



محاضرات مقرر مشكلات الطفولة والمراهقة

إعداد

أ.د. كريمة خطاب

استاذ علم النفس الإكلينيكي المتفرغ

كلية التربية بالغردقة

قسم علم النفس

العام الجامعي

2022 – 2021

بيانات الكتاب

الكلية : التربية بالغرذقه

الفرقه : الثانية

التخصص : علم نفس

تاريخ النشر : 2021 - 2022

عدد الصفحات : 177

المؤلف : أ.د. كريمة خطاب

استاذ علم النفس الإكلينيكي المتفرغ

الصفحة	محتويات المقرر
13-4	الفصل الأول: مرحلة الطفولة
62-14	الفصل الثاني: عوامل الخطورة في ظهور مشكلات الأطفال
123-63	الفصل الثالث: مشكلات نفسية بالطفولة
133-124	الفصل الرابع: مرحلة المراهقة
144-134	الفصل الخامس: اضطرابات سلوكية بالمراهقة
172-145	الفصل السادس: مشكلات نفسية بالمراهقة
173-177	قائمة المراجع

الفصل الأول

مرحلة الطفولة

مقدمة

تعتبر الأسرة هي المكان الأول الذي تتبلور فيه أنماط التنشئة الاجتماعية التي تؤثر في حياة الطفل، وتعد اتجاهات الوالدين نحو الطفل أحد الركائز الأساسية المؤثرة في تكوينه النفسي والاجتماعي والتي يمتد تأثيرها حتى مرحلة متأخرة من العمر ، وعلى هذا فالعلاقة بين الآباء والأبناء وأسلوب المعاملة بينهم لها دور مهم فيما تصير إليه شخصية الطفل في المستقبل، فإذا كانت العلاقة بين الطفل ووالديه تتسم بالحب والقبول والتسامح فينشأ في بيئة اجتماعية متزنة تنتج عنها شخصية سوية تجعل الطفل يتقبل ذاته ويتقبل الآخرين ويثق فيهم، وعلى العكس نجد أن العلاقات التي يسودها الرفض والإهمال والتشدد تؤدي إلى شخصية سلبية يغلب عليها الشعور بعدم الثقة والعجز والنقص وعدم الأمان .

وبهذا تكون المساندة الوالدية الجيدة تعمل على نمو سلوك الفرد في المسار الصحيح، كما أن انخفاض المساندة الوالدية، أو أنواع التوجيه والمشورة، والتشجيع غير المناسبة يعمل على نمو السلوك الفوضوي لدى الأبناء ولنا أن نتفهم أهمية كل من **الدور النمائي** حيث الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية مع الآخرين يحققون صحة نفسية أفضل، إذا ما قورنوا بالأفراد الذين يفتقدون إلى مثل هذه العلاقات **والدور الوقائي** حيث الأفراد الذين يتلقون دعماً والدياً بصفة مستمرة قادرون على مواجهة الأحداث الضاغطة في حياتهم، وبطرق أكثر إيجابية.

وتعتبر السمات الشخصية التي يحملها كل طفل ومراهق من (الاستقلال الذاتي، الثقة بالنفس، الاجتماعية، الاكتئاب، العدوانية) أحد العوامل التي تؤثر في فعالية الأداء ، فالشخصية نظام متكامل من السمات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية الثابتة نسبياً والتي تميز الفرد عن غيره وتحدد أسلوب تعامله وتفاعله مع الآخرين ومع البيئة الاجتماعية المحيطة به.

كما تؤثر سمات الشخصية في التقدم الأكاديمي للمتعلم ؛ كما أن الأسرة هي الوعاء التربوي الذي تتشكل بداخله شخصية الفرد فالأسرة التي يسودها الود والتفاهم والثقة المتبادلة بين أفرادها

تختلف عن الأسرة التي تعيش في جو مضطرب ويشيع عدم الثقة بين أفرادها. فالدعم والمساندة الوالدية قد تكون من العوامل المؤثرة إيجابياً في شخصية الفرد ومستوى طموحه.

و تتشكل السمات الشخصية المميزة للأبناء بناءً على المعاملة الوالدية المقدمة له وظروف البيئة التي نشأ فيها من النواحي النفسية والاجتماعية والاقتصادية والخبرات العلمية والحياتية للوالدين ويكون ذلك التأثير في كافة نواحي حياته إما داخل الأسرة أو في المدرسة أو غيرها. وسوف نتناول مرحلتى الطفولة والمراهقة وما بهما من مشكلات على النحو التالى:

أولاً: تعريف مشكلات الطفولة :

مشكلات الطفولة هي " عبارة عن صعوبات جسمية ، أو نفسية او اجتماعية أو عقلية تواجه بعض الاطفال بشكل متكرر أو دائم، ولا يمكنهم التغلب عليها بانفسهم او بإرشادات وتوجيهات والديهم ومدرسيهم ، فيسوء توافقهم ويعاق نموهم النفسى او الاجتماعى أو الجسمى ويسلكون سلوكا غير مناسب لسنهم او غير مقبول اجتماعيا ، وتضعف ثقتهم بانفسهم ، ويسوء مفهومهم عن انفسهم وعن الاخرين ، وتقل فاعليتهم فى المواقف الاجتماعية ، وتضعف قابليتهم للتعلم والتعليم والاكساب، ويحتاجون إلى رعاية خاصة على ايدى متخصصين فى مجالات الصعوبات التى يعانون منها " . (محمود عوده وكمال مرسى ، 1986)

ثانياً: تصنيف مشكلات الطفولة :

جاء تصنيف مشكلات الطفولة فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسى Diagnostic & statistical manual of mental disorders على النحو التالى :

- 1- مشكلات متعلقة بصعوبات التعلم (قراءة - حساب - تعبير كتابى ... الخ)
- 2- اضطراب المهارات الحركية .
- 3- اضطرابات التواصل (اضطراب التعبير اللغوي - اضطراب الفهم - اضطراب النطق التأتأة).
- 4- اضطراب نقص الانتباه (عدم الانتباه - فرط النشاط الاندفاعية - اضطراب السلوك)
- 5- اضطرابات التغذية والأكل (الهزال - النهم - السمنة - أكل الأشياء غير الصالحة للأكل)
- 6- اضطراب اللزمات (اللوازم الحركية - الصوتية)
- 7- اضطرابات الاخراج (التبول اللاإرادى - التبرز اللاإرادى)
- 8- اضطرابات القلق (قلق الانفصال - القلق الاجتماعى)
- 9- ذهان الطفولة .

ثالثا: النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية لدى الأطفال :

تعددت النماذج المفسرة لاضطرابات الأطفال وهذه النماذج لا تعبر عن اصحابها بقدر ما تعبر عن النظريات والتوجهات التي ينتمون إليها كما ان معظم هذا النماذج تقسر جوانب محددة من السلوك وقد لا تنطبق على جوانب أخرى ، مما يتطلب أن تكون هناك نظرة تكاملية لها .
وأهم هذه النماذج ما يلي :

1- النموذج البيولوجي (الطبي) :

ويركز هذا النموذج على أن هناك متغيرات محددة تؤدي إلى نشأة الاضطرابات العقلية والنفسية منها تعرض الأم اثناء الحمل إلى نقص التغذية ونقص الرعاية وتعرضها للإشعاعات (أشعة اكس) وتناولها لبعض العقاقير دون إشراف طبي وحالتها الانفعالية كلها عوامل خطيرة على الطفل كذلك تؤثر اصابات الولادة والولادة غير المكتملة إلى خلل عضوى ووظيفى وسلوكى مستقبلا كما يؤثر ايضا اضطراب وظائف المخ والأورام الخبيثة والتعرض للضغوط النفسية الشديدة (محمد عبد الظاهر الطيب 1988 : 14- 27) .

ومن هنا نرى أن اصحاب هذا النموذج يركزون على ان الخلل النفسى ناتج عن خلل بيولوجى او كيميائى ورغم أن لهذا النموذج وجاهته إلا انه غير كاف بمفرده لتفسير التنوع الهائل فى اضطرابات السلوك والأمراض النفسية .

2- النموذج السيكودينامى :

يعتقد النموذج السيكودينامى فى مبدأ الحتمية النفسية . (صلاح مخيمر، 1981) حيث إنه وراء كل سلوك دائماً سبب لاشعورى يمكن معرفته ، ويرى فرويد أن هناك صراعا مستمرا بين الهو وبين الأنا والأنا الاعلى ، حيث يمثل الهو الجانب الغريزى والأنا الجانب الواقعي والأنا الأعلى الجانب الأخلاقى ، ويرى فرويد أن الانطباعات المتعلقة بالطفولة رغم أن معظمها طواه النسيان إلا أنها تترك آثارا على نمو الفرد لا يمكن محوها ، بل تضع اساسا لأية اضطرابات نفسية لاحقة ، كذلك فإن كبت الخبرات الصدمية يؤدي دورا بالغا فى العصاب ، إذا يجعل الفرد يعانى من القلق فى المواقف المشابهة حتى ولو كانت الأنا بوسعها أن تتغلب على الصدمات ، لذا فبدلا من أن يقوم الفرد بمعالجة القلق بطريقة فعالة فإنه ينكص إلى الموقف الصدمى أو حيث كانت الأنا عاجزة أمام

هذا القلق الغامر ، كذلك قد تلجأ الأنا لاستخدام حيلها الدفاعية من إنكار وتبرير ... الخ ، كما يمثل عدم القدرة على تخطى الموقف الأوديبي اساس للكثير من الامراض النفسية . (ممدوحة سلامة وعبدالله عسكر ، 1995: 48).

1- اريكسون:

أما إريك اريكسون (Erikson,1980 :52 – 67) فقد ركز على علاقة الطفل بالمجتمع وعلى إمكانية أن يتجاوز الطفل فى مرحلة نمائية معينة جوانب القصور المرحلة السابقة ، وفى هذا الإطار يشير اريكسون إلى أن إشباع حاجات الطفل الأساسية من طعام ودفء وغيرها تخلق لدى الطفل إحساساً بالأمن والثقة المطلقة فى ذاته حيث يدرك نفسه على انه يستحق الرعاية والتقدير ، ويرى العالم على أنه مكان آمن ومستقر ، ويرى من فيه على أنهم معطاءون يمكنه الوثوق فيهم ويضع هذا الاحساس بالامن قاعدة لنجاح الفرد والنجازاته وقدرته على تحمل الاحباطات (الفطام – ضبط الإخراج – الذهاب إلى الحضانة .. الخ) بينما الرفض والرعاية غير الملائمة يجعلان الطفل يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة والتوجس تجاه العالم والآخرين .

2- بولبي :

يرى بولبي أن من أول اسس الصحة النفسية للطفل أن تكون له علاقة حميمة مستمرة بأمه، والتي تعطى لكليهما اشباعاً ومتعة، كما أن حب الأم لطفلها فى هذه المرحلة الحساسة من نموه بالنسبة لصحته النفسية يعادل اهمية الفيتامينات والبروتينات بالنسبة لصحته الجسمية. (مايكل راتر، 1991: 81)

ويشير بولبي (Bowlby , 1980 :229) وكذلك (Bowlby,1988:121) فى كتابة قاعدة أمن Base aseure على أن التواجد النفسى والبدنى للوالدين والمتمثل فى إشباع حاجات الطفل الأساسية واشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية ، واللعب معه وفرض ضوابط معقولة ومتسقة عليه تجعله يكون صيغة معرفية سوية عن ذاته وانه محمود وذو قيمة Valuable ويستحق الرعاية Worth of care والثقة Trustworthy ويكون النموذج التصورى لديه عن الآخرين أنهم يقدرنه ويحبونه ويحترمونه ، بالتالى يمكنه الوثوق بهم ، بينما إدراك الطفل لعدم حب الوالدين له أو عدم احترامهما له أو إهمالهما له أو تحكمهما فيه تتكون لديه نماذج معرفية سلبية عن ذاته ومستقبله والآخرين ، فيكون تصوره عن ذاته (غير محبوب، ليس له قيمة، لا يستحق الرعاية، غير جدير بالثقة) 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 ليده، وهذه الرؤية تتفق في جانب كبير منها مع رؤية اريكسون لنشأة الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية .

3- النموذج السلوكي :

على عكس النموذج السيكودينامي الذي يؤكد الحتمية النفسية فإن النموذج السلوكي يؤكد الحتمية البيئية بمعنى ان السلوك محتوم بالتدعيمات ، فالشخصية هي نتاج مدعّمات ايجابية وسلبية ، وأن التاريخ التدعيمي للفرد هو الذي يحدد شخصيته ، كما يرى اصحاب نظريات التعلم أن السلوك غير السوي هو نتاج لانماط التعلم الخاطئة وأن علاج المشكلات السلوكية وتعديلها يخضع ايضا لمبادئ التعلم . ويؤخذ على هذا النموذج عدم اعترافه بالعمليات النفسية والمعرفية التي تتوسط بين إدراكنا للمثير وبين استجاباتنا للأحداث والعالم الخارجي ، كما يؤخذ عليها تجاهله للعوامل البيولوجية التي قد تتدخل في تعلم أو إبطال تعلم سلوك معين (Engler, 1995:205) وهذا ما اكدته نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا في تأكيدها دور العوامل الوسيطة بين المثيرات والاستجابات وفي تأكيدها التعلم بالملاحظة أو التعلم بالأنموذج الذي يفسر بعض جوانب المشكلات السلوكية (الكذب - السرقة - الغش) التي قد يقلد فيها الطفل نموذجا محببا إليه وهذا قد يقابل فكرة التوحد عند فرويد (جمال الخطيب 1990 : 29)

4- النموذج المعرفي :

يرى اصحاب المنظور المعرفي (اليس وبيك وكلارك) أن الناس لا يضطربون من الأحداث ولكن من وجهات نظرهم التي يتبنونها بصدد هذه الاحداث ، كما يؤكدون أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك ، فعندما يفكر الإنسان فإنه ينفعل ويسلك ، وعندما ينفعل الإنسان فهو يفكر ويسلك . (ممدوحة سلامة ، 1989 : 41 - 52)

ولقد تأثر رواد التوجه المعرفي بكتابات أدلر Adler حيث أشار أدلر إلى أن الصحة النفسية والعصاب يرتبطان بصورة اساسية ومباشرة بأفكار الفرد ومعتقداته واتجاهاته وفلسفاته ، كما ان سلوك الفرد وانفعالاته يتوقفان بصفة اساسية على كيفية تقييم الفرد وتفسيره وتقديره لما يمر به من خبرات وما يضيفه على هذه الخبرات من دلالات ومعان.

(ellis 1973: 114-126)

ويرى أدلر كذلك أن أفكار الفرد ومعتقداته لا تحددان انفعاله وسلوكه فحسب بل تحددان اتجاهاته نحو ذاته ومشكلاته وبيئته وحياته بل واتجاهاته نحو العالم ككل (Ellis, 1973:113)

114) ، وباختصار يرى ادلر " أن سلوك الشخص ينبع من أفكاره 'A person' Behavior springs from his Ideas"

ويؤكد بيك وآخرون (Beck et al , q987,178-183) أن الاضطراب الانفعالي إنما يعود إلى اضطراب التكوين المعرفي للفرد من (أفكار - تفسيرات - تخيلات) ، فالتكوين المعرفي الذى يتسم بالتلقائية السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل ، والشعور بانخفاض قيمة الذات ، والشعور بالفشل والتشاؤم والتركيز انتقائياً على الجوانب السلبية من الموقف ، هذا التكوين يرتبط بالاكنتاب . (Greenberg & Beck,1989 : 9-3)

أما التكوين المعرفي الذى يتسم بالمبالغة فى تقدير الأخطار والتوقع المستمر للشر والانشغال الزائد بتوقع الاخطار والشر، مما يجعل الفرد فى حالة قلق مستمر، ويجعله يبالغ فى تقدير الخطر فى أى موقف ، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، وهذا يجعله يحرف الخبرات التى يمر بها فى اتجاه التوقع المستمر للخطر فى الحاضر والمستقبل. (Beck et al , 1987: 119-183)

ويشير بيك (Beck,1997;343-354,196:85-140) أن اضطراب التكوين المعرفي يرتبط بتعرض الأطفال لخبرات ضاغطة (فقد أحد أفراد الأسرة - الرفض - العقاب ..الخ). وفى احدث كتاباتهم يشير رواد التوجه المعرفي

إلى أن اضطراب محتوى التكوين المعرفي لا يرتبط بالقلق والاكنتاب فقط ولكن أيضاً بالمخاوف المرضية والوساوس القهرية وتوهم المرض وإدمان المخدرات (Scott et al, 1989) وقد لاقت افكار التوجه المعرفي الكثير من القبول والاهتمام والانتشار سواء الافكار المتعلقة بالنظريات ام الفنيات العلاجية وذلك لتركيز هذا التوجه على أكثر العمليات الإنسانية تقردا وهى التفكير بالاضافة إلى فاعلية الفنيات المعرفية وإخضاع النظريات المعرفية للتحقق التجريبي.

5- النموذج الإنسانى :

إذا كان التحليل النفسى يؤكد الحتمية النفسية وتأثير الأحداث الماضية ، وكانت السلوكية تؤكد الحتمية البيئية وتأثير المدعمات ، فإن التيار الإنسانى يؤكد أن الإنسان خير بفطرته ومدفوع لتحقيق إمكاناته الكامنة ، ويتفق هنا النموذج الإنسانى مع النموذج المعرفي فى تأكيده دور المعرفة والإدراك ، فالإنسان يستجيب للأحداث وفقاً لكيفية إدراكه وتقديره وتفسيره لها ، ولذلك لا يمكن فهم سلوك الفرد دون الرجوع لى إطاره المرجعى الذاتى . (Engler, 1995: 340 -345)، كما تؤكد

مفاهيم النموذج الإنساني حرية الإرادة والاختيار ، فالإنسان يمكنه الاختيار بين بدائل متعددة ، وهو صانع لحياته وفعاله ، وليس مجرد كائن سلبي وتحركه الأحداث البيئية ، أو يستجيب لدوافعه اللاشعورية . (ممدوحة سلامة وعبدالله عسكر ، 1995 : 33) ويتبنى وراة التوجه الانساني مفهوم الصيروره Becoming وهى التغير الشخصى من فترة لأخرى من خلال توجه إلى Orientation toward end وغاية ما ننشده ان يكون استمرار هذا التغير فى اتجاه ايجابى فيصلح الفرد اكثر قدرة وكفاية وفاعلية ونموا ، ويكمن وراء هذه الصيرورة النمائية ما يتبناه الفرد فمن هدف نهائى end goal ويمثل تحقيق الذات هدفا رئيسيا لدى الإنسانين ، فالإنسان يسعى إلى أن ينمو ويتحسن ويصبح اكثر مقدرة ، ويعبر عن نفسه ويحقق إمكاناته الكامنة ، ويثبت ذاته ككائن إنسانى (طلعت منصور 1982 : 8)

وينشأ المرض النفسى لدى الإنسان عندما لا يمارس الفرد إرادته أو اختياره وعندما لا يحقق الفرد ذاته أو عندما تخلو حياة الإنسان من المعنى وفى هذا الإطار يشير فيكتور فرانكل إلى ان " الإنسان الذى يعتبر حياته جوفاء من المعنى ليس سعيدا فحسب ولكنه يكاد يكون غير صالح لأن يعيش " . (فيكتور فرانكل ترجمة طلعت منصور 1986)

ويرى ماسلو أن المشكلات النفسية تنشأ عندما لا يحقق الفرد حاجاته الاساسية حاجات فيسيولوجية وحاجة إلى الأمن والانتماء وتقدير الذات فمثل هذا الشخص لا يستطيع أن يحقق ذاته أو ينجح فى حياته ويعانى من المشكلات ، فالشخص غير الأمن مثلا لديه اعتقاد بوجود اخطار وكوارث تهدده ويشعر تجاه هذه الاخطار العجز وعدم الكفاية ، مميا يجعل تقديره لذاته منخفضا ، ويجعله يشعر بقلق مسمر ويعوقه عن تحقيق ذاته . (Maslow, 1970,149-181) .

6- النموذج الثقافى الاجتماعى :

وهو يركز على عوامل البيئة الثقافية والاجتماعية الكامنة وراء السلوك غير السوى ويركز هذا النموذج على الانماط المعقدة للتفاعل داخل الشبكة الاجتماعية والفكرة الرئيسية لهذا النموذج أن السلوك اللاسوى هو نتاج خلل فى التفاعلات فى مجال الثقافة أو البيئة أو تغير فى البيئة ذاتها . او عدم ملاءمة البيئة الاجتماعية

ومن أهم مسببات المشكلات النفسية ما يلي :

- 1- التمييز العنصرى وتفضيل فرد أو مجموعة أو لون معين .
- 2- الفقر والحرمان وسوء التغذية .
- 3- الحرمان من التعليم .
- 4- القسوة فى التعامل وكبت الحريات حيث يضر الطفل إلى مسايرة الآخرين يكون ذاته مما يمثل بذرة للأمراض النفسية بل والعقلية أيضا وهذا قد يحدث داخل الأسرة أو جماعات الرفاق أو داخل المجتمع .
- 5- اضطراب شبكة العلاقات داخل الاسرة مثل (الطلاق - الانفصال - غياب الاب بالسفر - عمل الام وتغييها لفترات طويلة عن المنزل) .
- 6- سوء الظروف الاجتماعية والبيئية _ ضيق السكن - الضوضاء - سوء التهوية - الازدحام (فمثلا ضيق المسكن يترتب عليه ان ينام بعض الاطفال مع والديهم فى حجرة واحدة مما يعرضهم لخبرات صدمية نتيجة لرؤيتهم العلاقة الحميمة بين الوالدين فضلا عن كونهم عرضة للعدوى لبعض الأمراض ، وقد يضطر هؤلاء الأطفال للهروب خارج المنزل. (ظاهرة اطفال الشوارع) (نبيلة الشوربجى ، 2003 : 104)

تعقيب على النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية للأطفال :

من العرض السابق يتضح ان كل نموذج من النماذج السابقة يهتم بجانب من جوانب الشخصية أو السلوك ولا يهتم بالجوانب الأخرى فالنموذج الطبى يؤكد المصادر الجسمية والعصبية للاختلال الوظيفى ، بينما يؤكد النموذج السيكو دينامى العمليات اللاشعورية والصراع والحيل الدفاعية ، ويؤكد النموذج السلوكى دور المثيرات والاستجابات والمدعمات فى اكتساب السلوك غير السوى ويركز النموذج الاجتماعى الثقافى على الظروف البيئية والثقافية غير الملائمة والمسببة للمشكلات النفسية ، أم النموذج الانسانى فيركز على الخبرة الذاتية وتحقيق الذات والمعنى فى حياة الفرد ، ويتفق النموذج الإنسانى مع النموذج المعرفى فى تأكيد دور اضطراب الإدراك واضطراب المعرفة فى الاضطراب الانفعالى .

