التحقق بالنسبة له حتى لا يشعر بالفشل بل انه يعمل على تحقيق ما يمكنه تحقيقه أي انه يريد ما يستطيع ويستطيع ما يريد، ولذلك هو يشعر بالنجاح ولذة تحقيق الإمكانيات وفي المقابل فإن من يختار لنفسه أهدافا سهلة التحقق بالنسبة له طلبا الشعور بنجاح لا يسلك سلوكا سويا فالواقعية هي أن ينظر الفرد إلى الحياة نظرة واقعية.

و. **الشعور بالأمن:** يشعر الفرد السوي بالأمن والطمأنينة بصفة عامة، وهذا لا يعني أن السوي لا ينتابه القلق ولا يشعر بالخرف وخبر الصداع بل انه يقلق عندما يعرض له ما يثير القلق، ويخاف إذا ما تهدد أمنه وبخبر الصداع إذا ما واجه مواقف الاختيار الحاسمة، أو بعض المواقف التي تتعارض فيها المشاعر ولكنه في كل الحالات السابقة يسلك السلوك الذي يعمل مباشرة على حل المشكلة أو يعمل على إزالة مصادر التهديد ويحسم الأمر باتخاذ القرار المناسب في حدود إمكانياته وإذا كان الشعور بالأمن والطمأنينة وهو القاعدة في حياة السوي الانفعالية لغير السوي خاصة العصابي الذي يكون دائم القلق وتتحكم فيه المخاوف وتستبد به مشاعر الدونية والنقص.

ي. **التوجه الصحيح:** عندما يعرض للشخص السوي مشكلة فإنه يفكر فيها ويحدد عناصرها ويضع الحلول التي يتصور أنها كفيلة بحلها، وهو في هذا يتجه مباشرة إلى قلب المشكلة ويواجهها صريحة وقد يعلن فشله إذ لم ينجح في حلها وفي المقابل فإن السلوك غير السوي لا يتجه مباشرة إلى المشكلة، بل يعتمد إلى الدوران حولها متهربا من اقتحامها مباشرة.

ن. **التناسب:** والتناسب من السمات الهامة التي تميز السلوك السوي، والتناسب يعني عدم المبالغة خاصة في المجال الانفعالي، والسوي يشعر بالسرور والزهو والأسى

والحزن والدهشة، وكل الانفعالات الأخرى ولكنه يعبر عنها بقدر مناسب للمثيرات التي أثارها لذلك كان هناك تناسبا بين السلوك السوي والموقف الذي يصدر فيه السلوك أما السلوك غير السوي فيتضمن بلاغة من الانفعال تزيد عما يتطلبه الموقف (ياسر يوسف إسماعيل، 2009، ص 16-17).

نستخلص من تعريفات السلوك على انه فعل ذات دلالة استجابة عضلية أو غدية يكون ملحوظ أو غير ملحوظ يكون مبرمج وفقا للتدريب الوراثي والجيني متأثر بعوامل بيئية والمتمثل في السلوك السوي التوافق مع الغير والشخص العادي ذات تفاعل انفعالي مألوف واجتماعي، والسلوك غير السوي في حالة مرضية تعود بالخطر على اللذات والغير ويتطلب حماية وتدخل علاجيا يتم تحديد كل من النوعين من خلال معايير خاصة بكل منهما عن طريق اختبارات ومقاييس الشخصية والسلوكية.

8-تعريف المشكلات السلوكية:

المشكلات السلوكية هي تلك المشكلات التربوية التي تواجه الأم، أو المدرس أو أي مربي أثناء تنشئة الطفل أثناء الولادة حتى البلوغ تختلف طبيعتها وشدتها حسب كثير من العوامل كسن الطفل وطبيعته الوراثية وطبيعة المربي وثقافته وأوضاعه المادية والمعنوية (نبيه الغبرة، 1994، ص 3).

عرف "جمال القاسم وآخرون، 2000" نقلا عن لامبرت وبارو يعرف المشكلات السلوكية من منحى تربوي بأن الطفل ذو المشكل السلوكي هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه بين المتوسط وان هذا الانخفاض في السلوك يعمل بدوره على تخفيض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفعالية كذلك في تفاعله مع الآخرين مما يؤثر على خبراته الاجتماعية والتربوية (مل مؤمن محمد الحسن، 2007، ص 17).

وعرف "وودي 1969" الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا هم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المهددة للسلوك المقبول مما يؤدي إلى تراجع المستوى الدراسي وتأثر علاقاته الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف كما انه يعاني من مشكلات، تتعلق بصراعات نفسية وكذلك التعلم الاجتماعي (ياسر يوسف محمود إسماعيل، 2009، ص12).

أما "الخطيب، 1997" الأطفال المضطربون سلوكيا هم الأطفال اللذين يظهرون واحدة أو أكثر من خصائص السلوك اللاسوي بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية وعدم المقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية والحسية والصحية عدم المقدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين، ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية (قابلية جهيدة، بن ناصر صبرينة 2015-2016، ص24).

إذ يعرفها "موسى إبراهيم 1999" سلوك غير سوي في درجة شدته وتكراره يسلكه الطفل نتيجة للتوترات النفسية والإحباطات التي يعاني منها ولا يقدر على مواجهتها فتشكل إعاقة في مسار نموه وانحراف عن معايير السلوك السوي تثير قلق وانتباه المحيطين به (حرطاني أمينة، 2014، ص42).

ويعرفها "عبد المطى 2003" حالة انفعالية مؤلمة تنشأ عن الإحباط الموصول لدافع أو أكثر من الدوافع القوية لدى الفرد وهي المواقف والمسائل الحرجة المحيرة التي تواجه الفرد فتطلب منه حلا وتقلل من حيويته وفاعليته وإنتاجه ومن درجة تكيفه مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه (ياين بن محمد الحربي، 2019، ص485).

وعرف "تبيل 2013" نوع من السلوك غير مرغوب فيه يصدر عن الطفل ويسبب إزعاجا وقلق للمحيطين ويؤثر على تقديره لذاته وعلاقته بالآخرين ولا يمكن للوالدين أو المدرسين علاج هذه المشكلات دون مساعدة من مختصين في مجال العلاج والإرشاد النفسي (عطاء الله بن يحيى، 2018، ص1060).

عرفت "رافدة 2008" انه سلوك غير مقبول يقوم به الفرد لكي يشبع حاجته للانتماء وإحساسه بقيمته (بادين محمد الحربي، 2019، ص 1060).

فالمشكلات السلوكية إذا هي حالة تبدو فيها أفعال الفرد غير مرغوبة ومزعجة، وقد تكون ضارة إلى حد يعوق عملية التعلم، مما يجعله بحاجة إلى خدمات خاصة لمواجهتها (بطرس حافظ بطرس، 2010، ص 372).

نستخلص من خلال تعريف المشكلات السلوكية على أنها إعاقة في مسار المنحى التربوي للطفل تواجهها الأم أو المدرسة والمتمثل في صراعات نفسية ثابتة تصاحبها عواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية، يلاحظ من خلال انخفاض معدل السلوك عن المتوسط والحاد وانخفاض قدرته على التعلم والتفاعل مع الآخرين وانخفاض المستوى المدرسي يظهر من خلالها الطفل سلوك غير سوي مغاير للمعايير الاجتماعية يستدعي تدخلات علاجية من طرف مختصين كونها تثير القلق على الطفل الذي لم يتوفق ولم يتكيف مع البيئة الخارجية عن الخصائص العقلية السوية والحسية والصحية.

9- أشكال المشكلات السلوكية:

9-1- مشكلة اضطرابات النوم:

يعتبر النوم ذا قيمة جد عالية في مرحلة الطفولة، كونه يساهم في التوازن والنمو النفسي الجيد، ويحقق الصحة النفسية والجسمية إلا انه تطراً عليه تغيرات ومضايقات في فترات نوم الطفل فتحدث اضطرابات فماذا نقصد باضطراب النوم؟

9-1-1- تعريف اضطرابات النوم:

عرف "كوريس 2007" مجموعة من الأعراض التي تتميز بالاضطراب واختلاف كمية النوم أو نوعيته أو توقيته أو في السلوك أو الظروف الفيسيولوجية المرتبطة بالنوم

ويمكن أن تؤثر اضطرابات النوم على حياة الفرد العاطفية أو تسبب مشكلات في حياته الاجتماعية والمهنية (ابتهاج محسن جودة وآخرون، 2016-2017 ص17).

تعتبر ردود فعل طبيعية ناتجة عن عدم الشعور بالأمن إذ هي شائعة الظهور وبالخصوص في السنين الأولى من عمر الطفل إلى غاية خمسة سنوات، إلا أن اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة تعتبر أولى الدلائل على وجود الاضطراب النفسي لدى الطفل والفرق بين الطبيعية والمرضية فرق في الدرجة وليس النوع (احمد محمد الزغبى، 2013، ص98-99).

9-1-2- أسباب اضطرابات النوم:

تعود أسباب الاضطرابات النوم إلى:

• أسباب بيولوجية:

- الإجهاد الجسمي واضطرابات الجهاز العصبي المركز والتعود على تناول المهدئات.

- اضطراب الشخصية التي تعاني من اكتئاب مرضي.

- الشخصية الصاحية وهو عدم القدرة على النوم من كثرة الفعالية.

• أسباب نفسية:

- الشخص الذي يعاني من اضطرابات انفعالية وعدم الأمن.

- تأثير القصص والأفلام المخيفة والظلام والنوم منفردا.

- الخوف من مواجهة مشكلات الحياة.

- الانفعالات المكبوتة كعدم رغبة الطفل لانتقال الأم للخارج.

• أسباب بيئية:

- الحوافز الخارجية المزعجة كالضوضاء وطبيعة السرير.

- اتجاهات الوالدين الخاطئة كإجبارهم على النوم واستعمال النوم كتهديد أو عقاب.

• أسباب اجتماعية وتربوية:

- عدم توفير عادات صحية للنوم ونظام التغذية داخل الأسرة.
- ضيق المسكن ونوم الأطفال والوالدين في نفس الغرفة (إبتهال محسن جودة وآخرون، 2017، ص 40-41).

9-1-3- علاج اضطرابات النوم:

يتمثل علاج اضطرابات النوم في:

- **العلاج النفسي:** ويشمل العلاج الفردي والجماعي من خلال إزالة الأسباب الانفعالية والابتعاد عن التوتر والقلق والخوف.
- **العلاج البيئي:** ويشمل علاج الظروف والضغط البيئية المسببة للحالة في الأسرة والمدرسة (إبتهال محسن وآخرون، 2016-2017، ص 41).

نستخلص من خلال عرضنا لمشكلة النوم على أنها مضايقات ذات اتجاهات مختلفة تطرأ على إحدى الغرائز الأساسية لنمو الطفل لأسباب نفسية جسمية وبيئية وفكرية يمكن علاجها من خلال إزالة العوارض والتوجيه النفسي.

9-2- مشكلات متعلقة بالطعام:

تعتبر التغذية السليمة من أسباب نمو الجسم منذ نشأة في رحم أمه إلى غاية مماته لذلك ينتهج مواقيت تنظم عاداته الخاصة، إلا أن الطفل يصدي ردود فعل نفسية أو جسمية كانت تجعله يرفض أو يتهاون عن طعامه فما هي مشكلات اضطرابات الطعام؟

9-2-1- تعريف لمشكلات المتعلقة بالطعام:

مجموعة من المشكلات تظهر في الاتجاهات ومظاهر السلوك والمشاعر المتعلقة بالأكل وتتضمن هذه الاضطرابات إباء الطعام وشره الطعام والسمنة والرغبة في النحافة (نسيمة داود، 2011، ص146).

كما عرفت أيضا عبارة عن اضطرابات في السلوكيات والاعتقادات المتعلقة بالأكل والوزن وصورة الجسم تصحبها عادة مضاعفات صحية ونفسية غالبا ما يعاني منها المصابون باضطرابات الأكل من الأمراض النفسية الخطيرة التي من الممكن معالجتها وهي تصيب جميع الناس من كافة الأعمار والأعراف والمستويات الاقتصادية والاجتماعية (عنى إسماعيل، رسيل عزراوي وآخرون، 2014، ص01).

9-2-3- أسباب اضطرابات الأكل:

تتمحور هذه الأسباب فيما يلي:

- الأسباب النفسية:

- سوء التوافق الجنسي وذلك يترتب على خبرات سيئة أو أفكار غير صحيحة.
- الرغبة في النحافة.
- آلية دفاع تعطي معنى الاضطراب عن الطعام حتى تحقق المطالب.
- مقارنة عملية النمو كي تضل الطفل (ة) صغير(ة) تجنباً للمسؤولية.
- أسلوب إسقاطي يمارسه الأطفال للتعبير عن عدوانية الأهل.
- الخوف من زيادة الوزن.

- الأسباب الاجتماعية

- تشجيع المجتمع سلوك النحافة بحيث يكون مقياس للجمال من خلال التمارين الرضائي.

- الجو الأسري المميز بالأجواء العدوانية والتي تعاني بدرجة كبيرة من الانعزال
وقلة الشعور بتعاطف بين الأفراد (بسمه جملة، 2018، ص29).

9-2-4- علاج اضطرابات الأكل:

تتمثل الأساليب العلاجية لاضطرابات الأكل فيما يلي:

أ. **العلاج بالعقاقير:** يساهم بدور بسيط في العلاج والإسهام الكبير يأتي بعد العلاجات النفسية.

ب. **العلاج بالتحليل النفسي:** وذلك عن طريق فهم الدوافع النفسية اللاشعورية.

ج. **العلاج السلوكي المعرفي:** والذي يتمثل في تصحيح الأفكار الخاطئة لذوي الاضطرابات وخفض الصراع الأسري وتحسن في السلوك.

د. **استراتيجية المراقبة الذاتية:**

- التقدير والقياس الدقيق والشامل المتعلق بالمشكلة.

- التقيد في إيجاد تغذية مرتدة للعميل وضبط النفس.

هـ. **إعادة البناء المعرفي** والتي تتمثل إعادة تنظيم وفهم المعتقدات حول الذات

والشخصية والهدام والتي يتكون وفق مرحلتين:

❖ الاستراط المضاد.

❖ التحصين التدريجي.

- الاسترخاء.

- توكيد الذات.

- كيفية التعامل مع القلق.

- التخيل الإيجابي (بسمه جملة، 2018، ص 33).

نستخلص من خلال عرض مشكلات اضطرابات الطعام على أنها مجموعة من الاعتقادات والوجهات والسلوكيات التي يتصرف بها الفرد أثناء تناوله للطعام بسبب الرغبة في تغيير الذات أو أبراره أو أسباب صحية يمكن علاجه من خلال الوعي والتفكير الإيجابي.

9-3-3- مشكلة التبول اللاإرادي:

يعاني بعض الأطفال من عدم التحكم في التبول وذلك راجع لعدة مضايقات نفسية وإزعاجات تجبرهم لا شعوريا في تلويث الفراش والثيراب فماذا نعني بالتبول اللاإرادي؟

9-3-1- تعريف التبول اللاإرادي:

جاء في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية 1992: انه عدم قدرة الطفل على التحكم في تبوله في الليل أو النهار أو الليل والنهار معا بدون وجود أسباب عضوية للطفل تجاوز عمره خمسة سنوات (علاء إبراهيم جرادة، 2012، ص 09).

كما يعرف أنه عدم قدرة الطفل على التحكم بالتبول ليلا في سن يفترض أن تكون لديه القدرة على ذلك (عبد الكريم بكار، 2010، ص 125).

9-3-2- أسباب التبول اللاإرادي:

وتتمثل هذه الأسباب في:

- الاعتماد على الأم واللجوء إليها في كل مطالبه.
- العصبية والقسوة التي يمارسها في بعض الأحيان الوالدين.
- الإصابة بالبلهارسيا وعنده زوائد أنفية إذ يميل إلى الأشياء شديدة الحلاوة.
- فقدان الشعور بالأمن في الحياة اليومية.

- أسباب جسمية:

- ✓ كفقر الدم، اضطرابات عصبية.
- ✓ أسباب في الجهاز البولي كالتهاب المستقيم مثلاً.
- ✓ الإصابة بالبرد العادي.
- ✓ كثرة اخذ السوائل.

- أسباب نفسية:

- ✓ الخوف من مختلف الأشياء أو الأماكن مثل الحيوانات، الظلام.
- ✓ الغيرة الزائدة من الإخوة (حمزة الجبالي، 2007، ص 44-50).

9-3-3- علاج التبول اللاإرادي:

ويتمثل العلاج في:

- الحذر من التطرف وهو عدم التصرف بالسلبية والعقاب اتجاهه هذا التصرف كي لا يتولد الشعور بالمهانة.
- امتناع الطفل عن شرب الوسائل ليلاً.
- البحث وراء أسباب توقف هذا السلوك في بعض الفترات.
- استحسان قرب الحمام من غرفة النوم.
- الحذر من الإمساك.
- تدريب الطفل على الاستيقاظ ليلاً.
- المكافأة عند توقفه عن هذه العادة.
- استشارة طبيب مختص (عبد الكريم بكار، 2010، ص 128-131).

نستخلص من خلال عرضنا لمشكلة التبول اللاإرادي أنها مشكلة فيزيولوجية تتمثل في عدم القدرة على صد الأفكار والمشاعر السلبية ما يؤدي إلى عدم التحكم في التبول يمكن علاجها من خلال التدخل الطبي.

9-4-4- مشكلة التبرز اللاإرادي:

من الصعوبات التي تتلقاها الأم أو المربي في الحياة اليومية عدم تحكم الطفل في ببرازه ووضعه في ملابسه بالرغم من نموه وقدرته على المحافظة على هندامه ونظافته الشخصية فماذا نقصد بالتبرز اللاإرادي؟

9-4-4-1- تعريف التبرز اللاإرادي:

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية فهو تكرار إخراج البراز في أماكن غير ملائمة مثل الملابس أو الأرض سواء كان ذلك مقصودا أو لا إراديا (عماد محمد مخير، هبة محمد علي، 2006، ص129).

وعرف انه تبرز الطفل في ملابسه بشكل مستمر بعد أن يكون قد تجاوز الثالثة من عمره ويكثر ظهور هذه الظاهرة ما بين عمر ثلاثة إلى سبعة سنوات (احمد محمد الزعبي، 2013، ص121).

9-4-4-2- أسباب التبرز اللاإرادي:

ويكون وراء هذه الاضطرابات الأسباب الآتية:

- عدم الكفاءة في التحكم العضلي القابض.
- نقص أو عدم التدريب الكافي والمناسب على ضبط الإخراج.
- القسوة والعقاب أثناء تدريب الطفل على ضبط الإخراج.
- الخوف وعدم القدرة على استخدام المراض بشكل جيد.
- غيرة الطفل بسبب طفل جديد.

- التثبيت على المرحلة الشرجية التي ينتج عنها الميول العدوانية لدى الطفل.
- نجاة الأبوين اللذان قاما على تدريبهم على ضبط عملية التبرز.
- الانفصال عن الأم أو عن الأب وانفصال الوالدين "الطلاق".
- الضغوط النفسية الناتجة عن محل السكن أو الرسوب في العام الدراسي أو دخول المستشفى.

- اشمنزاز أو نفور الكبار من الطفل (عماد محمد مخير، هبه محمد علي 2006، ص130-131).

9-4-2- علاج التبرز اللاإرادي:

تتمثل الأساليب العلاجية في:

- أ- العلاج الطبي: وهو معالجة الذين لا يتحكمون في التبرز بالأدوية والعقاقير والمسكنات
- ب- العلاج النفسي التحليلي: استخدام التحليل النفسي وذلك لتشخيص الطفل من خلال الرسم واختبار تفهم الموضوع للأطفال لمعرفة الصراعات والمشكلات التي يعانون منها.

ج-العلاج السلوكي:

- إثبات الطفل وتدعيمه على التحكم في التبرز.
- استخدام أسلوب التغذية المرتدة من خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والعضلة الشرجية القابضة.
- مراقبة الأوضاع النفسية ومعالجتها.

د- العلاج الأسري:

- تفهم وتقبل الوالدين لاضطراب أطفالهم وكيفية التعامل معه.
- عدم إهانته أمام الإخوة.
- عدم عقابه وتخويفه إنما توفير الأمان والحب.

- تجنب الصراعات بين الوالدين.
- عدم التفرقة بينهم.
- مكافاته عند المحافظة على هندامه (عماد محمد مخير هبة محمد علي، 2006 ص136)

نستخلص من خلال عرض مشكلة التبرز اللاإرادي على انه فعل لا إرادي يقوم به الطفل وذلك الفعل من خلال تفاعل الأسرة بالإيجاب معه وتصحيح سلوكه.

9-5-مشكلة اضطراب الكلام:

من الحركات العصبية نجد الكلام وهو ذوو أهمية كبيرة ويعد محور اتصال الفرد بالغير ومحيطه والتعبير عن احتياجاته إلى أن هذا الأخير يضطرب ما يجعل الطفل يدخل في حيرة وانزعاج ما هي مشكلة اضطراب الكلام؟

9-5-1-تعريف اضطراب الكلام:

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: فشل في استخدام أصوات الكلام المتوقعة نمائياً والتي تتناسب عمر الفرد وذكاءه ويتضح هذا الاضطراب في إصدار صوت رديء وتلفظ غير مناسب (نادية سعد العبيدي، 1999 ص10).

عرف الرزيقات 2005 يشير اضطراب الكلام إلى انحراف الكلام عن المدى المقبول في بيئة الفرد واتصافه بإحدى هذه الخصائص صعوبة السماع، عدم وضوحه، اقترانه بخصائص صوتية وبصرية غير مناسبة، إجهاد في إنتاج أصوات معينة، عيوب في الإيقاع والنبرة الكلامية، (اضطراب في إنتاج الصوت والوحدة الكلامية) (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2005، ص22).

9-5-2- أسباب اضطراب الكلام:

تتمثل الأسباب في:

أ/عوامل نفسية واجتماعية:

- إصابة في الدماغ والاختلال الوظيفي لميكانيكيات الكلام والتنفس.
- تشوه أعضاء النطق.
- الضغط النفسي والارتباط.
- أسباب طبية.
- الصراخ وتلف الأوتار الصوتية (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2005، ص27).

- تعدد اللغات واللهجات في البيئة التي يعيش فيها الطفل.
- الانطوائية على الذات والمحبة للتوقع وعدم التوافق مع المحيط.

9-5-3- علاج اضطراب الكلام:

يتمثل العلاج في:

- التدريب على الاكتساب.
- تدريب الطفل على نطق الصوت بصورة صحيحة.
- استخدام الوسائل المساعدة "كالسماعات".
- تعديل السلوك.
- الاستبعاد التدريجي للمثيرات.
- التعليم وذلك بتعليم الطفل على ممارسة الأصوات التي يتدرب عليها في كلمات ومواقف مختلفة وفق وجود أفراد مختلفين (نادية سعد العبيدي، 1999، ص21).

نستخلص من خلال عرض مشكلة اضطراب الكلام على أنها قدرة الفرد في إيصال صوته ورسالته الفكرية من خلال التعبير عن مشاعره هاو رغباته لأسباب وظيفية ومعرفية ونفسية يمكن علاجها من خلال تدخل علاجي طبي أو معرفي.

9-6-6- مشكلة مص الأصابع:

من الأساليب التي يعبر من خلالها الطفل الصغير عن جوعه مص الأصبع كونه لم يتعلم التعبير عن ذلك بعد وهي عادة مرتبطة بمرحلة الطفولة أما إذا تجاوزت تلك الفترة فهي بدون شك مشكلة فما هي التفسيرات وراء مص الأصابع؟

9-6-6-1- تعريف مص الأصابع:

عرفت مص الأصابع على انه عادة تتشكل لدى الطفل منذ الأيام الأولى من الولادة تستمر حتى سن السادسة إذ يستمتع بهذه العادة ويجد فيها نوعا من التسلية الذاتية وهي مسألة طبيعية في الأشهر الأولى، وتشتد عند الجوع والتعب والنوم ويكمن خطر هذه العادة عند استمرارها حتى سن الخامسة عشر ما يعرضه لاضطراب نفسي والاكتئاب (نبيلة عباس الشورجي، 2013، ص156).

كما عرف سلوك عادي في مرحلة الطفولة المبكرة يمكن اعتباره من أكثر العادات شيوعا وانتشارا، وتعني إدخال الطفل أبهمه في فمه وإغلاق شفثيه عليه، أثناء المص تبدو حركة بسيطة للفكين والوجنتين ينبغي البحث عن الأسباب ووضع الطرق الناجحة للعلاج إذ ما استمر الوضع بعد السادسة من العمر (سمير عطية المعراج 2013، ص63).

9-6-6-2- أسباب مص الأصابع:

تتمثل هذه الأسباب في:

- عدم إشباع الحاجات النفسية وافتقاره للحنان والعطف وعدم حصوله على قدر كاف من الرضاعة الطبيعية.

- تثبت الطاقة البيدية نتيجة الحرمان الزائد أو الإشباع الزائد للحاجات والدوافع النفسية.
- افتقاد الإحساس بالانتماء في الأسرة لكثرة المشاكل والخلافات الزوجية.
- التفرقة في المعاملة بين الأبناء.
- سوء المعاملة للطفل والقسوة في العقاب، استخدام الضرب.
- مواجهة المشاكل، الفشل في الدراسة (نبيلة عباس الشورجي، 2013، ص157).

9-6-3- علاج مص الأصابع:

يتمثل هذا العلاج من خلال تدابير وقائية تتمثل في:

- عدم اللجوء للعنف والضرب للوالدين فذلك يعزز العادة ويزداد تعلقها به كونها تعطيه إشباعا نفسيا به.
- تحسين علاقة الطفل بوالديه وإخوته.
- إشباع الحاجات النفسية الأساسية للطفل كإشعاره بالحب والأمان والتقدير والانتماء اشتراك الطفل مع زملائه في اللعب وتوجيهه، الاهتمام به ورعايته.
- ألا يشير الوالدين إلى هذه العادة في كل مناسبة وأمام الأصدقاء حتى لا يشعر بالحرج (نبيلة عباس الشورجي، 2003، ص158).

نستخلص من خلال عرضنا لمشكلة مص الأصبع على أنها عادة غريزية تصبح مشكلة عند خروجها عن النطاق الزمني الخاص بها لأسباب توافقية يمكن الكف منها من خلال العلاج السلوكي والبيئي والنفسي.

9-7- مشكلة قضم الأظافر:

يتعرض الفرد لانفعالات فطرية تتخذ عدة أشكال يمكن أن تؤذي الفرد دون شعور منها قضم الأظافر التي تتسم بالعدوانية تجاه الذات وتضع الفرد في لاوعي بما يقوم به فما هي خلفيات مشكلة قضم الأظافر؟

9-7-1- تعريف قضم الأظافر:

يعرف على انه من المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال والمراهقين، ومن الناحية النظرية يمكن وصف وتفسير قضم الأظافر في اتجاهين، تعبير عن التوتر وتخفيف له وذلك لدى الشخص الذي لا يستطيع أن يحقق حاجته بنجاح، إذ تعد تعبيراً عن العدوان المكبوت والتكيف الوجداني السيء، أو القلق وهي عادة استجابة تكون حادة نجد فيها الأظافر قد تشوهت تماماً (إبراهيم علي إبراهيم، 1994 ص456)

كما يعرف قضم الأظافر على انه نتيجة لعصبية والتوتر تترجم على شكل سلوك يحمل في طياته العديد من المشاعر السلبية تعود بالأضرار الجسمية كعض الأظافر وانتزاعها وإتلافها، وتشمل أظافر الأيدي أو الأرجل (سمير عطية المعراج 2013، ص13)

9-7-2- أسباب قضم الأظافر:

- اضطراب نفسي يدفع الصغار إلى أن يلوذوا بأنفسهم فيحتازون الآمهم من خلال قضم الأظافر.
- انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة أو نتيجة لضعف مستواها الثقافي أو التعليمي وعدم تعويد الأبناء على توكي النظافة خاصة حينما يأكلون.
- ضعف رقابة الوالدين والسماح للأبناء بهذه الأفعال دون إرشاد أو توجيهه.
- رؤية الطفل لوالده أو لوالدته وهو يقضم أظافره فيتعود على ذلك السلوك اقتداء به وحرصاً على تقليده.
- تظهر هذه الحالات
- عند الأطفال الذين يعانون من الضعف العقلي.
- تؤدي العوامل النفسية دوراً مهماً في إحداث هذا السلوك الشاذ ومن ثم يجب التنبيه إلى ضرورة حسن المعاملة للأطفال وإظهار المودة والمحبة لهم.
- إنه سلوك تعويضي نفسي بديل عن قسوة الآباء في المرحلة من 3 إلى 6 سنوات.

- عبارة عن عدوانية مرتدة إلى الذات لعدم قدرة الطفل الاعتداء على الآخرين.
- حيلة دفاعية لخفض القلق الناتج عن الصراع النفسي المتعلق بعقدة أوديب وعقدة
أكثر بين الثالثة والسادسة من العمر.
- بسبب قلق قرب الامتحان.
- طاقة زائدة غير مستغلة لدى الطفل ينفس عنها الطفل بالانشغال بأي نشاط ليطرد
الملل والسؤم (سمير عطية المعراج، 2013، ص 14-15).

9-7-3- علاج قضم الأظافر:

لعلاج مشكلة قضم الأظافر يستلزم:

- أ- **تشخيص أسباب التوتر عند الطفل أو المراهق:** عند ملاحظة هذا السلوك عند الطفل
نبحث عن أسباب ذلك قبل أن نطلب مننه الكف عن ذلك فيحجب التحدث معه لييوح
الطفل عن مخاوفه.
- ب- **عدم الإلحاح أو التأنيب:** إذ لم يكن الطفل مدرك لما يفعله فلا داع لتأنيبه ذلك لن يأتي
بنتيجة بل نحاول أن نفهمه بأننا نعاني أيضا ولا ننسى قص أظافره.
- ج- **مساعدته عندما يطلب المساعدة:** عندما يقرر الطفل الكف عن قضم أظافره بسبب
سخرية زملائه من عاداته، إذ يكون بحاجة إلى المساعدة يجب التحدث معه عن الإزعاج
الذي يتعرض له وتشجيعه بالتحدث ممن ما يشعر به ممن إزعاج ونؤكد عن حبنا له
كيفما كان وننتقل للحل الذي نراه مناسب له.
- د- **مساعدته للتعرف على عاداته السيئة:** تشجيع الطفل للتعرف على عاداته السيئة عند
شروء ذهنه وتنبهه لذلك بحركة سرية متفق بينهما.
- لا للعنف "عدم التعنيف" وهو أنجح أسلوب للقضاء على اضطراب من خلال:
- إشباع الحاجات النفسية للطفل.

- تزويد الأبناء بالغذاء الصحي المناسب الذي توأكبه مجموعة العادات السلوكية والتعامل مع الطعام بدوق وترتيب ونظافة.
- تشغيل المعلم في المدرسة تلاميذه الذين يمارسون هذا السلوك كتكليفهم بأعمال حركية داخل الفصل.
- عدم معايرة الطفل بسلوكه، كي لا يحاول القيام به في الخفاء.
- البحث عن الوسائل البديلة للتغلب على حالات التوتر والملل والعصبية وملئ أوقات الفراغ بممارسة هويات ونشاطات تستدعي استعمال اليد مثلاً.
- تناول حبة من فيتامين المغنيزيوم.
- تدريب الطفل على زيادة الوعي والانتباه إلى مشكلاته.
- تعليم الطفل طريقة الاسترخاء.
- مساعدة الطفل على توكيد ذاته والتعبير عن نفسه وانفعاله بأسلوب تكيفي (سمير عطية المعراج، 2013، ص60).

نستخلص من خلال عرضنا لمشكلة قضم الأظافر منهج يتخذه الطفل للتخفيف من مشاعر القهر والنقص الذي ينتابه لأسباب واقعية أو دفاعية يمكن علاجه من خلال مراعاة نقصه ومتطلباته وتوجيهه لحل مشكلاته بدل معاقبته نفسه.

9-8- مشكلة النشاط الزائد:

يعاني الآباء والمدرسين من الحركة الزائدة لأبنائهم وغالبا ما نجدهم يشكون من ذلك فالطفل بحاجة إلى اكتشاف محيطه إلا أن ذلك يحدث انزعاجا كونه يعود بالخطر على الطفل فماذا نقصد بفراط الحركة أو النشاط الزائد؟

9-8-1- تعريف النشاط الزائد:

يعرف النشاط الزائد على انه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتتشابك بين مفرط في النشاط وقليل التهذيب مع عدم الانتباه وفقدان القدرة على الاندماج (عكاشة احمد، 2003، ص75).

ويعرف انه عدم الاستقرار والحركة الزائدة وعدم الهدوء والراحة كما أن هؤلاء الأطفال من السهل استثارتهم انفعاليا (حمدي عبد الله عبد العظيم، 2013، ص26).

9-8-2- أسباب النشاط الزائد:

تتمثل هذه الأسباب في:

أ/العوامل العضوية:

- من الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطا زائدا هم أطفال تعرضوا أكثر ممن غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفا دماغيا.
- نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ ونتيجة للضغط النمائي يعود لأسباب متباينة مثل الأورام أو نقص الأكسجين.

ب/العوامل النفسية:

- المزاج قد تكون المشكلات في المزاج إلى اضطرابات سلوكية إذ أن النشاط الزائد لدى الأطفال هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض وبالتالي انخفاض تقدير الذات وزيادة مستوى التهيج.
- التعزيز الاجتماعي يؤدي إلى تطور النشاط الزائد في مرحلة ما قبل الدراسة إذ يحظى بانتباه الراشدين.