ونظرا لأنه لا يوجد، نموذج من النماذج السابقة يتسع ويشمل كل العوامل المسببة للأمراض النفسية والعقلية فينبغى أن يكون هناك تكامل فى المعرفة وأن ننظر للظاهرة فى إطار متكامل

وفاعلية أى نموذج من النماذج السابقة يتوقف على مدى قابليته للتحقيق ومدى قدرته على التنبؤ بالسلوك .

رابعاً: معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال :

تحتل معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال عن معايير تشخيص المشكلات النفسية لدى الكبار ، وأهم هذه المعايير ما يلي :

1- **العمر** : بعض أنواع السلوك التى قد تقبل فى مرحلة عمرة معينة ، قد لا تقبل فى مرحلة أخرى ، وعلى سبيل المثال فإن التبول اللاإرادى قد يوجد عن الاطفال حتى سن الرابعة أو الخامسة ، ولكنه لا يشيع ولايقبل عند طفل العاشرة ، وكذلك قلق الانفصال قد يقبل من الطفل ، ولكنه قد لا يقبل من المراهق الذى يسعى إلى الاستقلالية وتحقيق الهوية .

2- **الاستمرارية Persistence** : بعض الأطفال يخافون أو تتأهبهم نوبات غضب لبعض الوقت ، ولكن قد لا تستمر هذه النوبات لفترة طويلة إلا أن استمرارها قد يكون مؤشرا للحاجة إلى تدخل علاجى ، كذلك فإن مقاومة الطفل وعدم رغبته فى الذهاب للمدرسة لمرة أو مرتين فى الشهر قد لا يمثل مشكلة ، ولكن المشكلة هى إصراره على عدم الذهاب إلى المدرسة مما يشكل خطرا على مستقبله .

3- **ظروف الحياة : Life Circumstances** : من الشائع ان يتعرض كل الاطفال لظروف حياتية ضاغطة مما يتطلب منهم المرونة والتوافق مع هذه الظروف ، وهذا معناه أن عملية النمو قد قابلها بعض الصعوبات والعقبات بسبب ظروف الحياة المتغيرة ، ولذلك فمن المتوقع أن يتبع تغيير ظروف الحياة تغير فى سلوك الطفل وارتداده إلى انماط سلوكية غير ناضجة ، وهذا طبيعى ومنتوق ،

فعلى سبيل المثال فإن ميلاد شقيق جديد للطفل قد يجعله ينكص إلى انماط سلوكية تخلص منها " مص الأصابع ، التبول اللاإرادى .. الخ " كما يحاول أن يلفت نظر الآخرين إليه بهذه الانماط السلوكية النكوصية ، وهذا قد يحدث أيضا فى مواجهة المواقف الجديدة ، مثل : الالتحاق بالمدرسة وغيرها حيث يتزايد الشعور بالقلق لدى الطفل .

4- **البيئة الثقافية والاجتماعية** : لا يمكن تقييم مدى سواء أو لا سواء سلوك معين بشكل مطلق ، ولكن لا بد من وضع هذا السلوك فى الإطار الثقافى والاجتماعى للطفل .

5- شدة وتكرار الأعراض : فهي مؤشر لوجود مشكلة ما لدى الطفل ، فمثلا نوبة الغضب قد تنتاب بعض الاطفال لمدته بسيطة " دقيقة أو دقيقتين " وهذا شائع إلا أن إلقاء الطفل بنفسه على الأرض وصراخه لمدة طويلة وتكرار هذا السلوك عدة مرات فى اليوم هو مؤشر على وجود مشكلة نفسية لديه .

6- الضرر **Impairment**: الناتج عن سلوك الطفل ، وهذا المحك معناه ان المشكلات النفسية

قد يمكن تشخيصها عندما تعوق النمو الجسمى والنفسى والاجتماعى والانفعالى للطفل ،

ويظهر هذا فى المجالات الاتية :

- **المعاناة** : بمعنى هل سلوك الطفل يجعله يشعر بالمعاناة أم لا ، فمثلا الطفل الذى يحجم عن الانضمام للأطفال الآخرين هل لديه شعور بالكفاية الذاتية ، ام انه يشعر بالقلق وعدم الرضا لعدم انضمامه لهم ، وكذلك هل عدون الطفل هو نتيجة لشعوره بالإحباط أم هو رد عدوان أم توكيدية .
- **التدخل فى جوانب النمو** : فالطفل بحاجة إلى النمو النفسى وإلى مواجهة أزمات الحياة وفى سبيل ذلك يتعلم التمكن **Mastery** والتعامل الفعال مع البيئة والأعراض المرضية تعوقه عن ذلك ، ولذلك فإن التساؤل هو هل الاعراض المرضية تعوق الطفل عن النمو السليم ؟ بمعنى هل السلوك الذى يقوم به الطفل " الانسحاب الاجتماعى مثلا أو العدوان " قد يضر نموه الاجتماعى وعلاقته مع الآخرين أم لا .
- **التأثير على الآخرين** : بمعنى هل سلوك الطفل " العدوان مثلا" أثر على الآخرين وسبب لهم الضرر أم لا ، حيث إن تضرر الآخرين من سلوك الطفل قد يجعلهم يحجمون عن التفاعل معه .

خامساً : الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية :

تزايدت فى الآونة الاخيرة الدراسات التى تبرز دور المتغيرات الوسيطة **Mediating Variables** بين الضغوط ونواتجها فى الصحة النفسية وفى المرض النفسى ، حيث بدأ علماء النفس يهتمون بالمتغيرات النفسية والاجتماعية والتى من شأنها أن تزيد أو تقلل من امكانية تأثر الفرد باحداث الحياة الضاغطة، لا سيما بعد ظهور دراسات اشارت إلى ضعف معامل الارتباط بين الضغوط والامراض النفسية .

وفى هذا الإطار تشير ممدوحة سلامة 1991 إلى انه كى نفهم الصحة النفسية والاضطراب النفسى ينبغى ان تكون هناك أطر تنبؤية تتيح الربط بين السواء وكل من العوامل

المعرضة للاضطراب ، أو العوامل المدعمة للقدرة على المواجهة الفعالة ، وعلى العوامل التي من شأنها أن ترفع من قابلية الإصابة بالمرض النفسي وزيادة المعاناة" . أو قد يركزون على دراسة عوامل المقاومة Resistance factors أى المتغيرات النفسية والبيئية المرتبطة باستمرار السلامة النفسية حتى فى مواجهة الظروف الضاغطة والتي من شأنها دعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والتغلب عليها (ممدوحة سلامة 1991: 199-218)

كما يشير رادولف موس (Moos, 1986) وهو أحد المنظرين ، فى مجال مواجهة الازمات والصدمات ، إلى ان هناك عدة عوامل ، قد تزيد ، أو تقلل ، من إمكانية تآثر الفرد بالضغوط وهذه العوامل ، هى التى تحدد كيفية إدراك الفرد للآزمات ، وطبيعة الاستراتيجيات اللازمة لمواجهة الازمات المختلفة ،
وهذه العوامل هى :

- 1- **العوامل الديموجرافية :** وتشمل السن ، النوع ، والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية .
 - 2- **عوامل شخصية :** مثل الشعور بالقيمة والثقة بالنفس والفاعلية الذاتية .
 - 3- **عوامل متعلقة بطبيعة الحدث أو الصدمة :** مثل : نوع الحدث ، وهل يرجع إلى ظروف طبيعية كالزلازل ، ام بفعل الإنسان مثل : الحروب ، وكذلك توقع الحدث أو فجائيته ، وطول مدة وقوع الحدث ، وكذلك إمكانية التحكم فيه .
 - 4- **عوامل تتعلق بالبيئة الاجتماعية :** وتشمل العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ومدى تماسك المجتمع ، وإقبال الاراد على مساعدة بعضهم البعض .
- يرى روتر (Rutter,1983:23) أن عوامل الخطورة وعوامل الوقاية ما هى عوامل خاملة Inert - وهو قياس يستمد من علم الكيمياء - تنشط فى وجود الأحداث الضاغطة فإذا زادت من وقع التأثير السلبى للحدث الضاغط اعتبرت عوامل خطورة ، بينما إذا خفضت ا, قللت Reduce هذه العوامل من وقع الحدث الضاغط على الفرد اعتبرت عوامل وقاية . وقد اشار راتر الى ان هذه العوامل سواء أكانت عوامل ل خطورة أو وقاية تتباين المرحلة العمرية التى يمر بها الفرد، وطبيعة الحدث الذى يواجهه ومدى وجود مصادر نفسية او اجتماعية تساعده على المواجهة ، وقد أشار كذلك أنه قد تأثر كثيرا وكذلك ك الذين اكتبو فى مجال الوقاية النفسية بكتابات بولبى التى اشار فيها إلى أهمية التعلق الإمن فى الوقاية النفسية للأطفال، حيث يعمل التعلق الآمن المباشر من خلال مساندة الوالدين للطفل فى المشكلات والازمات وبشكل غير مباشر حيث يقوى التعلق الامن من المصادر النفسية للطفل حيث يستدخل الطفل فى نماذجه التصورية من ذاته أنه محبوب ومقدر من

والديه مما يزيد من شعوره بالقيمة والتقدير والثقة وتساعد هذه الصور الإيجابية من الذات فى التقييم الواقعى للمشكلات وفى المواجهة الفعالة لها .

ويشير إمرى وفورهاد (Emery & forehand, 1996: 64-99) إلى عوامل الخطورة والوقاية على متصل واحد فى بدايته الإيجابية الوقاية وفى نهايته السلبية الخطورة ، هناك درجات لشدة تأثير الوقاية ودرجات الشدة وتأثير الخطورة ، وأمثلة على ذلك (الصراع الاسرى الشديد والمزمن عال خطورة ، وندرة الصراع الأسرى أو تعاون الوالدين وتفاهما عامل وقاية ، تقدير الذات العالى عامل وقاية وانهيأر اعتبار الذات عامل خطورة ، المساندة الاجتماعية القوية والفعالة والمتاحة عامل وقاية وغياب المساندة الاجتماعية عامل خطورة).

من هنا يتضح أهمية دراسة عوامل الخطورة وطرق الوقاية فى محاولتنا لفهم الكيفية التى يتطور بها الاضطراب النفسى حتى تتمكن من منع حدوثه أو توفر له العلاج الملائم إذا ماحدث ذلك الضطراب.

الفصل الثانى

عوامل الخطورة فى ظهور المشكلات النفسية للأطفال

مقدمة :

قد يواجه الأطفال مواقف وظروفا صعبة وضاغطة من الخبرات المؤلمة أو الأحداث الصدمية ، كالعنف الأسرى أو التصدع الأسرى أو الإساءة أو الانتهاك الجسدى أو الجنسى أو كوارث الحروب والكوارث الطبيعية والبشرية أو فقدان أو الموت لأحد الوالدين وغيرها من الأحداث ، تؤثر على مسار نموهم وارتقائهم ، وعلى اتجاهاتهم نحو المجتمع ، وعلاقاتهم بالآخرين ، ونظرتهم على أنفسهم والحياة والمستقبل . وتلك خبرات تتطوى على حالة " أزمة " قد يعيشها الطفل باعتبارها رد فعل إزاء هذه المواقف والأحداث ، وبخاصة من المنظور الظاهرياتي (الفينومينولوجى) ، أى من حيث إدراك الطفل لتلك الأحداث أو المواقف ذاتها .

الواقع أن تأثير التجارب القاسية والاحداث الصدمية على الأطفال قد يفوق تأثيرها على الكبار ، ويرجع ذلك إلى نقص نمو مهارات المواجهة الضغوط Coping skills وآليات الدفاع Defense Mechnisms بوصفها اساليب للتوافق مع المواقف الضاغطة وعواقبها ، كما يرجع - كذلك- على طبيعة الطفولة ذاتها ، فاطفولة " فترة حساسه " أو مرحلة حرجة " بقدر ما هى فترة من التغيرات والتحويلات الجذرية التى تتطوى على صعوبات ومشكلات تجعل الاطفال اكثر استهدافا لإضطراب التوازن ، لنقص التوافق مع الذات والمجتمع ، ولهذا يتوقع أن تتفاعل الضغوط الناجمة عن الأحداث الصدمية مع صعوبات أو مشكلات النمو عند الأطفال ، الأمر الذى يجعلهم أكثر استعدادا للتأثر بتلك الأحداث ، وذلك ما يعرب عنه أريكسون 1959 بالأزمة المحتملة (أو الكامنه Potentail Crisis) عند الأطفال ، وعلى ذلك فإن الاخطار والتجارب الصدمية التى يتعرض لها الاطفال قد تجعل بعضهم من ذوى حالات " الاطفال المعرضين للخطر أو " الأطفال ذوى الخطر العالى ، وتلك حالات توجد بدرجات مختلفة فى الظروف العادية من حياة المجتمعات ، ولكنها تزداد فى الظروف غير العادية مثل الحروب والكوارث ومواقف العنف والاساءة او المتهان . (فيولا البيلاوى 2002 : 26)

أولاً: تعريف عوامل الخطورة : Risk factors

هى تلك العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية التى من شأنها أن ترفع من قابلية الإصابة بالمرض النفسى وزيادة المعاناة عند مواجهة حدث معين أو مشكلة معينة . ويعرفها كازدين على أنها " السمات والأحداث والعمليات التى تزيد من احتمال بداية المشكلة أو اختلال التوازن التى يتمثل فى الاضطراب السلوكى " فعلى سبيل المثال فإن ارتفاع نسبة الكلوسترول فى الدم ونمط الحياة الذى يعتمد على لجلوس معظم الوقت والتدخين وزيادة التعرض للضغوط تزيد من احتمال حدوث أمراض القلب . (آلان كازدين - ترجمة عادل عبد الله)

ثانياً: طرق تأثير عوامل الخطورة على الاطفال :

من المفترض أن وجود عوامل خطورة فى الطفولة يمكن أن يزيد من احتمال المرض النفسى والعقلي فى الرشد وهذا يتم من خلال ثلاث طرق :

(1) أن وجود عامل خطورة فى الطفولة قد يكون سبب مباشر لاستمرار الاضطراب فى الرشد وقد استمر نفس الاعراض من الطفولة إلى الرشد او ان تأخذ اشكالا مختلفى عبر المراحل العمرية ، فمثلا الاضطرابات السلوكية فى الطفولة تظهر فى شكل ادمان للكحوليات وسلوك اجرامي بل فصام ايضا الرشد .

(2) قد تستمر الاعراض النفسية باستمرار وجود عوامل خطورة عبر المراحل النمائية المختلفة ، فمثلا الافتقاد إلى المساندة الوالدية فى الطفولة قد يرتبط بوجود مشكلات نفسية وسلوكية فى هذه المرحلة ولكن استمرار عدم وجود علاقة وثيقة مع الاخرين فى المراهقة والرشد قد يؤدي إلى استمرار المشكلات النفسية والسلوكية أو إذا اختفت هذه المشكلات فمن الممكن أن تعود فى أى وقت .

(3) قد لا يحدث الاضطراب النفسى فى الرشد نتيجة لوجود عوامل خطورة فى الطفولة ولكن نتيجة لتراكم عوامل الخطورة أو وجود سلسلة من التوابع لوجود عامل خطورة ، فعلى سبيل المثال فإن الاضطراب النفسى للأم له آثار نفسية ضارة على علاقتها بطفلها ، ولكن الاضطراب النفسى للأم ليس كافيا لاضطراب الطفل ولكن توجد سلسلة من التوابع تترتب على الاضطراب النفسى للأم وتؤدي إلى الاضطراب النفسى للطفل ، فالأم المريضة نفسيا قد تترك الطفل لتتلقى العلاج ولا تستطيع رعايته بشكل كاف، كما أن الأم قد تترك عملها

وتتعرض علاقتها مع زوجها (والد الطفل) للانهييار مما يؤدي غلى تعرض الطفل لأكثر من ضغط فى وقت واحد، وهذه الضغوط ناتجة من التعرض لعامل خطورة واحد. (Newton 1988;110)

كذلك فإن تعرض الطفل لأكثر من حدث ضاغط فى وقت واحد واستمرار تعرض الطفل لظروف سيئة طويلة المدى مثل الشقاق الأسرى والمرضى العقلي لأحد الوالدين قد يكون لها آثار ضارة على الصحة النفسية للطفل. (Ruttir,1990,184)

وقد أشار مايكل راتر (1991 : 189) أن الضغوط أو أحداث الشدة المنفصلة التى تحدث بشكل فردى قد لا تحمل مخاطر سيكاترية، ففى دراسة على أسر عادية لها أطفال فى العاشرة من أعمارهم وجد أن هناك ستة متغيرات اسرية (بما فيها الخلافات الزوجية) ترتبط وبقوة دلالة عليه باضطرابات النفسية للأطفال، ولكن حين تم فصل الأسر التى تمر بواحدة فقط من هذه الظروف الضاغطة وجد أن أيا من هذه المتغيرات على حده بعد عزله عن بقية المتغيرات الاخرى لا علاقة له بالاضطرابات لدى الأطفال ، بمعنى أن خطورة الاصابة بالاضطرابات النفسية لم تزداد بصورة واضحة لدى الأسر التى تعانى من أحد الظروف الضاغطة المزمنة بمقانتهم بأطفال اسر تخلو ظروفها من أى من المتغيرات التى تزيد من احتمال حدوث الاضطراب ، ولكن خطورة الاصابة باضطراب كانت أعلى كثيرا لدى الأسر التى اجتمع لديها متغيران ضاغطان ثم ازدادت اضعافا حين اجتمع للأسرة أربعة متغيرات ضاغطة والواضح أن وجود تأثير تراكمى للشدائد والأحداث الضاغطة إذا ما اجتمع عدد منها فى الجو الأسرى بشكل مزمّن .

ثالثا : آثار التعرض لعوامل الخطورة على الأطفال :

1- فى مرحلة ما قبل المدرسة :

الأطفال فى سن ما قبل المدرسة (من الميلاد حتى السادسة) فى مرحلتى الحضانة والطفولة المبكرة ، يعتمدون على الكبار فى رعايتهم ، وفى شعورهم بالحماية والأمن والسلامة ، وهم يبدون عجزاً وسلبية حينما يواجههم موقف باعث على التهديد الأمر الذى يتطلب مساعدة من الكبار كى يشعروا بالسند والأمن معهم ويدرأوا عنهم الموقف المهدد وحمايتهم منه .

ويتصف الأطفال الصغار بأنهم تعوزهم القدرة على تخيل الطرق التى تقيهم ، ولذا فهم يشعرون - غالبا - بنقص الأساليب الدفاعية ويخبرون - عادة - بأنه لا توجد طريقة للهرب من الموقف الضاغط أو لتجنبه ، وقد يترتب على الخبرة الصدمية عند الأطفال فى هذه المرحلة انهم قد

يبدون حالة من الصمت والانسحاب أو حتى من عدم القدرة على الكلام أو تناول الطعام أو اللعب .
وتظهر كذلك أعراض التعرض لعوامل الخطورة خاصة - الحادة منها - فى زيادة مشاعر قلق الانفصال - اضطرابات النوم مثل الكوابيس والفرع الليلي والمشى أثناء النوم والكلام أثناء النوم
2- فى مرحلة المدرسة :

فى هذه المرحلة يكون لدى الطفل رصيد واسع من الاستجابات المعرفية والانفعالية والسلوكية ويستطيع أن يدرك بعض الأحداث (الموت مثلاً) وتظهر آثار التعرض لعوامل الخطورة فى :
صعوبات التركيز وتدهور الأداء المدرسي نتيجة لما يغمر عقل الطفل من أفكار وذكريات عن حادثة معينة ، او نتيجة لشعوره بالقلق أو الاكتئاب ، كذلك فإن بعض الأطفال يظهرون أعراضاً مثل :
السلبية وعدم التفاعلية والعدوانية مما يؤثر سلباً على علاقاتهم مع أقرانهم ويؤدى إلى عزلتهم الاجتماعية ، كما تظهر عليهم بعض المشكلات الصحية (صداع .. الخ) ايضاً اضطرابات نفسية جسمية (فيولا الببلاوي: مرجع سابق 40-41)

رابعاً : مستويات عوامل الخطورة :

1- عوامل الخطورة المزمنة :

عوامل الخطورة المزمنة هى تلك العوامل المرتبطة باضطراب طويل المدى فى نمط الحياة المستقر للطفل (المرض الطويل لأحد الوالدين - المعاناة الاقتصادية لمدة طويلة - المنازعات الأسرية المزمنة " قبل الطلاق احياناً" الاساءة الجسمية والنفسية والجنسية المتكررة". وينتج من عوامل الخطورة المزمنة لدى الأطفال بعض الأعراض منها : انخفاض تقدير الذات ، أعراض القلق والاكتئاب ، الاستهداف للحواث ، واضطراب عام فى الصحة الجسمية .
(Sharp&Cowie,1998;23-24)

2- عوامل الخطورة الحادة :

هى أحداث مفاجئة تخل بتوازن الطفل مثل (الحوادث - الموت غير المتوقع - الطلاق - الاغتصاب) وهذه الأحداث رغم قصر المدة الزمنية التى تحدث فيها أن وقعها شديد على الطفل وتطلق عليها اضطراب الضغوط التالية للصدمة Posttraumatic Stress Disorder وتتمثل معايير تشخيص عوامل الخطورة الحادة أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع فيما يلي :

- أن يكون الفرد قد مر بحادث خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية ، وهذا الحادث يمكن أن يكون مضايقاً ومزعجاً - بشكل ملحوظ لكل فرد تقريباً(مثل التهديد لحياة الفرد أو لشخص قريب منه - التدمير المفاجئ للمنزل - رؤية حادث عنيف أو إصابة خطيرة .. الخ)
 - أن يمر الحادث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى بشكل مداوم بواحد من الطرق الآتية :
 - أ) تتكرر الحادث بشكل متكرر .
 - ب) الحلم بأحلام مزعجة عن الحادث .
 - ج) الشعور كما لو كان الحادث سيعاود الحدوث .
 - د) الضيق النفسى الشديد عند التعرض لأحداث ترمز للحادث (الصدمى)
 - هـ) حدوث ارتباك نفسى لمجرد ظهور مثير ورمز للحدث الصادم .
- * التجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالصدمة وذلك كما يتضح من ثلاث جوانب على الأقل مما يلي :

- 1) جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة .
- 2) جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو المواقف التى تثير ذكريات عن الصدمة .
- 3) عدم القدرة على استرجاع جوانب مهمة من الصدمة .
- 4) الشعور بالانفصال أو النفور من الآخرين .
- 5) ضيق مدى الوجدان ، كان يصبح الفرد غير قادر على أن تتولد لديه مشاعر حب .
- 6) التشاؤم بشأن المستقبل .
- 7) تخفيض او تقليص المشاركة فى الانشطة التى دل على الصدمة .