- وقد يتم تعزيزه إذ عند انتقاله للمدرسة تفرض عليه القيود والتعليمات وهو يكون غير معتاد على ذلك إذ يصبح أكثر نشاطا ليحظى بالتعزيز كما قبل.
- النمذجة: اتخاذ الطفل الأكثر نشاطا نموذجا للطفل الأقل نشاطا وذلك بدعم من الوالدين ويعزز ذلك.

ج/العوامل البيئية:

- التسمم بالرصاص إذ هو حافز في الدم للطفل يؤدي إلى النشاط الزائد.
- المواد الحافظة للطعام أكد "فاين قولد 1973" أن الإضافات الغذائية كالألوان والمواد الحافظة والمنكهات تثير الجهاز العصبي المركزي ما يؤدي إلى زيادة النشاط (حمدي عبد الله عبد العظيم، 2013، ص32).

9-8-3- علاج النشاط الزائد:

- **التنظيم الذاتي:** يشمل الملاحظة الذاتية، المتابعة الذاتية، التعزيز الذاتي مفاده أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغييرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى دون تدخل علاج خارجي.
- **التعزيز الرمزي:** أثبتت العديد من الدراسات فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في خفض النشاط الزائد إذ هي رموز مادية تعطى الفرد.
- **الاسترخاء:** وهو تدريب الطفل على الاسترخاء يهدئ الطفل ويقلل من تشتته وهو أسلوب استخدمه مكبريان 1976 أسلوب الاسترخاء العضلي كما جربه كلاين على 24 طفلا تم بنجاح تام.
- **التعاقد الأسري:** ويشمل هذا الأسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل وإيضاح المكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديبه لذلك السلوك ويتم تحديد المهمة السلوكية والمعززة في عقد مكتوب يفهم الطرفان المعلم والتلميذ ويتفقان على بنوده ويتصف بكونه واضحا وعادلا وإيجابيا.

• **التغذية الراجعة:** وهو تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه إذ توجه سلوكهم مستقبلا مع التعزيز والتوجيه (**خديجة فريحي، 2016، ص34**). نستخلص من خلال عرض مشكلة النشاط الزائد أنه ففعل يتزامن مع مرحلة الطفولة بشكل سلبي وذلك لتعرضهم صدمات في الدماغ ما يؤثر على نفسية يمكن علاجه من خلال التوجيه والمراجعة السلوكية.

9-9-مشكلة الغيرة:

عرف المجتمع الغيرة منذ قدم التاريخ البشري وهناك عدة أمثلة تبرز ذلك إذ تعد هذه المشكلة كنموذج عن المشكلات الأسرية والوالدية فالبذور الأولى للغيرة تنشأ في الأسرة وتلعب المدرسة دورا ليس بالقليل في إنهاء أو زيادة نشاطها فما هي خبايا الغيرة؟

9-9-1-تعريف الغيرة:

عرفت أنها إحدى المشاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب والألم ويجب أن تقبلها الأسرة وكحقيقة واقعية ولا تسمح في نفس الوقت بنموها فالقليل ممن الغيرة يفيد الطفل فهي حافز يحثه على التفوق ولكن الكثير منها يفسد الحياة ويصيب الشخصية بضرر بالغ وذلك لكونها تصبح عادة من عادات السلوك تظهر عند أول مثير وهنا تصبح مشكلة (**كثير فهم، 1990، ص47**).

كما عرفت أنها شعور يسمح بالوصول إلى الاختلاف بين الذات والآخر تشارك في بناء هوية الطفل وتسمح له بالخروج ممن الاندماج مع الآخر "الأم، الأب، الطفل الآخر" إذ هي تمجيد للحب يلعب دورها من يحب، المحبوب، المنافس (**هوت سافوي، 2018، ص01**).

9-9-2-أسباب الغيرة:

تتمثل هذه الأسباب في:

- ضعف الثقة بالنفس وهي ضعف ثقة بين الطفل وبين منن حوله والشعور بالنقص من الناحية الجسمية أو الحسية أو العقلية.
- ولادة طفل جديد: في أول حياة الطفل تقدم له كل الرعاية ويكون كل الانتباه له إذ تتوقف وتتقص بالتدرج وتتجه إلى مولود جديد وهذا ما يولد لديه الشعور بالغيرة.
- توجيهه العناية إلى والد الطفل وذلك لتمتع الطفل بعناية أمه في السنوات الأولى من عمره فعند ملاحظة تدني تلك العناية وتوجيهها للوالد يشعر بالغيرة.
- الموازنة الصريحة بين الأطفال وبعضهم سواء في المنزل أو المدرسة وتفضيل واحد عن الآخر.
- اختلاف معاملة بعض الأسر لابن اختلافا تاما عن معاملة البنت يخلق الفروق في الأبناء.
- إعطاء امتيازات كثيرة على الطفل العليل كالهدايا والمأكولات اللذيذة هي محفزات لا علاقة لها بمرضه وهذا ما يثير غيرة إخوته (كلير فهم، 1990 ص 48-49).

9-9-3- علاج الغيرة:

ومن الأساليب العلاجية:

- تمهيد الوالدين لاستقبال المولود الجديد وبحبان للطفل بشتى الوسائل.
- عدم الاهتمام الزائد بالمولود الجديد بعد الولادة.
- المحافظة على الامتيازات التي يحظى بها الطفل قبل ولادة أخيه.
- يجب الاطلاع على الموازنات الصريحة وعن خلق الجو الذي يشعر بالموازنة واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها مزايا واستعداداتها الخاصة بها.
- المساواة في المعاملة الوالدية بين الإناث والذكور لان الخلاف يخلق الكراهية بين الجنسين.
- مراعاة الطفل العليل حسب ما يطلبه مرضه بعيدا عن الامتيازات المادية أمام إخوته.

- عدم مبالغة الوالدين في إبهار أبنائهم وطاعتهم في كل متطلباتهم (كثير فهينم 1990، ص51).

نستخلص من خلال عرض مشكلة الغيرة على أنها سلوك غريزي يتطور بشكل سلبي عندما تكون هنالك معززات سلبية يمكن علاجها من خلال تصحيح السلوك البيئي وتوجيهه الغريزي الإيجابي.

9-10-مشكلة الانسحاب:

من المعروف أن الانسحاب الاجتماعي بطبعه، ودائم التفاعل من أجل نموه المعرفي والفكري إلا أنه ومن المعوقات التي تأخره مشكلة العزلة والانسحاب والتي تعد كحاجز يصنعه الفرد بينه وبين الآخرين ما يعيق العملية التعليمية والاندماج الاجتماعي، فمت هو الانسحاب؟

9-10-1- تعريف الانسحاب:

يعرف على أنه الهروب من مواجهة المشكلات الحقيقية ومن مصادر التوتر والقلق والميل على العزلة والوحدة لتجنب الإحباط الذي نجم حين مواجهة هذه المشاكل (أحمد محمد الزغبى، 2013، ص370).

كما يعرفه الأشول 1983: مشكلة أبلغ خطرا من مشكلة العدوان، فالطفل قد يعمد إلى الانزواء والسلبية بدلا من العدوان والفعالية والنشاط وأن درجة الخطر هنا أن الطفل التي يتسم بطابع الانسحاب والسلبية قد ينال من البيئة التي يعيش فيها القبول والتشجيع على اعتبار أن الانسحاب طاعة وامتنال وذلك فإن بذور هذا السلوك حينما نجد لها منبئا في هذه المرحلة من النمو يسهل عليها بعد ذلك أن تنمو وتفسح عن نفسها في شخصية غير مسؤولة في المستقبل (صباح مرشود مناخ، 2014، 1094).

9-10-2- أسباب الانسحاب:

تتمثل أسباب هذا الاضطراب في الآتي:

- الخوف من الآخرين، فالتفاعل معهم يصبح مساويا للألم النفسي.
- الراشدون غير المعطوفين والغاضبون أو المتوترون يشكلون لدى الطفل رغبة في الانسحاب.
- الخبرات الباكرة القاسية مع الإخوة، فيصبح شديد الحساسية والمراقبة لذاته ويتوقع استجابات سلبية.
- نقص المهارات الاجتماعية وتعلمه سلوكيات اجتماعية سلبية، ما يبعد الآخرين عنه.
- رفض الوالدين لرفاق الطفل تحكهم في اختيار أصدقائه.
- رفض الوالدين الطفل سواء عن قصد أم لا ما يجعله يظهر الرفض على شكل كراهية ونفور من الحل.
- الوالدين الذين يعرقلون أنشطة الطفل بالحزم الشديد دون إعطائه فرصة الكلام والتعبير.
- عدم حصوله على الإعجاب من الجماعة ما ينمي لديه الشعور بالعدوانية والانسحاب.
- أسباب جسمية حيث تكون الإعاقة نفسها سببا في الانسحاب (مريم سمان، 2010 ص783).

9-10-3- علاج الانسحاب:

- أن يشعر الطفل المنطوي بالحب والقبول، إذ ينبغي أن تتعرف عليه جيدا وتفهمه والأسباب التي تجعله يعاني من الانطواء والعزلة.
- تهيئة الجو الذي يشعر الطفل بالأمن عن طريق الألفة والطمأنينة.

- عدم دفع الطفل للقيام بأعمال تفوق قدراته كي لا يشعر بالعجز وتترك له حرية الاختيار.
 - تدريب الطفل المنعزل على الأخذ والعطاء وتكوين صداقات والاختلاط مع الآخرين.
 - التربية الاستقلالية وعدم تدليل الطفل لاعتماده على والديه وتحفيز نضجه الانفعالي
- (ونداجي مهدي، 2016-2017، ص 30-31).

نستخلص من خلال عرضنا لمشكلة الانسحاب أنها السلبية التي تكمن داخل نفسية الطفل وعدم قدرته على المسؤولية في المواجهة داخل الجماعة لاتسامه بمشاعر الضعف المسطرة يمكن علاجه من خلال استقلاليته وتوجيهه الإيجابي.

9-11-11- مشكلة السلوك العدواني:

يعتبر العدوان من المشكلات البارزة في كل مكان وزمان، إذ يشمل كل الفئات العمرية ومختلف المجالات في الحياة اليومية، كما تعتبر كظاهرة يروج لها قصداً أم من باب المعرفة، فما هي خبايا هذه المشكلة؟

9-11-1- تعريف السلوك العدواني:

عرف عبد المعطي 2001: سلوك يهدف إلى تعمد إيذاء طرف آخر والإضرار به مخالفة للعرف السائدة في التعامل بين الناس، ويأخذ صوراً متعددة بدنية أو لفظية وسواء كان هذا العدوان مباشر أو غير مباشر (موسى النجاوي، محمود كفاوين، 2015، ص1490).

كما عرف بأنه هجوم ليس له مبرر وفيه ضرر للنفس أو الناس أو الممتلكات والبيئة والطبيعة وقد يكون العدوان لفضيا أو عمليا (بطرس حافظ بطرس، 2010، 358).

9-11-2- أسباب السلوك العدواني:

تتمثل أسباب هذا الاضطراب في:

- تقليد الآخرين والافتداء بسلوكهم العدواني الذي يشاهده عند الأب، الإعلان، المدرسة.

- الأفكار الخاطئة التي تصل لذهن الطفل عندما يفهم أن الطفل القوي الشجاع هو الذي يصرع الآخرين.
- عزل الطفل في مراحله الأولى عن الاحتكاك الاجتماعي.
- الشعور بالذنب والحاجة اللاشعورية للعقاب.
- غياب العدالة والحرية وغياب السلطة الضابطة أو اضطرابها (بطرس حافظ بطرس، 2010، ص 358-359).

9-11-3- علاج السلوك العدواني:

تتمحور الأساليب العلاجية في:

- تصويت المفاهيم الخاطئة في ذهن الطفل ونفي العلاقة المزعومة بين قوة الشخصية واستخدام العنف في حل مشاكل الحياة.
- اقتناع الطفل بأن الطفل المعتدل القوي لا يغضب لأتفه الأسباب ولا يستخدم العنف في تعامله مع الآخرين.
- استخدام العقاب الإيجابي من خلال تصويب الخطأ، تصحيح الخطأ بعبارات مؤدبة.
- إيجاد القدرة الواقعية في محيط الأسرة والمجتمع.
- اختبار البرامج التلفزيونية المناسبة لعمر الطفل وقيم المجتمع مع التحفيز (حافظ بطرس حافظ، 2010، ص 359).

نستخلص من خلال عرض السلوك العدواني كمشكلة على أنه منهج سلبي عدائي دفاعي يتخذه الطفل بدافع التفكير أنه الحل لمشكلاته النفسية والسلوكية والاجتماعية يعالج من خلال التوجيه وتصحيح معتقداته السلبية.

9-12- مشكلة العناد:

إن مرحلة الطفولة لا تخلو من المشاكل، إلا أن بعض الأطفال يتخذون بعضها كفعل يجبر الآخرين على طاعتهم وتلبية مطالبهم وفي حال رفضهم لمطالبهم يستخدمون العناد في الانتقام لهم فماذا يعني العناد؟

9-12-1-تعريف العناد:

سلوك يومي وهو المخالفة الدائمة والمتكررة لأوامر الوالدين أو المعلمين وفعل عكس ما يطلب منه والتشبث بالرأي والطفل العنيد صعب إقناعه بالسلوك اللائق ولا يهدأ إلا بعد الحصول على الشيء الذي يريده (عليا فتحي الشايب، 2016، ص374). ويعرف هو الفعل الناتج عن رفضه للأمر المطلوب منه، وهو فعل عكس ما يطلب منه وذلك مثل أن يؤمر بالكف عن الكلام فيصرخ، وذلك يظهر في ثلاثة أشكال: الرفض، التأخر، التناقل (عبد الكريم بكاره، 2010، ص73).

9-12-2-أسباب العناد:

تتمثل أسباب العناد ففي:

- تقييد حركة الطفل:

○ قيود مادية: مثل ضيق مساحة المنزل ولمس الأشياء الخطيرة

○ قيود معنوية: قيود متمثلة في عدم محاوره الطفل، والتواصل معه وضعف

الاهتمام به.

- شعور الطفل بالضعف بسبب شعوره بالظلم (المطالب التعجيزية من طرف الوالدين مع ارتفاع درجة التوتر).

- عدم تلبية الاحتياجات الملحة للطفل تحوله لشخص عنيد.

- تقليد الكبار يجعل يصيب في ادفع الطفل أن يكون معاندا.

- رد فعل على حالة نفسية سيئة للطفل (عبد الكريم بكار، 2010، ص76).

9-12-3-علاج العناد:

يتمثل العلاج في اتخاذ ما يلي:

- التجاهل: غض النظر عن الموقف المعاند للطفل وكأن شيء لم يكن وهذا شيء مفيد جدا في كثير من الحالات.
- المكافأة: وذلك بإدراك السلبيات أعظم بكثير من قدرته على إدراك الإيجابيات.
- العقاب: لا يستغني أي مرب مهما كان ابنه هادئا ومتفهما على استخدام العقاب يشعر بفوائد الطاعة فإن العقاب يجعله يشعر بإضرار العناد" (عبد الكريم بكارة 2010، ص82).

نستخلص من عرض مشكلة العناد على أنها تفكير غير منطقي كحل لكسب مطالب شخصية تخدم الذات أو وسيلة تواصل مع الغير بسبب الإهمال الذي يعاني منه يمكن علاجه من خلال التوجيه وتصحيح سلوكه ومساعدته على التكيف مع بيئته.

10- النماذج النظرية المفسرة للمشكلات السلوكية لدى الأطفال :

10-1- الاتجاه التحليلي:

مع نهاية القرن العشرين، صاغ سيجمون فرويد نظرية التحليل النفسي التي أثرت على علم النفس بشكل عام وكبير ما جعلها تشمل عدة ميادين منها العلوم الاجتماعية والثقافية.

تهتم هذه النظرية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك بها، يختلف الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا من حيث الدرجة لا من حيث النوع وينظر للاضطراب على أنه صفات عادية مبالغ فيها، ثم إن مثل هذه المشكلات يمكن أن تكون مسببة عن الم أو عن صدمة أو حدث خلال المرحلة النمائية أو ينتج عن علاقة سيئة أو

غير مناسبة مع الوالدين التي يمكن أن تكون قد تركت الفرد دون إشباع لحاجته أو يمكن أن يكون الاضطراب ناتجا عن عوامل تكوينية.

يظهر السلوك المضطرب نتيجة عدم التوازن بين نزاعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط لديه وعندما يكون الضبط غير مناسب فإن سلوك الطفل يصبح عدوانيا ومشتتا وغير متنبأ به وعندما يكون الضبط صارما جدا فإن الطفل سيكشف سلوكه عن الاستمرارية ولن يقوم بالسلوك إذ يكون غير قادر عن التعبير عن نفسه (**خديجة فريحي، 2017، ص24**)، إذ في هذه النظرية ومن خلال الإيحاء في العلاج والتداعي الحر الذي استخدمهما فرويد يكمن في جوهر نظرية التحليل النفسي التي أسست بناء على ثلاثة مسلمات للطبيعة الإنسانية وهي:

- **أولها:** الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد من أهم سنوات حياته وأشدّها تأثيرا في سلوكه خلال سنوات عمرية التالية في حالتها السواء أو عدمه.
- **ثانيا:** الدفاعات الغريزية الجنسية بأنه تعني حاجة كل فرد إلى إشباع مطالبه الجسدية
- **ثالثا:** إن الجانب الأكبر من سلوك الفرد يحكمه محددات لا شعورية وكان قدما الاعتقاد لدى فرويد بأن السلوك الحالي للفرد إنما يتحدد بمجموعتين من العوامل التي تحدد العلاقة بين المكونات الداخلية النفسية إذ تعتمد نظرية التحليل النفس على بعدين هما:

- مكونات الجهاز النفسي: مكونات الشخصية.

- مستويات الحياة النفسية "مستوى الوعي (**أشرف إبراهيم محمد الجبالي، 2009،**

ص 65-66).

أولا: مكونات الجهاز النفسي:

1-الهو: **The Id**: كل ما هو موروث أو غريزي، وهو خزان الطاقة النفسية يولد مع الإنسان ويلزمه طيلة حياته وهو لا يهتم إلا باللذة لذلك همه الأول والأخير البحث عنها "اللذة" وأفضل مثال عن الهو أنانية الطفل التي تهتم إلى إشباع نفسه من الطعام والرغبة التي يحققها عبر مصه لثدي أمه.

2-الأنا **The Ego** : يعني تحقيق أكبر قدر من الإشباع فمن ما تسمح به الظروف والواقع لأن الأنا كالفرس الجامحة، إذ لم يكبح حجمها فإنها تدمر نفسها، من هنا يلتزم الأنا بالواقع ويفرغ ما في جعبته من توتر مؤقت حتى تتسوخ له الفرصة من تفريغ شحنته من التوتر الشديد لذلك فالأنا امتداد للهو وغير مستقل عنه أبدا.

3-الأنا العليا **The super ego**: يكون موجودا داخل الفرد أي أن مصدره داخلي وليس خارجي لذلك يعتبر بمثابة مزرعة القيم والتقاليد والقوانين التي تحكم الفرد التي إذ ما نمت يصبح صاحبها شخصية ناضجة (توما جورج خوري، 1996، ص 39-40).

ثانيا- مستويات الحياة النفسية

1-الشعور **consciensness** ذلك الجانب من الحياة العقلية للفرد ويكون على وعي تام بها، وحالة الشعور التي تمكن الفرد من أن يعرف أين هو وما يدور حوله وحينما يحدث شيء مل فإنه يكون على وعي بع ويمكنه أو يوجه انتباهه إليه عن قصد وحواسنا تنقل لنا المعلومات والخبرات عن العالم الخارجي وتحدث انطباعاتها في أنفسنا وتستجيب لها حسب الموقف الذي توجه إليه.

2-ما قبل الشعور **preconscious ness** : يقع في منطقة بين الحالة العقلية الشعورية والحالة العقلية اللاشعورية، وهي منطقة وهمية تتجمع فيها الذكريات التي اكتسبناها في الماضي والتي تتلمس طريقها إلى الشعور ولكنها لا تتمكن بعد إلى العبور على مسرح الشعور مثل: طالب في قاعة امتحان يحاول أن يصل إلى بعض المعلومات

التي يتعذر عليه تماما الوصول إليها، وما أن يخرج من قاعة الامتحان وهو سائر في طريقه إلى منزله سرعان ما تقفز هذه المعلومات ثانية إلى ذهنه، إذ يقال عنها أنها كانت طافية في ما قبل الشعور ولكنها لم تدخل بعد مسرح الشعور.

3- اللاشعور: unconsciensness : تتكون من القوى والدوافع التي لا تتسجم مع

الشخصية الشعورية والتي كبتت في أعماق النفس مادة الشعور قد مرت من قبل الشعور، ولما كانت غير منسجمة مع الشخصية الشعورية، فإنها تكبت كل ما يحدث للإنسان في الماضي، يخزن في العقل سواء أراد أو لم يرد وقد تفرض الكثير من الرقابة على مادة اللاشعور ولا يسمح لها بالعبور إلى مسرح الشعور، وطالما تكون الرقابة قوية فإنها لا تفلت لتدخل مسرح الشعور وعندما ينام الضمير تغلق بعض هذه الخبرات وتمر إلى الشعور وتظهر في صورة الأحلام (نبيلة عباس الشوريحي، 2002-2003، ص52).

10-2- الاتجاه السلوكي:

اكتشف هذا الاتجاه من طرف "إيفان بيتروفيتش بافلوف" "Pavlov" الفسيولوجي الروسي للشرطية الكلاسيكية، وكان هذا الاكتشاف بداية لعدد كبير من التجارب انتهت بتأسيس الاتجاه السلوكي ويتمثل هذا الاتجاه المنافس الوحيد للاتجاه التحليلي، والعالم الذي يرجع إليه الفضل أيضا في بلورة هذا الاتجاه هو جون وانسطن يطلق على النظرية السلوكية اسم المثير والاستجابة وتعرف كذلك باسم نظرية التعلم، والاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية وهو السلوك كيف يتم، وكيف وهذا في نفس الوقت اهتمام رئيسي في عملية الإرشاد التي تتضمن عملية تعلم ومحور تعلم وإعادة تعلم، والتعلم هو محور نظريات العلم التي تدور حولها النظرية السلوكية.

ترى هذه النظرية أن المشكلات السلوكية من وجهة نظر المدرسة السلوكية على أن المشكلات السلوكية هو سلوك متعلم يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها حيث يعتبر هذا

الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشتمل عليه من مثيرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية والنفسية والبيولوجية وغيرها وتتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزء من كيانه النفس والفرد عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطه الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمذجة وتشكيل وتسلسل السلوكيات غير مناسبة كما يرى هذا الاتجاه بأن المحور والعزل والانطفاء أو النمذجة الإيجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك (أشرف إبراهيم محمد الجبالي، 2009، ص 53-54).

توصل علماء الاتجاه السلوكي إلى تفسير مفاده أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقبل من درجة توتره ومن شدة الدافعية لديه وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية لكل تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي كما يروي أصحاب الاتجاه السلوكي أن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة الظروف البيئية، وليست للعمليات النفسية الداخلية كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك فهو يهتم بالأعراض السلوكية ولا يهتم بما فيه اللاشعور أو في الأعماق الإنسانية من عقد وغيرها، كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك يعتبر هذا الاتجاه السلوك بأنه ظاهرة متعلمة تكتسب وفقا لقوانين محددة "قوانين التعلم والاشتراط".

وتحدد الوراثة أبعاد السلوك بأنه السلوك الإنساني ولكن البيئة تترك آثارها الإيجابية أو السلبية على الخصائص السلوكية عند الفرد، وبما أن السلوك من وجهة نظر هذا الاتجاه هو سلوك متعلم سواء كان سلوكا شادا أو سويا. إلا أن عملية التعلم هذه تتحدى في ضوء خبرات الفرد وظروفه الحالية والسلوك محكوم بنتائجه، بمعنى أنه يزداد إذ كانت له نتائج إيجابية على الفرد وعلى الآخرين، ويضعف إذا كانت نتائجه سلبية على الفرد وعلى الآخرين من حوله.

وفي الإطار نفسه وتأكيدا على دور الوراثة في سلوك المتعلم يرى "بايل وبناسين 1999" يعتقدون أن السلوكيون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع

البيئة ويرث تركيبا بيولوجيا يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك كما يعتقدون بأن بعض السلوكيات كالقيادة والصدقة.. إلخ لا تورث بل تنتج عن التفاعل ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلا من ما هو، ومن الضروري فهم الطفل بدلا من إطلاق التسميات (ياسر يوسف إسماعيل، 2009، ص39).

10-3-الاتجاه البيوفيسيولوجي:

يعتبر فيتاغورت أول من اعتبر أن الدماغ عضوا مركزيا بالفعالية الذهنية وأرجع المرض النفسي إلى مرض الدماغ، يليه في ذلك "هيبوقراط" الذي صنف اضطراب النفسية كالهوس والسوداء والاكتئاب والهذيان ورسم الصورة السريرية لكل مرض منها معتمدا على الملاحظة السريرية اليومية، سار الأطباء اليونانيون والرومانيون في الإسكندرية على الخطى العلمية لهيبوقراط أمثال أسكليبير يارس الذي يعتبر أول من لاحظ الفرق بين المرض الحاد والمزمن وميز الوهم من الهلوسة وألمح أيضا ويس في نهاية القرن الميلادي الأول إلى فكرة اعتبار الاضطرابات العقلية امتدادا للظواهر النفسية العادية، ولا يساهم "غالدن 130-2000م" في علاج المرضى أو رسم صورته السريرية غير أنه تبنى منها علميا لتشريح الجهاز العصبي وأرجع المرض النفسي إلى أسباب عضوية كالجروح والتسمم الكحولي ونفسية كالخوف والصدمات والأزمات الاقتصادية (أشرف إبراهيم الجبالي محمد، 2009، ص56).

هناك أدلة مستمدة من عدة مصادر على وجود خلل في وضعية المخ يتعلق بإصابة بؤرة معينة منه تؤدي إلى السلوك العنيف، وقد وجد أن الأفراد الذين بين الرسم الكهربائي لمخهم أوجه شذوذ في المنطقة الصدغية تكون فيهم نسبة أكبر من أوجه الشذوذ السلوكية مثل: الافتقار إلى التحكم في النزوات العدوانية، الذهان مقارنة مع الأفراد الذين يكون رسم موجات المخ عندهم طبيعيا ويعتقد أصحاب هذه النظرية بأن العدوان أساسه بيولوجي وقد يحدث نتيجة خلل فيسيولوجي في النظام العصبي حيث يؤدي هذا الخلل إلى اضطرابات

وظيفية في الشحنات الكهروعضوية عند الإنسان (بريفان عبد الله محمد سعيد المفتي، 2002 ص 135).

يذكر أسعد 1994 : أن إيميل كريملان قد لعب دورا حساسا في تأكيده فكرة الأسباب العضوية للأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام 1963 والذي فيه أهمية مرض الدماغ في توليد المرضى النفسي، وكذلك فقد وضع تطبيقا للاضطرابات النفسية التي اتخذته التطبيقات الحديثة أساسا لها.

ويشير كريك 1981 إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هنالك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي للفرد تقود إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الاجتماعية الموجودة في المجتمع وفي السنوات الأخيرة بدأ أن العوامل البيولوجية تأخذ مكانا كعوامل مسببة للاضطرابات السلوكية أما العزة 2002 فيشير إلى أن هذا الاتجاه البيوفيزيولوجي يرى أن الاضطراب السلوكي هو نتاج ومحصلة لخلل في وصائف أعضاء جسد الإنسان الأمر الذي ينتج عنه (اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجا لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها في الجسم الإنساني، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة البتروكسين في الدم، وهذا الأمر مرتبط بعلم البيولوجيا الذي يرى أن الوراثة دور واضح في ظهور الاضطراب السلوكي، كما أن لعمليات النمو والأيض "التمثيل الغذائي" دور في تك الحساسية للأدوية والأصباغ ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوان المنوي والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل للأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري وعدم وجود بيئة رحيمة مناسبة لديها وتعرضها لمرض السكري ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده والتسمم الولادي ونقص الأكسجين أثناء عملية الولادة وتناولها للحبوب والمخدر والتدخين وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسرة وتعرضها للأشعة، وعدم مراجعتها الطبيب والقيان بالفحوص اللازمة للإطمئنان على سلامة مولودها، كلها أسباب قد تكون مسؤولة بمستويات معينة عن

وجود إعاقة لدى هذا المولود، وتعرضه للاضطرابات السلوكية والانفعالية كما أن حرمان الطفل عاطفياً ومادياً يمكن اعتباره أحد الأسباب المؤدية إلى الاضطرابات بالإضافة إلى عوامل سوء التغذية لدى الأم واختلاف دمه عن دم الأم (علاء جمال الربيعي، 2011، ص 34-35-36).

10-4-الاتجاه البيئي:

يقول أصحاب هذه النظرية أن حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع بيئته التي ينمو بها فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب السلوكي لدى الطفل.

يعرف "خوري 1996: «البيئة بأنها جميع المثيرات الاقتصادية، الجغرافية الفكرية، السياسية... إلخ التي تؤثر في الفرد منذ بدئ حياته وحتى مماته، فالنظريات النفسية المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكياً مبنية على أساس الفلسفة النظرية الفردية للإنسان والطبيعة والعالم، هذا ويرى شريك 1978 أن الطفل المضطرب سلوكياً يحتاج لنمط معين من البيئات بحيث يتجه ويميل لممارسة حياته العامة بشكل طبيعي إن الاتجاه البيئي يميل لربط الفرد في البيئة بمفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن البيئة وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع ولا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكنتيجة إذا كان هناك اضطراباً لدى المجتمع فإن هذا الفرد سيتأثر بالبيئة والنظام البيئي يقدم لنا نموذجاً يقول "لقد سألت لي وأنا أسألك».

هذا ويعرف "هارنج وفيليب" Haring et Philips المضطرب سلوكياً بأنه الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الآخرين مثل الرفاق أو الآباء أو المدرسين، إذ شدد عدد كبير من علماء النفس التربوية على أهمية البيئة في حياة الفرد وحدود والعوامل التي تؤثر فيه وهي كالتالي:

• العوامل الجغرافية:

تلعب دورا هاما في تشكيل السلوك فأبناء الجبال غير أبناء السهوب، غير أبناء الشواطئ، كما أن النضج والنمو ليس واحدا عند جميع الأطفال فنمو الطفل في المناطق الحارة غيره في المناطق الباردة والمعتدلة، هذا ما يؤكد عليه "راجع 1996" أنه إذا كان الطفل يعيش في أرض تحميه خوف الجماعة من الأخطار الخارجية كقمم الجبال، فإن مثل هذا الفرد سينشأ متغيرا وآخر يعيش في أرض قاحلة تجبر أهلها على الحد والعمل المتواصل.

• العوامل الأسرية:

تعتبر الأسرة المدرسة الأولى للطفل وسلوكه، بل هي أكثر العوامل تأثيرا على الطفل كونها تلازمه لفترة طويلة من حياته وتؤثر في شخصيته، فالإنسان عندما ينشأ ويتربص في جو أسري فهو يستمد منها اللغة والعادات والقيم (جبل، 2000، ص52).

إن الأسرة هي العامل الأول والأساسي في صنع سلوك الطفل بصيغته الاجتماعية لأن سنوات الطفل الأولى تتولاها الأسرة بالرعاية والعناية، تؤثر تأثيرا بالغا في التوافق النفسي أو عدم التوافق النفسي، وكل ما يكتسبه الطفل في هذه الأسرة من خبرات مؤلمة والناجمة عن أساليب خاطئة في التنشئة تبقى معه هذه الخبرات حتى يكبر وتؤدي به إلى اضطرابات في الشخصية، مما يكون في عرضه الأمراض النفسية التي تبعده من حالة الأسوياء.

أما "يحي 2000" اعتبر أن سلوك الطفل يعكس الاتجاهات والآراء والمعايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم من خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشاكل الوالدين والحرمان والضغوطات من أجل الحصول على سلوكيات ناضجة جدا... وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة كلها بالتأكيد ستساهم في المشكلات السلوكية، إذ هذا ما سبق إليه "خوري 1996" أن في الأسرة يتعلم الطفل أكثر من عقائده ومخاوفه وأفكاره التي تدل على التسامح والغضب، كما هي المكان الذي يتأثر به من جوها فيتأثر بها وتؤثر في مركزه الاقتصادي والاجتماعي، هذا وقد أكدت الدراسات والبحوث أن الأسرة التي تغرس في نفوس

أطفالنا اتجاهات الحب والتقدير والاحترام والثقة في النفس وفي الآخرين هي الأسر التي تبني أشخاصا أسوياء، وذلك على عكس من الأسر التي تغرس في نفس أطفالها اتجاهات سلبية كالكرهية والحقد والخوف وعدم الثقة في النفس وفي الآخرين، فهي تبني الشخصيات المنحرفة الجامحة والمضطربين اجتماعيا وسلوكيا والعصابيين والذهانيين.