* اعراض مستمرة لزيادة التنبيه (غير موجودة قبل الصدمة)

وذلك كما يتضح من عرضين على الاقل مما يلي :

- 1) صعوبة الاستغراق فى النوم او البقاء نائماً .
- 2) التهيج او انفجارات الغضب .
- 3) صعوبة التركيز .
- 4) الاستيقاظ الدائم .
- 5) رد الفعل الفسيولوجى الزائد عند التعرض لاحداث تشبه الحادث الصدمى .

* استمرار ظهور هذه الاعراض لمدة شهر على الاقل او تأخر ظهورها لمدة ستة شهور بعد الصدمة . ويمكن توضيح تأثير الضغوط الحادة على الطفل في مرحلتى الطفوة والمراهقة على النحو التالي:

- (1) المرحلة العمرية من 1-2 سنة : الشعور بعدم الامن ، الخوف من الاستكشاف ، تاخر الكلام ، الغضب ، التاخر فى تنظيم الذات ، تأخر فى المهارات اللفظية ، ذكريات متكررة عن الحدث.
- (2) المرحلة العمرية من 2-3 سنة : القلق الشديد ، التبول اللاإرادي ، انخفاض تقدير الذات ، عدم التحكم فى الانفعالات ، الاعتقاد بانه سيئ ولا يستحق الحب .
- (3) المرحلة العمرية من 4-6 سنة : التاخر فى المهارات الحركية واللفظية انخفاض تقدير الذات ، مشكلات سلوكية ، والمشاجرة مع الاخرين .
- (4) المرحلة العمرية من 7-11 سنة : زيادة السلوك العدوانى ، عدم التحكم فى الانفعالات ، الفشل فى الاستمتاع بالعب أو الدراسة ، الفشل فى اكتساب الدور الجنسى " بالنسبة للبنات مسالك ذكورية كرد فعل للاغتصاب " ، الفشل فى استدخال القواعد الاجتماعية ، مشكلات سلوكية ، رفض الأقران .
- (5) مرحلة المراهقة : عدم القدرة على تكوين أو تحديد الهوية، عدم القدرة على التفرد، نقص الدافعية، عدم القدرة على اقامة علاقات مع الاخرين التشاؤم، انخفاض تقدير الذات، نقص اشعور بالكفاية، التوجس وتوقع الشر والمصائب، العزلة الاجتماعية، رفض الاقران، مسالك تدبير الذات أو السلوك المضاد للمجتمع (Hodgkinson & stewart1998:6-7)

3- المنغصات اليومية :

تعتبر المنغصات اليومية Daily Hassles او الأحداث الضاغطة البسيطة هي اكثر نواع عوامل الخطورة انتشارا وهى الأحداث التى تؤدى إلى تغييرات فى بيئة الطفل (الانتقال إلى منزل أو مدرسة جديدة) أو فى روتين حياته اليومية (ميلاد شقيق مثلا) أو تكون المنغصات يومية ولكن إزعاجها معتاد (وسائل المواصلات) ، وهذه المنغصات قد لا تؤدى إلى نفس الأعراض المرضية لعوامل الخطورة الحادة أو المزمنة ولكن قد يكون لها تأثيرات تراكمية Accumulative effects على نمو الطفل وغالبا لا تصل تأثيرات المنغصات إلى حد المرض النفسي أو سوء التوافق.

خامساً : بعض النظريات المفسرة لتأثيرات عوامل الخطورة :

1- المنظور النفسى الاجتماعى :

قدم إريك اريكسون اطارا نظريا هاما فى كيفية مواجهة الاطفال للازمات حيث اشار اريكسون الى ان الطفل يمر بمراحل نمائية وكل مرحلة لها تحدى جديد وازمة جديدة على الافرد مواجهتها و اشار اريكسون ان مواجهة الفرد لهذه الازمات ، ومواجهته للاحداث الصدمية يتوقف على ما اكتسبه الفرد فى كل مرحلة من المراحل من صفات ايجابية او سلبية فى المرحلة الاولى ، وهى مرحلة الثقة المطلقة مقابل عدم الثقة فإن كفاءة الرعاية الوالدية ، واشباع الحاجات الجسمية ، والنفسية للطفل ويجعله يكتسب الثقة فى ذاته ، ولعالم والآخرين ، وهذه الثقة ، تكون اساس قدرته على المواجهة الايجابية لضغوط والصدمات ، بينما الرعاية الوالدية غير الملائمة تجعل الطفل يشعر بعد الثقة ، وبالتالي يتوقع الفشل عند مواجهة الازمات ، بل يفشل فى المواجهة ، ويشعر بالعجز ، كذلك فى المرحلة العمرية الثانية ، يكتسب الطفل الاستقلالية ، التى تمكنه من مواجهة الصدمات النفسية ، ثم يكتسب الفرد صفة المبادأة ثم الاجتهاد ومن ثم تحقيق الهوية ، وهكذا فإن الصفات الايجابية تساعد الفرد على المواجهة الناجحة للمشكلات. ولقد كان اريكسون متفائلا بشأن امكانية أن يكتسب الفرد للصفات الايجابية لمرحلة معينة فى مراحل لاحقة مع امكانية تجاوزه ومواجهته لأزماته

2- المنظور المعرفى :

العمليات المعرفية هى مفتاح فهم الاحداث الصدمية خاصة فى ظل الثورة المعرفية التى تركز على أن تقدير الفرد وإدراكه للحدث او الصدمة وليس الحدث فى حد ذاته هو الذى يؤثر فيه ويزيد من الاعراض النفسية لديه . (Hodgkinson&stewart,1998:219-220) و اشار كل من فولكمان ولازاروس (Folkman & Lazarus,1986) إلى ان معنى الاحداث وكيفية تفسير الفرد له يلعب دورا محدد لمدى وقعه وتأثيره ، وهناك عمليتان معرفيتان تتوسطان بين الحدث الضاغط وبين محصلته سواء الايجابية او السلبية ، الأولى هى التقييم المعرفى وهى العملية التى تتوسط بين المثيرات والاستجابات الانفعالية - وهى تتضمن التقييم المعرفى للحدث ذات ، وما ينطوى عليه من تهديد لامنه وصحته النفسية وتقديره لذاته ، أما العملية الثانية فهى تقييم الفرد لأساليب المواجهة وهى تشمل الأساليب التى يواجه الفرد بها الحدث الضاغط كما تشمل (مواجهة المشكلات - تحمل المسؤولية- الهروب - التجنب - البحث عن السماندة

الاجتماعية - التحكم الذاتى) . وتتأثر كلتا العمليتين بالخصائص النفسية للفرد. فعلى مستوى التقييم المعرفى تعمل هذه الخصائص النفسية كقاعدة لإدراكه وتفسيره للأحداث . بحيث يبدو الحدث أقل او اكثر تهديداً ، وعلى مستوى المواجهة فهى تؤثر فى تحديد وتقييم كيفية التفاعل مع الحدث بحيث يقوم بسلوك ما لتغيير الموقف او يقبله او يتجنبه .
(Coyne & Lazarus,1980:579)

3- منظور العجز المكتسب learned Helplessness:

الفرض الرئيسى لهذه النظرية ان تكرار تعرض الفرد للصدمات، أو الأزمات ، او الضغوط ، وإدراكه أو اعتقاده عدم القدرة ، على التحكم فيها ، أو عدم التنبؤ بعواقبها ، فإن هذا من شأنه ، ان يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة ، وهذا الشعور ، يجعله يبالغ فى تقديره للأحداث التى يمر بها ، ويشعر بالتهديد منها ، وفى نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها ، مما يجعله يتوقع الفشل بشكل مستمر ، ويدرك أن ما يتعرض له من فشل ، وعدم قدرة على المواجهة فى الماضى والحاضر سوف يستمر معه فى المستقبل ، ومن ثم يشعر باليأس
(Abramson et al ,,1978)

4- المنظور السلوكى :

يفسر المنظور السلوكى الكثير من الاضطرابات النفسية للاطفال، فوفقا للتشريط الكلاسيكى فإن تعرض طفلة للإساءة الجنسية يجعلها تخاف المشى فى الشارع والتواجد وسط الناس وتجنب لقاء الاخرين ، وكذلك الطفل الذى تعرض لحادث فى مكان معين غالبا ما يتجنب هذا المكان .
(Davison & Neale, q998:156)

ووفقا للتعلم بالملاحظة فإن الطفل قد يتعلم الخوف من خلال نموذج يظهر الخوف فى موقف معين ، وهكذا . كما أن تدعيم سلوك معين لدى الطفل قد يؤدي إلى تكرار السلوك حتى ولو كان السلوك منحرفا .

5- نظرية المحافظة على المصادر النفسية والاجتماعية :

صاحب هذه النظرية هو هوبفول Hobfoll وأشار إلى أن تأثر الطفل بالأزمات يرتبط بوجود مصادر نفسية واجتماعية فعالة لديه فالمحافظة على المصادر النفسية والاجتماعية تجعل

الطفل لا يتأثر كثيراً بالازمات والضغوط ، وتحدث المشكلات حين تكون المصادر فى حالة من التهديد او حينما تتعرض هذه المصادر للفقد ، حيث أن فقدها يجعل الطفل عرضة للمشكلات خاصة لو كانت الازمات او الضغوط غير متوقعة ، أو كان زائدة عن الحد أو كانت استراتيجيات الفرد اقل من القدرة على مواجهتها (طلعت منور 1995)

سادسا: اهم عوامل الخطورة :

يشير كل من (Hodgkinson & stewart 1998) كذلك حسان يعقوب 1999 إلى أن اهم عوامل الخطورة التى تزيد من قابلية الفرد للتاثر بالصدمات والأزمات هى :

- 1) وجود تاريخ للأمراض النفسية فى الاسرة .
 - 2) الخلافات الاسرية المزمنة .
 - 3) انخفاض المستوى الاقتصادى للأسرة .
 - 4) سوء معاملة الشخص وتعرضه للإساءة الجسمية او النفسية أو الجنسية فى الطفولة .
 - 5) انفصال الابوين بالطلاق قبل سن العاشرة
 - 6) انخفاض الشعور بالثقة بالنفس ونقص الشعور بالكفاية الشخصية .
 - 7) وجود امراض مزمنة للفرد أو أحد افراد اسرته .
 - 8) انخفاض مستوى التعليمى والمعرفى عند الشخص وعند اسرته .
 - 9) تعاطى الوالدين المخدرات والكحوليات .
 - 10) وفاة شخص عزيز فى سن مبكرة خاصة أحد الوالدين .
 - 11) مشاهدة اعمال عنف او قتل خاصة لأحد افراد الاسرة .
 - 12) الحرمان الشديد من الحب والعطف فى الطفولة .
- وسوف نعرض لأهم عوامل الخطورة المتمثلة فى (1- الوراثة 2- عوامل خاصة بالطفل " العمر ، النوع الخصائص " 3- عوامل خاصة أ - التعرض لخبرات الفقد ب- الشقاق الاسرى والطلاق ج- التعرض لخبرات الاساءة د - المعاناة الاقتصادية هـ - ادمان الوالدين و - المرض النفسى والعقلى واضطرابات الشخصية لدى الوالدين ز - السلوك الإجرامى للوالدين - ح - الحماية الزائدة من الوالدين) .

(1) الوراثة

لا تعد العوامل الوراثية بمفردها هي المسؤولة عن الاضطرابات النفسية للأطفال ولكنها تشترك مع عوامل بيئية واسرية تسهم في حدوث الاضطرابات النفسية للأطفال ، ويشير تعرض الأطفال للاضطرابات السلوكية ، وهذه النتيجة جاءت من خلال دراسة التوائم المتشابهة لأن التوائم المتشابهة يعدون في الواقع أكثر شبها من الناحية الوراثية قياسا بالتوائم غير المتشابهة او حتى بالاخوة العاديين . وتوضح دراسات التوائم وجود معدلات اتفاق اكثر ارتفاعا بين التوائم المتشابهة في مقابل التوائم غير المتشابهة حيث يزداد مثلا احتمال تعرض التوأم الآخر في حالة التوائم المتشابهة لنفس الاضطراب إذا ما تعرض التوأم الأول له ، وتكون مثل هذه المعدلات أكثر ثباتا في حدوثها وارتفاعها مع حدوث الانتقال الجيني أو الوراثي Genetic Transmission.

وقد كشفت الدراسات عن حدوث معدلات كبيرة من الاتفاق في حدوث الجناح والجريمة والاضطرابات السلوكية بين التوائم المتشابهة قياساً بالتوائم غير المتشابهة والاخوة العاديين ، وتوضح نتائج دراسات الجريمة بين الراشدين والمراهقين أن العامل الوراثي بعد هو الأقوى في هذا الإطار حيث كان الاتفاق بين التوائم المتشابهة أكثر من الضعف قياسا على التوائم غير المتشابهة . وفي هذا الصدد لا بد من الإشارة إلى تداخل العوامل البيئية مع الوراثة حيث أن التوائم المتشابهة يعيشون في بيئة متشابهة على أن اباء التوائم المتشابهة يعاملون ابناءهم بشك لاكثر تشابه من التوائم غير المتشابهة من خلال تلبية الحاجات النفسية (الحب ، الاهتمام ، التقدير .. إلخ) .

(2) عوامل متعلقة بالطفل ذاته

(أ) العمر Age:

العمر في ذاته لا يشكل عامل خطورة ، ولكن تعرض الطفل لعوامل خطورة في عمر معين هو عامل الخطورة ن فعندما يكون عمر الطفل أقل من ستة شهور فإن تأثير عوامل الخطورة عليه يكون قليلا من انه قد لا يتأثر بهذه العوامل وذلك لم يطور روابط تعلق انتقائية بأشخاص معينين ، بينما عندما يكون الطفل من ستة شهور إلى أربع سنوات ويكون قد كون رابطة تعلق مع شخص بالغ فإنه قد يتأثر كثيراً بفقد أو غياب هذا الشخص وتظهر عليه أعراض الانفصال من احتياج وتباعد ومشاعر اكتئابية .

وقد اشار مايك لزار 1991 (ترجمة ممدوحة سلامة : 70) وكذلك راتر Rutter,1983 إلى أن خبرات فقد احد الوالدين مثلا تؤثر بشكل كبير على الاطفال مقارنة بالمراهقين والراشدين ، ويبدو

أن تأثر الطفل بوفاة احد الوالدين يرتبط بنمو قدراته المعرفية (الإدراك ، التفكير ، التذكر ، التخيل ، الاستنتاج) وعلاقته بالوالد المتوفى ، ومساندة الوالد البالغ على قيد الحياة الطفل لتجاوز محنة فقد الوالد . والآثار بعيدة المدى لأى حدث ضاغط (الوفاة مثلا) قد لا ترتبط بعمر الطفل ولكن لم يترتب على الوفاة من مشكلات مثل (التدهور فى دخل الاسرة ، تغيير الادوار داخل الاسرة ، تدهور الحالة الجسمية والنفسية للوالد الباقي .. الخ)

ويرى بعض الباحثين wallerstein,1983 أنه رغم وجود فترات نمو حساسة وحرجة ، وتعرض الطفل فيها للأحداث الضاغطة قد يؤثر سلبيا، إلا أن نمو الطفل عمريا قد يخفف من قوع بعض الضغوط على الطفل، على سبيل المثال، فإن حدوث خبرات اساءة للطفل قد يعدلها ويخفف منها العلاقات الطيبة مع الأشقاء أو الأقران أو المعلمين.

(ب) النوع Sex:

من المعروف جيدا أن الذكور أكثر قابلية للإصابة أما المخاطر والضغوط العضوية بمقارنتهم بالإناث، وعلى عكس ما هو متداول من أن الذكور هم الجنس الأقوى بيولوجيا ونفسيا فإن الدراسات اثبتت أن الذكور أكثر حساسية للمخاطر وأكثر قابلية للإصابة فى مجال الضغوط والشدائد النفسية الاجتماعية وهو ما يظهر بشكل واضح فيما يتعلق بالخلافات الاسرية وعدم التوافق الزواجى، حيث أكدت جميع الدراسات تقريبا ارتباطها بمشكلات السلوك لدى الابناء الذكور بصفة خاصة وقد ظهرت تلك الفروق فى دراسات واسعة فى بريطانيا على أطفال يعانى والدهم أو احدهم من احد الاضطرابات العقلية، واتضح هذه الفروق ايضا فى دراسة امريكية وعلى اطفال انفصل والدهم بالطلاق وعلى اطفال من اسر عادية .

وقد ثار الكثير من الجدل وتعددت التفسيرات حول تساؤلين رئيسيين هما :

1- هل الذكور بالفعل هم الجنس الضعيف والهش والأكثر حساسية وقابلية للإصابة بالامراض النفسية والجسمية عند مواجهة الضغوط .

2- هل كون الطفل انثى يمكن ان يكون عاملا واقيا حين تمر الاسرة بالشقاق والنزاع ؟ (راتر : ترجمة ممدوحة سلامة 1991 : 191)

وهناك الكثير من التفسيرات لهذا القضية، ومنها : (اختلاق معاملة الوالدين للذكور والاناث خلال فترات المنازعات والصراعات، أن الأنثى تتمى اساليب افضل لمواجهة الضغوط، أن الخلافات الزوجية قد تكثر /ام الذكور مقارنة بالإناث، أن الذكور يتأثرون بالظروف الأسرية المحيطة ويكونون أكثر عدوانية من الاناث وبالتالي يكونون أكثر تعرضا للعقاب (Hethering)

(ton , et al, 1982) ، أن الوالدين (خاصة) الامهات أكثر حماية للاناث اثناء الازمات والمشكلات الاسرية ، أن بعض الامهات قد يحولن مشاعرهن السلبية من الزوج إلى الابن (Newton,112)

ومن ناحية اخرى فقد اظهرت ملاحظة الاطفال من مختلف الأعمال وفي مواقف متعددة أن هناك فروقا بين الجنسين في نوعية التفاعل مع الوالدين، إذ يظهر الذكور مقاومة اكبر لجهود الابوين في تدريبهم وكثيرا ما يقابلون المطالب الوالدين ضغوطهما بمطالب وضغوط مضاده، وهم أكثر الحاحا في المطالبة باهتمام الام، وكذلك يتفاعل الاباء بطرق مختلفة بحسب جنس الطفل مدعين بذلك انماط السلوك المقبولة فيما يتعلق بكل من الجنسين إذ يعلق الاباء اهمية كبرى على الانجاز والاعتماد على النفس والضبط الانفعالي والإضطلاع بالمسئولية بالنسبة للبنين ، بينما تقل الضغوط الوالدية بالنسبة للبنات فيما يتعلق بالإنجاز والاعتماد على النفس ، كما أن الوالدين يكونان اكثر ضبطا للبنات وتقييدا لانشطتهن من البنين وان كانوا اقل رغبة في توقيع العقاب عليهن ، بينما تستخدم اساليب الاجبار مع البنين بشكل اكثر (ممدوحة سلامة 184).

(3) الخصائص المزاجية للطفل

ركزت الدراسات النفسية لفترات طويلة على إدراك الاطفال لأساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بخصائص شخصياتهم أو اضرابهم النفسى والعقلى ، وأهملت الدراسات دور الاطفال انفسهم من حيث طبيعة شخصياتهم وحالتهم المزاجية فى اضراب العلاقة مع الوالدين .

ويشير المزاج Mood إلى الجوانب السائدة فى الشخصية والتي تظهر بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة عبر الزمان ، وغالبا ما ترتكز الفروق بين الاطفال فى المزاج على بعض السمات مثل مستويات النشاط ، والاستجابات والانفعالية ونوعية الطباع والقابلية للتكيف الاجتماعى ، ويمكن التمييز بين الاطفال فى التعامل فالأطفال الذى يتسمون بالسلاسة يتسموا بالطبع الإيجابى والتوجه نحو المثيرات الجديدة . وقابلية التكيف للتغيير ، وانخفاض مستويات الحدة فى رودود افعالهم للمثيرات الجديدة ، فى حين ان الاطفال الذين يتسمون بصعوبة التالم معهم ويبدون انحرافات عكسية لتلك السمات التى ذكرناها ، ويكون من المحتمل أن يظهرها مشكلات سلوكية (بلان كازدين : 2000 : 110)

وتبدو الفروق المزاجية بين الاطفال منذ لحظة الميلاد فى الجوانب الاتية :

1) مدى انتظام الدورات البيولوجية ، اى انتظام النوم والاستيقاظ والجوع والشبع والاخراج ..
إلخ .

2) مدى تكيفهم بالمواقف المتغيرة ، إلى أى مدى يتغير سلوكهم كاستجابة للتغير فى الظروف البيئية .

3) شدة استجاباتهم الانفعالية أى ما إذا كانوا يعبرون عن سرورهم بالابتسام أو الضحك ، وما إذا كانوا يعبرون عن استيائهم بالبكاء الخافت لفترات قصيرة أم الصراخ ولاتشنج لفترات طويلة .

4) مستوى النشاط ، أو مدى ما يبذلونه من طاقة حركية .

ويزداد احتمال ظهور المشكلات النفسية لدى الاطفال الذين تضرب لديهم دورات النوم والاستيقاظ، او الذين يجدون من الصعوبة التكيف مع المواقف الجديدة، أو الذين تتميز استجاباتهم الانفعالية بالشدّة أو الذين يتميزون بحالات مزاجية سلبية كالتهيج وعدم الاستقرار والحزن والتعاسة .
(ممدوح سلامة 1990: 123)

ويبدو أن الخصائص المزاجية للطفل عاملا حاسما فى العلاقة مع والدين فالاطفال الذين تضرب دوراتهم البيولوجية (النوم - الأكل) والذين تكثر حالاتهم المزاجية السلبية بالاضافة إلى النقص والمرونة، كانوا أكثر الاطفال قابلية للاصابة بالاضطرابات السيكاترية ، ولعل السبب فى زيادة خطر الاصابة بالاضطراب فى حالة سوء المزاج الطبيعى للطفل يرجع جزئيا إلى تأثير الخصائص المزاجية السلبية بمعنى أن الخصائص المزاجية السلبية تجعل الطفل اكثر عرضة للانتقاد والتأنيب من قبل الوالدين وعليه فإن الخصائص المزاجية للطفل قد تزيد أو تقلل من خطورة ما يترتب على المنازعات الأسرية من اضطراب نظرا لما لها من تأثير على نوعية التفاعل القائم بين الوالدين والطفل وفى وجود شقاق اسرى واضح فإن ايجابية الخاصئص المزاجية للطفل قد تقيه من الصراع ، ومصل هؤلاء الاطفال وصفتهم امهاتهم على انهم محبوبون ، هادئون ، إيجابيون نشطون .
(3) عوامل خاصة بالأسرة

فى المشكلات النفسية والعقلية وخصائص الشخصية السلبية لدى الاطفال تصدق مقولة " ابحث او فتنش عن الاسرة " حيث ان أى مشكلة يعانى منها الطفل غالبا ما تعبر عن مشكلة تعانى منها الأسرة ، وفى هذا الإطار يثير مصطفى زيور (1985 : 214) إلى أن وراء كل طفل مضطرب شخصا اكثر اضطرابا يدفعه إليه ، كما أنه لا يوجد ابناء مشكلون ولكن هناك اباء مشكلون ، كما يشير اكرمان (Akerman,1994:238) إلى أن سيكوديناميات الحياة الأسرية تؤدى

إلى أن الاضطراب النفسى للطفل هو عرض لعلامة sign على اضطراب العلاقات داخل الاسرة ، كما أن الاضطراب النفسى أو العقلى للطفل هو تعبير عن اضطراب شخصية الوالدين ذاتهم وسوء معاملتهم لأبنائهم .

وسوف نناقش العوامل الخاصة بالأسرة من خلال :

- أ- التعرض لخبرات الفقد
 - ب- الشقاق الاسرى والطلاق
 - ج - التعرض لخبرات الإساءة
 - د- المعاناة الاقتصادية
 - هـ- إدمان الوالدين
 - و - المرض النفسى والعقلى واضطرابات الشخصية لدى الوالدين
 - ز- السلوك الإجرامي للوالدين ح- الحماية الوالدية الزائدة .
- (أ) التعرض لخبرات الفقد

الموت كارثة وخسارة هائلة ، للفرد والعائلة والمجتمع ، فالموت ينهى الحياة ويعطل إلى الأبد عطاء الفرد وتفاعله وربما تأثيره على مجرى الحياة حوله . وانتهاء حياة الإنسان يحسم بشكل نهائى مسألة وجوده ، ولكن يخلق فى القلب واقعا جديدا . فتلقى بعض الاعتبارات والالتزمات والاعباء وتستجد فى حياة الاسرة مسئوليات وواجبات ومواقع . ويرتبط موت الفرد بكل زمان ومكان - باحساس الاخرين حوله بالحزن والفقدان ، ويتراوح هذا الشعور والأنفعال فى قوته وشدته ومداه بين فرد وآخر تبعا لقوة الروابط ، وتؤثر فى قوة وحجم الانفعال عوامل اجتماعية واقتصادية وقانونية ، اضافة إلى العوامل النفسية العاطفية ،

وتؤثر مقومات شخصية الفرد ومعتقداته على طريقة انفعاله اثر الصدمة النفسية بفقدان شخص عزيز ، كما للتجربة الحايطة ولاعمر الخبرة تأثير فى ذلك ، والموت يمثل قمة الخسارة والفقدان ، وقد يحدث الفرق لأسباب اخرى غير الموت ، كالهجرة ، والافتراق والطلاق والحبس وغيرها . وإذا كان الموت يرتبط بفقد أحد الالدين فإن هذا قد يحدث ضررا كبيرا على النمو النفسى للطفل - ملا تتدخل عوامل مخففة ، واقية . وعند غياب الاب بسبب الموت ، وحين يدرك الابناء أن الوالد لن يعود مرة ثانية فإنهم يشعرون

واستدماج الخبرة فى الإطار المعرفى والوجدانى للفرد وتقلبها تكون إيدانا بعودة الفرد إلى الحياة الطبيعية والاستفادة من هذه الخبرة وإعادة التوافق من جديد والمراحل السابقة هى المراحل الطبيعية لخبرات الأسى عند معظم الناس ما عدا الاشخاص الذين يعانون من الأسى المزمن فإن اغراض الاسى فد لا تقل ديه كثير من الوقت وقد يصاب الاكتئاب ويخاف من قد الموضوعات التى يتغلق

بها ويعانى من جملة من الاعراض الجسمية والمعرفية والوجدانية المرتبطة باستمرار الاسى .
(hodgkinson& stewert, 1998:40)

(4) أعراض الأسى:

* أعراض معرفية: (تذكر الأحداث او المواقف المرتبطة بالوالد المتوفى، لا يستطيع التركيز فى الدراسة بشكل كاف، يشعر بأن الوالد المتوفى مازال على قيد الحياة ويكلمه، النسيان، انخفاض تقدير الذات، صعوبة احيانا فى تذكر الاحداث ، كوابيس ليلية وأحلام زعجة، لوم الذات. عدم القدرة على اتخاذ القرارات، صعوبة التنبؤ بالمستقبل والتشاؤم بشأنه) .

* أعراض جسمية: (الشعور بالإعياء والتعب ، فقدان الطاقة والحيوية ، اضطراب التنفس ، اضطراب فى ضربات القلب ، انقباض الصدر ، الصداع ، فقدان الشهية ، اضطراب النوم)

* أعراض انفعالية: (الحزن ، الغضب الموجه نحو الذات أ المجتمع ، اشعر بالذنب للتقصير نحو المتوفى ، التوجس وتوقع الشر والخطر ن اليأس ، العجز ، الاكتئاب ، العدائية)

* أعراض سلوكية: (الانسحاب ، عدم القدرة على التواصل، الاندفاعية، المشى بدون هدف، رفض الحديث والبكاء، السلوك المضاد للمجتمع، عدم القدرة على التعلق بموضوع معين) .

* اعراض اجتماعية : (الانسحاب، الاعتمادية والحساسية الزائدة، تجنب الاخرين، نقص القدرة على المبادرة، فقد الاهتمام بالأشياء والأحداث، النشاط الزائد أو فقد القدرة على النشاط، صعوبات فى اقامة العلاقات بالآخرين) (Thompson, 2004: 164-171)

(5) عوامل الخطورة فى التأثر بخبرات الفقد :

هناك الكثير من عوامل الخطورة التى قد تزيد من أعراض الأسى الناتج عن شخص محبوب "وأهم هذه العوامل :

أ- نوع الفقد أو نوع الفجعة : حيث إن الفقد المفاجئ او غير المتوقع ، وكذلك الفقد الناتج عن حواث فظيعة أو مروعة مثل (الاغتصاب ، حوادث الطيران ، السيارات ، الحرائق الزلازل) مثل هذه الاحداث تشكل صدمة شديدة للطفل لا تستطيع النفس ان تستوعبها . والموت المفاجئ قد يزيد من مشاعر الأسى لدى الطفل ويجعله أكثر عرضه للأعراض المرضية (القلق ، الاكتئاب ، الأعراض السيكوسوماتية) وتزيد مشاعر عدم القيمة ، وعدم القدرة على المواجهة والتوجس وتوقع الشر دائماً. كذلك يتزايد لديه الشعور بعد التحكم فى مجرى أمور حياته ، ويشعر بالعجز حيال ما يحدث به وتحدث الوفاة المفاجئة للوالد أعراض عند الطفل يطلق عليها أعراض الفقد غير المتوقع

Unexpected loss ، وهي زملة من الأعراض تتكون من الانحاب الاجتماعي ، والدهول وعدم التصديق والارتباك والاحتجاج والغضب والخوف من المجهول ، وهذا كله يؤدي على فقد الثقة في العالم كله Loss of Trust in World .

ب- خصائص علاقة الطفل بالفقيد " الميت " : تزداد خطورة الفقد إذا كان الشخص المتوفى هو الأم والتي قد تترك أبنائها في السنوات الأولى التكوينية للنمو النفسي والشخصية . كذلك يزداد تأثير الوفاة إذا كانت علاقة الطفل بالوالد المتوفى علاقة اعتمادية أو كقضية Symbiotic Relationship .

ج - عمر الطفل : يبدأ تعلق الطفل بالأم من عمر 6 شهور ، والوفاة بعد ان يتعلق الطفل بالأم تحدث لديه اعراض الاسى ويتأثر الاطفال والمراهق بوفاة الوالدين حتى نهاية المراهقة ، وبعد المراهقة قد يقل تأثير الوفاة لنضج المراهق وقدرته على إقامة علاقات مع الآخرين أو للانشغال في الزواج والأسرة والابناء والعمل ما عدا الذين يعانون من الاسى والمرض .
د- خصائص شخصية الطفل :

توجد عوامل خطورة في شخصية الطفل تجعله أكثر تأثراً، هي : الحرمان من اشباع الحاجات الاساسية للحب والرعاية والشعور بالرفض ، الاعتمادية الزائدة على الفقيد ، التعلق الزائد أو التثبيت بالفقيد ، انخفاض تقدير الذات والشعور بنقص الكفاية الشخصية ، ارتفاع مستوى القلق والتوتر ، التاريخ المرضي السابق في الإصابة بالاعراض النفسية ، التاريخ السابق في الاكتئاب ومحاولات الانتحار والإدمان ، الإصابة بأمراض جسمية مزنة (السكر ، الربو .. الخ 9 ، عدم القدرة على تحمل الإحباط ، الخبرات السابقة في الانفصال والضغط لوم الذات الزائد ، عدم القدرة على التعبير الانفعالي) .

هـ - الظروف الاجتماعية :

قد يشكل السياق الاجتماعي والظروف الاجتماعية عام لخطورة يؤثر بشكل مباشر في أعراض الأسى أو يزيد من وقعها على الطفل ، وأهم هذه الظروف (تعدد الصدمات والأزمات وخبرات الفقد في اوقات متقاربة ، انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي والمعاناة الاقتصادية وعدم كفاية الدخل ، غياب المساندة الاجتماعية من الأسرة والمحيطين التعلق غير الآمن ، تعطل الوالدين عن العمل ، عدم التدين ، عدم النضج الانفعالي للوالدين وعدم تمكنهم من التفاعل مع خبرة الفقد بشكل واع وعدم قدرتهم على لاسيطرة على انفعالاتهم ، وفقدان الاتصال والحوار بين الطفر والأهل والتزام الالهل الصمت والحذر قد يزيد من وقع صدمة الفقد على لاطفل خاصة وأن تعبير الطفل عن

مخاوفه تحدّثه عم خبرة الفقد يساعده على فهم الصدمة والتعامل معها والاستعداد المعرفية لمعنى الصدمة (Hodgkinson & Stewert 1991:132; Clark et al 1996:100-146, Sanders,1988;97-111)

و- عوامل الوقاية وسرعة التعافى من الأسى :

توجد بعض العوامل التي تقلل من تتاثير موت أحد الوالدين على الطفل مثل أن يكون الوالد لديه مرض مزمن أو شديد، أن تكن علاقته بالطفل سيئة ولكن توجد بعض العوامل الواقية الأخرى التي تقلل من أثر الطفل بموت أحد الوالدين ، ومنها: تماسك الوالد الباقي على قيد الحياة ومساندته للطفل ، المساندة الاجتماعية من الاهل والأقارب والاصدقاء والمعلمين ، الطفل الذى تربى على الاستقلالية وتحمل المسؤولية وتحمل الاحباطات خصائص الشخصية الايجابية التي تعطى الطفل القوة فى مواجهة المشكلات الاجتماعية والشخصية، وجود معنى تربط الطفل بالحياة (العلاقات مع الأقران، النجاح الدراسى ، الهوايات)، عدم تأثر دخل الاسرة كثيرا بموت الوالد أو ارتفاع المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة، حديث الاهل مع الطفل عن الوالد المتوفى ومعنى الوفاة والآثار المترتبة عليه وذلك على قدر عمر الطفل، إتاحة الفرصة للطفل للتعبير الانفعالي (Clark et al 1996;100-146)

(ب) الشقاق الأسرى والطلاق:

أحل الله الطلاق ولكنه ابغضه فى الوقت نفسه (إن أبغض الحلال عند الله الطلاق) وحين يبغض الله شيئاً فهذا معناه أنه شئ سيئ مقيت وكريه .. والله عز وجل يبغض ويمقت ويكره كل ما يسيئ إلى علاقة إنسانية .. كل ما يهدر رابطة بين إنسان وإنسان . كل ما يقطع صلة قرابة أو رحم يقوم على اساسها الكون وتستمر الحياة، كل ما يجرح قدسية الصحبة الطيبة من رجل وإمرأة. والطلاق رغم أنه العلاج الاجتماعى ولاقانونى الناجح لزواج فاشل. إلا أنه يؤدي إلى الاضطراب النفسى والاجتماعى للوالدين والاطفال وهو يؤدي إلى تغيير حاد فى نمط الحياة الاسرية ويتطلب إعادة التوافق Readjustment ، ويحتل الطلاق المرتبة الثانية بعد وفاة أحد الزوجين من حيث شدته كعامل مثير للضغط وطول المدة الزمنية اللازمة للتكيف معه. (wallerstien,1983:256-302) ومن خلال خبرته لمدة 35 عاما فى دراسة الاسر المطلقة اشارت هيثرنجتون Hetherington إلى أن مشكلة الطلاق تحدث تغيرا كبيرا فى حياة الاسرة وتبدأ المشكلة فى خلافات قبل الطلاق ثم عملية الطلاق ثم توابع الطلاق على الوالدين والأبناء (جسما ، نفسيا ، اقتصاديا ، اجتماعيا) مما يشكل ازمة أسرية تتطلب الكثير للتوافق معها وتجاوزها .

وفى ذات الوقت اشارت هيثرنجتون 1989 إلى أن آثار الطلاق قد تتلاشى مع مرور الزمن بفعل متغيرات كثيرة ، منها (شبكة المساندة الاجتماعية المتاحة للأم ، تعاون الأبناء ، العلاقة مع الزوج ، دخل الزوجة) . كما أشارت إلى أن المرأة بعد الطلاق يصيبها مشاعر الحزن والغضب والإحباط والاكتئاب والقلق مما يجعلها تكون أقل فى رعاية ابنائها وأقل اتصالا وتفاعلا معهم وأقل محبة لهم ، كما أن الأبناء يعانون من عدم اتساق ضوابط الأم معهم مما يجعلهم اكثر اضطرابا . وبعد مضى سنتين تصبح الأم أكثر رعاية للأبناء وأكثر حبا واندماجا فى انشطتهم واكثر ضبطا لهم مما يجعل الابناء أكثر ثقة وكفاية وشعور بالقيمة وبعد مضى ست سنوات من الطلاق تصبح الأم المطلقة فى كفاءة الأم غير المطلقة .

وسوف نناقش موضوع الطلاق من خلال :

(1- الآثار المحتملة للطلاق على الأطفال . 2- تأثير الطلاق على الأطفال بين عوامل الخطورة والوقاية . 3- بعض الجوانب الايجابية للطلاق ، 4- دور الوالدين فى توافق الطفل مع الطلاق ، 5- مهام الطفل فى التكيف مع الطلاق) .

(1) الآثار المحتملة للطلاق على الأطفال :

يبدو أن الخلافات والنزاع والمشاجرات التى تسبق الطلاق وليس الطلاق فى حد ذاته ، هو الذى يؤثر على الطفل ويؤدى إلى المشكلات النفسية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية خاصة إذا اقترنت هذه المنازعات المزمدة بنقص الحب الوالدى للأبناء مما يكون له أكبر الضرر على الطفل ، ويبدو أنه كلما طالت المنازعات الأسرية زاد شدة وقعها على الطفل ولا تخفف من هذه الآثار الضارة سوى وجود علاقة طيبة مع احد الوالدين ((مايكل راتر: ترجمة ممدوحة سلامة : 1991) وتزداد الآثار السيئة للطلاق على الاطفال خاصة فى السنة الاولى بعد الطلاق حيث تواجههم الكثير من الصعوبات التى تضر توافقهم انفسى وهذه الآثار المحتملة تتخلص فيما يلى:

* تزايد المشكلات الانفعالية (الحزن ، الالم ، الشعور بالانحراج والقلق ، الاكتئاب ، التعصب ، المخاوف المرضية ، الخجل) .

* تزايد المشكلات الجسمية (اضطراب النوم ، اضطرابات الأكل ، الشكاوي الجسمية) .

* تزايد المشكلات السلوكية (الهروب من المدرسة ، ادمان المخدرات ن النشاط الجنسى المبكر)

* تزايد المشكلات المعرفية (توقع الشر ، تعميم الفشل ، لوم الذات ، عدم القدرة على تنظيم الذات

(

* تزايد المشكلات الدراسة (الفشل الدراسى ، ضعف القدرة على الانتباه والتركيز والتكر وانخفاض

القدرة على التحصيل) . (Emery & Forehand, 1996:65-75)

* إذا كان الطفل قد تعرض للضرب قبل الطلاق من الوالد فإنه يتوحد بالوالد المعتدى
Identification with aggressor حيث يدرك الطفل أن العدوان هي الوسيلة الفعالة للسيطرة على
الآخرين وتحقيق الاهداف ، مما يمثل عامل خطورة للتنبؤ بعدوانية الطفل ورفضه من أفرانه (هبة
محمد علي : 2003)

* الشعور بالنقص وانهم اقل من زمائهم الذين يعيشوه مع الأب والأم .

* الشعور بانهايا الثقة بالنفس والفسخ ولا احباط واللاهمية .

* مواجهة الحياة والمجتمع والمدرسة فى ظل الحياة مع والد واحد لأن هناك مشكلات تتطلب وجود
الأب ومشكلات تتطلب وجود الأم ومشكلات تتطلب وجودهما معا .

* تزايد احتمالية الانحراف فى حالة عدم متابعة الطفل من أحد والديه .

8 اضطراب فى التوحد حيث إن الطفل الصغير غالبا ما يقيم مع الام ويحرم من النموذج الذكري
التمثل فى الأب وعملية التوحد تحتاج إلى التواجد البدنى والنفسى (الحب) للأب وبالتالي فإنه عند
غيابه قد يضطرب توحد الطفل ، وقد تضطرب هويته .

* عدم القدرة على إقامة علاقة محبة دائمة فى المستقبل حيث يتولد لديهم الشعور بعدم الثقة فى
العلاقات الزوجية ويكون النموذج التصورى لديه عن الزواج انه مرتبط بالخلافات والاضطرابات
والطلاق مما يعلمهم قد يحجمون عن الزواج وإذا تزوجوا قد تضطرب علاقتهم الزوجية .

÷ التغيير فى البيئة الاجتماعية حيث إن معظم الأطفال يتركون بيوتهم إلى بيوت جديدة مع أحد
الوالدين او غيرهما ، وينتقلون من مدارسهم وينقطعون عن اصداقائهم ، وتواجههم مشكلات فى
التوافق مع مدارسهم الجديد ، وفى تكوين صداقات فى المناطق التى انتقلوا إليها .

* عدم قدرة الطفل على التفاعل مع والديه بحرية بعد الطلاق ، حيث أنه عندما يقيم الطفل مع أحد
والديه يجد صعوبة فى الاتصال مع الوالد الآخر ويحرم من التعامل معه بحرية .

* الصعوبات المالية التى تواجه الوالدة الحاضنة فى الانفاق على الطفل حيث إن انخفاض دخل
المطلقات مع زيادة اعبائهن المالية يؤثر على كفاءتهم فى توفير حاجات الطفل وتحقيق امنه النفسى ،
فالعجز المادى للحاضنة يؤثر على رعايتها النفسية للطفل .. (كمال مرسى ، 1990 : 789).

2- تأثير الطلاق على الاطفال بين عوامل الخطورة والوقاية :

أولاً : عوامل الخطورة :

(أ) العمر :

قد لاي تعتبر العمر عامل وقاية أو خطورة ، ولكن التأثر بالطلاق يرتبط بطبيعة علاقة
الطفل بوالديه وإدراكه لمعنى الطلاق ومساندة الوالد الذى يعيش معه الطفل ن ومن المعروف أن
الاطفال الأكبر سناً يكونون أكثر وعياً وفهماً للطلاق وأقل تضرراً معه وأكثر توافقاً معه .
(Hetherington, 1989)، ولكن قد يكون هناك احتمال لبعض التأثيرات المرتبطة بالطلاق عبر
مراحل الرضاعة والطفولة المبكرة ولامتأخرة . فاطلاق يحرم الطفل الرضيع من إشباع حاجاته إلى
الأمن وذلك عندما يكون فى حضانة أم غير مستقرة نفسياً وتعانى الاحباط والوحدة والاكنتاب ولا
يستطيع اشباع حاجته النفسية خاصة فى السنة الأولى مما ينمى لديه شعور بعدم الثقة .
* وفى مرحلة ما قبل المدرسة (3-5 سنوات) قد يظهر الابن مشاعر الاعتمادية الزائدة ومشاعر
الذنب على أنه سبب لطلاق والتشبث بالأم والعدوان والتخريب وكثرة الشكاوى والبكاء ، بالإضافة إلى
ارتفاع معدلات المخاوف المرضية واضطرابا النوم واضطرابات الاخراج وصعوبات النطق .
* أما طفل المرحلة الابتدائية فإنه يعى الخلافات الوالدية ويدرك معنى الطلاق ولا يستطيع أن يمنعه
مما يشعره بالحزن والعجز واليأس والاكنتاب والقلق، وقد يصاب ببعض الامراض السيكوسوماتية ،
ويعتبر رحيل الأب رفض له وتتدهور علاقاته مع اقاربه .
÷ أما فى الطفولة المتأخرة والمراهقة فقد تتزايد لديهم المشكلات السلوكية والانفعالية فيكون إدمان
المخدرات والعلاقات الجنسية المبكرة وأشعور بالرفض من الآخرين . (كمال مرسى : مرجع سابق)
(ب) النوع :

من المعروف أن الذكور أكثر تأثراً بالطلاق من الاناث، وتظهر عليهم المشكلات السلوكية
وهذا قد يعود إلى حرمان الذكور من الأب والتواصل معه مما يضر نموهم العقل والاجتماعى
والانفعالى ، كما أن الأم المطلقة من المحتمل ان تتشدد فى معاملة الابن الذكر لكى ينشأ على
الصلاة والقوة أو انها تعتبرها متداد لوادله الذى تكرهه ما يعطها تسيئى معاملته.
وأشارت دراسة حسن مصطفى (2004) على عدم وجود فروق بين الجنسين فى المشكلات
الناجمة عن اطلاق ، فالإناث أكثر معاناة من المشكلات الانفعالية والذكور أكثر معاناة من
المشكلات السلوكية ، كما أن كلا الجنسين يعانون من مشكلات انفعالية مشتركة ومرجع ذلك على
أن الأبناء الذين يعيشون مع أم غيره مستقرة بسبب طلاقها أو يعيشون مع ابيهم وزوجته يتعرضون
لخبرات التقضيل والغيرة من أخوتهم لأبيهم ،وعادة لا يشعرون بالأمن ولاكماًئينة لا فى أسرة الأم (خاصة إذا تزوجت من آخر) ولافى أسرة الأب (الذى ينشغل بزوجته وأطفاله منها) فيدروكون
الاهمال ولا يجدون الرقابة أو الرعاية ، وبالإضافة إلى المشكلات الأسرية التى تؤثر على الإناث

والذكور ، فإن معرفتهم بقرار الطلاق ورحيل أحد الوالدين عن المنزل يظل من الأحداث التي لا تنسى لدى الجنسين .