• العوامل المدرسية:

المدرسة هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل والتربية وتعديل السلوك غير السوي الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسته وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علما وثقافة وتنمو شخصيته في كافة جوانبها، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ، ومن هذه الأساليب دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتقوم بتوجيه الأنشطة التربوية المختلفة بحيث تعمل هذه الأنشطة على تشكيل وتعليم الأساليب السلوكية المرغوبة والعمل أيضا على فهم الطفل انفعاليا في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة، واستبدالها بنماذج صالحة من السلوك السوي وأيضا تعد المدرسة عاملا أساسيا في بناء سلوكيات خاطئة ومشكلات سلوكية كبيرة، إذ لم يتم التعامل مع الطفل بالأسلوب المناسب والجيد فيمكن أن ينطوي الطفل على نفسه أو يثير مشكلات النشاط الزائد والسلوك السيء (ياسر يوسف إسماعيل، 2009، ص 42-43-44).

10-5- اتجاه نظرية الذات لكارل روجرس:

يقول كارل روجرس أن أي إحباط يعوق بعد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ونقص احترام الذات وأكثر ما يؤدي إلى الاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يؤخذ أشكال مختلفة ولكنه يكون موجها إلى بناء الذات ومفهومها إذ بحث التهديد تبعا لإدراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها الفرد والذي يوجه عملية الانتقادات للخبرات فإذا كان ونظام القيم الذي لدينا مأخوذ على الآخرين وليس تابعا عن الأصالة فأننا نستمر في الضياع أو أننا لا نكون

أصحاب ذواتنا ثم ينشأ الاضطراب النفسي من وجود شروط الأهمية تقف حائطا بين الفرد وإشباع حاجاته لاعتبار الإيجابي من جانب الآخرين مما يضطر إلى ابتكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع وبذلك لاتصاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق، فقد عبر روجرس عن الذات الظاهرية كما يلي: "إن الشخص العادي لا يستجيب للبيئة الموضوعية، وإنما يستجيب لكيفية إدراكه لها بصرف النصر عما تكون عليه تلك الإدراكات من تحريفات ذاتية (علاء جمال الربيعي، 2011، ص 29).

نستخلص من خلال استعراض الفرضيات المفسرة للمشكلات السلوكية أن هذه الاضطرابات متنوعة ومتعددة، فلا يمكن تجاهل نظرية على أخرى فالعوامل النفسية الداخلية والعوامل والنفسية البيولوجية الغريزية والتعلم غير الملائم في مرحلة النمو الأولى من الطفولة بالإضافة إلى العادات والسلوكيات الخاطئة والشاذة المتعلمة من المحيط الاجتماعي تلعب دور في تشكل سلوك مضطرب، بالإضافة إل العوامل البيوفيزيولوجية المتمثلة في الوراثة والخلل في إحدى وظائف الأعضاء أو خلل في إفراز الهرمونات والغدد دون أن نغفل عن العوامل البيئية المتعلقة بعملية الاتصال والتواصل المنغمسة بين الأسرة، المدرسة والجغرافية ثم الذات التي نحاول إبراز نفسها كشخصية في المجتمع.

11-أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية:

لا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية للاضطرابات النفسية والسلوكية في بداية طريقها. والتفاعلات التي تحدث للأطفال والصغار مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة لكونهم أشخاص متميزون لدرجة لا نستطيع تحديد سبب واحد، مع ذلك يمكن تحديد أربعة مجالات يمن أن تسبب الاضطرابات النفسية والسلوكية وهي:

1-المجال الحسي والبيولوجي:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية وكذلك البيوكيميائية، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات، أما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة والشديدة جدا فإن هناك أسبابا وعوامل بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم، ويقول البعض أن تلك السلوكات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكات وخصوصا لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات، بالإضافة غل ما تقدمه هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالاضطرابات النفسية السلوكية.

11-2-مجال العائلة والأسرة:

يرجع أخصائية الصحة النفسية أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي لمبكر للطفل، فقد أشار "بيتلهم 1967" أن معظم الاضطرابات السلوكية والنفسية ترجع أصلا إل التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال وقد تحدث اضطرابات سلوكية ونفسية عند أية أسرة ولا يعني بالضرورة أن الأسرة قد تسبب في حدوث الاضطراب وبالرغم من ذلك فإن العلاقات والتفاعلات غير صحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، كما أنها قد تزيد من حدة المشكلة الموجودة، ومن الأمثلة على التفاعلات غير الصحية: ضرب الأطفال وإلحاق الأذى بهم، وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الإيجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية.

11-3- مجال المدرسة:

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

11-4- مجال المجتمع:

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات النفسية السلوكية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية والعلاقات المفككة والشعور بفقدان الأصل وحي العنيف...

توجد حالات من الأطفال عاشوا في صغرهم ظروف صعبة، وعندما كبروا أصبحوا بالغين أصحاء مما يؤكد أن الظروف الصعبة لا تقود دائما إلى اضطرابات نفسية وسلوكية، بينما يصبح الأطفال الآخرون حساسين جدا لمشاكل الحياة وتظهر عليهم الاضطرابات، وتختلف من فرد لآخر (خولة أحمد يحي، 2000، ص31).

يقول الزهران 2005: لأسلوب التربية الخاطئ كما في نقص وخطئ التربية الجنسية وأخطاء التدريب على النظافة وغيرها، التفرقة في المعاملة بين الإخوة وتفضيل جنس على آخر والسلطة الوالدية الزائدة، تدخل الزائد عن الحد في شؤون الفرد، والبيئة المدرسية

المضطربة مثل إهمال المدرسين وتحكمهم وسوء المعاملة والعقاب، والاضطراب مع الزملاء والامتحانات الصعبة المحبطة (علاء جمال الربيعي، 2011، ص15).

نستخلص من الأسباب المؤدية للاضطرابات النفسية والسلوكية أنه بالرغم من عدم التوصل إلى أسباب رئيسية لكل مشكلة سواء كانت نفسية أو سلوكية فأغلب المسببات المطروحة تكون متعلقة فيما بينها وتتعامل مع كل المجالات انطلاقاً من تنشئة الطفل في أحشاء أمه إلى غاية اتصاله بالعالم الخارجي أو المجتمع، فهناك تأثير العوامل الجينية، العصبية والبيولوجية على التفاعلات الخاطئة للطفل وتنشئة سلوكه كما تحمل في طياتها عيوب بيولوجية خطيرة تؤثر على التطور النمائي للطفل ما يسبب له حساسية بينه وأسرته ومدرسته وبيئته الاجتماعية ما يعزز لديه استجابات عدوانية تعبيراً عن نقائصه وهذا للصراعات والثغرات التي يعاني منها والتي تعتبر تفاعلات غير صحيحة.

12-أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكياً ونفسياً:

تعددت الأساليب المستخدمة في التعامل مع الأفراد اللذين يعانون من المشكلات النفسية والسلوكية، وفقاً للاتجاهات النظرية المتعددة في تفسير وفهم أسباب السلوك المشكل وذلك لتعدد المعايير التي تحدد السلوك السوي واللاسوي. فأغلب الدراسات اجتمعت على أن أفضل الأساليب التي يمكن إتباعها هي:

12-1- الأسلوب السلوكي:

يعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه واللاسوي يمكن تعديله ومحوه وإعادة تشكيله ومن الأسباب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التعزيز الإيجابي والسلبي تشكيل السلوك خفض الحاسية التدريجي، النمذجة، الإخفاء، التصحيح الزائد

12-2- الأسلوب السيكوذهني: القوى النفسية

ويستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها فرويد والتحليليون الجدد وبعده ومن الأساليب التي اعتمد عليها كذا الأسلوب التبصير، التداعي الحر، تحليل وتفسير الأحكام، الطرح والطرح المضاد.

12-3- الأسلوب النفس التربوي:

يعتمد هذا الأسلوب على لإجراءات التربية والنفسية في التعامل مع الاضطراب السلوكي ويركز على الأساليب التربوية والأسرية والمدرسية، وقد يشمل الإرشاد الأسري لذوي الاضطرابات السلوكية، ويشمل هذا الأسلوب على طرق تنشئة الأطفال وطرق تدريسهم ومناهجهم وتعليمهم بهدف تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية لهم، والتي يقوم بتقديمها المرشد النفسي أو اختصاصي التربية الخاصة أو الطبيب النفسي أو طبيب الصحة العامة ورجل قياس ومختص في الخدمة الاجتماعية.

12-4- العلاج المعرفي:

يقوم المعالج بالتعرف على الأفكار التي تتسبب في ظهور الاضطراب ومدى وعي الطفل بها والعمل على تقويم تلك الأفكار ومساعدته والتخلص من مشاعر الإحباط والنقص أو الصراع الناجمة عنها، ويستند إلى نضرتة عن ذاته وعالمه الخاص في تحديد سلوكه.

12-5- العلاج الديني:

جاء الإسلام لتقويم سلوك الطفل وتربيتهم بما يحصن نفوسهم من كل ما يمكن أن يشوبها نتيجة ضغوط الحياة وابتلاءات الخالق للمخلوق فتستند جميع أساليب العلاج إلى مبدأ ترسيخ تعاليم الشريعة الإسلامية، فيكون الصبر على البلاء دافعا للتغلب على كل ما يمكن يعتري النفس من ألم وشعور بالنقص أو الحرمان والههم سواء بسبب الإعاقة أو كرد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم وتوثيق نظام الحقوق والواجبات الأفراد في المجتمع (علاء جمال الربيعي 2011، ص 89).

نستخلص من خلال أساليب التدخل التربوي والعلاج أنها تعمل على تحقيق هدف واحد وهو المحافظة على السلوك السوي من خلال التنشئة السليمة وتعديل اللاسوي من خلال إجراءات تربوية ونفسية منسقة وفق نظريات علمية عملية تخدم الصحة النفسية بمختلف الأساليب المتاحة، يتعرف من خلالها المرشد أو المختص النفسي على الأفكار والدوافع التي تسبب الاضطراب ويحدد نوع السلوك التي غالبا ما تكون بسبب حرمان، نقص أو إعاقة فتقدم الخدمات الإرشادية والعلاجية للتوصل إلى سلوك إنساني محض بإتباع طرق ومناهج تدريس تربوية ذات مرجعية علمية.

13-العلاجات الطبية النفسية والسلوك:

13-1-العلاجات الحيوية (الجسمية):

الإيقاع قانون أساسي من قوانين الحياة على الإنسان فإن الساعة البيولوجية تنظم النشاط الفيزيولوجي والسلوكي والاجتماعي تمام كمل لدى العضويات الدنيا مثل الكائن الحيواني النباتي والإنسان، بغض النظر عن إيقاع النوم واليقظة المرتبطة ظاهريا بدورة الظلمة والنور، فإن كلا من حرارة الجسم وضغط الدم والإفراز الهرموني والإيض والإدراك الحسي وغيرها من وظائف أبداننا خاضعة لهذه الساعة الحيوية التي تستمر في أداء دورها حتى في غياب تعاقب الليل والنهار.

فقد عرف حمودات 2004 الإيقاع الحيوي مقدر التغيرات الحاصلة في الجسم نتيجة لتأثير المحيط الخارجي في الضوء والظلم والخصائص الجغرافية من ضغط جوي ودرجات حرارة ورطوبة وارتفاع وانخفاض فوق مستوى سطح البحر، وتأثيرات داخلية، كاختلاف في عمل هرمونات الجسم والاختلاف في عمل بعض مصادر الطاقة وانعكاس ذلك على القدرات العامة للفرد.

أما السعيدى 2007 الإيقاع الحيوي النفسي الذي يختلف عن الإيقاع الحيوي البدني بزيادة خمسة أيام ويسمى بالإيقاع الأنثوي ويستغرق ثمانية وعشرون يوم ويقسم إلى مرحلتين كل منهما تستغرق أربعة وعشرون يوما.

جدول رقم (1): يمثل الإيقاعات الحيوية لدى الإنسان

الدورة	مدة الدورة	علاقتها بالمتغيرات
البدنية	23 يوم	القوة البدنية، التوافق الحركي، مقاومة المرض والألم
النفسية	28 يوم	الابتكار، الاستقرار العقلي، المزاج العاطفي، الحساسية العامة
العقلية	33 يوم	القابلية على التعلم، التفكير التحليلي، الاستدعاء السريع للذاكرة واتخاذ القرار
الحسية	38 يوم	غزيرة الإدراك بغير الوعي

يعتقد العلماء انطلاقاً من دراسات أن أمراضاً واضطرابات جسدية ونفسية واجتماعية خاضعة لهذه الإيقاعات سواء كانت يومية أو حولية إذ ترتبط بعض الأمراض بها إلى اضطرابات الأيض، البدانة، اضطرابات القلب والأوعية، والجلطات الدماغية، اضطرابات الجهاز المناعي، تراجع الخصوبة، السرطان.

يشير Kennaway كينواي 2010 إلى أن تلف إنزيم الكازيين غيتار الذي ينظم الساعة البيولوجية وجيناتها مضطرب باضطراب النوم وأمراض الاكتئاب لدى المرضى، وقد لاحظ الأطباء المعالجون أن منذ يزيد عن عقدين من الزمن أن تباع نمط معيشي متزامن مع الساعة البيولوجية اليومية تحسن المزاج.

يؤكد Selfridge وزملائه أن جعل الأطباء على غرار النفسانيين بأهمية الساعة البيولوجية تجعلكم غير متبصرين بآثار هذا التجاهل على:

- تقييم الأهمية السريرية لدور الإعاقات في نشوء المرض.
- تحسين فعالية العلاجات لتشمل فترات اليوم التي يكون فيها الدواء أكثر فعالية.

- أن تجاهل الأطباء في هذا المجال يؤدي إلى إخطاء في تفسير نتائج البحوث والتحليل الطبية ويقلل من فرص التشخيص والعلاج الصائبين للمريض.
- تقييم أهمية الصيدلة الإيقاعية في مال المرض.
- إذ تهدف البرامج التي تركز على الإيقاعات اليومية حسب Selfridge 2005 إلى تحسين كفاءة الأطباء والنفسانيين على:
- فهم محفزات أو منظمات الساعة البيولوجية.
- طبيعة الاضطراب الإيقاعي لدى المريض مثل اضطرابات النوم، وتغير تركيزات وإفرازات المواد المرتبطة بالمرض.
- كيف يؤثر اضطراب الإيقاع على فيزيولوجية المرض.
- كيف نضمن معطيات الإيقاعات اليومية في الوقاية والرعاية وخيارات العلاج (رمشان زعطوط، هوام شريفة، 2018، ص339).

13-2-العلاجات النفسية:

يعتبر علاج الغير متوافقين نفسيا بالأساليب السيكلوجية الوظيفة الثالثة الأساسية من وصائف السيكلوجي الإكلينيكي والعلاج النفسي، كما نعرفه هو النشاط المخطط الذي يقوم به السيكلوجي هادفا منه إلى تحقيق تغيير في الفرد يجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أو كليهما معا، وكما تتباين أساليب إدراك الطبيعة الأساسية للإنسان مثلما رأينا حين قمنا بدراسة نظريات الشخصية المختلفة ومناقشتها، فمن المنطقي كذلك أن تعكس محاولات إحداث تغيير في الفرد تصور المعالج الخاص لطبيعة الشخصية، أو تتحدد هذه المحاولات بهذا التصور وبعبارة أخرى هناك عدة طرائق في العلاج النفسي ترتبط كلها صراحة أو ضمنا بنظريات الشخصية، اعتمدت عدة مناهج في العلاج، من المحتمل أن تكون أولى صور العلاج النفسي التي مارسها السكولوجيون في توجيه الأطفال، فقد كان هؤلاء يقدمون على أساس من الفهم السليم النصيحة للآباء والمدرسين وغيرهم فيما يتعلق

بمعاملة الأطفال أو علاجهم، وكانوا في حالة الكبار يستخدمون ما يشبه الإيحاء المباشر إما آملا في إخفاء أعراض معينة، وإما للبرهنة للمريض على أنه قادر على القيام بأنواع أخرى من السلوك بتدريب قوة إرادته.

إن فرويد في تطويره لنظريته لم يفهم العقل إلى شعوري ولا شعوري فحسب، ولكنه اقترح أيضا وجود ثلاثة نظم مختلفة من الطاقة وهي الهو والأنا والأنا الأعلى.

فالهو يتكون من الطاقات الموجهة إلى الإشباع الأساسية للغرائز الجنسية وغرائز الموت والتي تتضمن رغبات الكراهية والعدوان، وكان فرويد يعتقد أن الغرائز الجنسية تسيطر على الإنسان إلى حد كبير، وإن كان تصوره لها يختلف عن التصور الشائع، ذلك أن فرويد يرى أن الإشباعات الجسمية بما فيها اللذة الناشئة عن استثارة الفم و الإست و هي جزء من الغرائز الجنسية، وكان فرويد يعتقد أن اللذة الناشئة عن تناول الطعام والإخراج، وكذلك ما نطلق عليه الجنس لدى الكبار، هي المحددات الأولية للسلوك، والاستجابة الطبيعية للكائن الحي إلى الإحباط في العدوان أو الكراهية وعادة لا يشعر الفرد بهذه الغرائز التي تكون الهو ولكنها مع ذلك توجه، أما الأنا فيشمل الغرائز المتعلقة بالمحافظة على الذات، فعن طريق الأنا يتعلم الفرد ما يتعلق ببيئته ويوجه سلوكه لكي يتفادى الألم والعقاب والعمليات العقلية الشعورية هي الأخرى جزء من وضعية الأنا.

يعتبر السيطرة على العدوان والتدريب في وقت مبكر على النظافة والإخراج والتبول والطمع المبكر عن ثدي الأم، وغير ذلك إحباطا وعقوبات فرضها المجتمع على إشباع لدوافع الهو ويقوم الوالدان بتعليمها لطفلها بطريقة مباشرة في العادة، ويتقبل الطفل وتعلمه لضوابط الضرورية لهذه المحرمات، ويشعوره بالخجل عندما يخالفها كالطفل الذي يبذل ثيابه بعد افتراض أنه قد تدرب على النظافة يكون بذلك أنه قد نمى الأنا الأعلى، وينشأ الأنا الأعلى من الأنا وهو يتكون من طاقات الفرد الموجهة لتجنب العقاب بسبب التجاوزات التعديت الأخلاقية والأنا الأعلى، مثل الأنا شعوري في جزء منه ولا شعوري في الجزء

الآخر والأنا الأعلى هو حصيلة إدماج الطفل لقيم والديه في ذاته بحيث يؤدي ذلك به إلى أن يشعر بالذنب إزاء التجاوزات الأخلاقية سواء اكتشفها الآخرون أم لم يكتشفونها، إذ يرى فرويد أن المظاهر الثلاثة للنفس الهو، الأنا، الأنا الأعلى تتحاب فيما بينها حربا مستمرة، فالهو يسعى وراء إشباعاته والأنا يحاول أن يكيف مطالب الهو مع عالم الواقع، والأنا الأعلى يحاول أن يسيطر على هذه الدوافع، إذا لم نحظ بالموافقة من المجتمع.

يطلق على إظهار المواد المكبوتة أو اللا شعورية التفرغ الانفعالي، ويؤدي كل من التفرغ الانفعالي والتفسير إلى الاستبصار، أي إدراك الفرد الشعوري لدوافعه والأسباب اللا شعورية وراء سلوكه وعندما يدرك الفرد دوافعه الحقيقية فإن المفروض أن يصبح قادرا على التعامل معها عن طريق الأنا، مخففا بذلك من الأمراض، ومؤديا بذلك إلى توافق أكثر ثباتا. انبثق من أساليب التحليل النفسي للعلاج عن طريق اللعب عدد من الأساليب التي تحتاج إلى فترات أقصر والتي أكدت تأكيدا كبيرا فكرة التفرغ الانفعالي، والتعبير عن المكبوتات اللاشعورية، ومن المفروض أن تظهر الفوائد العلاجية للطفل نتيجة لتعبيره عن نفسه...، إذن هذه الطريقة في العلاج إل استدمارات متعددة خاصة بالنواحي الخفية للشخصية (عطية محمود هنا، 1984، ص137-142).

13-3-العلاجات الاجتماعية:

يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن سلوك الفرد هو محور تكوين النفسي له، وبشكل عام يتألف من صنفين: يتكون الصنف الأول من قاعدة أساسية من السلوك الغريزي التي تتألف من مجموعة من الاستعدادات والأنماط السلوكية والحركية والأفعال الانعكاسية التي لمسها الطفل في تكوينه، فضلا العناصر الباثولوجية الأخرى كالغدد الصماء وهرموناتها، إذ أن لها علاقة واضحة في السلوك والعواطف والاستجابات عند الطفل، أما الصنف الثاني من السلوك الإنساني فهو مجموعة من الأشكال والأنماط السلوكية التي نمت وتكونت نتيجة لعمليات التعلم والتشجيع والتدعيم والقبول التي يلقاها هذا السلوك في البيئة الاجتماعية

والعائلية، ذلك أن الإنسان لا يتعلم الأساليب الحركية واللفظية فقط، بل يتعلم الاتجاهات العاطفية التي تشكل سلوكه مع الآخرين أي سلوكه الاجتماعي، ووفقا للنظرية السلوكية فالسلوك الاجتماعي يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمعطيات ومؤثرات البيئة المحيطة به ومحصلة لأساليب التربية والتعليم والرعاية التي يتلقاها الفرد في إطار المعتقدات والاعتبارات الاجتماعية السائدة (إيمان عبد الكريم نيب، 2013، ص10).

يؤكد عبد المنعم الحنفي 2005 أن العلاج الاجتماعي هو على محاور غايته تغيير أو تعديل بيئته المريض بشكل نهائي بحيث اذا شفي وعاد إلى بيئته من جديد فإنه يجد الظروف التي عجلت بمرضه قد زالت بقدر الإمكان، وأن الناس الذين كان يلزمهم في العمل أو يعيش معهم قد صاروا أكثر تفهما لمشاكله وخبراته أو رئيس عمله وزملائه بالعمل ويقول لهم أن المريض العقلي أو النفسي كمرض حسي وأن الشفاء منه يعني زوال كل الظروف التي تمنع المريض أن يمارس حياته بشكل طبيعي (وئام بوزياني، 2012-2013، ص37).

يعرف هولاندر وكازاوكا أن العلاج السلوكي الجماعي محاولة من قبل شخص أو أشخاص لتعديل سلوك فردين أو أكثر يجتمعون بوصفهم جماعة ومن خلال الاستخدام المنظم لإجراءات ثبت صدقها وفي إطار يسمح بجمع بيانات ملائمة لتقدير تأثير هذه الإجراءات على أعضاء الجماعة بوصفهم أفراد أو على الجماعة ككل، فالتدريب على توكيد الذات والتحكم في الضغوط والتدريب على المهارات يساهم في التخلص من الحساسية عند مرضى المخاوف أما التوجه الثاني لباترسون وزملائه تدريب الآباء على المهارات الوالدية في سياق اجتماعي، وأخيرا يمثل التوجه الثالث في محاولة لبييرمان تعديل ديناميات جماعة باستخدام تدخلات سلوكية.

إن العلاج السلوكي الجماعي هو استخدام الجماعة بوصفها مجرد سياق لتطبيق الأساليب الفردية أكثر من أن يكون وسيلة في حد ذاتها لإحداث تغيير جماعي وفي تقديرهما

أن الجماعة في حد ذاتها هامة لإحداث التغيير وأن العلاج السلوكي يستعين بأساليب عديدة لتوجيه التفاعلات بين فردين والمعايير المتضمنة والتماسك وعمليات إرجاع الأثر والتدعيم والمراحل الارتقائية إلخ، إذ أن ظواهر العملية الجماعية هي مؤثرات بيئية على السلوك الفردي وأنها يمكن أن تحدث تغييرا علاجيا في الأفراد، وأن العلاج الجماعي السلوكي هو منهج غير تفاعلي أكثر من يكون غير شخصي، من المحقق أن هناك جماعات علاجية سلوكية تنظم اليوم دون أن تأخذ بالاعتبار العملية الجماعية والتفاعلات بين الأفراد و هذه يغلب أن تكون جماعات تعليمية محددة البنان مسبقا، كما يغلب التجانس بين أفرادها في مشكلاتهم وفي أهدافهم العلاجية وهي أهداف محددة ونوعية ومنها التدريب على المهارات وعلى الضبط الذاتي ومن أمثلتها: جماعات تخفيف الوزن الزائد، التدريب على الوالدية مهارات الحياة اليومية، إلا أنه من المحقق أيضا أن ديناميات الجماعة تلعب دورا هاما فيها وعلى العكس منها جماعات العلاج السلوكي التي تؤكد على خصائص وعمليات الجماعة وقد يكون أفرادا غير متجانسين وأهدافها عامة ولكن محددة ومن النوع التفاعلي، إذ أن العلاجات الاجتماعية تعتمد على دراسة المتغيرات القابلة للملاحظة والظواهر القابلة للقياس وتطبيق في عملية التقدير في الجماعات السلوكية وفي أي جماعة يتوقع أن يظهر الناس السلوك الذي يتفق مع مواقعهم الاجتماعية ومن ذلك أدوار: القائد، العميل، النموذج) الرفيق، كبش الفداء، الطفل المدلل، إلخ وينتج الصراع الاجتماعي حين يحاول أعضاء الجماعة نبذ الأدوار المنسوبة إليهم من قبل الآخرين أو من خلال إدراكاتهم الذاتية، كما ينشأ الصراع حين يبالغ عضو في سلوك الدور كأن يسيطر القائد على مناقشات الجماعة أو يعوق تفاعل الأعضاء أو يتدخل فيما لم يتم التعاقد عليه، ومن واجبات المعالج أن يحول دون قيام أدوار اجتماعية لا وظيفة معوقة وأن يسمح بأكثر قدر من المرونة في الأدوار وأن يشجع النماذج الإيجابية وأن يحول دون قيام أدوار.

يغلب أن يكون العلاج السلوكي الجماعي توفيقيا تستعار فيه أساليب كثيرة من المدارس الأخرى وتشمل هذه الأساليب السكودراما، تمارين الوعي الجشطالتيّة تحليل الطرح، التأمل، التحليل الغير، تفاعل، إلخ، وذلك بعد ربطها بمشكلات بين شخصية ملحوظة ومحددة، ويتقدم العلاج السلوكي الشامل في مراحل غير شكلية تبدأ بالتعارف بين القائد والأعضاء وتقديم كل عضو لنفسه ومعرفته بأسماء الآخرين، ويقدم كل منهم تعريفا بخبراته قبل انضمامه للجماعة ويشترك في تمارين الاسترخاء ويتعلم الكشف عن الذات واحترام تراز حياة الآخرين واعتقاداتهم وأن يعطي وأن يقبل النقد البناء والثناء.... ويحدد قائد الجماعة خبرات معينة وخطو في السلوك ويؤكد على ضرورة أن يقوم العضو بشيء لغير نفسه وحياته وألا يتوقع أن يؤدي الفهم الفكري الأكبر أو الشعور الطيب إلى تغير أي دون جهد ويؤكد على قيمة التعاون وأن كل فرد يستطيع أن يقدم شيئا للجماعة في الوقت الذي يؤكد فيه على المحافظة على السرية، وعدم مناقشة استجابات خارج الجماعة يكون الفرد غير مستعد لمناقشتها داخلها، والنقد البناء الموجه إلى ما يفعله الشخص وليس إلى الشخص (لويس كامل مليكة، 1990، ص 148-151-162).

نستخلص من خلال العلاجات الطبية النفسية والسلوكية أن السلوك الإنساني منظم غريزيا، وذلك من خلال الإيقاع البيولوجي وهو خاضع لتنظيم هرموني يمس كل المجتمعات الإنسانية، وكل تجاهل للتنظيم يؤدي لعواقب نفسية وجسمية وعدم التوافق النفسي مع البيئة الإنسانية السوية، وهذا ما أكدته النظريات التي اهتمت بالشخصية لاسيما نظرية التحليل النفسي التي تنمي السلوك الغريزي وتكونه وتضبطه عن طريق الاستخدام المنظم للإجراءات ومنع تأثير الضغوط علي سيل منحى وتوجيهه وتكوين شخصية الفرد وذلك بطريقة صارمة ومباشرة من طرف الأسرة للتكيف مع المجتمع لكسب الذات، وتتمثل الفوائد العلاجية عندما يكون العلاج مواكبه لنواحي الخفية للشخصية.

خلاصة:

نستخلص من خلال عرضنا لفصل المشكلات النفسية السلوكية أن الطفل معرض لخطر الانحراف عن المعايير السوية للسلوك وذلك لا شعوريا، ما يجعل الطفل في حالة مرضية لا يستطيع الانسجام مع البيئة الاجتماعية المحيطة به، وهو عجز نتيجة عوائق نفسية فكرية غير محفزة للنشاط تتخذ أشكالا مرضية نفسية سلبية تفسر من خلال نظريات علمية متفق عليها ذات وجهات وأطر مختلفة تفسر هذه المشكلات يحلل على مستوى الجهاز النفسي، إذ تترجم هذه المشكلات النفسية مع مرور الوقت وعند غياب الرقابة سواء كانت ذاتية أو أسرية أو تربية أو اجتماعية لتصير مشكلة سلوكية يكون لها مرجعية لعوامل تتمثل في المجال الجسمي أو العائلي أو البيئي، تكون ظاهرة على شخصية الطفل، فهذه المشكلات النفسية السلوكية تعرقل عملية النمو والتكوين المعرفي والتكيف والتوافق ما يستدعي التدخل من خلال عملية التواصل والإرشاد النفسي والتوجيه وذلك بمراعاة أساليب علاجية وفهم ذات الطفل ومسار سلوكه وتطوره، فكلما نجح التخلص من المشكلة نجح البرنامج أو الأسلوب العلاجي.

الفصل الثالث:

المراهق المتمدرس مجهول النسب ومراكز الإيواء

تمهيد.

- 1-المراهقة والتعليم الثانوي.
- 2-مجهول النسب ومراحل التكيف النفسي.
- 3-تصنيف الطفولة المحرومة.
- 4-برامج حماية مجهول النسب.
- 5-تعريف مراكز الإيواء.
- 6-الخدمات التي تقدمها مراكز وجمعيات الرعاية.
- 7-نظام الرعاية داخل المؤسسات الإيوائية الجزائرية.
- 8-المعايير الدولية لتصميم برامج الأطفال المعرضين للخطر.
- 9-مزايا وعيوب المؤسسة الإيوائية.
- 10-آثار المراهق مجهول النسب على المجتمع.

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان، كما أنها تتطلب عناية خاصة، تبدأ من الأسرة وصولاً إلى المجتمع الذي يندمج فيه الطفل، إذ يجب توفير جو ملائم لنموه وان م يتوفر ذلك فقد يدخل في دوامة من المخاطر التي تعود بالسلب على حياته ككل، على المراهق المتمدرس المجهول النسب والذي سوف تطرق إليه في هذا الفصل من خلال عرض تعريف المراهقة،الطور الثانوي،مجهول النسب ،مراحل التكفل ، برامج حمايته...الخ.

1- المراقبة والتعليم الثانوي:**1-1- تعريف المراقبة:**

تعرف المراقبة وبحسب علم النفس المراقبة على أنها الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد وتمتد في العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشر إلى التاسعة عشر تقريباً (حامد عبد السلام زهران، 1977، ص 289).

وتعرف كذلك أنها المرحلة التي يحدث فيها الانتقال التدريجي نحو النضج البدني والنسبي والعقلي والنفسي (عبد الرحمان عيسوي، 1999، ص 100).

بالتالي تعرف أنها التدرج نحو النضج الجنسي والبدني والعقلي والانفعالي إذ هي محصلة التفاعل بين العوامل البيولوجية والثقافية والاقتصادية التي يتأثر بها المراهق (عبد الرحمان عيسوي، 1999، ص 101).

إضافة إلى أن المراقبة تعرف أنها فترة مرور وعبور وانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد والرجولة، وبالتالي فهي مرحلة الاهتمام بالذات والمرأة بالجسد على حد سواء ومرحلة اكتشاف الذات والغير والعالم (جميل حمداوي، 2001، ص 5).

نستخلص من خلال تعريف المراقبة أنها مرحلة أي تحدث تغيرات جد هامة للطفل على مستوى فكره وجسمه ونفسيته إذ تطرأ عليه تحولات في وجهة نظره للحياة إذ يدخل في دوامة من التساؤلات التي تساهم في إبراز شخصيته إذ استطاع تحمل ضغوطات هذه المرحلة الحساسة.

1-2- أقسام المراقبة:

فسرت المراقبة أنها بداية صعبة لحياة الفرد وذلك نظراً لتغيرات الفيزيولوجية، والتحولات البنوية، ما جعل المراقبة تقسم إلى ثلاثة أقسام، وذلك تسهيلاً لضبط هذه

التغيرات وفهم مختلف المظاهر السلوكية والنفسية وكيفية التوافق مع البيئة والمجتمع، وتتمثل هذه الأقسام:

1- **المراهقة المبكرة (من 12 إلى 14 سنة):** تمتد منذ بدأ النمو السريع الذي يصاحب

البلوغ حوالي سنة إلى سنتين بعد البلوغ عند استقرار التغيرات البيولوجية الجديدة عند

الفرد، وفي هذه المرحلة المبكرة يسعى المراهق إلى الاستقلال ويرغب في التخلص من

القيود والتسلطات التي تحيط به، ويستيقظ لديه إحساس بذاته وكذلك النمط الجنسي.

2- **المراهقة الوسطى (من 15 إلى 16 سنة):** تسمى كذلك بالمرحلة الثانوية وما يميز هذه

المرحلة سرعة النمو الجنسي نسبيا في المرحلة وتزداد التغيرات الجسمية والفيزيولوجية

واهتمام المراهق بمظهره وقوة جسمه وحب ذاته.