ومن النتائج المثيرة للاهتمام ما اشر عليه (wallerstien, 1983) من أن الفروق بني الجنسين في الأثر في الطلاق هي فروق تحدث فطراً في النسبة الأولى عقب الانفصال النهائي ومن خلال دراسة تتبعية اتضح أن الفروق تلاشت بين الجنسين بعد مضي خمس سنوات .
(ج) اساليب المواجهة :

استخدام اساليب التجنب ولوم الذات من عوامل الخطورة التي تزيد وقع خبرة الطلاق على الطفل .

(د) معتقدات الاطفال وتقييمهم لواقعة الطلاق :

قد يبالغ الاطفال في تحريف الخبرات المرتبطة بالطلاق وشعرون بالذنب والخلج والقلق الغامل وتنتابهم الافكار الانتحارية ويلومون ذواتهم على أنهم السبب في طلاق الوالدين ،ويدركون أنهم سوف يفشلون في حياتهم كما فشلوا في إعادة شمل اسرتهم (Sheets, 1996: 166:2182)
ثانياً : عوامل الواقاية من الآثار المحتملة للطلاق :

أ- عوامل خاصة بالطفل :

الحالة المزاجية (سلس - لطيف - نشيط) ، العمر : الأكبر سناً أقل تضرراً ، الذكاء ، الفاعلية الذاتية ، المهارات الاجتماعية ، القدرة على التعاطف ، مصدر الضبط الداخلي ، روح الدعاية ، الجاذبية للآخرين .

ب- عوامل اسرية :

المساندة والدفع الالدى ، التفاهم والتعاون والاحترام المتبادل بين الوالدين ، كفاية دخل الأسرة .

ج - عوامل خارج الاسرة :

المساندة من الجد (الجدة) والأقران ، النجاح الدراسى (Emery & Forhand, 1996:80).

3- بعض الجوانب الإيجابية للطلاق :

رغم الآثار السلبية للطلاق مع الوالدين والأبناء غلا أنه توجد بعض الجوانب أو العواقب الايجابية للطلاق فبالنسبة للزوجين فهو يؤدي إلى انهاء علاقة تعيسة متوترة غير مستقرة فيها خلافات ومشاحنات وصراعات ، كما أنه قد يكون فرصة للنمو الشخصى Personal Growth

والشعور بالذات وإعادة تنظيم الذات ، كذلك فإنه فرصة لبناء علاقات جديدة وفرصة لاعادة التوافق واستئناف الحياة المستقرة ، إما مع شريك آخر أو منفردا . (Hetherington & Kelly 2002) وبالنسبة للأطفال فإن إمي Emery,1988 ان بعض الاطفال فى ظل زيادة الابعاء على الام المطلقة يبدأون فى مساعدة الام وتحمل لعض المسئوليات والتليل من النفقات فى جوانب الترفيه ، كما يصبحون اكثر نضجا واستقلالية وأكثر قربا من الأم وأكثر تعاطفا معها ومشاركة لها فى همومها . وبالنسبة للمراهقين فقد يكون للطلاق تأثير إيجابى عند بعضهم فيدفعهم إلى الن ج الانفعالى والاجتماعى المبكر عندما يشعرون بالمسئولية على اخوانهم واخواتهم بعد الطلاق ، فيعملون مع أمهاتهم فى رعاية الصغار وحمائتهم والانفاق عليهم (كمال مرسى : مرجع سابق : 792)

4- دور الوالدين فى توافق الطف لمع الطلاق :

تتلخص مسئولية الوالدين فى صورة الفصل بين أدوارهما الزوجية التى انتهت بالطلاق وادوارهما الوالدية التى تستمر بعد الطلاق ويجعلان الطلاق نهاية لحياتهما وخلافتهما الزوجية . وقد اشار الباحثون فى هذا المجال إلى التعاون المتبادل بين الزوجين بعد الطلاق اهم عامل فى حماية الاطفال من الاثار السلبية للطلاق على نموهم النفسى واهم عامل فى صحتهم النفسية ، وهو ما يطلق عليه اخلاقيات الطلاق من خلال اتفاق الزوجين بالتشاور والتراضى وعدم إضرار أى منهما للآخر .

- ويحدد عادل صادق (1993) مهام الوالدين المطلقين فى مساعدة الابناء كما يلى :
- * الحرص على توفير الاستقرار المادى للابناء بنفس المستوى الذى كانوا يعيشون فيه .
 - * الحرص على عدم الضغط على الابناء لكى يغيروا من خططهم التعليمية وما يتعلق بها من طموح علمى ووظيفى .
 - * المحافظة على الصورة الاجتماعية للابناء خاصة فى المناسبات الاجتماعية وعدم تشويه صورة الأب أو الأم ، ونيجب أن يظل الابناء فخورين بأهمهم وابيهم ويجب ألا تعرضهم للشعور بالخزى والعار .
 - * يجب عدم استخدام الابناء فى الصراع بين الاباء . استمرار السلطة الوالدية لما لها من ثواب وعقاب وحزم وضوابط ويجب أن يدعم كل طرف من الأب والأم الطرف الاخر .
 - * يجب أن يقف الوالدين ضد أى محاولة لانحراف احد الابناء او محاولة أحد الابناء الاستفادة من وضع الطلاق وابتزاز أحد والوالدين .

* معرفة الأبناء أن فشل الزواج ليس معناه أن كل العلاقات الزوجية ستنتهي بالفشل.

5- مهام الطفل للتكيف مع الطلاق:

هناك عدة مهام على الطفل اقيام بها للتكيف مع اطلاق واهمها:

(1) الاعتراف بأن الانفصال للزوجي قد حدث هو حقيقة واقعة.

(2) البقاء بعيدا عن اصارعات والنزاعات الوالدية واستئناف الاهتمامات السابقة والانشطة المناسبة لسن الطفل .

(3) مواجهة مشاعر الحزن والفقد والرفض الناتجة عن الطلاق.

(4) مواجهة مشاعر الغضب ولوم الذات.

(5) التسامح مع الوالدين لأن الحياة لن تستمر بدونهما.

(6) تقبل احتمالية استمرار الطلاق وعدم لم شمل الأسرة مرة ثانية .

(7) وضع أهداف وآمال واقعية للمستقبل. (wallerstein, 1983: 265-302)

(ج) التعرض لخبرات الإساءة

تشكل الإساءة إلى الطفل عامل خطورة للتنبؤ بالأمراض النفسية العقلية، وتبدو خطورة هذه الظاهرة في انتشارها والآثار المترتبة عليها، كما تبدو خطورة هذه الظاهرة على مستوى مصر في عدم وجود إحصاءات دقيقة لحصر الظاهرة رغم ما نشهده من مظاهر كثيرة للإساءة إلى الأطفال . وقد اشارت الاحصائيات الصادرة من المجلس الوطني الأمريكي لمنع الإساءة إلى الأطفال إلى وجود حوالي 3 ملايين طفل مساء إليهم في سنة 1993، كما أشارت الإحصائيات إلى أن 53% من الأطفال المساء إليهم يعانون من الإهمال 26% يعانون من سوء المعاملة الجسمية ، 14% يتعرضون لسوء المعاملة الجنسية، 5% يعانون من سوء المعاملة النفسية ، 22% يعانون من اشكال اخرى من الإساءة. كما يشير التقرير الذي قدم للكونجرس الأمريكي إلى أن 77% من مرتكبي سوء معاملة الأطفال هم الوالدان، 11% يتمنى الوالدان الا يكون الطفل موجودا مما يؤدي إلى جروح نفسية عميقة . (Browne 2002,50-69)

وتبدو آثار الإهمال على الأطفال في المظاهر الآتية : (السلبية وعدم التفاعل مع الاخرين، قدرة محدودة على إقامة علاقات مع الاخرين، نقص في القدرة على التعليم استهداف للحوادث، انخفاض تقدير الذات ونقص الشعور بالكفاية، الشعور بالخجل، عدم القدرة على إتيان السلوك المناسب، مشكلات جسمية (اضطرابات الأكل، الصداع ، زيادة العدوان [Hanks& sratton2002,89-113)

ج - الاساءة الانفعالية Emnotional:

تشمل ما يقوم به الوالدان من افعال تتضمن رفض الطفل أو اهانتة أو عزله والإساءة اللفظية وتشمل الاساءة الانفعالية الجوانب الآتية :

- * الرفض : يعنى تجنب الوالدين للطفل مما شعره بالنقص وأنه غير مقبول .
- * الإهانة : ويقصد بها النقد المستمر للطفل والسخرية منه وتهديده بالأذى الجسمى والنفسى
- * العزله : تعنى حرمان الطفل من الاتصالات الاجتماعية خارج المنزل وإرغامه على المكوث فى المنزل لفترة طويلة أو حبسه فى مكان مظلم او مغلق لفترات طوية وعدم السماح له بتكوين أصدقاء (فوقية محمد راضى 2002 :34)

الاساءة اللفظية Verbel Abuse:

وهى الكلمات المدفوعة بسبب الغضب والاحباط وهى تؤثر على الطفل وتزيد من عدوانه اللفظى على الاخرين وتقلل من شعوره بالقيمة وهى غالبا خارجة على القيم والمعايير الثقافية والاخلاقية ، ومن أهمها :

- 1) الفاظ عن الطفل (لا أحد يحبك)
- 2) التقليل من قيمة الطفل (أنت غبي) .
- 3) الفاظ التوقعات السلبية المقلقة (لن تنجح ابدا) .
- 4) الألفاظ المقارنات السلبية (أنت افشل اخواتك) .
- 5) التهديد بالقتل والإيذاء (سوف اقتلك)
- 6) جعل الطفل كبش فداء (أنت السبب فى طلاق امك) .
- 7) الفاظ تمنى الموت للطفل .
- 8) الفاظ الدعوة بالمرض للطفل .
- 9) الفاظ تشبيه الطفل بالحيوان .
- 10) الفاظ النقل من القدرات العقلية للطفل .
- 11) ألفاظ شتم الطفل أو أهل (محمد عبد الحرمن وعامر نايل 2001 :7-26)

أما الآثار المترتبة على الاسءة الانفعالية فهى تشمل : (الشعور بعدم الأمن ، الانسحاب ، العدوان ، انخفاض تقدير الذات ، نقص الشعور بالكفاية ، القلق ، الاكتئاب ، ضعف التحصيل الدراسى، انخفاض الدافعية ، قصور فى الذكاء المعرفى والانفعالى والاجتماعى ، قص فى المهارات الاجتماعية ، صعوبة فى إقامة علاقات مع الاصدقاء العزلة الاجتماعية ، الجناح ، الادمان ،

نقص التجاوب الانفعالي ، الاعتمادية ، النظرة السلبية للحياة ، الشعور المستمر بالاحباط (عماد مخيمر وعماد عبدالرازق 1999: 315-371)

أما الاساءة اللفظية فيترتب عليها الكثير من الآثار السلبية ، منها :

- 1) انخفاض الشعور بالثقة بالنفس حيث قد يتدخل بعض الافال الإساءة اللفظية على اعتبار انها رأى الاخرين فيهم " تشبه بالحيوانات ، وصفه "بالغبى " . ما قد يقلل من شعوره بالقيمة ويزد من شعوره بالنقص والدونية .
- 2) اشارت الدراسات إلى أن الإناث أكثر حساسية وأكثر تاثرا من الذكور عندما يتعرض للإساءة اللفظية .
- 3) بعض الاطفال يعتقدون أن السب والشتم والإهانة اللفظية هي الطريقة المثالثة للتعامل مع الاخرين فيكروون ما يتعرضون له من الفاظ واهانات لفظية مع الاطفال الخرين ويظهر هذا فى المستويات الاجتماعية والثقافة الاقتصادية المتدنية . (محمد عبدالحرمن ، عامل نايل 2001: 7-26)

د- الإساءة الجنسية : Sexual Abuse

تشكل الاساءة الجنسية خداعاً للطفل وانتهاكا واستغلالا لبرائته ، وتشمل الاساءة الجنسية للطفل (العبت بأعضاءه ، الجماع ، استعراض الاعضاء التناسلية أمامه ن الاتغلال الجنسى) (البغاء) ، ممارسة العادة السرية أمام الطفل ، ممارسة الجنس أما الطفل ، عرض افلام أو صور جنسية عليه ، يتأثر سلوك الاطفال ونموهم من جراء التعرض للإساءة الجنسية وبخاصة مع استمرار وتكرار الاساءة لفترات طويلة ، واستخدام القوة والتهديد والنفوذ فى ارتكابها . ومعظم الاطفال لا يفصحون عن تعرضهم للاعتداء الجنسى إما بسبب الخوف من الفضيحة أو الوقوع تحت التهديد . (ديفيد ولف ترجمة جمعة سيد يوسف 2005 : 28)

وقد يتم الاعتداء الجنسى تحت التهديد وخاصة فى بعض المدارس والنوادى التى يكون فيها بعض العاملين الشواذ الذين قد توكل إليهم رعاية أو تعليم أو تدريب الاطفال ، وقد يأتى من الخادمت والعاملين فى النظافة وأصحاب العمل وما إلى ذلك .

وفى مصل هذه الحالات يلجأ الطفل إلى اخفاء مظاهر هذا الاعتداء خشية العار والفضيحة ، ولكنه قد يعانى بلام عضوية فى منطقة الاعتداء الجنسى مما قد يكشف الامر وفى هذه الحالة يتزايد شعور الطفل بالخوف والخزى والذنب من المشاعر الاكتابية .

وفى حالات الاعتداء المحارمى (الاعتداء من الاب أو الام أو الأخ والأخت والعم والخال

.. وهكذا) فتكون الامور اكثر تعقيدا ، فالاب المريض بالمحارم حيث يعتدى على ابنته فإنه يكسر العلاقة الأبوية ويهز ثقة البنت فى الوجود مما يدفعه إلى التعامل معها باسلو الاستجابة المطلقة لمطالبها ، والغيرة الشديدة عليها ، ومتابعة كل سلوك تقوم به خشية أن تفحه ، وكذلك العلاقات المحارمية بين الاخوة والأقارب .

(عبدالله عسكر : مرجع سابق ، 121)

والتعرض للإساءة الجنسية يشكل صدمة للطفل ، ويجعله يعانى من أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، وما يصاحبها من علامات مثل :الشعور بعدم الامن ، والذعر والتهديد ، والاكتئاب ، والنسحاب مع الانشطة المعتادة ، وتجنب الاماكن والاشخاص الذين ارتبطوا لديه بخبرة الاساءة وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي ورفض الذهاب إلى الشارع أو المدرسة ، بالإضافة الاضطرابات الجسمية وكذلك تكرار الكوابيس ، شكى من عملية الاخراج ، شكوى من ألم فتحة الشرج ، نقص الشهية ، التبول اللاإرادي ، الصداع ، نقص الوزن ، نقص الانبازه ، نقص القدرة على التركيز ، كذلك انخفاض تقدير الذات ونقص الشعور بالكفاية الشخصية .

(Cain,1996:1-3;Hughes,2001:1-2)

هناك آثار محددة ترتب على الاساءة الجنسية :

- فى محلة ما قبل المدرسة (الاهتمام الزائد باجلنس ، والاعضاء التناسلية ، التبول والتبرز اللاإرادي)

- تأخر فى الكلام والنطق ، مشكلات فى النوم والأكل ، انسحاب من الانشطة والألعاب .

- وفى المرحلة العمرية من 6-12 تبدو آثار الإساءة الجنسية فى : ضعف القدرة على التركيز والانتباه ، الاهتمام بالأمور الجنسية ، التغيب المتكرر من المدرسة

إهمال الذات ن القلق والاكتئاب ، نقص المهارات الاجتماعية ، تجنب الاخرين " خاصة م جنى المعتدى عليه أو الجاني" .

- وفى المحلة العمرية من 12- 18 سنة تبدو اثار الاساءة الجنسية فى النضج الجنسى المبكر ، الدخول فى علاقات جنسية غير شرعية ، سلوك الغواية ، الجناح ، تعاطى المخدرات ، الاضرار بالات والافكار الانتحارية ، اضطرابات الشهية (فقدان الشهية ، الشره العصبى) اضطراب الهوية الجنسية ، العزلة عن الاقران ، الاساءة إلى الاطفال الاخرين جنسيا " مما يكرر دورة الاساءة الجنسية بين الاجيال " ويمثل عامل خورة للاعتداء الجنسى من المجنى عليه على اطفال اخرين .

(3) اسباب الاساءة :

(أ) اسباب متعلقة بالوالدين :

الآباء والامهات المسيئين لأبناءهم قلما يتيحوا لاطفالهم بيئة انفعالية مواتية تدفع إلى النمو النفسى السليم ، وهم يبالغون فيما يتوقعونه من أطفالهم بما لا يتناسب مرحلة نموهم ،ويتمسكون بمجموعة من القواعد الثابتة غير المرنة، والتي على الطفل أن ينفذها، بغض النظر على حاجاته أو قدراته أو امكاناته أو عمره الزمني، وهم غالبا ما يتمسكون بأساليب عقاب وضوابط غير متسقة.

وأهم خصائص هؤلاء الآباء والأمهات المسيئين لأطفالهم ما يلي :

- 1) ضعف البناء النفسى ، مما يتيح للحزات العدوانية أن تعبر عن نفسها بلا ضوابط .
- 2) عدم النضج الاجتماعى والانفعالى والاعتماد الدائم على الاخرين .
- 3) عدم الوعى بالمفاهيم الصحية للأبوة الأمومة والطفولة .
- 4) أن التاريخ النفسى لهؤلاء الاباء يشير إلى خبرات من الحرمان أو القيود والإساءة الوالدية إليهم فى مرحلة الطفولة .
- 5) انخفاض تقدير الذات والشعور بنقص الكفاية الشخصية .
- 6) الاعتقاد الشديد فى قيمة العقاب كوسيلة تربية راسخة منذ القدم .
- 7) عدم الوعى بحاجات الطفل، وعدم القدرة على اشباع هذه الحاجات .
- 8) عدم الثبات الانفعالى لهؤلاء الاباء واضطرابهم انفعاليا بدرجة عالية .
- 9) قلة التواصل الاجتماعى والانفعالى مع الأبناء .
- 10) الافتقار إلى المهارات الاجتماعية .
- 11) الفقر والبطالة وانخفاض مستوى التعليم (ممدوحة سلامة 1987)

(ب) اسباب متعلقة بالطفل :

حيث توج بعض الخصائص التى تجعل بعض الاطفال أكثر تعرضاً للإساءة من غيرهم ، ومن أهم الخصائص : (عدم انتظام الدورة البيولوجية للطفل (نوم .. إخراج .. الخ) ، الصساح وكثرة ازعاد الوالدين ، نقص المهارات الاجتماعية ، تأخر جوانب النمو خاصة النمو اللغوى ، العدوانية وهى أكثر الصفات التى تجعل الطفل يتعرض للعقاب ، عدم الجاذبية الجسمية ، كثرة الحركة والنشاط ، كثرة البكاء والتملل ، انخفاض التحصيل الدراسى ، الاعتمادية الشديدة والالتصاق بالوالدين ، الطفل المتحدى وكثير العراك والمجادلة ، الطفل كثيرا يتعرض للحوادث ، السلوك غير

الاخلاقي والسلوك الجنسي للطفل ، قصور الانتباه ، نقص الذكاء (ممدوحة سلامة ، 1987 ،
(Wolfe 1985

ج - الفقر والحرمان الاجتماعي :

رغم أن الإساءة للطف ليست قاصرة على وجود الحالة الاجتماعية والاقتصادية ، غلا
انه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار في سياق الفقر والضغط البيئية ويرتبط الفقر بالقيود الشديدة مع
بيئة الطفل مثل نقص الرعاية اليومية المناسبة والأمان والاعاشة ، وكذلك عدم الاستقرار في محل
الإقامة ، ويضاف إلى ذلك البطالة ومحدودية التعليم والتلوث والضوضاء والعزلة الاجتماعية .
وينبغي التأكيد على أن الظروف البيئية ليست مؤثرة غلا بقدر تأثر الوالدين بمهما ولا يمكن
انكار التأثيرات الثقافية على الاساءة حيث أن الأسلوب التسلطي يكاد يكون هو الأسلوب الذي يعرف
داخل الثقافات الفرعية العربية حيث إساءة المعاملة الجسدية لا سيما
في الطبقة الدنيا ، واثارة الألم النفسي والتهديد بالحرمان وسحب الحب لدى الطبقة الوسطى
(حمدى ياسين وآخرون ، 2000)

4- المرونة وسهولة التوافق مع الاساءة :

- كان يفترض - حتى وقت قريب - أن تاثير الاساءة على نمو الطفل سلبي ومعوق بشكل
ثابت ، ولكن ليس ذلك صحيحا على طول الخط ، حيث أن حوالي ثلث الأطفال قد يتجاوزون
التأثيرات السلبية للغساء بعد فترة قصيرة ، وعدد كثير من الأطفال قد يعانى آثار الإساءة بعد فترة
طويلة ، والأمر يتوقف على متغيرات ، أهمها :
- 1) ما إذا كانت خبرات الإساءة شديد وطويلة المدى مؤذية للنمو النفسى للطفل وعدم استطاعة
مصادر الطفل النفسية استيعاب هذه الخبرات .
 - 2) وجود خصائص إيجابية لدى الطفل مثل : تقدير الذات الإيجابي والفاعلية الذاتية والوعي
بالذات والقدرة على مواجهة الضغوط والمشكلات .
 - 3) معتقدات الطفل وادراكاته للإساءة (بعض الأطفال يدركون العقاب على أنه نوع من الحب
والخوف عليهم) .
 - 4) درجة المساندة والرعاية والحب التي يتلقونها من الوالدين لمساعدتهم على المواجهة والتكيف
، وتقديم الوالدين كنماذج يقتدى بها الطفل في مواجهة الضغوط وممارسة الضبط الانفعالي
.

5) وجود متابعة وإشراف ومراقبة للطفل معتمدة على ضوابط والدية معقولة ومتسقة على الأبناء (Wolf, 1985)

(د) المعاناة الاقتصادية Economic hardship

تحتل الضغوط الاقتصادية واشكال المعاناة المالية موقعا هاما بين الأحداث الضاغطة ن، وقد اهتم الباحثون بحفص ما قد يكون لها من تأثيرات سلبية على الصحة الجسمية والنفسية للوالدين والأبناء وعلى علاقة الوالدين بالأبناء ومع المشكلات النفسية للأبناء . ويشير برادلى (Bradly et al., 1997:13-58) إلى أن حوالي مليار طفل فى العالم تحت سن 15 سنة يعانون من عدم كفاية حاجاتهم الأساسية نتيجة لعدم كفاية الدخل . ويرى أن عددا كبيرا من الأطفال قد لا يعانون فقط من مشكلات نفسية ناتجة عن المعاناة الاقتصادية ، ولكن الكثير من الأطفال يموتون بسبب المعاناة الاقتصادية ونقص الدخل وقصور الرعاية . وعلى هذا يمكن تعريف المعاناة الاقتصادية على أنها " تدهور دخل الأسرة لدرجة أنه لا يستطيع أن يفي بالمتطلبات اليومية Daily requiriement لها او بالحاجات الأساسية للطفل ، مما يؤدي إلى قصور جوانب الرعاية الصحية ولاجسمية ، ونقص الغذاء ، والكساء وعدم توفر ماء نظيف للشرب وعدم ملائمة السكن أو ازدحامه ، وعدم القدرة على مواصلة التعليم.

والضغوط الاقتصادية والضائقات المالية كما تشير ممدوحة سلامة (1991) هى التى تعنى تدهورا ملحوظا فى الدخل بغض النظر عن المستوى الاجتماعى الاقتصادى وهى تشكل حدثا ضاغطا يرتبط بمجموعة عريضة من المشكلات النفسية ولاصحية لدى كل من الكبار والمراهقين والأطفال ، فالنقود وما تشبعه ن حاجات قد تصبح علامة على الحب ، وقد يقل عجز الوالدين عن توفير الاستقرار الاقتصادى من الاعتماد عليهم كمصادر للأمن النفسى والمساندة الاجتماعية. (ممدوحة سلامة 1991: 496 - 475).

وسوف نناقش موضوع المعاناة الاقتصادية من خلال :

1- التأثيرات المختلفة للمعاناة الاقتصادية على الوالدين والطفل .

2- بعض الآثار الإيجابية للمعاناة الاقتصادية .

3- بعض العوامل المخففة من وقع المعاناة الاقتصادية على الاطفال .

1- التأثيرات المختلفة للمعاناة الاقتصادية على الوالدين والطفل :

يعتبر ارتفاع الدخل وكفايته أحد مصادر السعادة والأمن النفسى للأسرة حيث يتيح لها الاستمتاع بمناهج الحياة والشعور بالاستقرار وعدم الخوف من تقلبات الزن ، أما عدم كفاية الدخل فقد يرتبط

بعجز الأسرة عن أداء وظائفها وتلبية احتياجات الأبناء مما قدي زيد من الخلافات الأسرية والشعور بعدم الكفاية النفسية لدى الوالدين . والأسر التي تعاني من عدم كفاية الدخل غالباً ما تضطر إلى الاستدانة كما تضطر إلى تخفيض الانفاق في بنود رئيسية .

(Conger et al., 1990:693-656)

وتأتي الضغوط الاقتصادية والمتمثلة في (الدين أو السلفة الكبيرة والعجز عن سداد هذا الدين) في مقدمة الأحداث الضغطة المثيرة للمشقة والتي تجعل الفرد يقوم بالاستدانة من الآخرين للوفاء بمتطلبات وأسرته ، وعجزه عن سداد هذه الدين يجعله يقع تحت وطأة الضغط الاقتصادية مما يكون له أثره السلبي السيئ على صحته النفسية وتجعله عرضة للمشكلات النفسية والسلوكية .
أ- تأثير المعاناة الاقتصادية على الوالدين :

يظهر تأثير الفقر المزن والمعاناة الاقتصادية على الآباء من خلال شعورهم بالضيق الشديد والقلق والكتئاب والعصبية والإحباط مما يجعلهم أكثر عقاباً واستبداداً وتشدداً في تنشئة الأطفال ، ومن ناحية أخرى تؤثر المعاناة الاقتصادية واضطراب الآباء الناتج عنها في شعور الأبناء العجز وعدم الكافية والسلبية وعدم القدرة على التنبؤ بالمستقبل وفقد الأمل (Elder, et al 1985)
كذلك فإن المعاناة الاقتصادية رغم انها تشكل حدثاً ضاغظاً على الأسرة إلا أنها في ذات الوقت تزيد من تاثر الاسرة خاصة الوالدين بالأحداث الضاغطة الأخرى ، كما أنها يكون لها تأثيرها السيئ على كفاءة العلاقة الزوجية حيث يشعر الزوجان بالعجز عن توفير المتطلبات الأساسية للابناء من التعليم والملبس والمأكل والرعاية الصحية ومصاريف المدارس وجوانب الترفيه مما يؤدي إلى الخلافات الزوجية ، كما يؤدي استمرار المعاناة الاقتصادية واستمرار الخلافات الزوجية إلى اضطرابات النفسية السلوكية للزوجين .

(Mclody, 1990, 331-346 Lornez 1991:375-388)

كما أن المعاناة الاقتصادية لا تؤثر فقط على العلاقة الزوجية ولكنها تؤثر على السلوك الوالدي تجاه الأبناء ، حيث أنه كلما زاد إدراك الوالدين للمعاناة الاقتصادية كلما قلت قدرة الوالدين على رعاية الأبناء حيث ينشغل الوالدين - وبصفة خاصة الأب - في العمل من أجل تلبية الحاجات الأساسية للأسرة مما يجعله ينشغل عن التواصل الانفعالي مع الأبناء كما يقل الوقت الذي يقضيه الآباء مع الأبناء ، وتقل الضوابط الوالدية وهذا يجعل الأبناء يشعرون بالإهمال وعدم المساندة الوالدية لهم مما يؤدي إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال والمراهقين . (conger,1993:206-219)

ولا تؤدي المعاناة الاقتصادية إلى إهمال الوالدين - خاصة الأب للأبناء وعدم فرض ضوابط عليهم فقط بل أن بعض الآباء نتيجة لشعورهم بالإحباط وعدم الكفاية قد يستخدمون أساليب قاسية في التعامل مع الأبناء (العقاب البدني الشديد - الإهانة - الضوابط المشددة ، مما يؤدي إلى معاناة مزدوجة لدى الأبناء من الناحية الاقتصادية ومن سوء معاملة الوالدين لهم.(Mclody,311-346) ب- تأثير المعاناة الاقتصادية على الأبناء :

أشارت الدراسات 1989, Lempers, 1985, Elder et al ., ممدوحة سلامة 1991 ، عماد عبدالرازق ، 196، عطيات الطهراوي 1998 إلى أن المعاناة الاقتصادية ، للوالدين من المحتمل أن ترتبط بزيادة بعض الأمراض المرضية لدى الأبناء ومنها الاكتئاب ، القلق ، الشعور بالوحدة النفسية ، العدوان ، السلوك المضاد للمجتمع ، انخفاض تقدير الذات ، نقص الطموحات والتطلعات نتيجة لعدم إمكانية الاستمرار في التعليم إلى مرحلة الجامعة . كذلك أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن تأثير المعاناة الاقتصادية يختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد حيث أن تأثير المعاناة المباشر على المراهقين أكثر ، لأن مرحلة المراهقة هي مرحلة المقارنات وينتج من اعتقاد ورؤية المراهق أنه أدنى من الآخرين في الدخل أو الملابس أن يشعر بعدم الكفاية الشخصية والاجتماعية وستشاءم بشأن المستقبل .

والنتائج السابقة مثيرة للجدل ، فعلى سبيل المثال أشارت ممدوحة سلامة 1991 في دراستها عن المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة إلى أنه رغم أن نتائج دراستها تشير إلى وجود علاقة مباشرة بين معاناة الضغوط الاقتصادية الواقعة على الأسرة وبين الشعور بالوحدة النفسية لدى الأبناء في بداية الرشد ، غلا أنه ينبغي القول بأن الحجم الحقيقي لهذا العلاقة - على دلالاته الإحصائية كان ضئيلاً، حين تم استبعاد تأثير التقدير السلبي للذات ، مما يدل على أن وقع المعاناة الاقتصادية لن يكون كبيراً إذا كان تقدير الفرد لذاته مرتفعاً أو كانت لديه مصادر نفسية أخرى فعالة (الفعالية الذاتية ، الشعور بالكفاية الشخصية .. الخ)

كما أشارت دراسة عماد عبدالرازق (1996) عن المعاناة الاقتصادية والضوابط الوالدية وعلاقتها بالمشكلات النفسية والسلوكية للأبناء علماً عدم وجود علاقة بين التعرض للمعاناة الاقتصادية والمشكلات السلوكية للأبناء المراهقين ، إلا أن الباحث قد أشار إلى أن العلاقة بين المعاناة الاقتصادية التي يدركها المراهقون وشعورهم بالوحدة النفسية لا يتأثر بكم الضوابط الوالدية ولكن يتأثر بعدم اتساق هذه الضوابط ، ولذلك فإن مشاعر الوحدة النفسية تزداد لدى المراهقين بفعل التأثير المشترك للمعاناة الاقتصادية وعدم اتساق الضوابط الوالدية .

كما اشارت دراسة عطيات الطهراوي (1998) والتي كانت عن اشفاق الأسرى والاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال إلى وجود علاقة بين المعاناة الاقتصادية ولاقلق والاكتئاب لدى الذكور والإناث والعدوان لدى الذكور ، كما أشارت إلى المشكلات الانفعالية (القلق ، الاكتئاب) تزداد بفعل التأثير المشترك ، لإدراك الأبناء للشقاق الأسرى والمعاناة الاقتصادية .

2- بعض الآثار الإيجابية للمعاناة الاقتصادية :

من الغرض السابق يتضح أن المعاناة الاقتصادية للأسرة لا ترتبط بالمشكلات النفسية للأبناء خاصة إذا لم يتزامن مع المعاناة الاقتصادية ، التعرض لضغوط أخرى ، أو كان التقليل من انفاق الأسرة على جوانب ترفيهية (المصايف مثلا) . ويشير كل من (Cowie &Sharo 1998) إلى أن تأثير افقر والمعاناة الاقتصادية ليس سلبيا دائما حيث أن الفقر يجعل الابناء اكثر خشونة وتحملا ويزيد من رغبتهم فى النجاح وتخطى ظروفهم الصعبة أو تغييرها مما يمثل دافعية لهم لتحمل الظروف الاقتصادية غير المواتية باعتبار أن المستقبل قد يحمل لهم بعض الأمل .

كما يشير كار Carr,1970 إلى أن الظروف الاقتصادية الصعبة التي تعاني منها الأسر تؤثر فى الحد من مشكلات الأبناء والخلافات داخل الأسرة وخارجها . حيث يشير على أن الظروف الخاصة بالمعاناة الاقتصادية والبطالة تؤثر تأثيرا حسنا فى تماسك الأسرة ووحدها ويفسر ذلك بقوله بأنه عندما يقل المال لا تجد الأسرة ما تنفقه على جوانب الترفيه وبالتالي لا تخرج الأسرة إلى الملاهي وأماكن اللهو ، كما أن الوالدين بإقامتهما لفترات طويلة داخل المنزل يطبقان الوسائل الاشرافية وطرق الضبط بجانب ازدياد توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة . وبذلك تبدو آثار ضبط الجماعة الأولية أكثر فاعلية فى نفوس الصغار داخل الأسرة الواحدة . وبذلك تبدو آثار ضبط الجماعة الأولية أكثر فاعلية فى نفوس الصغار داخل الأسر . (carr,1970,p1970 فى حماد عبدالرازق (1996))

3- بعض المتغيرات المخففة من وقع المعاناة الاقتصادية على الأطفال :

أشارت الدراسات فى مجال المعاناة الاقتصادية إلى أن تأثير المعاناة الاقتصادية قد يقل بوجود متغيرات مخففة مثل :

- العلاقة الطيبة والمساندة الاجتماعية من أحد الوالدين .

- الحالة المزاجية الطيبة للطفل حيث أن الأطفال الذين يتسمون بالسلاسة والقابلية للتكيف وانخفاض مستوى الحدة في ردود الأفعال للمثيرات الجديدة يكونون أكثر قدرة علما لتكيف مع التغييرات المأفاجئة في الدخل ويكسبون تعاطف الوالدين .
- الجاذبية الجسمية ، حيث أن الجاذبية الجسمية تجعل المراهقين ، خاصة الإناث أكثر شعوراً بالثقة وأكثر قدرة على توكيد الذات وقل تاثرا بالضغوط (Elder,1985).
- النجاح الدراسي هو يخفض من تاثير وقع كل الأحداث الضاغطة على الطفل .

(ه) إدمان الوالدين

أشارت الدراسات التي أجريت على آثار إدمان الوالدين على الأبناء Vrasti& Eiseyman 1994:201:218, Velleman,1996:233-243 إلى أنه عندما يدمن الوالد فإن قيمة أهدافه وتعلقاته تصبح تحت رحمة المخدر ولا يستطيع إدارة حياته دون المخدر وتحاصره المشكلات الآتية:

- 1) المشكلات النفسية (زيادة مشاعر القلق والاكتئاب والذنب والعجز واليأس وعدم القدرة على الحب) .
- 2) المشكلات الجسمية (إضرار على الجهاز الهضمي والدورى والتنفسى والتناسلي)
- 3) مشكلات مهنية (ضعف الأداء المهني ، زيادة معدلات الغياب ، زيادة الأخطاء فى العمل) وأخيرا قد يكون الطرد من الوظيفة .
- 4) مشكلات اقتصادية (تدهور الوضع المالي والاضطرار إلى الاستدانه وبيع الممتلكات و احيانا السرقة) .
- 5) مشكلات اسرية (اضطراب العلاقات الأسرية والشعور الوصمة أو العار لوجود مدمن داخل الأسرة خاصة لو كان لمدمن هو الأب أو الأم) .
- 6) مشكلات قانونية ومشكلات مع الشرطة ، ويتكون النهاية فى حالة عدم العلاج أى الانتحار أو الموت .

وتبدو خطورة الظاهرة وخطورة تأثيرها المحتمل على الأبناء فى انتشار الإدمان فى كافة المجتمعات ، ففي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال يقدر عدد المدمنين بـ 50 مليون شخص ، مما يشير إلى تضرر 50 مليون أسرة من الإدمان .

(روزمارى لامبى ، ديبى مورنج 2001 :20)

وسوف نناقش موضوع إدمان الوالدين من خلال :

1) آثار إدمان الوالدين على الأبناء .

2) العوامل المخففة من آثار إدمان أحد الوالدين على الطفل.

1) آثار إدمان الوالدين على الأبناء:

- التعرض لضغوط مادية وقانونية ومهنية .
- التعرض لضغوط مادية وقانونية ومهنية .
- اضطراب تماسك الأسرة وقلة التواصل بين الوالد المدمن وبقية أفراد الأسرة.
- اضطراب فى تنشئة الوالدين للأبناء، حيث يعتبر الوالد المدمن نموذج للموالد السيئ المنقطع فقط للحصول على المادة المخدرة ويشعر أبنائه بالرفض والعقاب والإهمال والعدائية والقوة وعدم اتساق الضوابط مما يشكل اساسا للأمراض النفسية والانحراف والإدمان لدى الأبناء .
- اضطراب فى هوية الأسرة Family Identity حيث تتكون هوية الأسرة من خلال التواصل بين أفرادها ومن خلال الطقوس الأسرية المتكررة بشك لمنتظم وتكرر ولفترة طويلة مما يؤدي إلى الورح الجمعية ويحدث هذا من خلال التجمع حول مائدة الطعام ، التجمع فى المناسبات الدينية . والتواصل الانفعالي واللغوى والمشاركة الوجدانية .
- عدم الوعى بحاجات الابناء وعدم القدرة على رعايتهم ومتابعتهم مما يقلل من امكانية اقامة روابط تعلق بين الطفل والالاد المدمن مما يجعل الطفل يشعر بأنه لا يستحق حب الاخرين ومساندتهم ويقلل من شعوره بالثقة بالنفس ويهيئه للاكتئاب .
- زيادة الإساءة الموجهة من الوالد المدمن إلى الطفل والأم لإحباط الوالد (وفقد وظيفته مثلا) ، وتدهور صحته ، وعدم قدرته على لاسيطرة على انفعالات وشعوره بالضيق المادى وعدم قدرته على الكف عن الإدمان .
- يتزايد احتمال أن يصبح الأبناء المدمنين نماذج يقتدى بها الطفل حيث المخدرات وكيفية التعاطى خاصة إذا كان الوالد من نفس جنس الطفل .
- يتسم أبناء المدمنين باضطراب فى الشخصية ، أعراضه التمرد ، زيادة الانفعالية وعدم النضج والافتقاد إلى الضبط الذاتى .
- بالإضافة إلى الجوانب النفسية وتوجد جوانب وراثية وبيوكيميائية لأطفال الآباء المدمنين مما يؤدي إلى زيادة إمكانية تعاطيهم للمخدرات بمعدل يفوق أبناء الآباء غير المدمنين بخمس مرات .

- يشعر الطفل بالخجل وبوصمة العار من أن والده مدمن مما يضر بعلاقته الاجتماعية ويشعره بالعزلة والاستبعاد .
- تتضرر الزوجة (أم الأطفال) تضررا شديدا من إدمان الأب وتتعرض للإساءة.
- يتضرر النمو الأخلاقي للطفل بإدمان الوالد حيث لا يمثل الوالد نموذج أو قدوة حية للطفل ، ونظراً لغياب الضوابط أو تشدها تتضرر الأنا العليا للطفل فتكون إما سيكوباتي أو مكتئب .
- يتكون لدى الطفل صيغة معرفية عن اته بأنه سيئ ولا يستحق الحب وعن الآخرين بأنهم سيئين ولا يستطيعون حبه او حمايته وعن المستقبل بانه لا يمكن التنبؤ به . (روزماى لا مبي ودينى مورنج : مرجع سابق : 210)
- فمرحلة المراهقة فإن الوالد المدمن العاجز والضعيف لا يستطيع مراقبة أو متابعة علاقات ابنه مما ينبئ بإدمان الابن فى حالة تعرضه لضغوط الأقران .
(أوسكار بوكستين ترجمة خالد الفخراني وإبتسام السطحية 200:156)
- فى مرحلة الطفولة يشعر الطفل بأن الكبار الذين يفترض أنهم مصدر الحمالية والذين يعتمد عليهم ويثق فيهم يسلكون على نحو يصعب التنبؤ به ، وتستمر على أنفسهم ويكتبون مشاعرهم ، ولا ينتظرون أن يقدم لهم الآخرين شيئاً، وحتى عندما يتوقف الوالد عن الإدمان فإن أنماط هذه الأسر وأساليب الشخصية تبقى كما هى . (روزماى لا مبي ودينى مورنج : مرجع سابق)

2- العوامل الخفية من آثار إدمان أحد الوالدين على الأطفال :

- 1) أن يهئ الوالد غير المدمن بيئة مستقرة يسعى من خلالها الوقت والاهتمام وجوانب الرعاية الكامنة لنمو الطفل مما يقلل من الآثار السلبية للإدمان.
- 2) المساندة الاجتماعية والانتقالية من نماذج أخرى (الأجداد ، المعلمين ، الجيران ، جماعات الرفاق ، الأقارب).
- 3) تماسك الأسرة ومحاولة التغلب على مشكلة إدمان الوالد ومعالجته .
- 4) استمرار أنشطة الأسرة الروتينية اليومية (طقوس الأكل ، المناسبات الدينية والاجتماعية ، الخروج كأسرة واحدة)

والعوامل السابقة من شأنها شعور الطفل بالتعلق بالأسرة والأمن النفسى يعطى الطفل القدرة لإقامة علاقات خارج الأسرة وإقامة علاقات فى مرحلة الرشد.

(و) المرض النفسي والعقلي واضطرابات اشخصية لدى الوالدين

يبدو الاضطراب النفسي والعقلي للوالدين - أو أحدهما - أحد أخطر الظروف الضاغطة المنبئة بالمشكلات النفسية والعقلية واضطرابات الشخصية لدى الأبناء ، حيث أن الوالد المريض - ما عدا السيكوباتى يتألم ويؤلم من حوله ، ويشعر الأبناء غالباً بالعجز تجاه ما يصدر عن الوالد المضطر وحتى ندرك حجم المشكلة فلا بد من عرض بعض الإحصائيات والنسب لانتشار الاضطرابات النفسية ، ففي الولايات المتحدة الأمريكية - على سبيل المثال - يعانى 30 مليون أمريكى من نوع أو أكثر من الاضطرابات العقلية ويشمل هذه العدد 1.6 مليون مريض بالفصام ، 9.4 يعانون مناضطرابات وجدانية ، كما يوجد 5 ملايين طفل على الأقل مصابون بأمراض نفسية مثل الاكتئاب .. الخ)

وهذه الاضطرابات العقلية لو تكررت بدون علاج فإنها تعوق النمو المعتاد ، كما أن هذه الاضطرابات تعكس اشعور أو المقولة الأمريكية بأن " واحد م كل خمسة امريكيين مصابين بمرض عقلي أو نفسي " . وبعض هؤلاء الملايين يعانون التشرد ولاعزلة والوحدة ، وقد لا يهتم أحد عما إذا ماتوا أو ظلوا على قيد الحياة ، ولكن عظم هؤلاء المرضى النفسيين الذين يبلغ عددهم 42 مليون نسمة فى الولايات المتحدة الأمريكية فقط من البالغين والأطفال هلم أسر تهتم بهم وتشاركهم حياتهم ومتاعبهم . (حسن مصطفى 2004 ، 247)

وسوف نناقش موضوع المرض النفسى والعقلى واضطرابات الشخصية لدى الوالدين من خلال :

- 1- التأثيرات العامة للأمراض النفسية والعقلية للوالدين على الطفل . 2- التأثيرات النوعية للاضطرابات النفسية للوالدين على الطفل 3- تاصيرا ضاطراب شخصية الوالدين على لاطفل 4- الفصام 5- اكتئاب الوالدين 6- قلق الوالدين 7- الوسوسة الوالدية .

1) التأثيرات العامة للأمراض النفسية والعقلية على الطفل :

- الشعور بالخجل والعار لكون أحد أفراد الأسرة مريض ، فتصبح الأسرة مثاراً للسخرية ، وقد يحجم الكثير من الأسر عن التعامل معها أو الزواج منها خوفاً من انتقال المرض إلى الأبناء ويستمر الشعور بالعار حتى بعد وفاة المريض(*) .
- الأعباء المالية الكبيرة الناتجة من شراء العقاقير الطبية وأجور الأطباء والإقامة فى المستشفى .