3- **المراهقة المتأخرة (18- إلى 21 سنة):** يطلق عليها مرحلة الشباب حيث أنها تعتبر

مرحلة اتخاذ القرارات التي تتخذ فيها اختيار مهنة المستقبل وكذلك اختيار الزوج

او العزب ويتجه نحو الشباب الانفعالي وتتلور بعض العواطف مثل الاعتناء بالمظهر

الخارجي والبحث عن المكانة الاجتماعية (قيس ناجي عبد الجبار، 1989، ص 40).

من خلال التقسيمات التي عرفناها نلاحظ أن كل مرحلة تتسم بخصائصها المكونة

لها والركائز التي تحفزها للتطلع وتكوين الشخصية من أجل بناء مستقبلها، إذ أنها تتلف بعدة

صعوبات لتحقيق مرادها وذلك لحساسية هذه المرحلة.

1-3- تعريف التعليم الثانوي:

في المدرسة التي تضم الطلاب ما بين 12 إلى 18 سنة تقريبا وتدرس فيها المواد

بصورة أكثر توسعا مما عليه في المدرسة الابتدائية (حامد عبد السلام زهران، 1995 ص

339).

وتعرف أيضا أنها مرحلة دراسية صيغتها خاصة بفئة معينة من سن التلاميذ تتميز

بخصائص من نموهم، تستدعي ألوانا من التوجيه والإعداد وتضم فروعاً مختلفة يلتحق بها

حامل شهادة التعليم المتوسط وفق الأنظمة التي تضعها الجهات المختصة والمعينة وهذه المرحلة تشارك غيرها من المراحل في تحقيق الأهداف العامة للتربية والتعليم بالإضافة إلى ما تحققه من أهدافها الخاصة (ابراهيم عباس نتو، 1981، ص 38).

نستخلص أن التعليم الثانوي مرحلة تخدم فئة من المجتمع جد حساسة وهي "المراهقة" عن طريق الإرشاد والتوجيه اللذان يساعدان في دافعية وتحفيز الطالب على تحقيق تطلعاته بالرغم الضغوطات التي تصاحبه في إطار النجاح وتثبيت شخصيته وتكوينها ونجاح المؤسسة التعليمية بدورها.

1-4- علاقة المراهق المتمدرس بالمرحلة الثانوية:

يدخل المراهق في مجموعة من الصراعات والأزمات، وذلك بسبب دراسته من جهة وتفكيره بمستقبله من جهة أخرى، فالامتحانات تسبب له ضغوطا تتماشى مع تحقيق آمال والديه في النجاح.

إذ نجد المراهق يدخل في صراعات نفسية كالقلق والصراعات مع الذات والسلوك العنيف بالتالي يتوجب عليه بذل جهد للانتقال من مرحلة إلى أخرى، وفي بعض الأحيان يتوجب عليه إعادة السنة أو تغيير المدرسة لتجنب الإحباط والتكيف مع البيئة التي تلائم نفسيته، إذ أن طبيعة العلاقة التي يكونها المراهق مع هذا الوسط لديه تأثيرا كبيرا في تحديد معالم مستقبله الاجتماعي والمهني، وهذا انعكس بشكل سلبي على بناء شخصيته وتكوينها، فالشخصية تتعرض اختبارات توافقية عديدة من مستوى إلى آخر ما يجعل التلميذ يتكيف مع موقف جديد بحكم أنه يتواجد في مستوياته تتطلب منه التوافق والتكيف (نعيم الرافي، 1978، ص 413).

نستخلص من خلال عرضنا لعلاقة المراهقة والمرحلة الثانوية صراع مع الذات والبيئة الدراسية التي تحكمها قوانين صارمة تساوي بين كل فرد داخل المحيط المدرسي، لتحقيق التوافق والحفاظ على صورة الطالب المراهق المتمدرس.

1-5- مبادئ التعليم الثانوي:

كون أن النظام التربوي احد الأنظمة المعروفة والموجودة في نظام كل دولة ومجتمع يقوم على مجموعة من المبادئ وهي كالتالي:

أ- مبدأ وحدة النظام: وحدة نظام تتمثل في استمرارية بعض الأهداف والروابط المشتركة بين أنواع التعليم كله (إبدايي، ثانوي، تعليم عالي) وذلك بالربط بمدخلات الطور الثانوي ومخرجاته، الذي أصلح مرسومه سنة 1971م بتالي عرفت كل الأطوار تطورا بعد 1980م إلا أن التعليم الثانوي عرف بعض التناقضات، ما أدى إلى بروز نظامين: تعليم علم وآخر تقني، إلا أن التوفيق كان لصالح التعليم العام.

ب- مبدأ التوافق: التوافق بين نظام التعليم الثانوي وبين الحاجات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن تطور التنمية، يبدو وغير واضح في وثائق وزارة التربية، بحيث لا يوجد أي مكتب مكلف بالتنسيق بين وزارة التربية، والمؤسسات الاقتصادية يوجه عن طريق الطلبة الذين أنهوا المرحلة الثانوية إلى ميدان العمل والإنتاج في هذه المؤسسات بالإضافة إلى عدم العناية بالتعليم التقني الذي يحضر لعالم الشغل نظرا لتكاليفه الباهظة ورجوع الأهداف المعرفية على الأهداف المسلكية، لكن هذا التناقض أدى بطبيعته إلى نقص مبدأ التوافق إلى عدم التوافق وذلك ما تسبب في عرقلة طموح التلميذ وميوله والعجز في التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

ج- مبدأ التناسق: التكامل والاقتصاد في التنظيم العام للنظام التربوي ب كله والتعليم الثانوي خصوصا وما يحتوي عليه من أنظمة فرعية ويتجلى ذلك من خلال التنسيق في تحديد الأهداف والمحتويات والمناهج المتبعة لكل نظام فرعي على حدى، كما يتجلى في اتباع خطة التقويم والتوجيه حسب مراحل التعليم وكيفية التدرج بينها، والتي تبدو في الأساليب المعتمدة التي تتضمن لكل بنية مردوديتها، حتى يكون التعليم وطنيا في أبعاده وديمقراطيا في مبادئه (وزارة التربية الوطنية).

نستخلص من خلال عرضنا لمبادئ التعليم الثانوي أنها مبادئ تخدم الشبكة المعرفية والطالب لكونها تساهم في توجيه أفكاره وإثراءها وخدمة المصلحة العامة لهذه المرحلة التعليمية من أجل الوصول لنتائج مرضية.

2- مجهول النسب ومراحل التكيف النفسي:

2-1- تعريف مجهول النسب:

هي تلك الفئة من الأطفال المحرومين من الأسرة لسبب ما، أي الوسيط الذي يشمل الوالدين والأخوة والتي تودع في مراكز خاصة للتكفل بهم من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والتربوية وغيرها وتتمثل في الأصناف الآتية :

- أ- المولود من أب وأم مجهولين ووجد في مكان ما أو حمل إلى مؤسسة ودعية.
- ب- المولود من أم وأب معلومين ومترك منهما ولا يمكن الرجوع إليهما أو أصولهما وهو مترد.
- ج- الذي لا أب ولا أم ولا أصل يمكن الرجوع إليه وليس لديه أية وسيلة لكسب العيش فهو يتيم فقير.
- د- الذي سقطت عليه سلطة الأبوين بموجب تدبير قضائي أو أوكل أمره للوصاية عليه ليدخل ضمن الإسعاف اليومي وبالتالي يصبح من الطفولة المسعفة (علي زاوي احمد، 2014، ص59).

• مجهول النسب من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان :

ينعم الطفل بنفس الحماية الاجتماعية سواء كانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أم بطريقة غير شرعية (شريف بوفارس، محمد العياشي، 2013، ص21).

- مجهول النسب في إعلان حقوق الطفل :
- للطفل المحروم بصفة مؤقتة أو دائمة من بيئته العائلية، الحق في الحماية ومساعدته خاصيتين توفرهما له الدولة (شريف بوفارس، محمد العياشي، 2013، ص21).
- مجهول النسب من المادة 246 من الامر 79/76 في الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية: الولد المولود من أب وأم مجهولين، ووجد في مكان ما أو حمل إلى مؤسسة ودعية (أشرف بوفارس، محمد العياشي، 2013، ص21).
- كما عرفت تسمية مجهول النسب على انه طفل محروم من العائلة ومن التنشئة في الوسط الأسري الأصلي من أبوين شرعيين، وكذلك الأطفال في خطر معنوي ومادي الذي يمكن أن يسمو أطفال الدولة وصنفوا على الطريقة الآتية: اللقطاء، أطفال تحت الرعاية وأطفال في وضعية مؤقتة، أطفال تحت المراقبة، وأطفال منقذين (شتوان جميلة، بوزيد مليكة، 2016، ص77).
- عرف العالم النفسي فرويد مجهولي النسب كالتالي : هم أطفال بلا مأوى ولا عائلة لهم تفكك في حياتهم الأسرية بسبب ظروف قاهرة، ومن ثمة انفصلوا عن أسرهم وحرموا من الاتصال الوجداني بهم والذي يكون سببه الرباط العائلي، وقد الحقوا بدور الحضانة أو معاهد الطفولة كملاجئ (شتوان جميلة، بوزيد مليكة، 2016، ص77).

نستخلص من خلال عرض تعريف مجهولي النسب أنها فئة من المجتمع تكون جد حساسة لعدم نشأتها داخل حيز عائلي عادي وطبيعي، أو عدم توازن ذلك الحيز ما يفرض على المجتمع ككل حمايته رغما عنه بصفة قانونية كونه لم يحترم الحاجة البيولوجية الأولى لهذه الفئة واستدعى الأمر تكفل مؤسسات الإيواء والرعاية لإنقاذهم من الهلاك.

2-2- مراحل التكيف النفسي لمجهول النسب :

يمر الطفل مجهول النسب بمجموعة من المراحل النفسية التي تساهم في نموه داخل مؤسسات الإيواء. وهي :

1. **مرحلة المقاومة** : حيث يقاوم الطفل النظام والبرامج والمعطيات التربوية وفي

هذه الحالة يجب تقدير مشاعره وتقبله والتعرف على حاجياته وإظهار الرغبة الأكيدة في مساعدته.

2. **مرحلة التقبل** : ويظهر فيها الطفل استعداده لتقبل التوجيه والمساعدة ويحتاج

الطفل إلى التأييد وتنمية المهارات اكتشاف إمكانياته حتى يستعيد ثقته بنفسه.

3. **مرحلة الإقبال** : حيث البناء الجديد للشخصية، وينمو الطفل ويقبل على التعليم

ويشارك في نشاط الجماعة ويعمل على إتقان تدريبه المهني حتى يستعيد مكانته في المجتمع مرة أخرى.

4. **مرحلة الانتماء** : نتيجة شعور الطفل بنجاح وإشباع حاجاته للتقدير فيزداد ولائه

نحو المؤسسة وتحل محل الأسرة وتبقى في هذه المرحلة إعداد الطفل للتكيف مع الحياة الاجتماعية الخارجية بتوفير الإشراف والتوجيه.

5. **مرحلة التخرج** : تعتبر بمثابة نظام نفسي عن نمط الحياة في المؤسسة وانفصال

تدريجي للطفل عن العلاقات الاجتماعية التي كونها في البيئة التي عاش فيها

فترة من حياته (**خديجة فريحي، 2017، ص43**).

نستخلص من خلال عرض مراحل التكيف النفسي لمجهول النسب أنه يتوجب عليه

الاستعداد للتوافق مع برامج تربوية خاصة بمؤسسات الإيواء والاندماج داخل محيطها مع

مراعاة مشاعره التي تخدم قوة شخصيته بالتالي نجاحه الذي يعكس صحته النفسية.

3- تصنيف الطفولة المحرومة :

لقد تم تصنيف الطفولة المسعفة إلى عدة تصنيفات أهمها ما يلي :

3-1- الطفل الغير شرعي :

هو طفل بلا هوية، بلا جذور وجاء نتيجة علاقة غير شرعية، تخلى الأب عن مسؤوليته وخافت الأم من العار والفضيحة، فلم يكن أمامها إلى أن تتخلى هي الأخرى عنه (إبراهيم سعد، 1986، ص310).

تعتبر فئة هؤلاء الأطفال "الغير شرعي" الفئة التي توجه من طرف المستشفيات إلى مصالح المعترف لتربيتهم والإشراف عليهم، وينتمي إليها كل الأطفال اللذين ليس لديهم علاقة تربطهم بعائلاتهم الطبيعية والبيولوجية.

3-2- الطفل الموجه من طرف قاضي الأحداث :

نظرا لمشاكل أسرية أو معاناة عائلية قد يوضع الأطفال بالمؤسسات وذلك بقرار من طرف قاضي الأحداث لمدة مؤقتة أو يتم إعادته إلى وسط عائلته، بمجرد تحسن الأمور وتبقى علاقتهم بذريبتهم عن طريق الزيارات، أو قد يبقى الأطفال بصورة نهائية في حالة التخلي الكامل، تسقط بذلك كفالتة من والديه ويبقى بقوة القانون.

3-3- الطفل الذي يودع من طرف والديه :

هي فئة تودع في مؤسسة مختصة من طرف الأولياء يودع هذا الطفل لفترة محددة وهذا نتيجة لمصاعب مادية مؤقتة لكن يبقى لمدة طويلة ومن ثمة يتم التخلي عن هذا الطفل أو قد يوضع بحجة عدم التفاهم بين الزوجين، أو إذا كان الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة (بوكروش مليكة، 2019، ص40).

3-4-الطفل اليتيم :

هو الطفل الذي فقد أبواه و لم يبلغ سن الرشد.

3-5-الطفل المتشرد :

التشرد قد يتطور إلى أن يأخذ صورة من صور التسول وهذا يعود إلى الظروف الاقتصادية الصعبة التي يوجد الطفل فيها، وهكذا يضطر إلى الهروب بسبب السيطرة المفروضة عليه من طرف الأولياء وكثرة المشاكل والخلافات العائلية، وقد يكون بسبب وفاة الوالدين وقسوة الآخرين. (بوكروش مليكة ، 2019 ،ص41)

نستخلص من خلال عرض أصناف الطفولة المحرومة على أن الطفولة انها فئة تحتاج إلى رعاية وتوجيه وحماية سواء بصفة إنسانية أو قانونية أو إلزاميا وجوبا من مختلف شرائح المجتمع مهما كان أصلهم أو منشأهم وذلك لحساسية ظروفهم سواء الشخصية أو النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية.

4-برامج حماية مجهول النسب :

فسر الاتحاد الأوروبي عام 2006 بحث توصل إلى تصنيف البرامج التي يكون لها أثر واعد والتي لم تكن فعالة في تربية وتوجيه الطفل وحمايته والتي تتمثل في الآتي :

4-1-التي لها أثر واعد :

- مبادرات السلامة المدرسية.
- أنشطة ما بعد المدرسة.
- المنع الظرفي للجريمة .
- التدخلات العلاجية "الشفائية" بما في ذلك العلاج متعدد النظم.
- العلاج الوظيفي للأسرة والتدريب على استبدال الأنماط العدائية.

- الإرشاد والتوجيه، العمل الشرطي الذي يستهدف الأطفال في درجة عالية من التعرض للخطر والمجالات التي عرف عنهم ارتكاب الجرائم في إطارها.
- العدالة الإصلاحية.

4-2- التي أثرت سلبيا :

- حظر التجول المفروض على الطفل.
- البرامج القائمة على بث الخوف، حيث يتم تنظيم جولات للأطفال والتفاعل مع التجارب السلبية بشكل عمدي بغرض ردعهم عن السلوك المخالف في المستقبل.
- المخيمات التدريبية.
- عزلهم وسجنهم (أبي ملود عبد الفتاح، 2017، ص336).

نستخلص من خلال عرض برنامج حماية الطفولة والمراهقة أنها برامج هادفة لحماية مصلحة الطفولة بشكل عام والطفولة مجهولة النسب بشكل خاص وذلك لحاجتها الماسة لإتباع برنامج كفيل ينظم حياتهم ويسيرها بشكل أفضل وتعويض بعض الأدوار التي لم تتوفر من أجلهم نظرا للنقائص التي تؤثر عليهم خلال حياتهم اليومية من خلال عدم فعالية هذه البرامج بنسب متفاوتة على هذه الفئة بشكل سلبى لما لها من قيود تقيد حرياتهم الشخصية بشكل تعسفى بداعي الخوف على مستقبلهم.

5-تعريف مراكز الأيواء :

- هي مؤسسة تربية بيداغوجية تستقبل الأطفال وذلك للاستفادة من تكفل نفسى تربوي وذلك لحمايتهم من مختلف الأخطار التي قد تهددهم وذلك من خلال الاهتمام بالجوانب التالية:

5-1- الجانب الصحي:

حيث يقوم الطاقم الطبي برعاية منتظمة للأطفال وتقديم الفحوصات والعلاج والأدوية اللازمة لكل حالة وضمان وجبات متوازنة وصحية وفق ما يتطلبه عمر الطفل وحالته الصحية.

5-2- الجانب التربوي :

يشرف على هذا الجانب فريق بيداغوجي يعمل على تلقين الطفل أسس التربية السليمة وذلك من خلال تقديم النصح والإرشاد والتوجيه في إطار أنشطة بيداغوجية تربية ترفيهية تركز على الجانب المعنوي للطفل ومنحه الحنان اللازم ليتقبل الوسط الذي يعيش فيه.

5-3- الجانب النفسي :

يعتبر هذا الجانب الركيزة الأساسية التي يقوم عليها الفريق البيداغوجي حيث يجري الطفل المقابلات العلاجية والتشخيصية ويطبق الاختبارات النفسية والعقلية للتعرف أكثر على شخصيته ومختلف الاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها ويقدم العلاج المناسب للطفل والإرشاد للفريق التربوي في كيفية التعامل مع المراهق مجهول النسب.

5-4- الجانب الاجتماعي :

يحاول المركز أو المؤسسة وقاية الأطفال من السلوكيات الخاطئة التي قد تصدر عنهم مثل الكذب، السرقة، وتهيئتهم للاندماج داخل المؤسسات مع التركيز على الاندماج الأسري (مزوز بركو، بوفولة خميس، 2019، ص08).

كما عرفت أنها عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تقوم باستقبال الأطفال المسعفين من الولادة إلى سن الثامنة عشر "18 سنة" واللذين يعانون إما ضحية التفكك الأسري بنوعيه الوفاة أو الطلاق أو أنهم ضحية الظروف الاقتصادية القاسية أو أنهم ضحية لخطايا ارتكبتها أناس عديمي الضمير "الأطفال

الغير شرعيين" وهذه الفئة الأخيرة أكثرهم استقبالا لفقدانهم الجو الأسري منذ ولادتهم ونجد أن وزارة الشؤون الاجتماعية تشير إلى أن هذه الفئة من الأطفال يشكلون ثلثي نزلاء دور الرعاية الاجتماعية، إذ تتكفل بتعليم الأطفال أساليب وأنماط السلوك السليم وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من التكيف مع البيئة (أعراب كملية سعداوي جميلة، 2012، ص46).

- تعرف المؤسسات أنها المكان الدائم الذي يلجأ إليه الإنسان وتطلق هذه الكلمة على المكان الذي يربى فيه الأطفال أو يودعون فيه نتيجة ظروف أسرية تحول بين هؤلاء الأطفال وأسرهم الحقيقية (عموري لبنى، فضلاوة وافية، 2017، ص15).

نستخلص من خلال تعريف مراكز الإيواء على أنها مؤسسة تخدم مصلحة الطفل الذي يكون في حاجة ماسة إلى المساعدة والرعاية والأمن، وذلك يكون بصفة قانونية خاضعة للدولة وسلطتها في اغلب الأحيان، تهتم بتربية الأطفال حديثي الولادة إلى غاية الثامنة عشر سنة توفر لهم الحاجات الأولية والضرورية لتنميتهم في أحسن صورة وفق برامج وقوانين داخلية خاصة تخدم اندماجهم وتطور شخصيتهم في الحياة الاجتماعية وقوتها.

6- الخدمات التي تقدمها مراكز وجمعيات الرعاية:

تتضمن الخدمات التي تقدمها المؤسسة الإيوائية لمجهولي النسب ما يلي :

6-1- الرعاية الاجتماعية والنفسية :

يتوفر أخصائيون ومشرفون اجتماعيون ونفسانيون مدربون على كيفية التعامل مع الأطفال المحرومين من آبائهم وتوفير جو من التآلف بينهم، لكي يعوضهم عما فقدوه من حنان الأب وإعدادهم للتكيف مع حياة الجماعة والتعاون والاعتماد على النفس ويتم ذلك عن طريق إجراء البحوث الاجتماعية للأطفال ودراسة الظروف الاجتماعية والنفسية لكل حالة ووضع الخطط العلاجية المناسبة بالاشتراك مع الطبيب النفسي.

6-2- الرعاية الصحية :

يتوفر لدى المراكز طبيب زائر وذلك لتوقيع الكشف الطبي على الأطفال وتحويل الحالات الحرجة إلى المستشفيات إذا لزم الأمر كذلك طبيب نفسي للوقوف على أي اضطرابات نفسية يعاني منها الأطفال نتيجة عدم تكيفهم مع البيئة الجديدة أو لأي أسباب أخرى.

6-3- الخدمات التعليمية :

تقوم المؤسسة بإلحاق أبناءها بالمراحل التعليمية المختلفة كل حسب سنه وقدراته أو فتح فصول لمحو الأمية لمن فاتهم سن التعليم (نسيية جلال، 2017، ص11). نستخلص من خلال عرض الخدمات التي تقدمها مؤسسة الإيواء أنها خدمات تعد من الحقوق الأولية للطفولة التي يجب أن تتوفر وذلك لكونها تخدم النمو الصحي والمعرفي السليم للطفل في جميع متطلبات نموه، وبالتالي تحرص على رعايته النفسية والسلوكية.

7- نظام الرعاية داخل المؤسسات الإيوائية الجزائرية :

يستلزم على المؤسسات الإيوائية أن يتوفر لديها نظام يهدف لحماية الأطفال من كل الجوانب التي تساهم في نموه السليم إذ تتمثل هذه الركائز في ما يلي :

- ينبغي أن تكون المرافق التي توفر الرعاية داخل المؤسسات صغيرة الحجم وان تتمحور حول حقوق الطفل واحتياجاته وأن تقام في موقع اقرب ما يكون من إحدى الأسر أو من مجموعة صغيرة من الأفراد، وينبغي عموما أن يكون هدف المرافق توفير رعاية مؤقتة للطفل والإسهام بفعالية في لم شمله بأسرته أو أن تعذر ذلك في تأمين رعاية مستقرة له داخل إطار أسرة بديلة، بوسائل منها التبني أو الكفالة وفقا للشريعة الإسلامية كلما كان ذلك مناسباً.

- اتخاذ ما يلزم من تدابير ليتسنى القيام، حيثما كان ذلك ضروريا ومناسبا بإيواء أي طفل يحتاج حصرا إلى الحماية أو الرعاية البديلة في مكان معزول عن الأطفال الخاضعين لأحكام نظام العدالة الجنائية.
- ينبغي أن تضع السلطة الوطنية أو المحلية المختصة إجراءات فرز صارمة تكفل إتمام المناسب فقط من حالات القبول في هذا المرفق.
- إن تكفل الدولة توفير عدد كاف من مقدمي الرعاية في مؤسسات الرعاية الداخلية لإفساح المجال أمام الاهتمام بكل طفل على حدة وإتاحة الفرصة أمام الطفل للارتباط بأحد مقدمي الرعاية تحديدا، كلما كان ذلك مناسبا، كما ينبغي نشر مقدمي الرعاية داخل مؤسسة الرعاية بطريقة تساعد على بلوغ أهدافها وغاياتها بفعالية وعلى تأمين حماية الطفل.
- أن تحضر القوانين والسياسات والأنظمة، قيام الهيئات أو المرافق أو الأفراد باستجلاب الأطفال أو انجذابهم إلى مؤسسات الرعاية الداخلية (بوكروش مليكة 2019، ص54).

نستخلص من خلال عرض نظام الرعاية داخل مؤسسات الإيواء أنها مؤسسة تسيير في مهامها بعد توفرها على شروط تنظيمية تخدم الطفل المسعف سواء على مستوى هيكلية المؤسسة، التنظيم البيداغوجي، الأنظمة المسيرة داخل المؤسسة تخدم راحة الطفل والطفولة ككل.

8-المعايير الدولية لتصميم برامج الأطفال المعرضين للخطر:

وضعت المنظمة الدولية للإصلاح الجنائي بالتنسيق مع منظمة حقوق الطفل والهيئات الفاعلة في مجال حقوق الطفل مجموعة من المعايير التي يجب مراعاتها في إعداد وتصميم البرامج التي تعني برعاية وحماية حقوق الطفل المعرضين للخطر منها :

- توظيف تحليل واضح للمشكلة التي ينبغي معالجتها والموارد المتاحة.
- تصميم واضح للمسؤوليات المناطة بالوكالات والمؤسسات والموظفين.
- وجود آليات للتنسيق المناسب بين الوكالات الحكومية والغير حكومية.
- وجود آليات رصد وتقييم من شأنها قياس النجاح بدقة.
- أن لا تتطوي على الوصم.
- أن تستمد إلى مشاركة الأطفال في تخطيط وتنفيذ برامج الوقاية.
- أن يتم بناءها على أساس دمج التدريب ذات الصلة لجميع الموظفين على جميع المستويات.
- أن تتطوي على إشراك هيئات الحكم الوطنية وعلى مستوى الولايات وعلى مستوى الحكومات الإقليمية والمحلية وكذلك القطاع الخاص وسوق العمل وهيئات الرعاية الصحية والطفل والتعليم والهيئات الاجتماعية (أبي ملود عبد الفتاح، 2017، ص335).

نستخلص من خلال عرض المعايير الدولية لتصميم برامج الأطفال المعرضين للخطر أنها معايير جد مهمة كونها تحتاج إلى رقابة أولية وفكرة عن سيرورة نمو الأطفال لنجاح البرنامج ونجاح تطبيقه داخل المؤسسات لضمان نجاح رعاية الطفولة المسعفة وفق منظور إنساني يحرص عليه المجتمع الدولي.

9-مزايا وعيوب المؤسسة الإيوائية :

9-1-المزايا :

- تقوم المؤسسات برعاية الأطفال رعاية جماعية ولها فوائد كثيرة نذكر منها :
- تقديم علاقة شبيهة بالعلاقة الطبيعية الأبوية : فالطفل داخل المؤسسة يقوم بعلاقات مع بديلي الأبوين، وبذلك يستطيع أن يشعر بنوع من الجو الأسري وبالعلاقة الأمومة والأبوة.

- للمؤسسة العديد من القواعد يجب على الطفل إتباعها : فهذا ضروري لكثير من الأطفال اللذين يحتاجون دائما لضغط خارجي، فالبناء الاجتماعي للمؤسسة يساعد على ضبط نفسه وتغيير سلوكه ليتوافق ويتمشى مع الجماعة التي يعيش فيها.
- يستطيع الطفل إذ لم يتكيف مع مجموعة من الجماعات أن ينتقل لجماعة أخرى قد يستطيع التكيف معها.

9-2- العيوب :

تتمثل عيوب هذه المؤسسات في :

- إن العلاقات داخل المؤسسات تتخذ أشكالا رسمية، وقد تنشأ علاقات غير رسمية داخلها مما يطلق نوع من الصراع، ومنها ينشأ الطفل في جو غير مناسب لنموه الطبيعي.
- إذا خرج الطفل من المؤسسة، فإن النظرة الاجتماعية إليه تكون قاسية باعتباره طفلا من المؤسسة، يلاحقه ازدراء المجتمع لأنه عاش بداخلها، وهو بهذا يختلف عن الطفل الطبيعي.
- الطفل في المؤسسة، لا يعني انه سيتعلم فقط ما هو ايجابي، بل مصاحبه لأطفال كثيرين يجعله يتعلم سلوكيات سلبية (صولى اروى سارة، 2013، ص30-31).

نستخلص من خلال عرض مزايا وعيوب هذه المؤسسات أن المناهج والقوانين المتبعة داخلها يمكن أن تأثر سلبيا أو ايجابيا على نفسية وسلوك الطفل وذلك لكونها لا تتماشى مع أهوائه وميولاته ما يسبب خلل في توازنه داخل المجتمع، وكلما كان التأثير ايجابيا كان نجاحه مضمونا.

10- آثار المراهق مجهول النسب على المجتمع:

يسمى الولد لقيطا إذ اكان مجهول الأب والأم، والطفل الناتج عن علاقة غير شرعية في حال تخلت أمه عنه ولم تعترف بوجوده وتشير الأبحاث التي أجريت في دور الأيتام وجود كثير من المسعفين الناتجين عن علاقة غير شرعية، وتتنوع مشاعر الطفل

الغير شرعي بين الحق والكراهية تجاه المجتمع بشكل عام ودور الرعاية بشكل خاص نتيجة شعور هبأنه لم يحظى بالاهتمام الكافي خلال حياته من قبلهم، وشعور هبأنهم يعاملونه بحذر وترفع مع تحسيسه بأنه منبوذ من قبلهم ومفروض وجوده عليهم على الرغم من أن هذا الوجود يتم دون رغبة منه، أما الغير شرعي الذي يتربى مع أمه فإنه يعاني إضافة إلى إحساسه بالكره للمجتمع، الرغبة في الانتقام ممن تسبب لأمه بالأذى، وهدم حياته وحياتها، كما أنه قد يعاني من الهمز واللمز اللذان لا يزولان مع الزمن حتى ولو أصبح رجلا صالحا، فهو يعاني من نبذ المجتمع له ورفضه لوجوده، ورفضه للاندماج مع أبنائه، "ابن زنا"، وعند الكبر يصبح أكثر تعرضا لهذا الوضع خاصة إذا أراد أن يتقدم لأية وظيفة أو أراد الزواج وبناء أسرة، ومما يساهم في تحطيم حياته عبارة "مولود غير شرعي"، إن أنه لا يزال لليوم يطلق على المولود اللقيط اسم ثلاثي مركب شائع التداول بين الناس "غير شرعي" على الهوية (القاطرجي، 2003، ص 380).

نستخلص أن مجهول النسب يعاني من ضغوطات داخل المجتمع الذي يعيش فيه ذلك لمجرد كونهم الفئة المسعفة ما يجعله يتأثر خلال مرحلة طفولته.

خلاصة:

نستخلص من خلال عرض فصل المراهق المتمدرس مجهول النسب ومراكز الإيواء ألا أن الطفولة المسعفة تفتقر إلى الرعاية الأبوية وهذا بحد ذاته يؤثر سلبا على نمو وتكيف واندماجه في المجتمع وخصوصا عند احتكاكه بالمؤسسات التعليمية لولا تدخل مؤسسة الإيواء التي توفر له ولو بشكل ضئيل متطلبات الحياة لمراعاة ظروفه التي استدعت التكفل والتي تكون خاضعة لقوانين صارمة تهدف للعناية بهذه الفئة من خلال أنظمة وبرامج مصممة وفق معايير محلية ودولية تحت رقابة ووصية الإعلان العالمي لحقوق الطفل.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- 1-التذكير بفرضيات الدراسة.
- 2-الدراسة الاستطلاعية.
- 3-عينة الدراسة الإستطلاعية.
- 4-تطبيق الدراسة الاستطلاعية.
- 5-نتائج الدراسة الإستطلاعية.
- 6-الدراسة الأساسية.
- 7-منهج البحث.
- 8-عينة الدراسة الأساسية وخصائصها.
- 9-مكان وزمان إجراء الدراسة.
- 10-الأدوات المعتمدة للدراسة.
- 11-الأساليب الإحصائية.
- 12-القواعد الإحصائية.

خلاصة

تمهيد:

بعد التركيز على الجانب النظري لموضوع دراستنا، الذي يعتبر الإطار المرجعي وما يتعلق بها من متغيرات سنتطرق في هذا الفصل الى الجانب التطبيقي والذي هو دراسة ميدانية التي تعتبر من اهم مراحل البحث العلمي.

في هذا الفصل سنتطرق إلى الاجراءات المنهجية والتي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والجانب التطبيقي وفيه يتم عرض الدراسة الاستطلاعية وتقديم نوع المنهج المتبع خصائص مجتمع الدراسة والأدوات المستعملة لجمع البيانات والتعرف على زمان ومكان اجراء الدراسة وكل هذا ضمن الدراسة الأساسية.

1-التذكير بفرضيات الدراسة:

من باب منهجية الدراسة التذكير بفرضياته.

تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من مشكلات نفسية.

تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من مشكلات سلوكية.

2-الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي، وذلك لارتباطها المباشر بالميدان لكونها دراسة استكشافية تسمح للباحث الحصول على معلومات أولية حول موضوع دراسته، بالتالي تسمح بالتعرف على الظروف والامكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات الدراسة.

2-1-تعريف الدراسة الإستطلاعية:

فتعرف على أنها مرحلة تمهيدية تسبق التطبيق الفعلي لأدوات الدراسة ويرتبط الهدف من القيام بها استكشاف أو استطلاع الوضع الخاص بظاهرة ما (مروان عبد المجيد ابراهيم، 2006، ص163).

2-2-الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

- التعرف أكثر على مجتمع البحث وعينة الدراسة.
- التأكد من مدي ملائمة أدوات الدراسة.
- حساب الحقائق السيكومترية لدراسة.
- كشف الصعوبات أو النقائص التي يمكن أن نصادفها خلال اجراء الدراسة الأساسية وذلك لمواجهتها أو تفاديها.

وللحصول على عينة الدراسة قمت باتصالات بمختلف الجمعيات التي تقدم حماية الطفولة المحرومة وذلك في شهر جانفي 2020 وشهر نوفمبر وديسمبر 2020.

فاتجهنا إلى مركز بوخالفة للطفولة المسعفة بتزي وزو في شهر فيفري 2020 ولم نتحصل على العينة لرفضهم استقبالنا لأسباب أمنية، بالإضافة الى جمعية الطفولة والبراءة بالابيار اللذين رفضوا هم الآخرون لأسباب أمنية وتزامنا مع جائحة كورونا والحجر الصحي الذي فرض علينا اوقف بحثنا إلى غاية شهر نوفمبر للاستمرار.

تمت الدراسة الإستطلاعية على مستوى جمعية التقوى والإحسان المتواجدة بولاية الجزائر كان ذلك في شهر نوفمبر 2020 على العينة المتمثلة في مرافقين متمرسين مجهولي النسب، بحيث تحصلت على معلومات من طرف رئيس الجمعية والذي قدم لنا يد العون لأجراء المقابلة، وبعد تطبيق ادوات الدراسة على الحالتين قام بتوجيهنا الى قرية SOS كون اغلبية المراهقين مجهولي النسب يعيشون هناك.

3- عينة الدراسة الإستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الإستطلاعية على حالتين، الحالة الأولى يبلغ من العمر 18 سنة والحالة الثانية 19 سنة قمنا بتطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة وتطبيق المقياس مع العلم أن أفراد العينة استبعدو من عينة الدراسة الأساسية.

الجدول رقم (02): يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية

الحالة	الاسم	السن	مدة الإقامة بالمركز	المستوى الدراسي	نوع الحرمان	الصفة الموجهة
1	ر	18	14	2 ثانوي	الأسرة	قاضي الأحداث
2	ف	19	17	3 ثانوي	الأسرة	قاضي الأحداث

4-تطبيق الدراسة الاستطلاعية:

4-1-المرحلة الاولى :

تم اجراء المقابلة النصف الموجهة مع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حيث تم جمع المعلومات والبيانات الخاصة بأفراد العينة كذلك حول مختلف المشكلات النفسية السلوكية لدى المراهق المتمدرس مجهول النسب.

4-2-المرحلة الثالثة:

في هذه المرحلة قمنا بتطبيق مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة، وذلك من أجل معرفة ما إذا كان المقياس مناسباً لقياس متغيرات البحث وهل التعليمات واضحة ومفهومة أو تحتاج إلى تعديل.

5- نتائج الدراسة الإستطلاعية:

بعد أن قمنا بجمع المعلومات والبيانات الخاصة بأفراد العينة ومعلومات عن المشكلات النفسية والسلوكية توصلنا إلى بناء دليل المقابلة كما توصلنا إلى عدم وجود غموض في تعليمة المقياس بالتالي الإعتماد على مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة كمقياس نهائي وكأداة أساسية بعد ان تأكدنا من وضوح عباراته.

6- الدراسة الأساسية:

توجهنا إلى جمعية التقوى والإحسان في 30 نوفمبر 2020، بدورها قام مدير الجمعية بتوجيهنا لقرية الطفولة المسعفة S.O.S بدارية بالجزائر العاصمة فتحصلنا على عينة البحث المتمثلة في ثلاثة حالات لشرع في بحثنا، وذلك بعد قبول المديرية لموضوع دراستنا.

إذ شرعنا مباشرة في التطبيق الميداني والدراسة الأساسية واستبعدنا الدراسة الإستطلاعية لمصادقية أدوات دراسة، وتوفر العينة وفقا للمعايير للموضوع. والشروط المفروضة علينا أثناء التواجد بالقرية. والدعم من طرف الأخصائي النفسي للقرية.

7- منهج البحث:

اعتمدنا في بحثنا هذا الذي يهدف إلى معرفة المشكلات النفسية السلوكية لدى الطفولة المسعفة المتمدرسة في ديار الإيواء، على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة فهو الأنسب في الدراسات المعمقة المتمركزة حول دراسات الشخصية.

ويعرفها (خالد عبد الرزاق النجار): المنهج العيادي هو الدراسة العميقة لحالة فردية في بيئتها، يعني في المجتمع الذي تنتمي إليه، فيتبنى الرؤية السيكودينامية مفهوم الصراع

والتفاعل والاصطدام بالواقع، اي دراسة شخص بكل ما يحتويه (خالد عبد الرزاق النجار، 2008، ص16).

ويعرفه (Danielle La Gache) المنهج العيادي انه تناول لسيرة الذاتية في منظورها الخاص وذلك للتعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك اعطاء معنى للتصرفات على بنيتها والكشف عن الصراعات اللتي تحركها (Perron ,R ,1995,p83).

8- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها :

عند جمع بيانات عن خاصية من خصائص مجموعة من الأفراد أو الأشياء، فربما كان من المستحيل أو من غير المناسب ملاحظة المجموعة كميًا وخاصة إذا كانت كبيرة، وبدلاً من إختيار المجموعة كميًا والتي تسمى بالمجتمع الإحصائي فإن يمكن إختيار جزء صغير من هذا المجتمع الإحصائي يسمى العينة. فالعينة هي مجموعة جزئية من المجتمع مسحوبة بطريقة محددة، وذلك لصعوبة فحص كل عضو من أعضاء المجتمع (Bryman,2001 ;p77).

8-1- طريقة إختيار العينة:

تم انتقاء عينة البحث بطريقة قصدية حيث قمنا بالتوجه إلى أماكن تواجد الحالات وإختيار أفراد العينة وفقاً لمعايير الدراسة التالية:

- مراهقات متمدرسات.

- مقيمات بديار الايواء.

وتعريف العينة القصدية: عبارة عن مجموعة جزئية من المجتمع والتي تخضع

لتحصيل (الطيب، 1999، ص24).

8-2- خصائص عينة البحث :

جدول رقم (3): يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن ومستوى الدراسي ومدة الإقامة بالمركز.

الموجه	مدة الإقامة بالمركز	المستوى الدرسي	السن	الاسم	خصائص الحالات
قاضي الأحداث	11 سنة	الثالثة ثانوي	19	(دا)	الحالة الاولى
قاضي الأحداث	13 سنة	الثالثة ثانوي	20	(أ)	الحالة الثانية
قاضي الأحداث	10 سنوات	الرابعة متوسط	17	(هـ)	الحالة الثالثة

يتضح من خلال الجدول السابق أن مجموعة البحث تتكون من ثلاثة حالات مراهقات متمدرسات مقيمات حيث تتراوح أعمارهن بين 17 و 19 سنة يعيشن بقرية SOS منذ مدة لا تقل عن عشرة سنوات.

9-مكان وزمان إجراء الدراسة:

9-1-المجال الزمني:

إستغرقت الدراسة التطبيقية مدة زمنية إمتدت من 30 نوفمبر إلى 03 ديسمبر 2020 تم من خلالها مقابلة (3) ثلاثة حالات تخدم موضوع دراستنا.

9-2-المجال المكاني:

تمت الدراسة بمكتب المرشد النفسي داخل قرية الطفولة المسعفة SOS بدرارية_الجزائر العاصمة.

• تشفير معنى كلمة SOS:

هي كلمة انجليزية و اختصار للجملة *save our selves* و تترجم احيانا *انقذوا ارواحنا او انفسنا* كانت ترسل قديما عبر الراديو من اجل طلب الاستغاثة.

• تعريف قرية الطفولة المسعفة SOS:

عرفها 1986 G.HERMAN: قرية الاطفال SOS إلى مؤسسات مهمتها الاعدادية والمساعدة على نطاق واسع، فهي تهدف إلى تكوين عائلة اصلية لطفل يتيم أو مهمل من طرف والديه، لتساعده على العيش بصفة عادية إذ تحافظ وتجنب هؤلاء الاطفال العواقب الوخيمة كما أنها ملتزمة بحمايتهم ومساعدتهم.

• تاريخ القرية:

في الأول من جويلية 1962 بدأت قرية الاطفال المسعفين بالجزائر عملها الخيري التربوي، استقبلت مباشرة تدشينها اطفالا من الحماية الاجتماعية ثم جلبت إليها أطفالا مشردين، اذ تسير على النمط الذي حددته الجمعية العامة لها.

تقع القرية بدرارية ولاية الجزائر تضم 13 بيت، مطعم ثابت للروضة، حديقة صغيرة، ملعب بسيط، و 13 أما و 4 خالات يؤدين دور الام في غيابها، تسهر كلهن على تربية الأطفال من كلا الجنسين وعددهم غير ثابت حيث يضم البيت من 6 إلى 7 أطفال وهذا

على حسب كفاءة الأم على التربية. يتراوح سن الاطفال من سنة إلى 15 سنة، بعد هذا السن يلتحق الذكور ببيت الشباب التابع لهذه القرية أما البنات تبقى بالقرية نفسها.

هنالك أيضا روضة بالقرية تشرف على تربيتهم وتعليمهم تمزج بين أطفال القرية وأطفال الأحياء المجاورة وسنهم يتراوح بين سنتين إلى ستة سنوات، سابقا كان الالتحاق بالروضة مجانا ومنذ سنة 1995 أصبح مقابل أجر.

يشرف على إدارة القرية مدير يقيم مع أسرته في بيت من بيوت القرية يساعده نائبه والكاتب والمقصد وتشرف مديرة على الروضة.

نشير إلى أن القرية مؤسسة غير خاضعة لأي تيار سياسي أو ديني وهدفها هو مساعدة الأطفال المحرومين توفر لهم الحياة العائلية الدائمة والعطف والحنان بالضافة إلى التبرعات من الجمعيات والمحسنين.

• المبادئ الأساسية للقرية :

تعتبر رعاية الطفل طويلة المدى بالقرية القائمة على أساس أسري وفق مبادئ أساسية والتي تتمثل في ما يلي :

- ✓ الأم لكل طفل تعتني به.
- ✓ الإخوة والأخوات تنمو الروابط الأسرية نموا طبيعيا.
- ✓ المنزل كل أسرة تمتطي السكن الخاص بها.
- ✓ تعتبر أسر القرية جزء لا يتجزأ من المجتمع.

10- الأدوات المعتمدة للدراسة:

في بحثنا هذا اعتمدنا لدراسة الحالة على المقابلة العيادية النصف الموجهة والملاحظة العيادية واستبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة" الذي أعده: محمد السيد عبد الرحمان.

10-1-دراسة حالة:

تعتبر دراسة حالة من التقنيات التي يمكن جمع البيانات من خلال عملية التفاعل المتبادل بين شخصين.

إذ تقول هيدا بولجار: الإشارة إلى الاستخدام العلمي لتاريخ الحالة وتشكل الوثائق الشخصية وبروتوكولات الاختبارات والسجلات الطبية وسجلات المقابلات التشخيصية والعلاجية (خالد عبد الرزاق النجار، 2008، ص 10).

إذ تعرف هذا النوع من الدراسات يعمل الباحث على دراسة الحالة من كافة جوانبها والتعمق في دراستها للتعرف على خصائص ما أمكن وبصفة خاصة الخصائص التي بينها وبين موضوع الدراسة والأسباب أو العوامل التي وراءها وبمعنى آخر كل ما يلقي ضوء على موضوع الدراسة (فاروق شوقي البوهي، 2011، ص 275).

10-2-المقابلة:

من التقنيات التي تمكن الأخصائي النفسي من جمع المعلومات حول الحالة إذ يعرفها: Pedinielli 1994 أنها "فعل يتم فيه تبادل الكلام مع شخص واحد أو أكثر من شخص ولكن تبادل ذو معنى وموضوعي وهذا يعني بأنها ليست مجرد محادثة ساذجة، بل هي هادفة وذات مغزى، وهي أنواع: "موجهة، نصف موجهة، حرة". واخترنا في

دراستنا هذه المقابلة نصف الموجهة بهدف البحث وهي لا تهدف إلى تشخيص أو علاجها بل هدفها الأساسي جمع بيانات تخص البحث العلمي لظاهرة معينة.

10-3-المقابلة نصف الموجهة:

إذ يعرفها "روجي ميكيلي" بأنها "مجموعة من الطرق ذات انشغالات مشتركة، حيث يطرح سؤال من قبل المستجوب والمطبق، سؤال واسع، مستمد من قائمة معدة مسبقاً، لأسئلة مفتوحة، أو من خلال خطاب العميل نفسه لوقوف على معنى مفهوم أو وضعية بالنسبة إليه (Mucchielle.R ; 1977, p51).

في دراستنا هذه قمنا بأعداد دليلين للمقابلة:

○ الأول وجهت أسئلته للمرشد النفسي للقرية والذي يتضمن 17 سؤال المتمثل في الملحق رقم (02) يهدف لتسليط الضوء على السلوك الملاحظ وعلاقة الطفل بالمحيطين به داخل الركن.

○ أما الثاني والموجه لعينة الدراسة يتكون من 36 سؤال موزع على خمسة محاور (5) موزعة كالتالي:

- المحور الأول: خاص بالبيانات الشخصية. و المتمثلة في البطاقة التقنية للحالة
- المحور الثاني: خاص الجانب البيئي.و المتمثل في معلومات عن مراكز الايواء
- المحور الثالث: خاص بالجانب المدرسي. و المتمثل في علاقتها ببيئتها المدرسية
- المحور الرابع: خاص بالجانب الاجتماعي.و المتمثل في علاقاتها الاجتماعية
- المحور الخامس: خاص بالجانب الميولات الشخصية.و المتمثل في ميولاتها
- المحور السادس: خاص بالجانب النفسي والسلوكي. صحتها النفسية وتعاملاتها

10-4-الملاحظة:

في دراستنا استخدمنا الملاحظة السلوكية البسيطة التي تملي لنا وصف كامل للمظهر من خلال ملاحظة كل التصرفات المرافقة للحالة والمشاعر المصاحبة لها ونبرة الصوت إذ عرف "فكري لطيف متوي": الملاحظة انها: الانتباه العفوي إلى حدث أو ظاهرة أو أمر ما يكون انتباه مقصود ومنظم ومضبوط للظواهر والاحداث بغية اكتشاف أسبابها وقوانينها (فكري لطيف متوي، 2017، ص 50).

10-5-الاستبيان :

اعتمدنا في بحثنا هذا لجمع المعلومات والبيانات بالتدقيق على "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة" الذي أعده : محمد السيد عبد الرحمان .1998.

10-5-1- وصف الاستبيان:

يتكون الاستبيان من (153) بند يشمل المشكلات النفسية السلوكية وهو ينقسم إلى (13) بعد:

جدول رقم (04): يمثل توزيع البنود حسب أبعاد مقياس "قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة".

رقم البند	الأبعاد	رقم البنود	الأبعاد
81_77	مشكلات الاخراج	9_1	القلق
91_82	الازمات لعصبية	20_10	ثورات الغضب
114_91	مشكلات مدرسية	34_21	المخاوف المرضية
125_115	مشكلات التغذية	42_35	المشكلات المنزلية

مشكلات العلاقة مع الرفاق	52_43	والصحة	
المشكلات السلوكية	66-53	اضطرابات	141-126 هلاوس حسية
اضطرابات النوم	76_67	سيكوسوماتية	153_142

10-5-2-التعريف باستبيان: قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان :

وضع هذا القياس محمد السيد عبد الرحمان سنة 1998 لقياس المشكلات النفسية السلوكية لدى الاطفال خلال مرحلة المراهقة.

10-5-3-كيفية التطبيق: يطبق الاستبيان بطريقة فردية، مع استغراق الوقت الكافي لذلك، إذ يطلب من المفحوص اتباع التعليمات كما هي موضحة في الملحق رقم (04).

10-5-4-كيفية التقيط : بعد الإجابة بوضع علامة X أمام الإجابات الثلاثة المقترحة (نعم /أحيانا /لا) حيث تحصل الإجابة نعم على درجتين2، الإجابة أحيانا على درجة1، والإجابة لا تحصل على صفر0.

10-5-5-الخصائص السيكومترية للمقياس: تمت ترجمة الاستبيان وتكيفه من طرف (عبد اللاوي سعدية) في مذكرة تخرها لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي 2012 تحت إشراف الدكتور حماش الحسين على عينة من الأطفال المتمدرسين في البيئة الجزائرية تتكون من 300 تلميذ في مرحلة التعليم الابتدائي وهي عينة عمرية يستهدفها الإستبيان كونها من الطفولة.

10-5-6- صدق الاتساق لدى الحكمين :

تم عرض الاستبيان الخاص بقائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة والتي تقيس المشكلات النفسية السلوكية على كل من الأستاذة المشرفة على المذكرة بالإضافة إلى مديرة التي تعتبر اخصائية نفسية والمرشد النفسي لقرية الطفولة المسعفة SOS من أجل إبداء رأيهم واقتراحاتهم في ملائمة العبارات مع الأبعاد وكانت النتيجة إيجابية حيث تم الاتفاق على الصدق الظاهري للإستبيان.

10-5-7- صدق الاستبيان الداخلي :

لحساب معامل الارتباط بيرسون يمكن الإعتماد على المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج الإحصاء المطبق في العلوم الإنسانية والإجتماعية (spss) وكانت البنود تقريبا دالة على مستوى الدلالة 0.01 أي أن الإستبيان يتميز بثبات عالي.

10-5-8- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين:

• طريقة إعادة الإجراء:

تم تطبيق المقياس على مجموعتين كلية قوما ستين (60) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى على مجموعة نفسها بفاصل زمني قدره أسبوعين وتم حساب معدّل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيق الأول والثاني فتم التوصل إلى معامل الارتباط قدره عند مستوى الدالة (0.01) مما يؤكد بتوفّر شروط البحث بالنسبة للمقياس.

• طريقة ألفا كرونباخ:

تم تصنيف المقياس على مجموعة قوامها ستين (60) طالب وطالبة استخدم الباحث أسلوب ألفاكرونباخ في التحقق من ثبات المقياس وفيه تم التوصل إلى ثبات المقياس وهذا ما نلاحظه في الجدول التالي:

جدول رقم (05): يمثل ثبات المقياس.

معامل الفاكرونباخ	الأبعاد
0.982.	القلق
0.812	ثورات الغضب
0.840	المخاوف المرضية
0.848	المشكلات المنزلية
0.892	مشكلات العلاقة مع الرفاق
0.876.	المشكلات السلوكية
0.755	اضطرابات النوم مشكلات الاخراج
0.898	الازمات لعصبية
0.765	مشكلات مدرسية
0.865	مشكلات التغذية والصحة
0.965	هلاوس حسية
0.955	اضطرابات سيكوسوماتية

وفيما يخص دراستنا لقد قمنا بعرض المقياس على الأستاذة المشرفة وأخصائية نفسية داخل قرية (S.O.S) والمرشد النفسي بالقرية للتعرف على مدى ملائمة العبارات لمقياس

مشكلات الطفولة وقد اتفقوا على عبارات واضحة كما قمنا بتطبيق المقياس على الحالتين في الدراسة الاستطلاعية ليتسنى لنا تطبيقها على الدراسة الأساسية

11- الأساليب الإحصائية:

تم حساب درجة صدق نسبة تفاوت المشكلات النفسية السلوكية باستخدام القاعدة الثلاثية والوسيط الحسابي وذلك من خلال تقدير ذاتي عن أهم المشكلات النفسية السلوكية، إذ كانت كل النسب دالة إحصائياً.

تتمتع القائمة بمستوى مناسب الصدق الذاتي الذي تراوحت معاملته بين:

- أقل من 33% بنسبة منخفضة.
- بين 34%_66% بنسبة متوسطة.
- بين 67%_100% بنسبة مرتفعة.

12- القواعد الإحصائية:

أحد أهم وسائل النسب المؤوية هي القاعدة الثلاثية :

تطبيق النسبة المؤوية %x. على p هو ضرب x/100 في p

أي أن نسبة %x من p العدد p حيث: $p = x/100$

بالإضافة الى النزعة المركزية بالوسيط الحسابي:

مج . س

_____ = م

ن

حيث : م المتوسط الحسابي للدرجات

م ج س مجموع القيم أو الدرجات

ن عدد القيم أو الافراد (احمد محمد الطيب، 1999، ص225).

خلاصة:

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية المعتمدة عليها في هذا الفصل ومختلف الأدوات المستعملة سوف يتم في الفصل الموالي عرض المعلومات المختلفة التي تحصلنا عليها من خلال المقابلة وتطبيق مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة، أي عرض نتائج الاختبار ومن ثم تحليلها ومناقشتها للوصول إلى نتيجة علمية تؤكد صدق الفرضية من عدمها وهكذا نتمكن من الإجابة على سؤال اشكاليتنا في البحث

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض الحالات ومناقشتها.

1-1- الحالة الأولى.

1-2- الحالة الثانية.

1-3- الحالة الثالثة.

2. عرض النتائج العامة للحالات الثلاثة في مقياس

المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة.

3. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

4. خلاصة البحث.

5. أقترحات الدراسة.

المراجع

الملاحق

تمهيد:

من خلال هذا الفصل سنقوم بعرض ومناقشة الحالات التي قابلناها ففي بداية هذا الفصل سنقوم بتقديم الحالة الأولى المتمثلة في حالة (د) تمّ عرض نتائج مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة وفي الأخير خلاصة الحالة نفس الشيء للحالات الأخرى.

1- عرض الحالات ومناقشتها:**1-1- الحالة الأولى :****❖ تقديم الحالة: (د)**

الحالة (د) فتاة تبلغ من العمر تسعة عشر سنة ،تدرس في السنة الثالثة الطور الثانوي معيدة لشهادة البكالوريا، تقيم بقرية الطفولة المسعفة SOS، لأسباب أسرية واقتصادية تعاني من الحرمان الأسري، تقيم بالمركز منذ احدى عشر سنة مع أختها التي انضمت إليها.

تعاني الطفلة من مشكلات نفسية وسلوكية إذ هي تعيش مع أطفال محرومين مثلها، حولت إلى القرية بعد حكم قضائي وذلك من أجل حياة أفضل سواء ماديا أو معنويا.

❖ عرض مضمون المقابلة:

تم إجراء المقابلة بمكتب المرشد النفسي المجاور لقاعة القراءة بقرية SOS وذلك بحضور المرشد ومديرة القرية التي اختارت الحالات بنفسها، بحيث أجرينا القابلة في ظرف 45 دقيقة.

الحالة كانت مرتاحة نفسيا لوجودي معهم فقد كانت مرتبة ومنظمة في هندامها، ووضعية جلوس مرتاحة وكانت تتعامل باحترام ،فقد كانت البسمة السمة المسيطرة على وجهها ومن حين إلى آخر كانت تطأطأ رأسها وتبرق عيناها وتوحيان بالحزن عند اثاره بعض الأسئلة لمشاعرها، ثم إن مزاجها كان يتقلب كليا وبشكل ملحوظ عند دخول المديرية أو المرشد إذ تتخفف نبرة صوتها أو تصمت كليا وذلك لتحريضهم مسبقا على التستر على بعض الحقائق، فالحالة لم تكن على حرية التعبير إلا بعد خروجها من القاعة ما يسمى "بالترهيب" لتعود من جديد لطبيعتها.

المقابلة كانت تتضمن 36 سؤال تشمل عدة جوانب من الحياة الشخصية والتي تتمثل

في ما يلي:

الحالة متواجدة بالقرية منذ احدى عشر سنة فهي تقول "بلاصة هادي داري" أما الشعور الذي يصاحبها فيه تقول "سلكني في بزاف حوايج...قراية، لبسة، ماکلة، وفلقراية يجرو عليا ماشي كيما وين كنت مع يما في (ت) تع صح بهم لحقت ل *terminale*" بمعنى: هذا المكان بمثابة منزلي، الذي لطالما رعاني ووفر لي كل الامكانيات وسهر على نجاحي عكس المكان الذي كنت فيه مع امي بولاية (ت) الحقيقة بفضلهم ادرس بالطور الثانوي. فالحالة تفضل المكان لتوفره على متطلبات الحياة، متابعة حديثها عن رأيها في المكان تقول: "حبو" بمعنى: أحبه وكن له مشاعر. أما عن علاقتها بالخرين فتقول: "هي علاقة اخوة *pas plus* أو نحتارمو بعدانا" فتنفي الصداقة كليا فتقول: "لا صداقة.....لا.. لا احترام برك" وعن مشاعرها قالت: "نحب كلش زعما نقرأ، نخدم، نشري... بمعنى: علاقتنا علاقة إخوة مبنية على الاحترام ولا أعرف معنى الصداقة بتاتا، وأنا جد متألمة مع روتيني اليومي كالتعلم والتسويق لراحتي النفسية عند قيامي بذلك فالحالة بالرغم من حبها للمكان إلا أنها تفضل التعامل وفق مبدء الاحترام وتنفي اقامة علاقات الصداقة. أما عن ما يثير مشاعرها السلبية قالت: "تكره لي يكذب، ولي يستفزني ويكذبني بلي درت حاجا مدرتهاش تكره والله" بمعنى: أكره الكذب ومن يجعل مني مذنبه والله فالحالة لا تتوافق مع بيئتها بشكل جيد. أما عن أعز شخص لديها كانت الإجابة سريعة وملامح الشوق بادية على وجهها تقول: "ماما، *psq* هي الأمل نتاعي وهي الصح" بمعنى: أمي أحب شخص لي كونها أملي في الحياة وهي حقيقية فالحالة تعاني من حرمان الأسرة و بالخصوص أمها. أما عن التسلية قالت: "كل مرى كيفاه نكون وحدي ولا في جماعة نحبهم قع" بمعنى: على حسب ميزاجي، مع العلم أنني أحب كل من الألعاب وليس لدي مشكلة. كما هو موضح للحالة تقلبات مزاجية.

الحالة تدرس بالطور الثانوي فالمدرسة على حد قولها: "هي تمثل لي المستقبل وصلت ل *niveaux* تاع ل *bac* وغادي ندير *information*" بمعنى: المدرسة تمثل لي مستقبلي، بها تقربت لنيل شهادة البكالوريا، بالتالي تكوينات مهنية أخرى فالحالة متمسكة بدراستها ثم إن شعورها داخل الصف الراسي تقول: "على حساب المادة وشيوخا" بمعنى: حسب اهتمامي للمادة والمعلم. ثم عن شعورها اتجاه المدرسة قالت: "نحب الاصدقاء تاعي ف *la classe par contre* ما نحبش لي اخدمو تما ماشي *gentille* وكي اهدرو معايا اعيطو بلا سبة" بمعنى: أحب التعامل مع الأصدقاء مع في القسم عكس الطاقم الإداري داخل المدرسة فهم ليسو طيبين يعاملونني بالعصبية الحالة لم تنسجم مع البيئة المدرسية. أما بالنسبة للرسوب وبكل تأسف قالت: "نحس كل لي بنيتو راح في الهوا اومبعد والو" بمعنى: كل مجهوداتي لم تأتي بنتائج ايجابية ثم لا شيء. عدم الإنسجام يفسر رسوبها.

الحالة تقيم في قرية SOS وهو مؤوى اجتماعي، فعن تعاملاتها مع الكبار تقول: "تاخذ الراي وبرضايا". بمعنى: كل ما يلقي علينا من تعاليم وأوامر اخذها بعين الاعتبار وليس غصبا عني. أما تعمل الكبار معها والحزن والاستياء باد على وجهها قالت: "كاين عنف انفعالي، اعيطو ما ندير عليهم" بمعنى: هنالك نوع من العقاب كالعنف الانفعالي والتعصب الحالة جد مستائة من تعاملات الغير معها أما الدعم المعنوي قالت: "تلقا ماما و *des fois* هنا وين نعيش". بمعنى: الدعم تتلقاه من الأم البيولوجية وفي بعض الفرص الضئيلة تتلقاه من عند الأسرة المربية داخل القرية نجد الحالة في معنويات مرتفعة. أما عن ما يثير غضبها وردة فعلها تقول: "اي حاجا تترفيني ويكذبوني وكي نكون *gentille* و هما لا لا *toujours* مشنفين على هاد شي نخبط نكره كلش ونقعد وحدي" بمعنى: أغضب لأتفه الأسباب وعند معاملتي بشكل سلبي، هذا الشيء يغضبني وأتعصب وأبق لوحدي ما يفسر أنها تعاني من نوبات الغضب لأتفه الأسباب.

أما التعامل مع الشكاوي الصحية والنفسية تقول: "نروح ل *psychologue* و ما نجبهاش هي و *question* تاها و انا ما نجبش وهي *elle insiste*". أما الطبيب قالت "ما نجبوش". بمعنى: لا أحب الذهاب إلى المختص النفسي لأنه يقلقني بنسبة كبيرة من خلال أسئلة متكررو شخصية أما الطبيب فلا أطيع ذلك إلا في الدرجات القصوى . أما دور المجتمع قالت: "ماشي قع بصح *la plus part* ما نلقش شكون اشجعني اكسروني كاين *même* لي اقولو لي ماديريش" بمعنى: ليس الكل لكن هناك من يخفض من معنوياتي ويضع لي حواجز هذا هو الحال. الحالة تعاني من إهمال.

للحالة طموحات عند سؤالنا عن حبتها للتسلية قالت: "أه"؟ ثم ان ميولاتها الرئيسية تتمثل كما قالت: "القرية" بمعنى: نحب نتسلى والدراسة من الأولويات الرئيسة. ثم عن اللهو والمرح، قلت بكل حسرة: "نحب ندير *une suivais* ماشي كل واحد وشاغل مع روجو وحنا ساكنين مع بعض" بمعنى: يا ريت نحس بالجو الاسري كي نكونو في ايجازة خارج القرية. تعاني الحالة من الفراغ العائلي أما ما يريحها قالت: "نحب نقى الدار نحب كلشي في بلاصتو كلشي مرتب *même* كي ايجي واحد نرتاح لو". بمعنى: أحب ترتيب المنزل والتنظيم بالإضافة إلى الأشخاص الطيبين في حياتي أشعر بالتفاؤل. أما الشيء الذي لا تحبه قالت: "كي اشوف واحد واش ندير نتوسوس". بمعنى: لا أحب ان اتعرض للمراقبة الدائمة أشعر بالحرج. أما هندامها تقول: "نحب الكلاسيك و *les robe*" بمعنى: إرتاح في الملابس الكلاسيكية خصوصا الكلاسيك. الحالة ميزاجية تميل إلى الوحدة.

لكونها من الطفولة المسعفة فلسؤالنا عن لتحقيق ما تريد قالت: "نههر مع الادارة *et j'insiste*". بمعنى: أحاول شرح موقفي مع التمسك بقراري الحالة تحاول إبراز شخصيتها أما عن ما يدفعها للشعور بالنقص قالت والحزن بادي على وجهها: "كيما قلت مقبل كي واحد اهيني و يكذبني نفشل... نفشل و زيد نكره المشاكل". بمعنى: كما قلت مسبقا عندما يهينني أحد ما أفضل، ثم أنا من النوع الذي لا يحب المشاكل كثيرا. أما عن

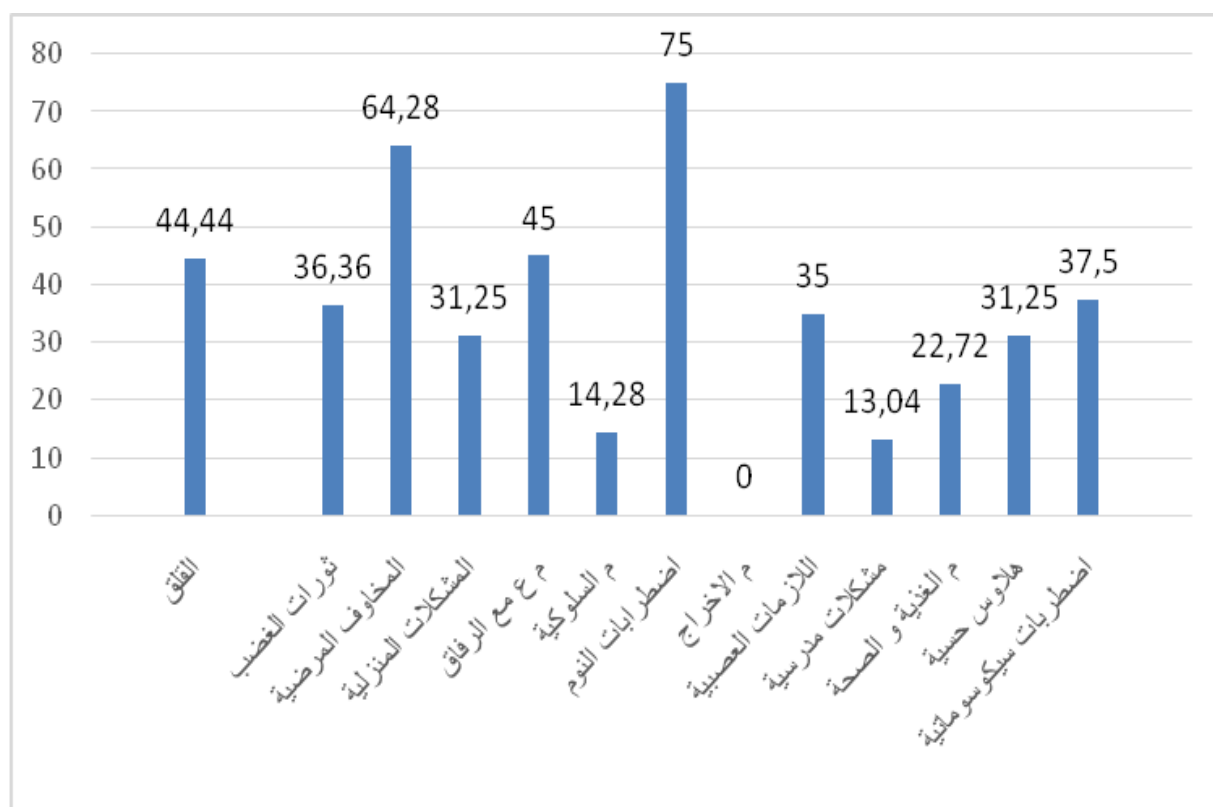
الضغوطات وما يقلقها قالت: " الا كانت ف صلاحى *normale psq* رانى حاب ندير *formation* وما نعاودش ل *bac* خايفا تتخلط عليا وهما اسيفو نتقلق كي نهدي وما يفهموش واش رانى حاب نوصلو وهما اكملو عليا". بمعنى: لو كان ذلك في مصلحتي ليس لدي مانع لكن ليس لحد فرض شيء عليا وأنا أخاف أن لا أكون قد المسؤولية لأن ذلك لا يسير وفق ما أطمح إليه، ثم إن عدم تفهمهم لي وتعصبهم يثير قلقي الحالة تعاني من ضغوطات خارجية. أما المشاكل الصحية تقول: "مغديش" بمعنى: لا أعاني. وهي لا تشكو من أي مرض.