- يشكل بعض المرضى خطراً على نواتهم (الاكتئاب ومحاولات الانتحار) أو خطراً على الآخرين " مرض البارانويا ومضطربي الشخصية السيكوباتية) .
 - توجد تأثيرات محتملة للاضطراب النفسي للأبناء من خلال التوحد بأعراض الوالد المريض (الخوف المرضي مثلاً) أو من خلال التقليد والقوة .
 - إذا التحق المريض بمستشفى للصحة النفسية فإنه يحرم أبنائه من رعايته وحمايته وحبه وبالتالي يعانون فقد الأدوار الأبوية الضرورية ، كما يشعر أهل المريض بالذنب لإيداعه فى المستشفى .
 - غذا لم يلتحق المريض بالمستشفى ظل فى المنزل فإنه يشكل ضغطاً هائلاً على كل افراد الأسرة ونظراً لجوانب المرض الكثيرة والمعقدة التى لا يمكن التنبؤ بها ، وكذلك يسبب الصعوبات العديدة التى ينطوى عليها العلاج وإعادة التأهيل وأيضا المسؤولية القانونية عن المريض.
 - تتعرض الأسرة أحيانا لضغوط شديدة بسبب السلوك الشاذ للمريض مع الآخرين مما يجبرهم على التعامل مع الشرطة أو الأطباء النفسيين وغيرهم .
 - يتعرض افراد الأسرة على سلوك عدوانى أو نوبات نفسية غير متوقعة ، وأحداث غير مقبولة اجتماعيا فى الأماكن العامة ، أو التجمعات ، وصراعات مع الجيران ، ضياع النقود أو اتلافها ، تدمير الممتلكات ، انماط نوم عكسية تجعل الأسرة فى حالة يقظة ، ورفض العلاج .
 - فقد الوظيفة او عدم القدرة على إكمال التعليم وعدم تحقيق الطموحات والتطلعات .
 - عنصر الوراثة حيث نجد أن أبناء الوالدين المضطربين نفسيا من الأرجح أن يكونوا مضطربين ما لم تتدخل عوامل مخففة (مثلا السلوك المضاد للمجتمع أحيانا ما ينتج من التعامل مع والد سيكوباتي والاعتقاد بأن أساليبه هى المائمة للتعامل مع الآخرين ومع الواقع (حسن مصطفى 2004 : 250)
- (Rutter,1980,Norton&Dolan,1996,214–232)

2- التأثيرات النوعية للاضطرابات النفسية للوالدين على الأطفال :

من الأرجح أن تكون هناك تأثيرات نوعية للأمراض النفسية والعقلية واضطرابات الشخصية لدى الوالدين ، فمصلا الأباء العصبيين يكون أبنائهم أكبر عرضة للمشكلات الانفعالية ، أما أبناء

مضطربي الشخصية فغالبا ما يكون ابناؤهم أكبر عرضة للمشكلات الانفعالية ، أما بانءا
مضطربي الشخصية فغالبا ما يكون ابناؤهم عرضة للمشكلات السلوكية ونستطيع أن نحدد بعض
هذه المشكلات كما يلي :

أ- تأثير اضطراب شخصية الوالدين على الطفل : Personality Disorders

اضطرابات الشخصية هي " مجموعة من الاختلالات تتضمن نمطا ثابتا من الخبرة الذاتية والسلوك
يكتسب عن نفسه في معاناة الفرد من الفشل مع مشكلات الحاية ايومية والعلاقات الشخصية
المتبادلة ، وقصور في الأداء الوظيفي المهني والاجتماعي وشعور الفرد بالتعاسة لوجود مثل هذه
الاختلالات ، ولا تكون هذه الاختلالات موقفية وإنما لها تاريخ طويل في الطفولة أو المراهقة ، ولا
ينبغي أن تكون هذه الاختلالات بسبب اضطرابات عقلية طبية . " (Deksen,1995:34)
واضطراب شخصية الوالدين تضر بنمو الأبناء بشكل مباشر من خلال أعراضها وبشكل
غير مباشر من خلال نواتج اضطراب شخصية الوالدين ,اعراضها (زيادة القلقوالاكتئاب والأفكار
الانتحارية ن العنف المخدرات ، اضطرابات الأكل ، الاتصالات الجنسية غير المشروعة ، المعاناة
من الالم النفسى ، مما يقلل من كفاءة وفاعليته الوالديت ، كما أن اضطراب شخصية الوالدين
مناالارجح أن ينتج عنه اضطراب في شخصية الأبناء .

Personality Disordredred parents May Produce personality Disordered Children

واضطراب الشخصية لدى الوالدين هو مؤشر لاضطرابات علاقتهم مع الابناء ويتسم الوالدان
- أو احدهما - بما يلي : (الأساءة المتكررة للابناء ، الفشل في حمايتهم ورعايتهم وعدم القدرة على
تحمل مسئولية تربيتهم لغنشاغلهم باعراضهم المرضية ، وهم تعرضوا لخبرات إساءة متكررة وليس
لديهم تعلق آمن ولا يستطيعون أن يشعروا بأبنائهم بالحب أو الدفاء ، تنشأ لديهم خلافات قد تنتهى
باطلاق ، استجاباتهم الانفعالية محدودة ويفتقدون للمرونة وتنوع الاستجابات ، ليس لديهم القدرة
على التعبير الانفعالي ، يفقدون غلى استراتيجيات مواجهة الضغوط والأزمات) .

وفى مراجعتهم للدراسات التى أجريت على تأثيرات اضطراب الشخصية على نمو الأبناء

ومشكلاتهم السلوكية اشار نورتون دولان Norton & Dolan, 1996 إلى شيوع

اضطرابات الشخصية بنسبة 10% من السكان بدرجات متفاوتة من الشدة ، كما أنه تمثل 60% من
المرضى المترددين على العيادات النفسية ، كما أن 39% من أبناء مضطربي الشخصية يعانون من
اضطراب فى شخصياتهم مما يشير غلى انتشارها .

أما عن تأثيرها على الأطفال فإن هذا يتوقف على نوعية الاضطراب ، فعلى سبيل المثال فإن اضطرابات الشخصية الأكثر تأثيراً على الأطفال ، هي :

- الشخصية المضادة للمجتمع : تتسم هذه الشخصية بالفشل فى إقامة علاقات مع الأبناء وغياب الشعور بالذنب عند عقابهم أو الاساءة اليهم ، كما تتسم بالندفاعية وعدم مراعاة مشاعر الطفل أو عدم القدرة على التعامل الايجابى أو الإشراف على شئون الطفل ، كما يمثل عامل خطورة للتنبؤ بالسلوك المضاد للمجتمع لدى الابناء .
- أما الشخصية البارانونية تتسم بالشك فى الآخرين سوء تفسير دوافعهم والخوف من الأذى والخديعة من الآخرين مما يقلل من قدرته على إقامة علاقة سوية مع طفله.
- الشخصية الفصامية : تتسم بعد القدرة على إقامة علاقات مع الأبناء والانشغال الذاتى بالأشياء ، وتفضيل العزلة والأنشطة الفردية مما لا يتيح له فرصة للتعامل مع الأبناء أو متابعتهم أو الانخراط فى شئونهم واهتماماتهم .
- الشخصية الحدية : تعرضت الشخصية الحدية فى تاريخها النفسى لاساءات متعددة خاصة الاساءة الجنسية التى ينجم عنها الأعراض التالية للإساءة الجنسية مما يجعله يعانى من عدم ثبات الهوية ولاشعور المستمر بالتهديد والاعتقاد بأن العالم مكان خطر والشعور بالعجز من التأثير فى الأحداث مع اضطراب انفعالي وسلوك واندفاعي سلوك متكرر لإيذاء الذات (الانتحار).
- الشخصية المتجنبة : تعانى من نقص الكفاية الشخصية والاجتماعية وعدم الاقبال على الأنشطة الاجتماعية وعدم الرغبة فى التعامل مع الآخرين ينعكس ذلك على أبناءه فلا يتسح لهم غقامة علاقات مع الأقران ولا يريد لهم الاختلاط مع الآخرين مما يؤدي إلى قصور فى كفايتهم الاجتماعية.
- الشخصية الاعتمادية : تتسم بالعجز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والانزعاج الشديد عندما يكون وحيدا أو عند التهديد بانهاء علاقة أو انهاؤها فعلا، والواضح أن هذه الشخصية لا تستطيع تقديم الرعاية ولاحماية للأبناء ولن يستطيع أن يدرّبهم على الاستقلالية كأحد أهم مقومات الوقاية النفسية .
- الشخصية الهستيرية : تتسم بعد القدرة على إقامة علاقات اجتماعية أو انفعالية ثابتة وتعتمد فى تقديرها لذاتها على تقدير الآخرين لها وتصرف طاقتها فى محاولة جذب انتباه الآخرين ،

وهذا ما ينطبق ايضا على الشخصية النرجسية التى تفتقر إلى القدرة على التعاطف مع الآخرين وعدم الاهتمام بمشاعرهم .

(Davison & Neale, 1994:272-272)

ب- الفصام :

يعتبر الفصام أخطر الأمراض التى تضر بعلاقة الوالدين بالطفل ، فالاضطرابات النفسية الأخرى (الاكتئاب مثلا) يجلب الأم قد تشارك ابنها انشطته واهتماماته بعض الوقت ، كما تهتم بحمايته ورعايته وهى أكثر توجيهها لابنها من الام الفصامية . وتوصف الام الفصامية بانها " أم مولدة للمرض النفسى والعقلى للأبناء " ، وتظهر تأثير الفصام الوالدى على الابناء فيما يلى:

- 1) عدم الرغبة فى الحمل وإذا حملت يكون لديها ذهان ما بعد الولادة ، ويجد العاملين فى مستشفى الولادة صعوبة فى التعامل معها وقد تشتم هيئة التمريض أو الأطباء والنتيجة انهم يأخذون طفلها منها مما يزيد من أعراضها المرضية .
- 2) لا تعطى ابنها الراحة أو الهدوء أو الرعاية ولا تتفاعل معه ولا تشعره بحبها وتتبادل عنه جسميا ونفسيا مما لا يؤدي إلى تكوين رابطة تعلقه بها .
- 3) لا تسمح لابنائها بممارسة الانشطة أو غقامة علاقات مع الأقران .
- 4) لا تستثير الطفل انفعاليا أو اجتماعيا ولا تستجيب لحاجاته ولا تفهم اشاراته .
- 5) توجد لديها أعراض من الهالوس والصلالات وتؤثر على تفاعلها مع طفلها حيث تشك فى الآخرين وفى أنهم سوف يؤذون طفلها (لا تسمح لطفلها بشرب الماء فى المدرسة - لا يشارك الأطفال الآخرين فى الطعام أو الأنشطة)
- 6) يعانى الأبناء من نقص فى المهارات الاجتماعية .
- 7) الضوابط الوالدية متناقضة ومتشددة وغير متسقة وغالبا ما لا يستطيع الطفل أن يفهم ما تريده الأم من شدة تناقضه وعدم وضوحه .
- 8) تفكير الأم مشوش ومضطرب مما ينعكس على إدراك وتفكير الأبن .
- 9) لا يستطيع الطفل التنبؤ بسلوك أو افعال الأم .
- 10) التناقض الوجدانى فى التعامل مع الأبناء .

(Goodman & Brumbly,1990:31-39,seeman,1996:190-200)

ج - اكتئاب الوالدين :

" اكتئاب الطفل هو مؤشر أو عرض لاكتئاب الأم " ، هذه الفرضية تم التحقق منها في كثير من

الدراسات منها على سبيل المثال Dodge,1990,rutter,1990,Fendrich et al.,

(1990,Cummings& Davis,1993,Goodman&Gotlih,199)

وقد أشارت هذه الدراسات إلى أن ربع السيدات يعانين من أعراض الاكتئاب في فترة من فترات حياتهن ، وأن 50% من أبناء الأمهات المكتئبات من الأرجح أن يعانون من أعراض الاكتئاب وتتسم الأم المكتئبة بعدم الفاعلية وتضر نمو الطفل والمراهق كما يلي :

- تعاني الأم من مشاعر الحزن واليأس والعجز والشعور بالفشل مما لا يتيح لها التوافق مع ابنها .
- لا يكون من السهل إثارة مشاعر الفرح أو السرور لدى الامهات .
- لا تستطيع الأم أن تتفهم حاجات الطفل أو تتفهم إشاراتهِ وتفتقد القدرة على التعاطف والتعلق الانفعالي .
- لا تستطيع الأم تحمل أعباء تربية الطفل .
- تعاني الأم من الانسحاب من العلاقات وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين ولا تستطيع أن تساند أبنائها .
- لا تستطيع الأم أن توصل مشاعر الحب والمودة والاهتمام للأبناء مما يجعلهم يعانون من نقص في المهارات وعدم الأمن النفسى .
- لا تهتم الأم بالمدعمات الغيجابية للأبناء في حالة الإنجاز أو النجاح .
- تعاني الأم من الشعور بعدم التحكم وعدم الفاعلية .
- الإساءة البدنية ولانفسية للأبناء .
- المعاناة من الضطرابات السلوكية وامكانية تعاطى المخدرات .
- تعاني الأم من أعراض التشويه المعرفى حيث تحريف الخبرات في اتجاه الفشل واليأس ولوم الذات ، كما يظهر ذلك في سوء تفسير وتقدير سلوك الطفل.
- يفتقد الأباء للمهارات الاجتماعية التى تعوقهم على التواصل الاجتماعى مع الاقران والآخرين ويضع بذرة الاكتئاب لديهم.

6- قلق الوالدين :

القلق هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز مصحوب عادة ببعض الاغراض الجسمية ، ويظهر تأثير قلق الوالدين على الطفل من خلال ملاحظة الأطفال للوالدين وهم يتعاملون مع معظم المواقف بقلق واهتمام ، فهم يرون آباءهم متوترين وهم يحضرون انفسهم لرحلة أو لمناسبة أو يناقشون موضوعات المستقبل أو غير ذلك . ويصبح الجو مشحونا بالتوتر بدلا من أن يكون مشبعا بالنظرة الهادئة التفائلية ، كذلك فأخلاق الوالدين يجعل تعاملاتهم مع الابناء تتسم بالحماية الزائدة مما يضر النمو النفسي السلم للأبناء ، كذلك فإن المخاوف المرضية الوالدية تؤثر سلبا على الأبناء ويتعلمون الخوف المرضى من أشياء لا تخيف عندما يرون الوالدين يخافون من تلك الاشياء .

7- الوسوسة الوالدية :

الوسواس القهري يجعل الآباء لا يرضون أبدا من أداء الأبناء فهم دائما يريدون الوصول إلى الكمال وعدم الوقوع فى الأخطاء ، وهذا يندر حدوثه ، وهم يخافون من تشجيع الأبناء حتى لا يكون ذلك سببا فى تدليل الأبناء ، كما أنهم يفرضون الكثير من القيود على الأطفال مثل قيود النظافة حيث إرغام الابناء على غسل اليدين بطريقة معينة أو لعدد معين من المرات ، ويشعر الطفل بالصراع ، أو يلتزم بتعليمات الوالدين له . (داليا مؤمن : 2004 ، 87)

(ذ) السلوك الاجرامى للوالدين

يعتبر السلوك الاجرامى لأحد الوالدين هو عامل خطورة للتنبؤ بانحراق الأبناء من خلال العدوان السلوك المضاد للمجتمع ، هذا يعود للأسباب الآتية :

- زيادة الخلافات والمشاحنات الأسرية واضطرابات العلاقة الزوجية .
- يشعر الطفل بأن البيئة الاسرية باردة Cold وعدائية > Hostile
- يعتبر الوالد العدوانى قدوة للطفل مما يجعله يعتقد أن العدوان هو الوسيلة المناسبة للتعامل مع الآخرين والسيطرة عليهم
- يتعلم الطفل فى الأسر الاجرامية بعض المسالك المنحرفة (السرقة ، الكذب .. ألخ) ويعتقد الطفل انها مسالك مقبولة.
- غالبا ما يكون دخل الاسرة غير كاف بسبب سجن الأب أو فقده وظيفته أو عدم وجود عمل ثابت له مما يشكل عامل خطورة لانحراف الابناء .
- يشعر بعض الأطفال بالخل والعار من ابائهم وينخفض وتقديرهم لذواتهم .

- غالبا ما يتكون الضوابط الوالدية إما غائبة أو غير متسقة .
- يتعرض الطفل لكل اشكال الإساءة من الوالد المجرم .
- أحيانا يعزى الأب المجرم سبب ارتكابه للجرائم إلى وجود الأبناء مما شعرهم بالذنب ولوم الذات . (Rutter,1980,181)

(و) الحماية الوالديه الزائدة Parental Overprotection

إذا كانت حماية الوالدين للطفل لضرورة لاستمرار حياته فإن زيادة الحماية تؤدي إلى اعاقه النمو النفسى السليم له (Parker,1983;311)

تعريف الحماية الزائدة :

هى إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له أنهما يخافان عليه بصورة مبالغ فيها أكثر مما يرى زملاءه واصدقائه يجدون عند ابائهم ، وأن والديه يعملان على حمايته من كل مكروه ولا يريدان له أن يتعرض لاي موقف يؤذيه جسما أو نفسيا ويلببان كل رغباته بسرعة ولا يرفضان له طلبا وقد لا يرغب الطفل فى بعض هذه الأساليب من جانب والديه ولكنهما لا يقبلان برغبته ويستمران فى احتضانها الشديد له .

ومن المواقف التى تشعر الطفل بالحماية الزائدة :

- اشفاق الوالدين المستمر عليه من الواجبات المدرسية ومن طل اليوم الدراسي.
- منعه من الاختلاط بالآخرين عمل صدقات معهم أو أن تكون هذه الصداقات تحت اشرافهم دائما .
- تشجيع الوالدين له على الاعتماد الزائد عليها .
- شعور الطفل بلهفة الوالدين وقلقهما الشديد عليه .
- ادراك الطفل أن طلباته تلبى من كافة الوالدين بسرعة .
- يتسامح معه الوالدين مع أخطاء يعاقب عليها الآخرون .
- لا يعطونه الفرصة للمساعدة فى المنزل من خلال ترتيب غرفته وأغراضه دائماً (علاء

كفاى 1989:22)

أسباب الحماية الزائدة :

تتعدد اسباب الحماية الالديه الزائدة للطفل كما يلى : (تعدد خبرات الفشل فى الحمل والنجاب . فقد طفل بالموت. المرض الجسمى المزمن للطفل . المعاناة فى الحمل . تاخر سن الزواج وتأخر الانجاب . نشأتها فى أسرة افتقدت فيها الحب والوفاء ، فيعطى طفلها ما حرمت منه .

اضطراب العلاقة مع الزوج . قد تكون مشاعر الأمر عدوانية ورافضة للطفل فتحولها بميكانيزم التكوين العكسي إلى حماية زائدة وحب مبالغ فيه . اضطراب صحية الأم وحاجتها المرضية لاعتماد طفلها عليها) . (Rutter,1980:148-153)
الآثار المترتبة على الحماية الزائدة للأبناء :

توجد الحماية الزائدة في معظم المجتمعات ويقدر ما تزداد الحماية الزائدة يزداد الخطر نحو اعاقا الطفل وعجزه عن النضج والنمو النفسي السليم.

ومن أهم الآثار السلبية المترتبة على الحماية الوالدية الزائدة للطفل ، ما يلي :
عدم القدرة على استكشاف البيئة ز عدم القدرة على اتخاذ القرارات . السلبية والخضوع . عدم القدرة على تحمل المسؤولية . اضطراب الشخصية الاعتمادية . صعوبة فى تكوين العلاقات مع الآخرين مع زيادة الشعور بالوحدة والعزلة . عدم القدرة على مواجهة الضغوط والمشكلات .
إنخفاض تقدير الذات والشعور بالنقص . عدم القدرة على تحمل الإحباط. اضطراب الهوية الجنسية . زيادة الأعراض المرضية المتمثلة فى القلق ، الاكتئاب، المخاوف المرضية ، توهم المرض . (Parker,1983:31-43)

سابعاً: بعض فوائد التعرض للآزمات
والضغوط وعوامل الخطورة

ظل الباحثون يربطون بين التعرض للضغوط وبين الأمراض النفسية ، غلا أنه خلال العقدين الآخرين أشارت نتائج بعض الدراسات (Kobasa,1979) إلى أن هناك بعض الاشخاص قد يتعرضون للضغوط ولا يمرضون بل أن الضغوط تزيد من قدرتهم وصلابتهم . ويبدو أن تأثير الضغوط والأزمات وعوامل الخطورة يرتبط ببعض المتغيرات التى قد تزيد أو تقلل من تأثير الضغوط على الأفراد وحتى نتبين هذه القضية سوف نعرض لآراء بعض العلماء الذين كانت لهم اسهامات بارزة فى هذا الميدان .

أشار راتر (Rutter,1983) إلى تقييم الفرد للحدث الضغط وتقييمه لقدرته على مواجهته هو الذى يحكم تأثر الفرد بالضغوط ، كما اشار راتر إلى أهمية وفوائد التعرض للضغوط فى تقوية العوامل الواقية حيث أكد على أن العوامل الواقية لا تعمل بشكل تلقائى فى مواجهة ضغوط الحياة إذ أن دورها كمصادر مقاومة لا يكون فعلا إلا بقدر استخدام الفرد لها . كما يشير راتر (ترجمة ممدوحة سلامة 1991ب: 174) إلى أن الأحداث الضاغطة التى تصيب الراشدين يمكن أن يكون لها تأثير يزيد من ثلابتهم ، وكذلك الاخر بالنسبة للاطفال إذ يبدو أن بعض اشكال خبرات

الانفصال يمكن أن تقي الأطفال من خبرات أخرى شديدة الواقع ، فاطفل قد يخرج من أول محنة يتعرض لها بنجاح مع تحسن ميكانزماته للمواجهة والتغلب على الشدائد ، أو تقوية تقديره لذاته أو زيادة فاعلية استجابات الفسيولوجية في مواجهة الضغوط ، فإذا كان الأمر كذلك فقد يصبح أكثر مقاومة للشدائد والاضغاطة ن أا إذا تركته أول محنة عاجزا ، غي رقاد على المواجهة الفعالة أو مصابا بخلل فسيولوجي ، فقد يصبح حينئذ أكثر قابلية للاصابة والمعاناة أمام اضغوط وظروف الشدة.

وتشير جانيفر نيوتن Netwon 1988 إلى أن الضغوط إذا لم تؤثر على الفرد تأثيرا سلبيا فهي تزيد من قدرته على المواجهة ومن كفايته الشخصية ، فأطفال الطلاق والأطفال الذين توفى أحد والديهم يتعلمون الاستقلالية وتحمل المسؤولية ويقتصدون في انفاقهم ، ومواجهتهم لهذه الضغوط من المحتمل أن تجعلهم أكثر مرونة وقدرة على مواجهة الضغوط والازمات في المستقبل باقل قدر من التوتر.