❖ عرض ومناقشة نتائج الحالة على استبيان المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة:

بعد الانتهاء من إجراء المقابلة العيادية مع الحالة تم تطبيق عليها استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.

الجدول رقم (06): يمثل نتائج الحالة الاولى على استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.

المستوى	النسبة	الدرجة المتحصل عليها	الوسيط	الدرجة الكلية	البعد	
متوسط	44.44	8	9	18	القلق	المشكلات النفسية
متوسط	36.36	8	11	22	ثورات الغضب	
متوسط	64.28	18	14	28	المخاوف المرضية	المشكلات السلوكية
منخفض	31.25	5	8	16	المشكلات المنزلية	
متوسط	45	9	10	20	م ع مع الرفاق	
منخفض	14.28	4	14	28	م السلوكية	
مرتفع	75	15	10	20	اضطرابات النوم	
منخفض	0	0	5	10	م الاخراج	
متوسط	35	7	10	20	اللازمات العصبية	
منخفض	13.04	6	23	46	مشكلات مدرسية	
منخفض	22.72	5	11	22	م الغذائية و الصحة	
منخفض	31.25	10	16	32	هلاوس حسية	
متوسط	37.5	9	12	24	اضطرابات سيكوسوماتية	



الشكل رقم (1): يمثل أعمدة لتباين نسب المشكلات النفسية السلوكية للحالة الأولى

خلاصة الحالة (د)

❖ تحليل نتائج مقياس المقابلة التشخيصية للحالة (د)

من خلال الجدول والشكل أعلاه تبين أن الحالة (د) تظهر مستوى متوسط في ما يخص المشكلات النفسية، وهذا ما يظهر من خلال حصولها على درجات نسبية مواءمة للمستوى المتوسط إذ حصلت على درجة 8 للقلق و 8 لثورات الغضب، وهي درجة متوسطة مقارنة بالوسيط 9 و 11. أما في ما يخص المشكلات السلوكية فإن الحالة حصلت على نسب متفاوتة بين المخفضة والمتوسطة والمرتفعة. إذ حصلت على درجة 15 مشكلة اضطرابات النوم وهي درجة مرتفعة مقارنة بالوسيط 10 في المستوى المرتفع من الإستبيان، ثم تليها مشكلة المخاوف المرضية بدرجة 18 وهي درجة متتالية مقارنة بالوسيط، ثم تليها مباشرة مشكلة العلاقات مع الرفاق بدرجة 9 وهي درجة متتالية مع الوسيط 10، ثم

الإضطرابات السيكوسوماتية بدرجة 9 وهي درجة متتالية مع الوسيط 12، ثم الالتزامات العصبية بدرجة 7 وهي متتالية مع الوسيط 10، وهي درجات تتحدد في المستوى المتوسط من الإستبيان، ثم تليه المشكلات ذات المستوى المنخفض من الإستبيان المتمثلة في المشكلات المنزلية بدرجة 5 وهي درجة منخفضة مقارنة بالوسيط 8، ثم الهلوس الحسية بدرجة 10 وهي درجة منخفضة مقارنة بالوسيط 16، ثم مشكلات التغذية والصحة تحصلت على 5 وهي درجة منخفضة مقارنة بالوسيط 11 تليها المشكلات سلوكية ومشكلات الإخراج بأدنى الدرجات.

❖ خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة والمقابلة العيادية مع المرشد النفسي ونتائج إستبيان "المقابلة الشخصية لمشكلات الأطفال" للمحمد السيد عبد الرحمان" تظهر أن الحالة (د) المتقدمة المصنفة من فئة مجهولي النسب انها تعاني من مشكلات نفسية بمستوى يتفوت بين المتوسط والمنخفض يتأكد ذلك من خلال حصولها على أعلى نسبة للمستوى المتوسط في مشكلة القلق والتي نجد أعراضها لدى الحالة كالتالي: الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، مواقف الحياة الضاغطة والضغط الثقافي والحضارية الحديثة، التعرض للخبرات الحادة العاطفية، الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين، المعلمين والأقارب خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة، الحرمان العاطفي وإعاقة بعض الغرائز، وجود أسباب نفسية وعقلية، مايجعلها في حالة حزن وتأسف بالإضافة الى طريقة تعامل الغير معها وهذا ما اكدته في المقابلة العيادية في الجانب السلوكي والنفسي أما نوبات الغضب فتتمثل لديها من خلال الحزن المسيطر عليها والتعصب السريع الذي تتلقاه، بالإضافة إلى وحدتها، فالتفاعل مع الغير يسبب لها نوبات الغضب، وكرهها للتعامل وتكوين علاقات مع الغير ما اكدته من خلال قولها الذي التمسناه من الجانب الاجتماعي للمقابلة.

أما بالنسبة للمشكلات السلوكية فالحالة تحصلت على جميع المستويات ذات الدرجة المرتفعة، المتوسطة والمنخفضة في أبعاد الاستبيان الذي يقيس المشكلات السلوكية عند الاطفال وهذا دليل على انها تعاني من مشكلات سلوكية إذ تحصلت على درجة بمستوى مرتفع في مشكلة اضطرابات النوم ومن أعراض هذه المشكلة، القلق الذي سبق وأن تطرقنا إليه كمشكلة نفسية، الخوف من مواجهة مشكلات الحياة، الانفعالات المكبوتة كعدم افتراقها عن أمها أثناء زيارتها لها، الانفعالات، العقاب والتهديد الذي تتعرض اليهما والشيء الذي التمسناه في الجانب الشخصي من المقابلة. ثم تليها مشكلات المستوى المتوسط باعلى نسبة في هذا المستوى لمشكلة المخاوف المرضية ومن اعراضه عدم الرغبة للانتقال للطبيب والقلق عند فعل ذلك والتفاعل ما التمسناه في الجانب الاجتماعي للمقابلة، ثم مشكلة العلاقات مع الرفاق ومن أعراضها لدى الحالة العوامل النفسية كالقلق ونوبات الغضب وحبها للوحدة، التفاعل السلبي السريع، عدم التكيف مع البيئة، المزاج المتقلب ما التمسناه في الجانب البيئي للمقابلة ثم تليه الاضطرابات السيكوسوماتية والالتزامات العصبية التي تكون أغلب أعراضها الغضب والتعصب المسيطران على الحالة. ثم تليها المشكلات ذات المستوى المنخفض المتمثلة في مشكلات منزلية والهلاوس الحسية ومشكلات التغذية والصحة والمشكلات السلوكية والمشكلات الدراسية ومشكلات الاخراج، التي نادرا ما تظهر اعراضها أو تكون مصاحبة للمشكلات السابقة. الحالة تأثرت بمعاناتها في صغرها مع والدتها بالإضافة إلى عدم تكيفها والبيئات التي وجهت إليها ما انعكس بالسلب على حياتها النفسية والسلوكية إذ نجد أنها تعاني من مشكلات ذات نفسية سلوكية ذات نسب متفاوتة والتي تآثر على مشوارها الدراسي بصفة مباشرة، وهذا ما التمسناه كاستنتاج من خلال المقابلة العيادية للمرشد النفسي التربوي بدوره الحالة لم تحقق توافق متوازن كافي في بيئتها وعدم تقبل العلاقات الجديدة بالخصوص في المراحل الأولى، ثم أن الغضب والتوتر اللذان ينتابها نتيجة عن تحكم المشرفين عن تربيتهم في خصوصياتها إذ يتم التعبير عن انفعالاته من خلال التعبير

الجسمي اللاعقلاني كالصراخ، الغضب، الشجار، ثم أكبر عقبة تشكل لهم المعاناة النفسية والسلوكية هي مشاكل العائلة البيولوجية والتاريخ الأسري.

1-2- عرض الحالة الثانية:

❖ تقديم الحالة (أ):

الحالة (أ) تبلغ من العمر عشرون، سنة تدرس السنة الثالثة ثانوي مقيمة بقرية SOS تعاني من الحرمان الاسري، تقيم بالقرية منذ ثلاثة عشر سنة بعد أن تخلت عنها أمها التي كانت تعنفها، وجهت إلى القرية لإعادة بناء شخصيتها من قبل قاضي الأحداث، تعاني من مشكلات نفسية سلوكية وفقير الدم.

❖ عرض مضمون المقابلة:

تم إجراء المقابلة بمكتب المرشد النفسي المجاور لقاعة القراءة بقرية SOS وذلك بحضور المرشد ومديرة القرية التي اختارت الحالات بنفسها، بحيث أجرينا المقابلة في ظرف 45 دقيقة.

الحالة كانت مرتاحة نفسيا لوجودي معهم، فكانت متحمسة للأسئلة كونها تريد التعرف على التخصص فقد كانت في حالة صمت في أول المقابلة كونها لا تعرفنا إلا أننا كسرنا ذلك الحاجز بعد مدة قصيرة فور تبادلنا الحديث.

فقد كانت ترتدي فستان أسود مرتبة ومنظمة في هندامها فجلست معنا بكل راحة، إذ كان صوتها مليء بالحزن ووجهها شاحب وتمسك بهنقها تارة أو قلم تارة أخرى، وتجد صعوبة في فهم إلا بعد شرحي لها "بالدارجة"، ثم إن إيجاباتها كانت تأخذ وقتا في الرد عليها، إذ أنت على غرار الحالة الأولى يتغير مزاجها وتراقب الباب والنافذة إذ قدمت المديرية أو المرشد النفسي وتساءل إذا ما المديرية ستراقب الأجوبة أم لا، إلا بعد شرحي لأخلاقيات المهنة.

المقابلة كانت تتضمن 36 سؤال تشمل عدة جوانب من الحياة الشخصية والتي تتمثل في ما يلي: الحالة تعيش منذ ثلاثة عشر سنة، عند سؤالنا عن المكان والمشاعر التي تصاحبها وعلاقتها بالأخرين قالت: "دارنا تقديري تقولي ماشي كلش بصح كلش، نجبو *malgré tous* كايين شي مشاكل مع بنادم *mais parfaite*" بمعنى: المكان يمثل منزلي حتى وأن لم يكن كاملا إلا أنه كامل بالنسبة لي، أحبه بالرغم من المشاكل بداخله لا أنفهم مع أحد ما هنا إلا أنه مكان من أحسن الاماكن الحالة تبين إرتياحها بالمكان بالرغم من النقائص. أما عن العلاقات مع الآخرين والصدقة تقول: "لا لا ماشي حباباتي عايشين ف دار، ما عنديش صحاباتي نعرفهم برك شغل خيائي" بمعنى: نحن نتفاهم كاسرة في القرية استبعد كثيرا الطاقم الإداري والعلاقات الاجتماعية الحالة على إستعداد للنتفاع لكن في نطاق الأسرة. أما من ناحية المشاعر قالت: "كايين بنادم، يما لي ولدتي لم تربيني وما عطائيش الحنان ديالها ذكرياتي منها سلبي طاطا عالية هي لي رباتني ودوك راحت، و *téléphone* ديالي". بمعنى: احببت مربيتي طاطا عالية التي غادرت المؤوى بالاضافة الى هاتفي الحالة تعاني من الجفاف العاطفي أما علاقتها تقول: "كل واحد فحدو، انيا جببت روحي". بمعنى "أفضل الوحدة والإلتزام أما ما يثير الحالة تعاني من جدل داخلي بحيث فقدت الثقة بالمجتمع كليا مشاعرها السلبية تقول: "بنادم، يما لي ولدتي لم تربيني وما عطائيش الحنان ديالها ذكرياتي منها سلبية ماشي كيما طاطا عالية هي رباتني وعلمتني كلش" بمعنى: أكره شخص والدتي ذكرياتي معها سلبية عكس مربيتي فهي أم مثالية. أما الحالة عانت من ماضي أليم رفقة والدتها ما خلف لديها شعور عدواني اتجاهها وتتخذ من أمها البديلة موضع ثقة. عن تسليتها تقول: "نحب وحدي انا و تلفوني نحب *Instagram* نحب وحدي" بمعنى: أحب التسلية بشكل فردي بهاتفي أحب الموقع الاجتماعي *Instagram* بشكل فردي. الحالة كانت تميل إلى الوحدة.

الحالة تدرس في الطور الثانوي وتقول أن المدرسة: "*l'avenir* تاعي نتقلق فيها بصح نحب نقرأ، *les math* نكرها درت *des effort* بصح كيف كيف ونحب اللغة العربية" بمعنى: المدرسة تمثل مستقبلي لكن أتقلق عند وجودي هناك بالرغم من حبي لدراستي، أكره مادة الرياضيات لا أستوعبها بالرغم من بذلي مجهودات إلا أنني أحب اللغة العربية الحالة تفصح أن البيئة المدرسية لا توائمها ولا ترتاح فيها كثيرا. أما عن الرسوب تقول: **قلت خلاص مكاش واش ندير خفت ميرجعونيش، *jamais* عاودت قعدت وحدي فشميرة حتى ما بكيت ولي اعيط لي ما نربونيش** " بمعنى: إرتبكت كثيرا إحتجرت نفسي في غرفتي دون اية اتصالات والخوف ينتابني من أن يفصلوني، كنت محطمة. الحالة تعاني من مخاوف بسبب دراستها ما يسبب لها ضغطا وصعوبة في مواجهة الوقائع

الحالة تعيش في مؤوى إجتماعي فعند سؤالنا عن تعاملاتها مع الكبار وتعاملهم معها ودعمهم قالت: "**واش اخرج عليا *meme* افطو عليا ولا درتو نعوجو *l'essentielle* ندير راياي وكى نهدر مع واحد منخرش فية أو هما كي كنت صغيرة منفهمش وما نحشش ودوكا كي كبرت وليت نحس، ولي همل ربي اسهل عليه انا مشكيت**" بمعنى: أعمل غالبا ما أريد وأن كان الامر غصبا عني أفسده وأكره التواصل المباشر معهم. لم اكن افهم معنى العنف في صغري أما الآن أحس بما سبق ولا أكره التواصل المباشر معهم. لم اكن افهم معنى أمها) الحالة جد عصبية وتظهر نوع من التمرد وهذا راجع لمعاناتها التي كانت ترافقها طيلة حياتها.

أما الأشياء التي تدفعها للغضب وردة فعلها قالت: "**ندير مشاكل لروحي *après* نرقد ولا نعيط كي نحزن نعيط**". بمعنى: أقع في المشاكل دون سابق إنذار وعند سيطرة الحزن علي أرقد أو أصرخ الحالة متعصبة لأنقه الأسباب. أما التعامل مع المشكلات الصحية والنفسية قالت: "**رحت *déjà ou psychologue* وما عجبتيش كي تهدر تقولي قرابي... بعدا جيت نشي همي و تقل لي قرابي**" بمعنى: أذهب للأخصائي النفسي

من أجل شكاوي معينة وهي تحثني على الدراسة لا تتفهمني. الحالة لا تتلقى الأصغاء والتفهم لشكاويها ما يجعلها تعاني من الكبت. أما عن أهميتها داخل المجتمع قالت: *des fois* ايه؟". بمعنى: في بعض الاحيان. الحالة تعاني من نقص الثقة في نفسها.

للحالة طموحات فقد قالت: "نحب ندير *sport* مين داك *mais* نحب العزلة مع تلفوني وروحي، نحب *sport*، ماش بزاف برك قرائتي و *l'avenir* تعي، منحش نزها دايم" بمعنى: أحب ممارسة الرياضة بالإضافة إلى دراستي لكونها مستقبلي أما الإختلاط لا يهمني أفضل الوحدة والتواصل من خلال مواقع التواصل الاجتماعي. الحالة تحاول الإهتمام بمستقبلها لكنها جد مرتبطة بالعالم الافتراضي. ما يريحها تجيب بعكس السؤال تقول: "كي *نجوز علا واحد ما نحملوش*". بمعنى: لا أحب ملاقة الناس المزعجين. الحالة تتخذ العدوانية كسند في معاملاتها اما في مظهرها العام تقول: "ما نحش كي نكون مقلقة *psq* نظير فيهم قع نحب نلبس *les robe*". بمعنى: لا أحب أن أكون منزعة ذلك يدفعني للمشاجرة، أحب لباس الفساتين أشعر بالإختلاف والإرتياح. الحالة تعاني من نوبات قلق دائم ما يجعلها سريعة الانفعال.

لكونها من الطفولة المسعفة الحالة تحاول إثبات شخصيتها فعند السؤال كيفية التعبير عن إحتياجاتها قالت: *نهدر معاهم نقنعم نقلهم بلي مرانيش bien* بمعنى: أشرح موقعي ومدى أهمية ذلك الشيء بالنسبة للحالة تجد صعوبة للتواصل المباشر. أما ما يدفعها للشعور بالسلبية قالت: "نتقلق كي واحد يهدر معايا واجرحني، نزعف اومبعد خلاص". بمعنى: ما يثير غضبي عندما يهينني أحد ويجرحني. ما يجعل الحالة ذو شخصية جد حساسة أما أكثر شخص يثير استياءها تقول: "مرا مانحبهاش، بصح لازم عليا نتقبلها وكننتي فيها *des défauts* لي اخلوني مانحبها كي تفرض عليا حوايج *je m'énerve*". بمعنى: هناك أناس لا أحبهم لكن اتقبلهم في حياة واحترم مجهوداتهم من أجلي برغم من تصرفاتهم معي لكن انزعج من أوامرها. الحالة لا تحب أن تنتقيد ودائما ما تحب حرية

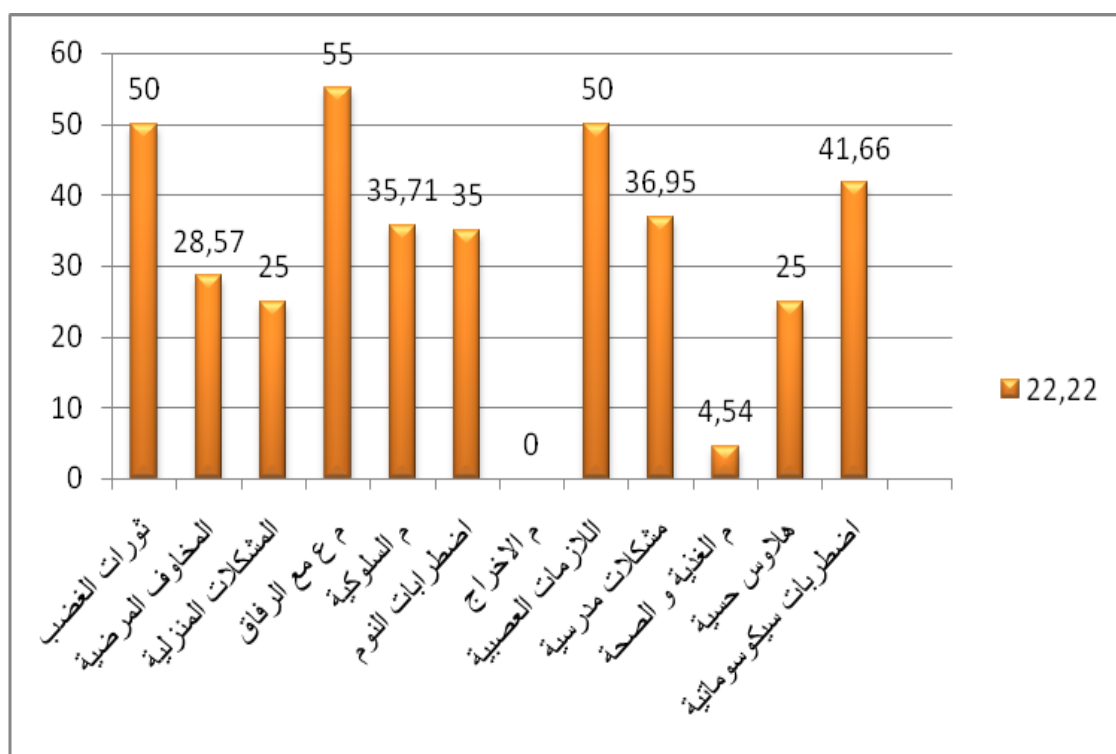
التصرف انتقاما من معاناتها أما تعامل المجتمع معها تقول: "لي تغيدني وتقلقني هدره الناس برا". بمعنى: أشعر بالقلق والنقص عند سماعي لكلام الناس خارج القرية نجد الحالة جد مستاءة من نضرة المجتمع أما صحيا وبكل حسرة تقول: "عندي animé والباقي حمد لله". بمعنى: لدي مرض فقر الدم. وهذا بحده يحدث بعض المناوشات واختلال في التوازن في الإيقاع الحيوي للفرد ما يجعله يعاني من مشكلات نفسية مؤثرة.

❖ عرض ومناقشة نتائج استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة:

بعد الإنتهاء من إجراء المقابلة العيادية مع الحالة تم تطبيق عليها استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.

الجدول رقم (07): يمثل نتائج الحالة الثانية على استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.

المستوى	النسبة	الدرجة المتحصل عليها	الوسيط	الدرجة الكلية	البعد	
منخفض	22.22	4	9	18	القلق	المشكلات النفسية
متوسط	50	11	11	22	ثورات الغضب	
منخفض	28.57	8	14	28	المخاوف المرضية	المشكلات السلوكية
منخفض	25	4	8	16	المشكلات المنزلية	
متوسط	55	11	10	20	م ع مع الرفاق	
متوسط	35.71	10	14	28	م السلوكية	
متوسط	35	7	10	20	اضطرابات النوم	
منخفض	0	0	5	10	م الإخراج	
متوسط	50	10	10	20	اللازمات العصبية	
متوسط	36.95	17	23	46	مشكلات مدرسية	
منخفض	4.54	1	11	22	م التغذية و الصحة	
منخفض	25	8	16	32	هلاوس حسية	
متوسط	41.66	10	12	24	اضطرابات سيكوسوماتية	



الشكل رقم (2): يمثل أعمدة لتباين نسب المشكلات النفسية السلوكية للحالة الثانية

❖ تحليل نتائج مقياس المقابلة التشخيصية للحالة (أ)

من خلال الجدول و الشكل اعلاه تبين ان الحالة (أ) تظهر نسب متفاوتة بين المستوى المتوسط والمنخفض في المشكلات النفسية، بحيث حصلت على درجة 11 من ثورات الغضب وهي درجة موائية للوسيط 11 في المستوى المتوسط، أما مشكلة القلق بدرجة 4 وهي درجة منخفضة مقارنة بالوسيط 9 في المستوى المنخفض، أما المشكلات السلوكية تبين ان الحالة تظهر نسب متفاوتة بين المستوى المنخفض والمتوسط، حصلت في المشكلات مع الرفاق على درجة 11 وهي درجة موائية للوسط 10، تليها الالتزامات العصبية بدرجة 10 وهي درجة موائية لدرجة الوسيط 10، ثم الاضطرابات السكوسوماتية 10 هي درجة موائية لدرجة الوسيط 12، والمشكلات المدرسية بدرجة 17 وهي درجة موائية لدرجة الوسيط 23، ثم المشكلات السلوكية بدرجة 10 هي درجة موائية لدرجة الوسيط 14، إضطرابات النوم بدرجة 7 وهي درجة موائية لدرجة الوسيط إذا هي درجات ذات المستوى المتوسط، تليها المخاوف المرضية بدرجة 8 وهي درجة منخفضة على درجة الوسيط 14،

الهالوس الحسية بدرجة 8 وهي درجة منخفضة على درجة الوسيط 16، المشكلات المنزلية بدرجة 4 وهي درجة منخفضة على درجة الوسيط 8، ثم مشكلة التغذية والصحة، ومشكلات الإخراج. بأدنى درجة.

❖ خلاصة الحالة (ا)

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة والمقابلة العيادية مع المرشد النفسي ونتائج استبيان "المقابلة الشخصية لمشكلات الأطفال" للمحمد السيد عبد الرحمان" تظهر أن الحالة (ا) المتقدمة المصنفة من فئة مجهولي النسب أنها تعاني من مشكلات نفسية بمستوى يتفوت بين المتوسط والمنخفض يتأكد ذلك من خلال حصولها على نسب متوسطة في أغلب أبعاد الاستبيان الذي يقيس المشكلات النفسية إذ تحصلت على النسب المتمثلة في مشكلات القلق وثورات الغضب ومن اعراض المشكلات النفسية نجد في المستوى المتوسط ثورات الغضب الذي تتمثل أعراضه لدى الحالة، الفشل والإحباط، استبداد الوالدين وذلك عند حرمان الطفل من شيء اعتاد الحصول عليه، الإهمال وحرمانه من الحب والعطف والحنان، عصبية الآباء واقتداء الأبناء بها، ثورات الغضب عند الآباء أمام أبنائهم يؤدي بالأطفال بالافتداء بهذا السلوك، تعدد سلطة الضبط والتوجيه وهذا يعود بعدم الإرتياح على الطفل وهذا ما التمسناه في الجانب البيئي للمقابلة بالإضافة إلى مشكلة القلق التي تظهر مستوى منخفض وذلك لكون الحالة تظهر لامبالاة في تعاملاتها كونها شخصية محبة لممارسة الرياضة وهذا عامل ساهم في تدني مستوى القلق لديها بالإضافة إلى الوحدة وإرتبطها بالعالم الافتراضي الذي يرفع من معنوياتها وهذا ما التمسناه من الجانب الشخصي للمقابلة العيادية. أما بالنسبة للمشكلات السلوكية فالحالة تحصلت على جميع المستويات ذات الدرجة، المتوسطة والمنخفضة في ابعاد الإستبيان الذي يقيس المشكلات السلوكية عند الأطفال وهذا دليل على انها تعاني من مشكلات سلوكية إذ تحصلت على درجات بمستوى متوسط وكانت المشكلات مع الرفاق

تمثل أعلى نسبة ومن الأعراض التي نجدها لدى الحالة: العزلة، الوحدة، التعصب وهذا ما التمسناه في الجانب البيئي للمقابلة بالإضافة إلى الالتزامات العصبية التي لها أعراض ظاهرة على المستوى النفسي الذي تطرقنا إليه من خلال معاناتها من نوبات الغضب ما تبين في المقابلة العيادية في الجانب الشخصي، تليها المشكلات السيكوسوماتية والتي تبرز أعراضها لدى الحالة عوامل فسيولوجية غير واضحة بسبب إستثارها من طرف عوامل نفسية وبيئية، أسباب عضوية غير محددة مثل عدم استقرار الجهاز العصبي اللاإرادي. تليها الاضطرابات المدرسية والتي تتمثل أعراضها في القلق من البيئة المدرسية والصعوبات في البرنامج الدراسي ثم المشكلات السلوكية أين نجد الأعراض الظاهرة للحالة كالتنمر والعصيان كما وضحت بشكل دقيق في المقابلة العيادية في الجانب الاجتماعي، تليها اضطرابات النوم التي غالبا ما تكون أعراضها مرافقة للمشكلات السابقة.

ثم نتطرق للمشكلات ذات المستوى المنخفض والمتمثلة في المخاوف المرضية والتي ننسبها لمرض فقر الدم الذي تعاني منه الحالة تليها الهلوس الحسية والمشكلات المنزلية بسبب عامل التمرد والعصبية التي تعاني منها ثم مشكلات التغذية والصحة التي تعتبر مشكلة لدى الحالة بسبب أسلوب إسقاطي يمارسه الأطفال للتعبير عن عدوانية الأهل، الجو الأسري المميز بالأجواء العدوانية والتي تعاني بدرجة كبيرة من الإنعزال وقلة الشعور بتعاطف بين الأفراد في الأخير مشكلات الإخراج.

فالحالة جد متأثرة باهمال والدتها لها وقسوتها ما جعلها شخصية منطوية على نفسها تعاني من الانسحاب الاجتماعي من خلال تأثرها بالعالم الافتراضي ما خلق لها عدوانية ونوبات غضب انتقاما من المجتمع أو النوم لفترات غير منتظمة بالتالي ما يفسر لديها مرض فقر الدم وما يؤثر بدوره على مشوارها الدراسي كونها لا تتكيف بسهولة مع البيئة المدرسية بالتالي يؤكد المرشد النفسي ان سلوكها تغير مع طول مدة التكفل وعدم تقبلها لأشخاص الجدد بتاتا إذ أغلب مشكلاتها ناجمة عن التاريخ الأسري لها.

1-3- عرض الحالة الثالثة:

❖ تقديم الحالة هـ:

الحالة (هـ) تبلغ من العمر سبعة عشر، تدرس السنة الرابعة متوسط تقيم بقرية الطفولة المسعفة SOS لاسباب اسرية اقتصادية تعاني من الحرمان الاسري تقيم بالمركز منذ عشر سنوات مع أخيها.

تعاني الحالة من مشكلات نفسية سلوكية، تعيش مع اطفال محرومين مثلها بعد أن وجهها قاضي الأحداث من أجل حياة أفضل ماديا ومعنويا.

❖ عرض مضمون المقابلة:

تم إجراء المقابلة بمكتب المرشد النفسي المجاور لقاعة القراءة بقرية SOS وذلك بحضور المرشد ومديرة القرية التي اختارت الحالات بنفسها، بحيث أجرينا القابلة في ظرف 45 دقيقة.

الحالة (هـ) كانت مخالفة للحالتين السابقتين فمنذ دخولها للمكتب والضحك لا يفرقها ما يجعل منها شخصية جد محبوبة فالطموح والتفاؤل بالحياة عاملان يميزانها يمكن للغير الاقتداء بها الحالة كانت ترتدي لباس رياضي وكانت جد مرتاحة وكأنها معتادة على الأمر فجلست معنا بكل راحة وثقة فكانت تجيب على الاسئلة وتحاول الشرح بيديها في كل مرة ثم أن الحالة لم ترتج لدخول المديرة وتزعج وتصمت كليا عكس المرشد النفسي الذي إرتاحت له قائلة : **"مانخاف والو مغندهم ميديرو"** بمعنى : لست خائفة من الكلام لن يؤثر عليا. وكان شرحي لأخلاقيات المهنة محفزا ساهم في حرية تعبيرها.

الحالة تعيش منذ عشر سنوات، عند سؤالنا عن المكان والمشاعر التي تصاحبها وعلاقتها بالأخرين قالت : **"تعتبرو داري، نحس كاين واحد بوجه لي طريقي، ونعتبرها كيميا اي بلاصة فيها سلبيات وإيجابيات"** بمعنى: المكان يمثل لي منزلي، أحس أن حياتي منظمة عند دخولي إليه أما النقائص شيء عادي الحالة تعتبر القرية سندا لها. أما العلاقة التي

تربطها بالغير والصدافة تؤكد وتقول: "العلاقة هائلة نحب لبنات ،ايه عندي أصدقاء مين داك ندابزو مين داك نتفاهمو ولا واحد ادنا ليهم تغيضني عمري" بمعنى: علاقتنا جد ايجابية ومن العادي المشاكل الصغيرة، اشعر بالأزعاج عند مضايقتهم تتوافق مع بيئتها بشكل ايجابي. أما من ناحية المشاعر قالت: "نحب قرائتي ، صلاتي ،وووو الحوايج " أما نوعية العلاقة قالت: "كل واحد خلاف على لآخر" أما الشيء الذي لا يعجبها قالت: "واحد ادنى لو احد نحبو عندي هاد العقلية". بمعنى: أحب الدراسة وممارسة العقيدة، والموضة اما العلاقات كل على حسب مرتبته عندي ثم أني لا أحب الاحتقار أذ ادافع بشكل مباشر. الحالة صريحة ومرتاحة في بيئتها أما الشخص الحبوب وكيفية تسليتها قالت: "قع Chalie 1 و خويا (ز)، نحب نلعب في جماعة نتمسخر ونضحك" بمعنى: أحب منزلي وأخي (ز) أفضل اللعب في جماعة ذلك يسعدني. الحالة تكيفت بشكل واضح مع بيئتها بالرغم من بعض الثغرات.

الحالة تدرس في الطور المتوسط وتقول ان المدرسة: "حياتي لو كان زعما نخرج م لمسيد نندم وكي نكون تما كلما نفهم حاجا نحير بزربة نفهم حاجا خلاف نزيد معلومات ههه...نسقسي بزاف ونحب شيوخا تاعي *quelque un*، بصح نكره كي نوض مع صبح ربي". بمعنى: بالمدرسة أعرف معنى الحياة ولن أتخلى عنها احب الفهم السريع للدروس لأتعلم المزيد، أحب بعض المعلمين لكن أكره النهوض باكرا الحالة جد مرتبة بمشوارها الدراسي وتظهر تكيفا مع البيئة المدرسية. أما عن الرسوب تقول: "تحس قلبي مزير ونقول علاه نندم". بمعنى: أحس بانفجار داخلي والوم نفسي نادمتا. الحالة تبدي تخوفا عند طرح السؤال.

الحالة تعيش في مؤوى اجتماعي فعند سؤالنا عن تعاملاتها مع الكبار وتعاملهم معها ودعمهم قالت: "كي عفسا نرضا عليها اه وكيفا نحبهاش نقول لالا و ما نديرهاش، ايه اضرينا اي واحد كي نغلطو باش نترباو" بمعنى: اذ كان الامر في صالحني وإذا لم أقدر

فلا أفعل بالنسبة للعنف اتلقاه من أجل مصلحتنا تعاني من العنف. أما الإهمال تقول بكل عفوية: **"إيه من جهة لأفامي"** بمعنى: عائلتي تهملني الحالة تعاني من الإهمال الأسري لها. أما ما يثير مشاعرها السلبية وردة فعلها تقول: **كي الهدرو لي على شخص نجبو..خويا و هادوك لي نعيش معاهم ، ندخل للبيت نبكي حتى نريح و نولي نضحك"**. بمعنى: لا أحب النميمة على الأشخاص المقربين إليا كثيرا، أما المشاكل تجعلني حزينة لحد البكاء في غرفتي ثم اعودة لحالتي الطبيعية تعاني من نوبات البكاء الحاد بسبب تأثر مشاعرها اما المشكلات الصحية تقول: **"عندي goitre ،السمنة المفرطة ،الام العادة الشهرية"**. بمعنى: لدي مشاكل صحية كألام العادة الشهرية، تضخم الغدة الدرقية الحالة تعاني من ضغوطات وقلق ازاء حالتها الصحية أما تقيمها لنفسها داخل المجتمع قالت: **"إيه نحس بلي انا انسانة مليحة"**. بمعنى: أنا واثقة بزيادة من نفسي. تقائل بشخصها.

للحالة طموحات فقد قالت: **النزهات لا لا برك نخرج ندور ونشري، ونقرا بزاف ونصلي و maquiller وهذا هو"** بمعنى: أحب التسوق، والدراسة والقيم بواجبي العقائدي، والموضة. الحالة كثيرا ما تهتم بالجانب الشخصي. ما يريحها ويقلقها ونوعية اللباس قالت: **القران، كي ندير مكياج وما نحبش كي اشفوني محطمة (كي نبكي) وانا نلبس مستور"**. بمعنى: أنا احب تلاوة القرآن واتبع الموضة أكره أن يراني أحد ما في حالة ضعف وأنا ملتزمة. الحالة تعاني من نضرة الآخرين إليها بسبب سمنتها الزائدة ما يثير قلقها.

لكونها من الطفولة المسعفة الحالة تحاول اثبات شخصيتها فعند السؤال كيفية التعبير عن احتياجاتها قالت: **"لعقلا ولا مجبتهاش نديها بلقباحة"**. بمعنى: غالبا ما أتصرف بعقلانية لكن إن لزم الأمر أتصرف بعصبية الحالة سريعة التفاعل ما يخلق لديها بعض التمرد. أما ما يشعرها بالسلبية تقول: **"تلقا واحد نجبو اومبعد اجرني او زيد عفايس تع la famille"**. بمعنى: عندما أكن مشاعر للأخرين وتكون ردة فعلهم لي سيئة على غرار عائلتي تعاني من الإهمال الأسري وإهمالهم ما يخلق لديها قلق واضح. أما عند عدم تحقيق

مبتغها تقول : "كي ما نحققش واش راه في راسي نحس روعي ناقسة". بمعنى: أحس بالنقصان. الحالة لديها نقص في إبراز ذاتها أما ما تكرهه في حياتها تقول: "ما نكرهش ف حياتي ،نحب روعي نكره برك كي نحب عفسة و ما جنيش ولي احتمو عليا نقول لا لا ومنقبلش واقلقوني كي احشموني واذاو شي واحد نحبو". بمعنى :لا اعرف الكره في حياتي فقط عندما لا أحصل على ما أريد ولا أقبل أن يفرض عليا أمر لا أريده أو أكون في وضعية إخراج أو يخرج أقرائي الحالة تبدي تفاعل إيجابي اتجاه أقرائها عكس ما تتلقاه من إهمال. أما الشكوي الصحية تقول: "كيم قلت مقبيلا". بمعنى: سبق وذكرتها. الحالة تعاني من تضخم في الغدة الدرقية التي تكون أغلب أسبابه نوبات الغضب والقلق الزائد وهو شيء ملحوظ لدى الحالة.

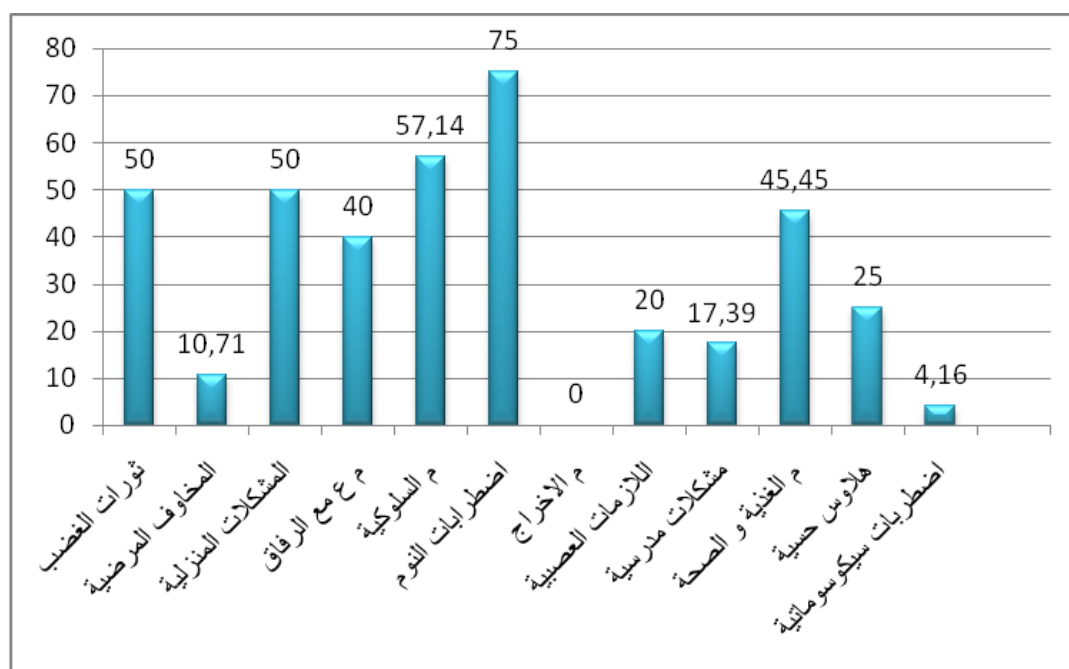
عرض ومناقشة نتائج استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة :

بعد الإنتهاء من إجراء المقابلة العيادية مع الحالة تم تطبيق عليها استبيان المقابلة

التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.

الجدول رقم (08): يمثل نتائج الحالة الثالثة على استبيان "المقابلة التشخيصية لمشكلات مرحلة الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان.

المستوى	النسبة	الدرجة المتحصل عليها	الوسيط	الدرجة الكلية	البعد	
متوسط	61.11	11	9	18	القلق	المشكلات النفسية
متوسط	50	11	11	22	ثورات الغضب	
منخفض	10.71	3	14	28	المخاوف المرضية	المشكلات السلوكية
متوسط	50	8	8	16	المشكلات المنزلية	
متوسط	40	8	10	20	م ع مع الرفاق	
متوسط	57.14	16	14	28	م السلوكية	
مرتفع	75	15	12	20	اضطرابات النوم	
منخفض	0	0	5	10	م الاخراج	
منخفض	20	4	10	20	اللازمات العصبية	
منخفض	17.39	8	23	46	مشكلات مدرسية	
متوسط	45.45	10	11	22	م التغذية و الصحة	
منخفض	25	8	16	32	هلاوس حسية	
منخفض	4.16	1	12	24	اضطرابات سيكوسوماتية	



الشكل رقم(3): يمثل أعمدة لتباين نسب المشكلات النفسية السلوكية للحالة الثالثة

❖ تحليل نتائج مقياس المقابلة التشخيصية للحالة (هـ)

نلاحظ من خلال الجدول والشكل أعلاه أن الحالة (هـ) تظهر مستوى متوسط في المشكلات النفسية. إذ تحصلت على درجة 11 في مشكلة القلق وفي ثورات الغضب درجة 11 وهي درجات مواتية للوسيط 9 و 11 في المستوى المتوسط.

بالنسبة للمشكلات السلوكية أظهرت نسب متفاوتة بين المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة، فتحصلت اضطرابات النوم على درجة 15 وهي درجة مرتفعة على الوسيط 12 في المستوى المرتفع، وتحصلت المشكلات السلوكية على درجة 16 الموائية للوسيط 14، تليها المشكلات المنزلية بدرجة 8 الموائية للوسيط بدرجة 8، ثم مشكلات التغذية والصحة بدرجة 10 الموائية للوسيط بدرجة 11 ثم المشكلات مع الرفاق بدرجة 8 الموائية للوسيط 10 في المستوى المتوسط، أما مشكلة الهلاوس الحسية بدرجة 8 وهي درجة منخفضة على الوسيط 16، تليها الالتزامات العصبية بدرجة 4 وهي درجة منخفضة على الوسيط 10، تليها المشكلات المدرسية بدرجة 8 وهي درجة منخفضة على الوسيط 23، ثم مشكلة المخاوف

المرضية بدرجة 3 وهي منخفضة على الوسيط 14 ثم الإضطرابات السيكوسوماتية ومشكلات الإخراج بأدنى درجة.

❖ خلاصة الحالة (هـ)

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة والمقابلة العيادية مع المرشد النفسي ونتائج استبيان "المقابلة الشخصية لمشكلات الأطفال" لمحمد السيد عبد الرحمان" تظهر أن الحالة (هـ) المتمدرسة المصنفة من فئة مجهولي النسب أنها تعاني من مشكلات نفسية بالمستوى المتوسط يتأكد ذلك من خلال حصولها درجات نسبية متوسطة في أغلب أبعاد الاستبيان الذي يقيس المشكلات النفسية والتي تتمثل في مشكلة القلق التي حققت أعلى نسبة والتي تتمثل مظهره لدى الحالة، الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، مواقف الحياة الضاغطة والضغط الثقافي والحضارية الحديثة، التعرض للخبرات الحادة العاطفية، الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين، المعلمين والأقارب خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة، الحرمان العاطفي وإعاقة بعض الغرائز، وجود أسباب نفسية وعقلية. هذا ما التمسناه من المقابلة العيادية في الجانب تليها ثورات الغضب والتي تكون ناجمة عن ارتفاع نسبة القلق، بالإضافة الى التعاملات التي تتلقاها.

أما المشكلات السلوكية فالحالة تحصلت على نسب متباينة المستوى المتمثل في المنخفض المتوسط والمرتفع في أبعاد استبيان المشكلات السلوكية لمشكلات الأطفال والتي تحصلت على أعلى درجة على المستوى المرتفع في مشكلة اضطرابات النوم والتي ظهرت أعراضها لدى الحالة كالتالي النوم لفترات غير منتظمة، ايجاد صعوبة في العودة للنوم عند الاستيقاض، عدم الشعور بالامن ما اكده في، تليها المشكلات ذات المستوى المتوسط السلوكية والمتمثلة في المشكلات السلوكية، المشكلات المنزلية ومشكلة المشكلات مع الرفاق إذ نجد أعراضها لدى الحالة والمتمثلة في القلق، صعوبة مواجهة المشكلات، الاضطراب،

المشاجرات بين الرفاق، التمرد عن الأنظمة، العناد وهذا ما اكدته خلال المقابلة في الجانب النفسي والسلوكي ثم تليها مشكلات التغذية والصحة والتي تتمثل مظاهره تضخم الغدة الدرقية في الوزن الزائد للحالة، زيادة وزنها ونقصانه باستمرار، آلام الصداع والتي تؤكد من خلال قولها في المقابلة في الجانب الاجتماعي

تليها المشكلات ذات المستوى المنخفض والتي حققت درجات منخفضة على مستوى المقياس المتمثلة في الهلوس الحسية، الالزمات العصبية بسبب عدم تحقيق الذات، المخاوف المدرسية بسبب طريقة التعامل مع الواجبات المدرسية، مخاوف مرضية، اضطرابات سيكوسوماتية ومشكلات الاخراج كادنى درجة.

الحالة في مرحلة جد حساسة بحيث هي الاخرى تعاني من الحرمان الأسري وفرض نفسها على بيئتها التي تاقلمت معها بشكل جيد اذ تعاني من القلق بنسبة كبيرة ما سبب لها بشكل ملحوظ اضطرابات في النوم بالاضافة إلى نوبات الغضب التي تسبب لها المشكلات المنزلية والسلوكية ما يؤثر بدوره على المشوار الدراسي لها. ما أكده المرشد النفسي على أن الحالة تختلف على الحاليتين السابقتين من خلال تفهمها وتاقلمها مع التغييرات الروتينية إلا أنها تعاني من القلق ما يسبب لها معانات نفسية جراء المشاكل العائلية والتاريخ العائلي.

2. عرض النتائج العامة للحالات الثلاثة في مقياس المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة:

يمثل الجدول التالي نتائج درجات المشكلات النفسية السلوكية لدى الحالات الثلاثة في مختلف المستويات.

الجدول رقم (09): يمثل نتائج الحالات الثلاثة.

المشكلات السلوكية														المشكلات النفسية											
اضطرابات سيكوسوماتية		هلاوس حسية		مشكلات التغذية والصحة		مشكلات مدرسية		الالتزام العصبية		مشكلات الاخراج		اضطرابات النوم		مشكلات السلوكية		م ع م مع الرفاق		مشكلات منزلية		المخاوف المرضية		ثورات البكاء		القلق	
المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة
متوسطة	37.5	منخفضة	31.25	منخفضة	22.72	منخفضة	13.04	متوسطة	35	منخفضة	0	مرتفعة	75	منخفضة	14.28	متوسطة	45	منخفضة	31.25	متوسطة	64.28	متوسطة	36.36	متوسطة	44.44
متوسط	41.66	منخفضة	25	منخفضة	4.54	متوسطة	36	متوسط	50	منخفض	0	متوسطة	35	متوسطة	35.71	متوسطة	55	منخفضة	25	منخفضة	28.57	متوسطة	50	منخفضة	22.22
متوسط	4.16	منخفضة	25	متوسطة	45.45	منخفضة	17.39	منخفضة	20	منخفضة	0	مرتفعة	75	متوسطة	57	متوسطة	40	متوسطة	50	منخفضة	10.71	متوسطة	50	متوسطة	61.11

3- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة :

• مناقشة وتحليل الفرضية الأولى :

من خلال النتائج المتحصل عليها من اجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، واستبيا ن المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة "محمد السيد عبد الرحمان 1998". على عينة مكونة من (3) حالات مراهقات متمدرسات القاطنة بمراكز الإيواء تم التوصل إلى أن الفرضية الأولى والتي مفادها ان :تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من مشكلات نفسية تحققت من خلال نتائج الدراسة المعروضة سابقا إذ أن المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء يعاني من مشكلات نفسية تتمثل في القلق، الحزن، الكآبة، نوبات الغضب، عدم التركيز.

كما نلاحظ أن هذه نتائج قد اتفقت مع دراسات سابقة منها :

- دراسة ميخايل نبيلة 1989: بعنوان أثر الحرمان من الأسرة على السلوك الاجتماعي والانفعالي للتلميذ في مرحلة الطفولة، أظهرت الدراسة وجود فروق دالة في بعض ابعاد المقياس الخاص بالسلوك الانفعالي .(ميخائيل نبيلة ،1989).

- بالإضافة إلى (دراسة مها الكردي 1976) التي قارنت بين الاطفال العاديين والمحرومين بحيث توصلت الى وجود بعض المشاكل النفسية لدى أطفال القرية مثل: اضطرابات النوم، المخاوف، الشعور بالتعب. (مها الكردي 1976)

بالإضافة إلى نظرية التحليل النفسي التي أسسها فرويد في إحدى المسلمات الأساسية لطبيعة الإنسان أن الخمسة سنوات الأولى من حياة الفرد هي أهم سنوات حياته وأشهرها تأثيرا في سلوكه في حالة السواء أو اللاسواء بحيث يرى أن منشأ الاضطراب النفسي يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلاف الفرد بوضائف نفسية عبر مسارين هما: المسار الأول: تعليم غير ملائم في مرحلة الطفولة الأولى المسار الثاني: اختلال الحكمة المتوازنة بين منضمات النفس الهو، الأنا، الأنا الأعلى. (الخطيب، 1998، ص207).

• مناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

من خلال النتائج المتحصل عليها من إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، واستبيان المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة "محمد السيد عبد الرحمان 1998". على عينة مكونة من (3) حالات مراهقات متمدرسات مجهولات النسب القاطنة بديار الايواء تم التوصل الى ان الفرضية الثانية التي مفادها أن: تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من مشكلات سلوكية تحققت . من خلال نتائج الدراسة المعروضة سابقا أن المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء تعانين من مشكلات سلوكية تتمثل في اضطرابات النوم ،الالتزامات العصبية ،مشكلة السلوك ،مشكلات التغذية والصحة، اضطرابات سيكوسوماتية، مشكلات مدرسية ،مشكلات مع الرفاق ،مشكلات المخاوف المرضية، هالوس حسية.

كما نلاحظ ان هذه النتائج قد اتفقت مع دراسات سابقة منها:

- دراسة "كمال يوسف بلان 2011" بعنوان الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين بدار اليتامى من وجهة نظر المشرفين عليهم، إذ هدفت إلى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام (كمال يوسف بلان 2011).
- إضافة إلى دراسة (ياسر يوسف اسماعيل 2009) في دراسة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية وهدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المشكلات السلوكية وأكثرها شيوعا لدى أطفال مؤسسات الإيواء والأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية (ياسر يوسف اسماعيل، 2009).
- بالإضافة إلى النظرية السلوكية التي مفادها أن السلوك متعلم يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها، بحيث أن الإنسان ابن بيئته بما تشمل عليه من مؤثرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف المجالات النفسية، البيولوجية، تصبح جزء من كيانه النفسي ويثبتها عن طريق التعزيز والنمذجة (الغزة، 2002، ص43).

4-الاستنتاج العام :

من خلال دراستنا لموضوع المشكلات النفسية السلوكية لدى المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء تم طرح التساؤل التالي: هل تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات النفسية السلوكية ؟ وكأجابة مؤقتة قمنا بصياغة الفرضية التالية:
تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات النفسية السلوكية .
فبعد أن تحصلنا على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة وذلك بتطبيق أدوات البحث السابق ذكرها، على عينة مكونة من ثلاثة حالات أين كانت نتائج المقياس على هذه الحالات :

الحالة الأولى: تعاني من المشكلات النفسية السلوكية بنسبة 34.59 بمستوى متوسط.

الحالة الثانية: تعاني من المشكلات النفسية السلوكية بنسبة 31.59 بمستوى منخفض.

الحالة الثالثة: تعاني من المشكلات النفسية السلوكية بنسبة 34.07 بمستوى متوسط.

من خلال النتائج توصلنا الى المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء يعاني

من مشكلات نفسية سلوكية .

خاتمة:

تنقسم الإنسانية إلى مجتمعات، ولكل مجتمع خصائص ومميزات تجعل كل واحد مختلف عن الآخر إلا أن هنالك من مكونات هذه المجتمعات ما يتشابه فيها، على غرار مجهولي النسب التي حطمت أرقاماً قياسية من حيث تطور عددها وذلك راجع لعدة أسباب منها الحروب، الكوارث الطبيعية، العوامل الاقتصادية، العوامل الأسرية، الإجرام، التعديت اللأخلاقية، الجنح..... الخ ما يخلق في مجملها براءة لم تكن مسؤولة ولم يكن بيدها حيلة لتجد نفسها عرضة لمجموعة من الضغوطات والصراعات اللامتناهية في أغلب الأحيان والتي تأثر على هويتها وكيانها في جميع الأصعدة لاسيما الصعيد الصحي النفسي الذي يؤثر على شخصيتها وعلى هذا قمنا بصياغة الإشكالية التالية: هل تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات النفسية السلوكية ؟

من هنا قمنا بطرح فرضية البحث مفادها: تعاني المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء من المشكلات النفسية السلوكية.

ومن خلال معالجتنا لهذه الفرضية قمنا بدراسة ثلاثة حالات مراهقات متمدرسات قاطنات بديار الايواء وذلك بالاعتماد على المقابلة العيادية النصف موجهة والملاحظة واستبيان المقابلة التشخيصية لمشكلات الطفولة لمحمد السيد عبد الرحمان قمنا بتحليل و تفسير النتائج المتحصل عليها.

فبناء على النتائج التي تحصلنا عليها تم الوصول إلى الفرضية التي مفادها تتميز المراهقات المتمدرسات القاطنات بديار الايواء بالمشكلات النفسية السلوكية. قد تحققت جزئياً، إذ توصلت نتائج الدراسة أن هنالك حالتين تعاني من المشكلات النفسية السلوكية بنسبة متوسطة وحالة واحدة بنسبة منخفضة.

الاقتراحات:

اقتراحات الدراسة:

للتخفيف من شدة المشكلات التي يعاني منها مجهول النسب يجب على العاملين بها تنمية سلوكيات ايجابية من خلال :

- توعية المجتمع في الحفاظ على أسرهم وإعادة النظر والتوعية بمدى معانات هذه الفئة من المجتمع.
- وضع برنامج تأهيلي للمربيات المشرفات على الأطفال.
- عدم تهمة هذه الفئة وترهيبها ومحاولة الحوار العقلاني معها مع احترام كيانها.
- محاولة دمج المراهقين مع المجتمع من خلال التواصل مع غيرهم من المراهقين العاديين حتى يتحقق التفاعل الإيجابي.
- النظر في الآثار التي التي يتركها الحرمان على الطفل مستقبلا وتهيئتهم لمواجهة الصعوبات خارج المؤسسات.
- وضع برامج التكفل بهذه الفئة لمساعدتهم على تجاوز بعض المشاكل وتحسين سلوكهم.
- إعطاء أهمية أكبر للأخصائي لدراسة مختلف الظواهر التي تطرأ على هذه الفئة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً- المراجع باللغة العربية:

أ-الكتب:

1. ابجي لويس، بيل هكين، ترجمة معين حويص ،فن العلاج النفسي ، الطبعة 2، دار علاء سوريا دمشق.
2. إبراهيم سعد، 1986، مشكلات الطفولة والمراهقة، الطبعة الأولى، دار الأفاق الجديدة للنشر والتوزيع، لبنان.
3. إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات (2005): اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج، ط1، دار الفكر
4. أحمد محمد الزغبى (2013): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.
5. أحمد محمد عقلة الزيون (2006): سيكولوجية الطفولة وثقافة الخوف، جامعة البلقان التطبيقية، البلقان
6. أسماء عبد الله العطية (2008): الإرشاد السلوكي المعرفي في اضطرابات القلق لدى الأطفال، ط1، مؤسسة جوسم الدولية للطباعة والنشر، مصر.
7. الحلو ،حمت (1992)،السلوك العدوانى للمراهق و علاقته بجنسه و عمره و الضغوط النفسية التي يتعرض لها ، كلية التربية ابن رشد ،جامعة بغداد .
8. الدكتور :فكري لطيف موتوري ،خالد غازي الدبلجي ،2017، دراسة حالة لذوي الاحتياجات الخاصة ،ط1، دارالشروق للنشر و التوزيع ،الاردن .
9. الطيب ،احمد محمد (1999) ،الاحصاء في التربية و علم النفس ،ط1، المكتب الجامعي ،مصر .

10. القاطرجي ،2003،الاغتصاب،الطبعة الاولى،مجد المؤسسة الجامعية للدراسات و التوزيع ،لبنان.
11. الكردي ،و اخرون ،1980،*التوافق و التكيف الشخصي و الاجتماعي لدى اطفال الملأجىء اللقطاء* ، المجلة الاجتماعية القومية ،المركز القديم للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، العدد 2_3 ، المجلد السابع عشر .
12. إيجي لويس، بيل هكين، ترجمة معين خويص، *فن العلاج النفسي*، ط2، دار علاء، دمشق، سوريا.
13. إيمان عبد الكريم ذبي، *السلوك الاجتماعي للطالب الجامعي*، مجلة مركز البحوث التربوية والنفسية، العدد الثاني عشر، الجامعة المستنصرية.
14. بطرس حافظ بطرس (2010): *تعديل وبناء سلوك الطفل*، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
15. بيرفان عبد الله محمد سعيد لطفى (2002): *اثر استخدام برنامجين بالألعاب الحركية*
16. توم دوجلاس ،(1979)،*مشكلات الاطفال اليومية* ،ترجمة اسحاق رمزي ،دار المعرفة ،القاهرة
17. توما جورج خوري،(1996): *الشخصية*، ط1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
18. جوليان روتر، ترجمة عطية محمود هنا (1984): *علم النفس الإكلينيكي*، دار الشروق
19. حامد عبد السلام زهران ،(1979): *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، ط1، القاهرة.
20. حسن علي ،(1982)،*المدخل الى علم النفس المرضي الاكلينيكي*،دار المعرفة الجامعية

21. حمدي عبد الله عبد العظيم (2013): برنامج تعديل السلوك، ط1، أولاد الشيخ للطباعة والنشر، مصر
22. حمزة الجبالي (2007): مشاكل الطفل والمراهق النفسية، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن
23. خالد عبد الرزاق النجار *دراسة حالة "حقيبة تدريبية أكاديمية"*، طبعة الاولى، جمعية البر في الاحسان لنشر و التوزيع ، جامعة الملك فيصل _ الامرات ع سعودية .
24. دكتورة:كوامنكنزي - ترجمة زينب منعم (2013): الاكتاب، ط1، دار المؤلف للنشر والتوزيع، الرياض
25. دلال ملحس استتية، عمر موسى سرحان (2012): المشكلات الاجتماعية، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.
26. رافدة الحريري- زهرة بذرجب (2007): المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لتلاميذ المرحلة الابتدائية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
27. راي كرويذر، ترجمة معتر سيد عبد الله (2009): الخجل، عالم المعرفة للطباعة والنشر، الكويت
28. رقية الغيرة (1994): المشكلات السلوكية عند الأطفال، جمعية دار البدر للنشر، دبي، الإمارات
29. روجي موكايي (1988): العقد النفسية، ط1، منشورات عويدات، بيروت، باريس، ترجمة لموريس شريل، بموجب اتفاق حاصل مع المطبوعات الجامعية الفرنسية.
30. زهران عبد السلام (،1994)، *علم النفس الطفولة و المراهقة* ، ط3، دار الفكر العربي، الاسكندرية .
31. سميرة عطية المحراج (2013): الحلول المختارة لمشكلات الأطفال والمراهقين، ط1، مكتبة العربي للمعارف، مصر

32. سناء محمد سليمان (2016): مشكلة الخجل الاجتماعي لدى الصغار المراهقين الكبار، عالم الكتب للنشر، القاهرة، مصر.
33. سناء نصر حجابي، 2009، علم النفس الاكلينيكي للاطفال ،ط1، دار المسيرة للنشر ،عمان .،دار النهضة العربية ،بيروت
34. سهير كمال احمد،(2000)،الصحة النفسية و التوافق ،مركز الاسكندرية للكتب مصر
35. سوس شاكر ،2008،اضطرابات الشخصية ،ط1،دار الصفا للنشر
36. عبد الستار إبراهيم (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة للتوزيع والنشر، الكويت.
37. عبد الكريم بكار،2010:مشكلات الاطفال ،الطبعة الاولى .،دار السلام ،المملكة العربية السعودية.
38. عبد المجيد الخدي، كمال حسن وهبي (1997):الامراض النفسية و العقلية و الاضطرابات السلوكية عند الاطفال ،الطبعة 1،دار الفكر العربي ، بيروت .
39. علاء إبراهيم جرادة (2010): مشكلات الأطفال،ط1، دار السلام، السعودية
40. عنى إسماعيل، وسيل عزاوي، ماي عبقر معلوف (2017): برنامج اضطراب الأكل، **AUMBL A**، المركز الطبي في الجامعة الأمريكية، بيروت
41. فاروق شوقي البوهي ،2011، اساليب ومناهج البحث في التربية و علم النفس ،ط 1 ، دار الوفاء لطباعة ، القاهرة.
42. فريد حسين (2003): المشكلات النفسية للطفل، دار ربيع للنشر، سورية
43. كارين ل. بريس (2010): الاكتئاب، مكتبة الشقوى للتوزيع، الرياض
44. كليز فهيم (1990): أولادنا والأمراض النفسية، دار الهلال للنشر، مصر

45. كمال علي (1968): النفس وانفعالاتها وأمراضها وعلاجها، الدراسات الشرقية للطباعة والنشر، بيروت.
46. لويس كامل مليكة (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط1، دار القلم، الكويت.
47. محمد أشرف سالم (2003): الوسواس القهري، ط1، مكتبة دار العقيدة، الأزهر، مصر
48. محمد مخيمر، هبة محمد علي (2006): المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، ط1، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
49. محمود حسن، (1981)، الاسرة و مشكلاتها ،دار النصر و النهضة العربية ،بيروت
50. مروان عبد المجيد ابراهيم ،2006،العاقات الجسمية و الصحية ،ط1،دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان .
51. مريم سليم و الهام الشعрани ،(2006)،الشامل في المدخل الى علم النفس ،ط1
52. مصطفى حجابي (1981)،الاحداث الجنوح ،ط2،دار الطباعه والنشر ،بيروت
53. ميموني ، بدرة المعتصم ،(1993)،الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل المراهق ، ط1، دوان المطبوعات الجامعية ، لبنان .
54. نادية سعد العبيدي (1999) : تشخيص وعلاج اضطرابات النطق واللغة والكلام، إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية والتوجيه الفني للخدمات النفسية،المكتبة المصرية، مصر
55. نبيلة عباس الشوريحي (2002-2003): المشكلات النفسية للأطفال، ط1، دار النهضة العربية
56. نسبية جلال، 2017، الرعاية النفسية لأيتام السوريين اللاجئين، مركز البحوث للدراسات، والالعب الاستكشافية في تطوير بعض المهارات ، سوريا

ب-المذكرات الجامعية:

1. ابتهاج محسن جوده، أسماء عبيد جبر وآخرون (2016-2017): دور الإرشاد التربوي في حفظ اضطراب النوم لدى طلبة المرحلة المتوسطة من وجهة نظر الهيئة التعليمية في مرحلة المحافظة القادسية، مذكرة ماجستير في الإرشاد النفسي، القادسية
2. أشرف إبراهيم محمد الجبالي، (2009):المشكلات السلوكية لدى الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، ماجستير عمل النفس الجامعة الإسلامية غزة- فلسطين.
3. أعراب كملية- سداوي جميلة، 2012، الطفل الغير شرعي في القانونين الدولي والجزائري، شهادة ماستر في القانون، جامعة تيزي وزو، الجزائر.
4. امزين ، زوبيدة ، 2007 ، علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته و حاجاته الارشادية دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس ،رسالة ماجستر ، جامعة باتنة ، الجزائر.
5. إيمان دليل (2015): الأفكار العقلانية وعلاقتها بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، دراسة ميدانية، مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة
6. ايمان محمود القماح،(1983)،،اثر الحرمان من الوالدين على البناء النفسي للطفل، رسالة ماجستير ،كلية الادب ،جامعة عين الشمس
7. بسمة جملة (2018): صورة الجسم لدى المراهقات المصابات بالاضطرابات الاكل ، مذكرة ماستر علم النفس العيادي، جامعة أم البواقي، الجزائر

8. بن مسعود محمد السعيد ،2019، مؤسسه الطفولة المسعفة و دورها في تحقيق الاندماج الاجتماعي لدى الطفل ، شهادة الماستر ،علم الاجتماع التربوي ،جامعة الجلفة.
9. بوكروش مليكة،2019 ، مؤسسه الطفولة المسعفة ودورها في التربية والرعاية الاجتماعية للأفراد، شهادة ماستر علم الاجتماع، جامعة مستغانم- الجزائر.
10. جزاء بن عبيد بن جزاء العسبي (2008): بعض المشكلات الشائعة لدى طلاب مراحل التعليم العام بمدينة الطائف، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
11. حسن أنور حسن الخطيب ،2011 ،الحماية القانونية للأطفال أثناء النزاعات المسلحة ،رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين.
12. حمو بن إبراهيم فخار، 2015 ، الحماية الجنائية للطفل في التشريع الجزائري والقانون المقارن،شهادة دكتورا في علوم الحقوق ، جامعة محمد خيضر بسكرة- الجزائر
13. خديجة فريحي (2017): بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المسعف، دراسة عيادية لخمسة حالات بدار الطفولة المسعفة، شهادة ماستر أكاديمي، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، الجزائر.
14. خرطاني أمينة (2014): جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء، مذكرة ماستر في علم النفس الأسري، كلية علم النفس، جامعة وهران، الجزائر.
15. سطات هاجر،2011، اثر المعاملة الوالدية على صورة الذات عند الأطفال، شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ،جامعة مونتوري- قسنطينة.

16. سمية بن شعبي، 2016، مدى تأثير إقامة الطفل الغير شرعي مع امة العازبة في ظهور بعض المشكلات النفسية عند الطفل، شهادة ماستر علم نفس عيادي، جامعة أم البواقي.
17. سويدي محجوبة- قحطاب صليحة، 2018، مقروئية الكتاب لدى الطفل دراسة مبدئية بفضاء الطفل بمكتبة مولاي بلحميسي، شهادة ماستر علم المكتبات، مستغانم
18. شتوان جميلة- بوزيد مليكة، 2016، دور الإذاعة المحلية في تغيير نظرة المجتمع نحو الطفل المسعف ، مذكرة شهادة ماستر في الصحافة والاتصال، جامعة مستغانم- الجزائر.
19. شريف بوفارس- محمد العياشي، 2013، حقوق الطفولة المسعفة بين الشريعة والقانون، شهادة ماستر في الشريعة والقانون، جامعة ادرار- الجزائر.
20. صولى اروى سارة، 2013، صورة الأم لدى الطفل المسعف من خلال تطبيق اختبار رسم العائلة للويس كورمان، شهادة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر- بسكرة
21. صولي اروى صارة، 2013، صورة الطفل لدى الطفل المسعف ،من خلال تطبيق رسم العائلة للويس كورمان مذكرة ماستر ،علم النفس العيادي ، باتنة
22. عباس صلاح حسين، سرور مهدي صالح وآخرون (2017): المشكلات النفسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائي من وجهة نظر المعلمين، مذكرة ماستر في الإرشاد والتوجيه التربوي، جامعة القادسية
23. عبد اللاوي سعدية (2011-2012): المشكلات النفسية لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر.

24. علاء جمال الربيعي (2011): الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري، ماجستير علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة- فلسطين.
25. قليلة جهيدة، بن ناصر صبرينة (2015-2016): العوامل الأسرية وظهور الاضطرابات السلوكية الظاهرة عند الطفل، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر.
26. لعموري لبنى- فضلاوة وافية، 2017، الحرمان العاطفي لدى الطفل المسعف، شهادة ليسانس علم النفس العيادي، جامعة قلمة- الجزائر.
27. لكحل مصطفى (2011): الكشف عن أداة الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، رسالة دكتوراه علم نفس النمو، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
28. مأمون محمد الحسين (2007): المشكلات السلوكية لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي بولاية الخرطوم وعلاقتها بالتحصيل الدراسي وبعض المتغيرات الأخرى، مذكرة ماجستير في علم النفس، كلية الدراسات العليا، جامعة الخرطوم.
29. مصطفى نعيم الياسر، 2018، تطور نموذج كروية الارض في مرحلة الطفولة، دكتورا علم نفس النمو، جامعة القادسية- العراق.
30. نجية إبراهيم محمد، صادق سليمان خلف (2010): السلوك العدواني لدى التلاميذ بطفء التعلم والعادين، مذكرة ماستر. جامعة الكرخ، 2، بغداد.
31. ونداحي مهدي (2016-2017): دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من السلوك الانسحابي لأطفال المعاقين سمعيا، مذكرة ماستر أكاديمي، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
32. وئام بوزيان، 2012-2013، واقع التكفل النفسي المريض بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية، مذكرة لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي ، جامعة محمد خيضر بسكرة- الجزائر.

33. ياسر يوسف إسماعيل (2009): المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية، ماجستير في الصحة النفسي، الجامعة الإسلامية غزة- فلسطين.

ج-المجلات

1. عطاء الله بن يحيى (سبتمبر 2018): المشكلات السلوكية في مرحلة الابتدائية دراسة ميدانية بمدارس مدينة الأغواط، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 1060، جامعة عمار التليجي، الأغواط، الجزائر.
2. نايف بن محمد الحربي (يوليو 2019): دراسة لبعض المشكلات لدى أبناء دور التربية الاجتماعية من وجهة نظر الأخصائيين والمشرفين العاملين فيها، مجلة العلوم العدد الثالث، الجزء الثالث، كلية التربية، جامعة طيبة، المدينة المنورة
3. كمال يوسف بلان، الاضطرابات السلوكية و الوجدانية لدى الاطفال المقيمين في دور الايتم من وجهة نظر المشرفين عليهم ، مجلة دمشق ، المجلد 27 ، العدد الاول + الثاني ، 2011
4. موسى النجاوي، محمود كافوين (2015): أسباب السلوك العدواني عند الأطفال من وجهة نظرهم، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 42، ملحق 2، جامعة الأردن
5. أيمن أحمد السيد حسن إسماعيل (2012): فاعلية برنامج إرشادي وفي حفظ الكذب لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بطء التعلم، مجلة كلية التربية، العدد العشرون، جامعة بور سعيد، مصر

6. صباح مرشود منوخ، رقية عباد محمد (2014): أثر برنامج تربوي في خفض الانسحاب الاجتماعي لدى طلبة مرحلة المتوسط، مجلة جامعة تكريت الإنسانية، المجلد 21، العدد 7، الجزء الثاني
7. عليا فتحي الشايب (2016): فعالية التدخل المبكر لخفض العناد والاعتمادية لتحسين مساعدة الذات للأطفال المتأخرين عقليا القابلين للتعلم، مجلة العلوم التربوية، العدد 4، جزء 1، جامعة المنوفة.
8. نسمة داود (2010): اضطرابات الأكل لدى بنات الصف العاشر في المدارس الخاصة بمدينة عمان وعلاقتها بتصورات الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الألم الغذائية وبعض العوامل الديمغرافية، المجلد 9، العدد 1، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية
9. مريم سمان (2010): الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليا وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة الجامعة، المجلد 26، العدد 4، دمشق.
10. يراض نايف العاصمي (2008): اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع من التعليم الأساسي، مجلة الجامعة، المجلد 24، العدد الأول.
11. بن علي أمينة (2014): التعقل المرضي لدى مرضى سكوماتيين، مذكرة ماستر علم النفس العيادي والصحة العقلية، جامعة مستغانم، الجزائر.
12. إبراهيم علي إبراهيم (1994): قلم الأضافر كاستجابة تعبيرية عن بعض الاضطرابات الانفعالية والعدوان دراسة أمبيريقيةكلينيكية لدى عينة من طلال وطالبات المرحلة الثانوية، مجلة الجامعة، العدد 5011، جامعة قطر.
13. رمضان زعطوط، هوام شريفة (2018): الانفعالات الحيوية المعرفة المغيبة، لماذا وكيف نضمها برنامج تكوين الأطباء والنفسانيين، مخبر علم النفس العيادي

- والاضطرابات السوسيوعاطفية، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 35، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.
14. إيمان عبد الكريم نيب (2019): السلوك الاجتماعي للطالب الجامعي، مجلة مركز البحوث التربوية والنفسية، العدد الثاني عشر، الجامعة العراقية.
15. علي زاوي احمد، 2014، الدين و الطفولة المسعفة، مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية العدد 08 - ص 56 ص 71، جامعة الوادي- الجزائر.
16. مزوز بركو- بوفولة خميس، 2019، واقع الإرشاد النفسي في مؤسسات الكفالة الاجتماعية من خلال عمليتي الإدماج وإعادة الإدماج، مداخلة في علم النفس جامعة باتنة.
17. أبي ملود عبد الفتاح، 2017، دور المؤسسات المختصة في حماية الطفولة مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد ، 30 جامعة قاصدي مرباح ورقلة- الجزائر.

ثانيا-المراجع باللغة الفرنسية :

1. Bryman &Gramer(2001), **Quantitative Data Analysis With SPSS Release 10 For Windows: A Guide For social Seiertists UK: Routledge.**
2. **CHILDREN INVOLVED IN CUSTODY LEGISLATION THE BYFFER EFFECT ASSOCIATED WITH HAVING SIBLINGS MASTER**
3. GILBERT;àmichele ,(1999). **BEHAVIORAL PROBLEMS OF CHILDREN INVOLVED IN CUSTODY LEGISLATION THE**

**BYFFER EFFECT ASSOCIATED WITH HAVING SIBLINGS
MASTER.**

4. L. Manuella (2000) : **Dictionnaire médical**, 9^{ème} édition, Masson édition, France
5. Muuchielle.r ,1977,l'analyse de contenue .2ed.
6. OCHENBAH, TM ET AL.(1991). **NATIONAL SURVEY OFPROBLEM's AND COMPETENCIES AMONG FOUR TO SIXTEEN YEARS OLD CHILD DEVELOPMENT .VOL 56;NO(225).**
7. Perron ; R ,1995,lesproblimatique de la preuve les demarche par l'unité de psychologie clinique « puf ,paris
8. Robert lafon (1991): *vocabulaire de psycho-pédagogie et de psychatrie de l'enfant*, presses universitaires de France, paris.
9. Stephanie de laney , 2006.

الملاحق

الملحق رقم (01):

مقابلة عيادية نصف مواجهة

أسئلة موجهة للحالة

الجانب البيئي

- ماذا يمثل لك المكان الذي تقيم فيه.
- ما هو شعورك اتجاه المكان الذي تقيم فيه.
- مار أيك في المكان الذي تقيم فيه.
- ما علاقتك مع أقرانك أو الأفراد المحيط بك.
- هل لديك أصدقاء منهم، كيف هي صداقتكم.
- ما هي الأشياء التي تحبها و لماذا.
- ما هي علاقتك مع الآخرين.
- ما هو الشيء الذي لا يعجبك بتاتا .
- ما هو الشخص المحبوب لديك و لماذا.
- هل تفضل اللعب وحدك أم في الجماعة.
- ما هي الألعاب التي تفضلها؟ الفردية أم الجماعية.

الجانب المدرسي

- ماذا تمثل لك المدرسة ؟
- بماذا تشعر و أنت في الصف الدراسي؟
- ماذا تحب في المدرسة؟
- ماذا لا تحب في المدرسة؟
- بماذا تشعر عندما لا تتجح؟ عند الرسوب؟

الجانب الأجماعي

- هل تسمع للحديث أو تقوم بما يطلبه منك الكبار
- هل سبق و أنأي عنف (انفعالي ، جسدي)
- هل تعاني من الإهمال في حياتك؟
- ما هي الأشياء التي تغضبك أو تسبب لك التوتر؟
- كيف تتصرف عند شعورك بالغضب أو التوتر
- هل تستحي من أي مرض صحي أو نفسي
- هل تشعر بأنك مهم داخل المجتمع عند القيام بالأشياء المهمة الايجابية.

الجانب الشخصي

- هل تحب القيام بالنزهات و النشاطات الرياضية.
- ما هي ميولاتك و اهتماماتك الأساسية
- هل تحب اللهو و المرح.
- ما هي الأشياء التي ترتاح لها أكثر عند القيام بها.
- ما هو المظهر الذي لا تحب ان تكون فيه.
- ما اللباس الذي ترتاح فيه أكثر.

الجانب النفسي و السلوكي

- ما هو السلوك الذي تتحده لتحقيق مرادك.
- ما هي الأشياء التي تدفعك للشعور بالحزن أو الغضب أو النقص.
- بماذا تحس عند عدم تحقيق الرغاب و الميول
- ماذا تكره في حياتك
- هل يفرض أحد ما عليك قيودا
- ما هي الأشياء التي تقلقك أكثر
- ما هي الشكوى الصحية و النفسية التي تعاني منها

الملحق رقم (02)

أسئلة موجهة المساعد النفسي التربوي.

تهدف إلى تسليط الضوء على السلوك الملاحظ و علاقة الطفل بالمحيط داخل المركز:

- ما هي الملاحظات التي تميز هذا الطفل
- متى لوحظ، هل السلوك لأول مرة، و في أي ظروف؟
- كيف تلاحظ سلوك الطفل داخل المركز
- هل تأتاكم شكاوي من المدرسة ، ومثل ماذا؟
- ما هي علاقة الطفل بالآخرين و من الشخص الأقرب الذي يفضله.
- في العادة كيف تلاحظ حالته المزاجية
- كيف يكون سلوكه عندما يفشل
- كيف يكون سلوكه عندما ينجح
- ما هي أفضل الطرق السهلة للتعامل معه في بعض المواقف
- ما هي المشكلة التي تعثر في نظرك المشكلة الدراسية ؟ و ما هو سببها
- ما هي الأشياء التي تغضبه او توتره
- ما هي مظاهر هذا الغضب أو التوتر
- ما هي السلوكيات التي التي تعتبر مقبولة و التي يقوم بها
- كيف يتصرف الطفل في حالة حدوث تغير في روتينه المعتاد
- ما هي السلوكيات الغير مقبولة التي يقوم بها
- كيف تتصرفين عند حدوث سلوكيات غير مقبولة بشكل عام؟
- ما هي معاناته النفسية و كيف تكون ظاهرة عل سلوكه و تعامله؟ من ناحية شخصيته؟

الملحق رقم (03)

عرض المقابلة العيادية مع المرشد النفسي التربوي.

فالمقابلة تكونت في مجملها من سبعة عشر (17) سؤال تهدف لتسليط الضوء على السلوك الملاحظ وعلاقة الطفل بالمحيطين به داخل المركز.

- ✓ سؤال: ما هي الملاحظات التي تميز سلوك هذا الطفل؟
- ✓ الجواب: هو سلوك يتسم بالتوازن مع مرور مدة التواجد بالقرية.
- ✓ ما هي الملاحظات التي تميز سلوك هذا الطفل؟
- ✓ الجواب: تغير سلوك الاطفال مع طول مدة التكفل.
- ✓ سؤال: متى لوحظ هذا السلوك لأول مرة، وفي اية ظروف؟
- ✓ الجواب: سلوك الطفل داخل المركز سلوك الطفل في سنه
- ✓ كيف نلاحظ سلوك الطفل داخل المركز؟
- ✓ الجواب: بدون ايجابية منه.
- ✓ هل تأتاكم شكاوي من المدرسة ولماذا؟
- ✓ الجواب: شكاوي في اطار المنادات العادية مثل: عدم احضار الادوات ...
- ✓ ما هي علاقة الطفل بالآخرين ومن الشخص الاقرب الذي يفضله في العادة، وكيف نلاحظ حالته المزاجية؟
- ✓ الجواب: علاقة الطفل بالآخرين علاقة عائلية _ عدم تقبل الاشخاص الجدد في المرحلة الأولى.
- ✓ كيف يكون سلوكه عندما يفشل؟
- ✓ الجواب: عادة العزلة.
- ✓ كيف يكون سلوكه عندما ينجح؟

- ✓ الجواب: التعبير الجسمي زيادة على العاطفي.
- ✓ ما هي افضل الطرق السهلة للتعامل معه في بعض المواقف ؟
- ✓ الجواب: التفهم.
- ✓ ما هي المشكلة التي تعتبر في نظرك المشكلة الرئيسية ؟ وما هو سببها ؟
- ✓ الجواب: المشاكل العاطفية الناجمة عن حرمانهم من الاسرة الطبيعية.
- ✓ ما هي الاشياء التي تغضبه وتوتره ؟
- ✓ الجواب: السؤال أو التي تتحكم بخصوصياته.
- ✓ ما هي مظاهر هذا الغضب أو التوتر؟
- ✓ الجواب: التعبير الجسمي
- ✓ ما هي السلوكات التي تعتبر مقبولة والتي يقوم بها ؟
- ✓ الجواب: كل التصرفات العقلانية التي تعتبر مقبول.
- ✓ كيف يتصرف الطفل في حالة حدوث تغيير في روتينه المعتاد ؟
- ✓ الجواب :التأقلم مع التغييرات الروتينية.
- ✓ ما هي السلوكات الغير مقبولة التي يقوم بها ؟
- ✓ الجواب: مثلا وبشكل منافي لذلك السلوك انفجارات الغضب ،الشجار،التعبير الجسمي...
- ✓ كيف تتصرفون عند حدوث سلوكات غير مقبولة بشكل عام؟
- ✓ الجواب : ازالة اسباب السلوك، مرافقة السلوك من أجل تفادي ما هو أسوء.
- ✓ ماهي المعانات النفسية وكيف تكون ظاهرة على سلوكه وتعامله من ناحية شخصيته؟
- ✓ الجواب : أكبر عقبة تشكل له معانات نفسية هي مشاكل العائلة البيولوجية والتاريخ الأسري.

الملحق رقم (04)

جامعة مولود معمري تيزي وزو

قسم علم النفس

تخصّص: علم النفس المدرسي

قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال :

إعداد/د.محمد السيد عبد الرحمن

الاسم:

الجنس: ذكر () أنثى: ()

المدرسة: الفصل: السن:

تعليمات:

عزيزي تلميذ المدرسة الابتدائية:

- هذا المقياس أعد خصيصا من أجلك أنت للتعرف على المشكلات التي تقابلك في حياتك لذا نرجو أن معنا حتى نستطيع أن تساعد في حل المشاكل والمطلوب منك:
- أن تقرأ كل سؤال وأن تجيب عليه بأن تختار إجابة من الإجابات الثلاثة التي أمامك بأن تضع علامة (X) في خانتها.
- أن تجيب على كل الأسئلة ولا تترك سؤال دون إجابة.
- أن تجيب بأسرع ما تستطيع فليس هناك زمن محدد للإجابة، ولكن من الأفضل أن تجيب بسرعة.
- أن تعبر عن رأيك وإحساسك وليس رأي أو إحساس أحد غيرك.

مثال:

هل تتناول طعام الإفطار دائما قبل ذهابك إلى المدرسة

نعم	أحيانا	لا
		X

إذا كنت لا تتناول طعام الإفطار دائما قبل الذهاب إلى المدرسة فنضع علامة (X) داخل عمود (لا) كما في المثال السابق.

م	العبارات	نعم	أحيانا	لا
01	هل ينتابك قلق شديد بسبب أشياء لم تحدث بعد مثال ذهابك إلى الطبيب أو امتحانات مدرسية؟			
02	هل تقلق بسبب الأشياء التي تعملها حتى إذا اعتقد الآخرين أنها صحيحة؟			
03	هل هناك أشياء غالبا ما تكون قلق بسببها؟			
04	هل تعتقد أنك أكثر قلقا من الأولاد الذين هم في مثل سنك؟			
05	هل ترى أن حياتك بلا أمل؟			
06	هل ترى أنه ليس هناك شيء حسن في مستقبلك؟			
07	أحيانا عندما يكون الأولاد متضايقين فإنهم يفكرون أو يتذكرون الموت هل تفكر دائما في الموت أو الوفاء.			
08	هل تعتقد أن حياتك أسوأ حياة يعيشها إنسان؟			
09	هل تفكر أو فكرت قبل ذلك في قتل نفسك؟			
10	أحيانا يشعر الأولاد بالحزن والكآبة أو يشعرون بالغضب والبؤس والظلم هل تشعر كثيرا بذلك؟			
11	عندما تكون غضبان أو حزين هل يستمر هذا الغضب أو الحزن طوال اليوم تقريبا.			
12	هل تشعر أنك غاضب أو حزين في أيام كثيرة؟			

			هل تغضب باستمرار وأنت في المنزل مع والديك؟	13
			عندما تكون حزين أو غاضب هل تكون متعب جدا ولا تستطيع الجلوس وتحاول أن تفعل أي شيء.	14
			عندما تكون حزين أو غاضب هل تكون كثير الشكوى وغير مستقر في معاملتك مع والديك.	15
			هل تشعر باستمرار أنك غير مرتاح نفسيا؟	16
			هل تلوم نفسك أحيانا بسبب بعض الأخطاء التي ليس لك دخل فيها؟	17
			هل تغضب وتحزن بشدة عندما لا تستطيع تركيز انتباهك في عملك المدرسي؟	18
			هل تشعر دائما أنك سريع الغضب بدون سبب واضح؟	19
			عندما تكون غاضب أو حزين هل تتصرف بطريقة تسيء علاقتك بالآخرين؟	20
			هل تخاف أن تصعد إلى مكان مرتفع (عالي)؟	21
			هل تخاف من المشي تحت الأنفاق أو فوق الكباري؟	22
			هل تخاف من الوجود في الأماكن المزدحمة بالناس؟	23
			هل تخاف من ركوب السيارة أو أي نوع من وسائل المواصلات السريعة؟	24
			هل تخاف أن تبقى وحدك وبعيدا عن الناس؟	25
			هل تخاف أن تأكل أمام الآخرين؟	26
			هل تخاف أن تتكلم زملاءك في الفصل؟	27
			افترض أن هناك أشخاص كبار (في سن والدك) يريدون أن تقابلهم هل تخاف منهم؟	28
			هل تخاف من مقابلة الناس الغرباء الذين لم تعرفهم قبل ذلك؟	29
			هل تخاف من حدوث العواصف والرعد والأمطار الشديدة؟	30

			هل تخاف من نزول حمام السباحة أو النزول للاستحمام في البحر؟	31
			هل تخاف من بعض الحيوانات التي يعتقد الناس الآخريين أنها غير مؤذية ولا تضرهم؟	32
			هل تخاف من الوجود في الظلام؟	33
			هل هناك أشياء أخرى تخيفك رغم عمك بأنها لا تستطيع أن تؤذيك؟	34
			هل تخرج باستمرار على النظام الذي يسير عليه منزلكم؟	35
			هل ترفض دائما أن تفعل ما يطلبه منك والديك؟	36
			هل تعتقد أنك شخص عنيد تفعل ما تريده أنت وليس ما يريده الآخريين؟	37
			هل تتجادل أو تتحدث بدون احترام مع والديك؟	38
			عندما يطلب منك والديك إلا تفعل شيء ما هل تفعل ذلك من وراءها؟	39
			إذا أرغمتك والديك أن تفعل بعض الأشياء التي لا تريد أن تفعلها هل تلجأ إلى الصراخ أو ترمي ما معك في الأرض وتجري خارجا الحجرة حتى لا تفعل ما يطلب منك.	40
			هل تبقى خارج المنزل في أوقات كثيرة ينبغي أن تكون فيها بالمنزل؟	41
			هل تبقى مرات كثيرة خارج المنزل طول الليل؟	42
			هل تساعد الآخريين دون أن تنتظر أجر لذلك أو مقابل لهذه المساعدة؟	43
			هل تعرضت للوم على أشياء فعلتها في أصدقائك؟	44
			عندما تكون في مشكلة هل تتمنى أن يصبح أحد أصدقائك فيها بدلا منك؟	45
			عندما يكون هناك صديقا لك لديه مشكلة هل تحاول أن تساعد؟	46
			هل تقلق بسبب عمل أخطاء أمام الناس الآخريين؟	47
			هل تقضي وقت كثير جدا مع أصدقائك لأنك لا تحب أن تكون باستمرار مع الناس؟	48

			عندما يتحدث أحد معك هل تضطرب في انتباهك لهم؟	49
			أفرض أنك تعمل في شيء ما هل تجد من الصعب عليك أن تستمر ما لم يذكرك شخص آخر بما تفعله؟	50
			عندما تبدأ عمل ما هل تجد من الصعب عليك أن تكمله أو تنتهيه؟	51
			عندما تلعب مع أصدقاءك لعبة رياضية هل تتعارك معهم حتى تأخذ دورك في اللعبة؟	52
			أحيانا لا يذكر الأولاد الحقيقة -فهل تكذب كثيرا-	53
			هل هناك أوقات معينة تضطر فيها لأن تكذب؟	54
			هل تكذب بسبب أشياء مهمة جدًا؟	55
			هل سرقت أي شيء من محل تجاري عندما اعتقدت أن لا أحد يراك؟	56
			هل سرقت أي شيء من زملائك في المدرسة؟	57
			هل يمكن أن تسرق من أي شخص عندما يكون غير منتبه ذلك؟	58
			هل تأخذ أشياء من أشخاص آخرين بواسطة خطفها ملهما وحجزهم وتهديدهم بأي طريقة؟	59
			هل كسرت أي شيء في مبنى أو سيارة أو قطار لتأخذه؟	60
			هل تسبب في أي حرائق أدت إلى ضرر أو أذى لأحد؟	61
			هل تتشاجر (تتعارك) كثيرا بيديك؟	62
			عندما تتشاجر مع أحد هل تؤذيه وتجرحه؟	63
			هل تخيف الأولاد الآخرين بسكينة أو زجاجة أو شيء آخر؟	64
			هل اعتديت على أي شخص وأذيته بشدة؟	65
			هل تفعل أشياء عادة لا تحب أن تفعلها أو تندم عليها؟	66
			هل تطلب غالبا من والدتك (أو والدك) أن يبقى بجانبك عندما تذهب لتنام؟	67
			هل تجد باستمرار أنك لست في حاجة إلى النوم؟	68
			هل نومك مضطرب؟	69

			هل حدث تغير في عدد ساعات نومك (بالزيادة أو النقصان)؟	70
			هل تحتاج إلى وقت طويل حتى تستغرق في نومك؟	71
			هل تستيقظ عادة في منتصف الليل وتحتاج إلى وقت طويل حتى تعود للنوم مرة ثانية؟	72
			هل تستيقظ عادة مبكرا عن المواعيد الذي تعودته؟	73
			هل تنام وقت طويل أكثر مما تعودت؟	74
			هل تشعر برغبة في الاستمرار في النوم ولكنك لا تستطيع الرجوع للنوم ثانية؟	75
			هل تنام وقت طويل أثناء النهار دون أن يؤثر ذلك على نومك أثناء الليل؟	76
			هل دائما ما تبلل فراشك (تتبول في سريرك) أثناء الليل؟	77
			هل تبلل فراشك أكثر من مرة في الشهر؟	78
			هل تتبول نفسك أثناء النهار وتبلل ملابسك؟	79
			هل تتبول على نفسك أكثر من مرة في الشهر؟	80
			هل تستطيع التحكم في إبراز لدرجة أنك تتبرز في بنطلونك أو على الأرض أو في أي مكان آخر غير الحمام؟	81
			هل تحرك يديك أو تهز قدميك كثيرا أو تكون كثير الحركة عندما تكون متضايق؟	82
			عندما تكون خارج المنزل هل تجري أكثر من الأولاد الآخرين؟	83
			هل من الصعب عليك أن تجلس ساكنا؟	84
			هل تحب أن تقف على/أو تتسلق الأشياء التي لا ينبغي أن تتسلقها؟	85
			هل تجد أنك لا تستطيع التوقف عن الحركة؟	86
			هل تجد أنه من الصعب عليك أن تجلس عندما يفرض عليك ذلك؟	87

			88	أحيانا يشعر الأولاد أنهم متضايقين جدا أو عصبين بدرجة تجعلهم لا يستطيعوا أن يستريحوا -وقد يكون ذلك بسبب بعض الأشياء أو بدون سبب- هل تشعر بمثل هذه العصبية والضيق.
			89	هل تخترع أشياء وتكرر فعلها كالطريق على الخشب والمشى خلف شخص ما في الشارع؟
			90	هل تشعر أنه ينبغي أن تعد بعض الأشياء (كأن تعد درجات السلم أثناء صعودك عليه أو تعد أعمدة التليفون أثناء ركوب القطار) ولا تستطيع التوقف عن ذلك حتى عندما تحاول التوقف؟
			91	هل هناك أشياء تشعر دائما أنه ينبغي أن تفعلها بنفس الأسلوب تماما دون تغيير؟
			92	هل تحاول أن تبقى في المنزل ولا تذهب إلى المدرسة؟
			93	هل تخاف من بعض الأشياء في المدرسة؟
			94	هل يخبرك المدرس بأنك لا تنصت إليه باستمرار؟
			95	هل يخبرك المدرس لأنك لا تنتبه لعملك باستمرار؟
			96	هل تقلق بسبب الطريقة التي تؤدي بها الواجب المدرسي؟
			97	هل يضطرب أدائك للواجب المدرسي باستمرار ولا تعرف ما الذي يجب أن تفعله أو لا؟
			98	هل تبدأ أعمالك المدرسية ولا تنهيها؟
			99	عندما تكون ذاهب إلى المدرسة هل تشعر غالبا بأنك مريض أو تشعر بمفص أو صداع أو تشعر بإمساك أو إسهال أو رغبة في القيء؟
			100	هل تكون باستمرار غير مرتاح وكثير الحركة في المدرسة؟
			101	هل معلمك يذكرك باستمرار بما ينبغي أن تفعله؟
			102	هل يكون من الصعب عليك أن تكون هادئ في المدرسة وتحدث إضطراب لمن يتكلم في فصلك أكثر من الأولاد الآخرين؟

			103 هل غالبا ما تبدأ الكلام عندما يكون هناك شخص آخر من زملائك في الفصل مازال يتكلم؟
			104 عندما تكون واقف في طابور أو صف في المدرسة هل تحاول أن تدفع زملائك للأمام أو من الجنب؟
			105 هل تجري كثيرا في المدرسة في أماكن لا ينبغي أن تفعل فيها ذلك؟
			106 هل تترك مقعدك أو تخرج من الفصل أثناء الحصة بلا استئذان من المعلم؟
			107 هل تخرج باستمرار على نظام المدرسة؟
			108 هل تتجادل أو تناقش كثيرا مع مدرسك؟
			109 هل تحاول أن تفعل الأشياء بطريقتك الخاصة وليس بالطريقة التي يطلبها منك المعلم؟
			110 إذا طلب منك المدرس أن تعمل بعض الأشياء التي لا تريد أن تعملها هل تعملها فعلا أم تصرخ أو تبكي وتلقي الأشياء على الأرض وتخرج مسرعا من الفصل؟
			111 هل تغيب كثيرا من المدرسة؟
			112 هل فصلت أو طردت من المدرسة في العام الأخير؟
			113 هل يحدث لك اضطراب أو مشاكل في المدرسة بسبب الكذب أو الغش؟
			114 هل تهرب باستمرار من المدرسة؟
			115 هل يحدث لك صداع أو مفص باستمرار؟
			116 هل وزنك أكبر من زملائك بكثير (هل تشعر أنك سمين جدا؟)
			117 هل تحاول أن تنقص وزنك عن طريق رجيم وتمارين رياضية؟
			118 هل تستخدم أدوية (مسهلات أو أقراص) لتخفيف وزنك؟
			119 هل وزنك يزداد وينقص باستمرار؟
			120 هل وزنك أقل من زملائك بكثير؟
			121 هل تأكل كمية كبيرة من الطعام أكثر من المعتاد في وقت واحد؟

			122	عندما يكون أمامك كمية كبيرة من الطعام هل تظل تأكل إلى أن تنهي الطعام كلّه؟
			123	عندما يكون أمامك طعام كثير هل تظلّ تأكل حتى تصاب بمغض؟
			124	هل تظلّ دائما تأكل حتى تكون آخر واحد يترك المنضدة (يترك الطعام)؟
			125	هل تخجل أن يراك أحد وأنت تأكل؟
			126	هل هناك أفكار أو صور لا تحبها تأتي إلى عقلك باستمرار؟
			127	بعض الناس يصدقون في قراءة أفكار الآخرين (أو أنه مكشوف الحجاب) هل الناس الآخرين يقرأون أفكارك؟
			128	هل قرأت أفكار شخص آخر؟
			129	هل هناك أي شخص سمع أفكارك؟
			130	هل هناك ما يقتنعك بأفكاره بسهولة؟
			131	هل سمعت شخص ما يفكر كما لو كان ستكلم بصوت مرتفع؟
			132	هل لديك بعض أنواع القوى الخاصة لدرجة أنك تستطيع أن تفعل بعض الأشياء التي يعجز عنها الآخرين؟
			133	هل تعتقد أن الناس يتبعونك أو يمشون وراءك؟
			134	هل هناك أشخاص يتبعونك أو يتجسسون عليك؟
			135	هل تعتقد أن هناك شخص ما يخطط ضدك أو يحاول أن يؤذيك أو يقتلك؟
			136	هل تسمع أصوات لا يستطيع الناس الآخرين أن يسمعوها؟
			137	هل تسمع أصوات منخفضة لا يستطيع أحد أن يسمعها غيرك؟
			138	هل تسمع أصوات تتكلم مع بعضها البعض؟
			139	هل تسمع أصوات تقول لك أشياء سيئة لك أو عنك؟

			140 هل تسمع هذه الأصوات عندما تأخذ أدوية أو عندما تكون درجة حرارتك مرتفعة؟
			141 عندما تكون مستيقظ هل ترى أضياء أو أشخاص لا يستطيع أن يراها الآخرين؟
			142 هل ترى أشياء أو أشخاص عندما يكون لديك رغبة في النوم؟
			143 عندما تكون مريض وتأخذ أدوية أو تكون درجة حرارتك مرتفعة هل ترى أشياء أو أشخاص لا يراها غيرك؟
			144 هل هناك أوقات تشعر فيها فجأة بالفرع الشديد دون أن تعرف السبب من ذلك؟
			145 عندما تشعر بأنك خائف أو قلق هل يضطرب التنفس لديك؟
			146 عندما تكون خائف أو قلق هل يدق قلبك بسرعة؟
			147 هل يحدث لك ألم في الصدر عندما تكون في قلق أو خوف؟
			148 هل تشعر دائما كما لو كنت مقبوض الصدر أو مخنوق؟
			149 هل يحدث لك دائما وخز أو تنميل في يديك أو قدميك؟
			150 هل تشعر بارتفاع أو انخفاض شديد في درجة حرارتك باستمرار؟
			151 هل ترتجف أو ترتعش بشدة؟
			152 هل تعرق كثيرا عندما تكون خائف؟
			153 عندما تكون قلق أو مضطرب هل تخاف من أن تجنّ أو تموت؟