ويرى رادولف موس Moos,1976 ان أزمات الحياة live Crises ، تحمل في داخلها الفرصة لنمو الشخصية حيث يتعلم الفرد من الأزمات ويصبح أقوى بعد الازمة ، بل أن الأزمة ذاتها تنشط امكانات الفرد وتزيد من تمكن الفرد للماجهة ، مما يتيح للفرد ، التغلب على الأزمات بعد ذلك ، كما أن الأزمة أيضا ، تحمل في داخلها الخطر danger حيث يرتبط ، بزيادة احتمالية اصابة الفرد بعد التوازن ، عدم التنظيم ، والقلق ، والتوتر ، والعجز ، وكون الأزمة تتطوى على الفرصة لنمو الشخصية أو الخطر لغصابة الشخصية بالأمراض النفسية ، فان هذا يرتبط بخبرات الفرد السابقة past Experiences داخل الاسرة حيث أن العلاقات الطيبة واعطاء الاسرة الطفل قدر من الاستقلالية واعطائه قدر من الحرية لمواجهة المشكلات يسهل مواجهة الفرد للازمات فيما بعد ، أما الحماية الزائدة ، أو الرفض الإهمال ، فلا تسمح للطفل بنمو امكانات المواجهة ، وبالتالي فإن احتمالية الفشل وتزايد الأمراض الجسمية والنفسية لدى مواجهة الأزمات تكون الأكثر احتمالا (Moos,1976pp3-16).

وفى دراسته المسحية للدراسات التى أجريت على فوائد التعرض للضغوط اشار Tennen1999 غلى أنه لا الم بدون مكاسب . كما اشار إلى أن النمو الشخصى قد يرتبط بالضغوط . وأشار إلى ان أى أزمة قد تؤدي على تغير مفهوم الفرد وفلسفته للحياة ونظريته لذاته وللعالَم والآخرين وللمستقبل ز فمثلاً غذا أصيب شخص ما بأزمة قلبية فإنها منالارجح أن تؤدي إلى

تغيير نمط حياته وفلسفته ونظرته إلى المستقبل ويعرف معنى الصحة ومعنى الحياة ، وقيمتها ويبدأ في تغيير بعض السلوكيات السيئة (التدخين - السهر .. الخ)
والضغوط وقد تضيف إلى الإطار المعرفى للفرد وتجعل حياته أكثر ثراء وازدهارا بشرط أن تتسم الشخصية بالصفات الآتية :

- الصلابة النفسية : Hardiness: وتتضمن الالتزام والتحكم والتحدى واعتبار أن التغيير ضرورى للنمو وليس تهديدا للشخصية ، كما أن الضغوط وتزيد من قدرة الفرد على التحدى على ان بعض الأفراد يفضلون العمل تحت الضغوط (Kobass 1979) .
 - الأمل hope وهو توقع تحقيق الاهداف فى المستقبل .
 - النظرة الايجابية الواقعية للأحداث وعدم المبالغة فى إدراك مخاطرها .
 - التفاؤل يزيد من توقع تحقيق نتائج إيجابية من مواجهة الضغوط .
 - الانفتاح على الخبرات الجديدة .
 - المواجهة وهى ما يبذله الفرد من مجهودات للتغلب على الازمات السابقة وتضيف المواجهة إلى الاطار المعرفى للفرد وخبرات ثرية وهامة .
 - أن يكون لحياة الفرد معنى ، وهذا يتفق مع ما سبق أن اشار إليه فرانكل صاحب نظرية العلاج بالمعنى حيث اشار إلى ان الحياة معاناة ، وأنتحيا هو أنت تعاني وأن تستمر فى الحياة هو أن تجد معنى لهذه المعاناة . (فيكتور فرانكل ترجمة طلعت منصور 1982)
ومثل هذه الخصائص الايجابية تهيئ الفرد لمواجهة الضغوط والاستفادة من المواجهة مما يؤدي إلى تقوية هذه الخصائص بعد المواجهة .
ثامناً: تعليق عام على عوامل الخطورة وكيفية عملها .
- يرى راتر (Rutter,1996:365) أن معرفتنا بعوامل الخطورة وبآليات عملها ونواتجها فى حاجة إلى المزيد من الدراسة والتعمق حتى نستفيد منها فى برامج الوقاية النفسية وفى زيادة قدرة الافراد على المرونة والتكيف على الشدائد ن ويمكن استنتاج بعض الملاحظات حول عوامل الخطورة ، أهمها :
- تزيد عوامل الخطورة من احتمال حدوث الاضطراب السلوكى ، وقد لا تؤدي بالضرورى إلى حدوثه حيث أن الكثير من الاشخاص يستطيعوا التوافق مع هذه العوامل ولا يضطربون عند التعرض لها .

- أن تأثير عوامل الخطورة ليس متشابها مع كل الأفراد حيث يختلف تأثير عوامل الخطورة باختلاف خصائص الأفراد وإمكانية وجود مصادر للمساندة الاجتماعية وقدرتهم على المواجهة وأهدافهم المستقبلية .
- أن تأثير بعض عوامل الخطورة قد يختلف باختلاف طبيعة العامل نفسه ، فمثلاً تأثير وفاة الوالد على الطفل يتوقف على ما يعقبه ن تغيرات ، بينما تأثير طلاق الوالدين يتوقل على ما يسبقه من مشكلات بين الوالدين وما يصاحبه وما يعقبه من إجراءات ، وتأثير الاساءة الوالدية يتوقف على تكرارها وشدتها ، وبذلك فإن تأثيرات عوامل الخطورة قد لا ترتبط بالعوامل ذاتها (طلاق ، وفاة ، إساءة مثلاً) ، وكلن قد يرتبط بما يسبقها أو يصاحبها أو يعقبها ن تغيرات وتأثيرات .
- تأثيرات عوامل الخطورة متباينة فى شدتها ، فالمنغصات اليومية المعتادة قد لا تؤثر على الطفل ، ولكن الوفاة المافجئة قد تطيح بتوازنه النفسولا يستطيع استيعاب الحدث غلا بعد فترة من خلال تأثير العوامل المتحققة .
- هناك بيئات تمثل عامل خطورة على الطفل ، فالبيئة التى يوجد فيها أب مدمن أو مريض عقلى مثلاً هى بيئة تشكل خطرا على نمو الطفل.
- هناك دينامية لتفاعل عوامل الخطورة مع الوقاية ، فمثلا ذهاب الأم للعمل بعد فترة من الرعاية المكثفة قد يعتبر عامل خطورة على الطفل يجعله يعانى من قلق الانفصال ، ولكن التحاق الطفل بحضانة فيها مناسبة وتكثيف الأم لرعايتها وأهتمامها وحبها ولطفها فى أوقات تواجدها معه قد يقلل من تأثير الانفصال عن الأم . (Rutter,1996:354-385)
- قد يكون للأبناء دور فى مشكلاتهم النفسية ، فعدم استقرار الحالة المزاجية للطفل وكثرة بكائه أو كسله تجعله ينال عقاب والديه ، كذلك فإن العدوان الوالدى على الطفل قد يزيد من عدوانه وتمرده وخروجه على النظام الأسرى ، وهذا يجعله ينال العقاب مرة ثانية ، وهذا ما يطلق عليه الداشرة الخبيثة المستمرة The Continuing Vicious Cycle للعلاقة المضطربة بين الوالدين .
- قد يرتبط بعامل خطورة واحد عدة عوامل أخرى ، على سبيل المثال البطالة أو الفصل من العمل للوادل، يؤدى إلى (تدهور الدخل وعدم كفايته اكتئاب الوالد أو إدمانه ، شعوره بالفشل ، خلافات زوجية ، اساءة للطفل) .

• ان وجود عامل خطورة واحد قد لا يؤدي إلى المشكلات النفسية للأطلاق على سبيل المثال المعاناة الاقتصادية للأسرة ، يقل تأثيرها في ظل تماسك الأسرة وإدراك الابناء لحب الوالدين لهم .

ولكى نفهم آليات عمل عوامل الخطورة لا بد من تحديد نقطة الانطلاق بعد أية تأثير عامل الخطورة ولا بد من تحديد عوامل استمرار تأثيره حتى يصل إلى ملحة الاضطراب النفسى أو السلوكي .

ولكى نفهم آليات عمل عوامل الخطورة لا بد من تحديد نقطة الانطلاق بعد أية تأثير عامل الخطورة ولا بد من تحديد عوامل استمرار تأثيره حتى يصل إلى محلة الاضطراب النفسى أو السلوكي .

ويسوق (آلان كازدان ترجمة عادل عبد الله 2000 : 139 -140) مثال على ذلك

فالعقاب القاسى من الوالد يمكن أن يزيد من خطر تعرض الابن للاضطراب السلوكى من خلال التعلم الاجتماعى، الأمر الذى يزيد من احتمالية أن يصبح الطفل عدوانيا، وهذه العدوانية من جانب الطفل تؤدي إلى رفض أقرانه له وقد تؤدي إلى تعرضه للعقاب من جانب الوالد والمعلمين والأطفال الآخرين، وقد تؤدي على فشله دراسيا وشعوره المستمر بالإحباط وعدم القدرة على تنظيم الذات ، وهذا قد يؤدي على مسارات متعددة منها التفاعل مع الأقران المنحرفين ليد بينهم التقبل مما يؤدي إلى الاضطراب السلوكى ولاجناح أو قد يؤدي إلى الإدمان أو المرض النفسى ما لم تتدخل عوامل مخففة أو مساندة .

الفصل الثالث

بعض المشكلات النفسية

بمرحلة الطفولة

أولاً: اضطرابات المزاج :

يشير عبدالله عسكر (2005 - 920) إلى أن اضطرابات المزاج لدى الأطفال تتمثل فيما يلي :

1- نوبات اكتئابية كبرى :

نظرا لكون الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم فإن أعراض الاكتئاب تتبدى في الشكوى البدنية ، والهياج النفسى الحركى وهلاوس مرتبطة بالمزاج ، وفقدان الاستمتاع باللذة وتزايد المظاهر الاكتئابية بالتقدم نحو البلوغ وخاصة التأخر النفسى والحركى واليأس والتشاؤم والحزن والقرف من النفس .

2- القريقة أو عسر المزاج dysthymic disorder :

وهى حالات من عدم الاستقرار المزاجى المصبوغة بالمزاج المكتئب معظم اليوم ولعدة أيام وتستمر على الأقل لمدة سنة ، زتبدو مظهره فى نقصان تقدير الذات والتشاؤم واليأس ، وفقدان الاهتمام والانسحاب الاجتماعى والتعب والاجهاد المزمن والشعور بالذنب والسأم والغضب الشديد وعدم الاستقرار ونقصان فى الدافعية والانتاجية وقصور فى التركيز والتذكر

3- الاضطراب ثنائى القطب الأول bipolar disorder :

وهذا النوع من الاضطرابات ثنائية القطب التى يتناوب فيها الهوس مع الاكتئاب والاضطراب الثنائى الأول تظهر ملامحه الأساسية فى معاودة نوبة أو أكثر من الهوس مع نوبات اكتئابية كبرى .

4- الفقد والحداد Grief & Bereavement :

يشير جون بولبى (Bowlby , 1988) ومايكل راتر (Rutter, 1990) إلى ارتباط فقد موضوع القلق أو فقدان حبه بأعراض الاكتئاب ، وهذه الأعراض تشمل الاحساس بالحزن sadness والأرق Insomnia وتناقص الشهية للطعام diminished appetite وفقدان الوزن والانسحاب من الأنشطة المحببة . ويرى بولبى وراتر أن فقدان الوالدين خاصة لو كان الوالد محبوبا لدى الطفل لاسيما عندما تتم الوفاة بشكل مفاجئ يترك جرحا نفسيا عميقا لدى الطفل ، ويجعله ينشغل دائما

بأفكار عن الموت والفقد ، ويؤثر على علاقاته اللاحقة حيث يتكون لديه اعتقاد بأنه اذا ارتبط أو تعلق بشخص معين فقد يصيبه مكروه ومن ثم يشعر الطفل بالذنب ويتزامن مع مشاعر الذنب انخفاض الدافعية ورفض الطعام ، ويزداد عنده الشعور باليأس والتشاؤم بشأن المستقبل كما تزداد لديه الأفكار الانتحارية وعدم الرغبة فى الاستمرار فى الحياة بدون من يحب ، أما إذا كان الفقد لوالد أو عزيز يعانى من مرض مزمن طال علاجه فإن الطفل يكون أكثر تقبلا لفكرة وفاة الوالد وأكثر قدرة على تجاوز أعراض الاكتئاب المرتبطة بالوفاة ، ويبدو أن المرض الشديد والمزمن يعطى تهيئة أفراد الأسرة لتقبل فكرة الوفاة .

العلاج :

مما لا شك فيه ان معظم حالات اكتئاب الطفل غير معروفة الأسباب وذلك بسبب قلة الحصيلة اللغوية عند الطفل لأنه لا يمكنه التعبير عن الحالة النفسية التى يعانى منها ولذلك نجد أن حالات الاكتئاب عند الأطفال ليست من الحالات النادرة لكنها فى الغالب تظل غير معروفة ، وكذلك فهى إما تعالج خطأ أو لا تعالج على الاطلاق ، ويرجع ذلك إلى أن الطبيب يكون فى الغالب مستبعدا أو غير واضع هذا التشخيص فى اعتباره أو لأن اكتئاب الطفل دائم التغيير بسبب السن فنجد أنه فى حالة الأطفال صغار السن ما قبل سن المدرسة تظهر أعراض الاكتئاب فى صور نفسية جسمية وفى سن أطفال المدرسة الابتدائية تظهرا اضطرابات نفسية وجسمية وفى أشكال متعددة منها ، التبول اللاإرادى ، ولاخوف من المدرسة والسرقه والكذب والعدوانية ، والتأخر الدراسى وعدم التركيز واضطراب القولون ألخ (كلير فهيم 1990 : 127)

وهناك بعض الفنيات العلاجية التى يمكن استخدامها مع الأطفال كما يلى :

1) العلاج الدوائى :

ويتم استخدام العلاج الدوائى فى حالات الاكتئاب الشديد حيث يتم اعطاء الطفل المكتئب مضادات الاكتئاب كخط دفاع أولى ضد الاكتئاب ولإتاحة الفرصة لتفعيل الفنيات العلاجية الأخرى .

2) تنمية المهارات الاجتماعية للطفل ومساندته على كيفية البدء بإقامة علاقات مع الآخرين

والاستمرار فيها ، وتقبل الذات وتقبل الآخر ، والتدريب على التواصل اللفظى (بصوت واضح) والبصرى (بتبادل النظر مع من يتحدث معه) .

- (3) المساندة الاجتماعية (Social support) تعتبر المساندة الاجتماعية عاملاً مخففاً من آثار الفقد ، فشعور الطفل بأن الآخرين يحبونه ويتقبلونه ويتعاطفون معه يجعله يتجاوز صدمة الفقد ، بل ويتجاوز الآثار السلبية لتعرضه لأي ظروف أو أحداث ضاغطة .
- (4) العلاج المعرفى السلوكى : حيث يتم مناقشة الطفل فى أفكاره الانتحارية ورغبته فى الموت وشعوره بالفشل واليأس والتشاؤم ومناقشة الجوانب الايجابية فى شخصيته وحياته ، ومساعدته فى احلال افكار ايجابية متعلقة بالتفاؤل والأمل والانجاز محل الأفكار السيئة والرديئة والتي تجعل الطفل يحرف كل ما يرد له فى الاتجاه السلبى مما يجعله "محاصراً باكتتابه" فالهدف من العلاج المعرفى السلوكى هو كسر حصار الاكتئاب للطفل ، والعلاج السلوكى المعرفى هو كسر حصار الاكتئاب للطفل ، والعلاج السلوكى المعرفى يركز على تذكر المحصلات الايجابية فى الماضى والحاضر والأحداث المختلفة ويساعد الطفل على تبني نظرة واقعية للحياة .
- (5) العلاج باللعب وخلق موضوعات خارجية ينشغل بها الطفل بدلاً من الانشغال بالذات .
- (6) العلاج الدينامى : ويفيد فى معرفة الصراعات والمشكلات التى يعانى منها الطفل ويمكن استخدام اللعب ، والرسوم ، والمقابلة الشخصية ، اختبار تفهم الموضوع للأطفال .
- (7) العلاج الأسرى : من خلال مساندة الطفل والتواصل معه واشعاره بالحب والاهتمام والتقدير وتشجيع انجازاته ، وعلاج أحد الوالدين إذا كان يعانى من الاكتئاب لأن الدراسات أثبتت وجود علاقة بين اكتئاب الوالدين وبين اكتئاب الأبناء ونقص المهارات الاجتماعية لديهم وكذلك زيادة الأفكار الانتحارية واليأس لديهم .

الانتحار :

يقال انتشار الانتحار بين الأطفال ، ولكنهم تكون لديهم بنية معرفية تتضمن الميل إلى أذى الذات ، والرغبة فى الموت ، وعندما تناول علماء النفس موضوع الانتحار لدى الأطفال ربطوه بالشعور باليأس ، وفى هذا الإطار يشير عبدالفتاح دويدار (1990) إلى أن الأطفال الذين يعيشون فى بيئة أسرية آمنة ، يتكون لديهم الشعور بالقيمة والقدرة على التغلب على الصعوبات والمعوقات ، والقدرة على المثابرة فى حل المشكلات ، والمرونة وبذل الجهد والشعور بالتفاؤل بشأن المستقبل ، أما الأطفال الذين يتعرضون لظروف ضاغطة لا يستطيعون مواجهتها أو التحكم فيها (فقد أحد الوالدين والمرضى المزمّن لأحد الوالدين والشقاق الأسرى مثلاً) فإن هذه الأحداث ترتبط بشعورهم باليأس الذى

يشكل حجر الزاوية لكثير من الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب . ويرى أسرنو (Asarnow, 1987) أن اليأس لدى الأطفال يرتبط ببعض المتغيرات منها (رفض الوالدين والأسرة غير المتماسكة والضوابط الوالدية المتشددة والصراع الأسرى المزمن وعدم كفاية دخل الأسرة ومرض أو وفاة أحد الوالدين) مما يؤدي إلى الشعور بانخفاض قيمة الذات ، وزيادة الأفكار الانتحارية وفقد القدرة على التمتع بالحياة . (Asrnw et al., 1989: 361 – 366) كما يشير أبرامسون وآخرون (Asrnw et al., 1989) إلى أن اليأس هو السبب الأقرب لحدوث الانتحار أو هو عامل خطورة Risk factor للتنبؤ بالانتحار وينتج من وجود سلسلة من الأحداث السلبية بحيث تعتبر كل حلقة من هذه السلسلة بمثابة سبب يؤدي إلى زيادة احتمالية حدوث ما أسموه باكتئاب اليأس Hopelessness depression ، حيث إن حدوث حدث أو أكثر من أحداث الحياة السلبية يعد بمثابة مرحلة أو خطوة نحو الإصابة بالاكتئاب . وهناك ثلاث متغيرات معرفية تتداخل مع الأحداث السلبية المهمة وتسهم في بداية واستمرار اليأس ، وهي :

- 1- عزو الأسباب السلبية المهمة إلى اسباب ثابتة وشاملة بمعنى أن ينسب الفشل دائما إلى ذاته والنجاح إلى أسباب خارجية .
- 2- الميل إلى الاستنتاج بأن الأحداث الضاغطة لا يمكن مواجهتها أو علاجها أو تغييرها ، وأن هذه الأحداث لها آثار سلبية ممتدة على حياة الفرد ومستقبله .
- 3- استخلاص أحكام تتعلق بالشعور بعدم القيمة والعجز ، وتعميم هذه الأحكام على المواقف المختلفة ، وتحريف كل ما يرد له في الاتجاه السلبي مما يشكل اتجاها سلبيا نحو الذات والآخرين والمستقبل ، أو ما أطلق عليه بيك الثالث المعرفى لليأس (Abramson et al., 1989) the cognitive traid of hopelessness .

أما بيك وآخرون (Back et al., 1979) فيقدمون نظريتهم في اليأس مشيرين إلى أن اليأس هو التوقعات السلبية التي يتم تعميمها على الحاضر والمستقبل ، وهو يمثل أساس الاكتئاب والمحاولات الانتحارية والانتحار الفعلى ، ويمثل اليأس رؤية مرضية Pathological view للذات التي لا يحترمها الفرد أو الواقع الذي يضع العقبات أمام تحقيقه لأهدافه أو المستقبل الذي لا أمل فيه . ويرى بيك أن اليأس ينشأ من الظروف الضاغطة التي لا يمكن تعديلها مثل (الفقر والفشل في الدراسة والفشل في العلاقات والخلافات الأسرية المزمنة وعدم وجود ما يدعو للتوقعات الايجابية في

الحاضر أو المستقبل وموت أحد الوالدين والبطالة) مما يؤدي إلى اعتقاد الفرد بعدم قيمته ، وعدم جدوى ما قد يقوم به لتغيير الواقع ، ويؤدي غلى الشعور باليأس - أو يزيد منه - وجود بعض المعتقدات اللاعقلانية التي تقبع فى الخلفية المعرفية للفرد وتؤثر على تفكيره وتخيله مثل (لا يوجد ما يمكن أن أتطلع إليه أو أحققه فى المستقبل - لا يوجد مجال للتفاوض - الحياة لا تستحق أن نحياها - أسرتى لا تحبنى وتريد موتى - لا شىء ولا هدف يستحق المحاولة - الظروف الحالية لن تتغير وسوف تكون أسوأ فى المستقبل) ومثل هذه الأفكار تؤدى إلى انخفاض تقدير الذات وإلى مزيد من اليأس والتشاؤم ، وقد يحدث أن يصرح الوالدان أو أحدهما أمام أبنائهما بقصد أو بدون قصد برغبتهما فى موت أبنائهما ، أو أنهم السبب فى المشكلات التى يعانيان منها ، مما قد يؤدي إلى عدم الرغبة فى الاستمرار فى الحياة لدى بعض الأبناء . (Back et al., 1979 : 212 - 222)

ثانياً: اضطرابات الإخراج Elimination Disorders

تعد عملية ضبط الإخراج خطوة هامة فى تاريخ النمو النفسى للفرد ، تؤثر على شخصيته وعلى توافقه النفسى والاجتماعى فيما بعد ، ويتوقف هذا التأثير على عمر الطفل ومدى نضج جهازه العصبى والعضلى وعلى طريقة معاملة والديه له خاصة الطرق المتبعة فى ضبط الإخراج ويمكن تعريف اضطرابات الإخراج على أنها "خروج البول أو البراز فى أوقات وأماكن غير مناسبة لذلك ، ولا يتناسب ذلك مع مستوى نضج الطفل" .

أولاً : التبول اللاإرادى :

التبول عملية دورية تحدث استجابة لتراكم السائل البولى فى المثانة ، حيث تزداد كميته بالتدريج حتى تصل المثانة إلى العتبة الفارقة Threshold التى يبدأ بعدها استدعاء الاستجابات التى تؤدى إلى تفريغ هذا القدر الذى لم تعد المثانة قادرة على تحمله ، ثم تبدأ الدورة من جديد ، والاستجابة هى انقباض عضلات المثانة وانبساط العضلات القابضة (محمد غالى ، رجاى أبوعلام 1974 ، 561) ويفسر التبول اللاإرادى فسيولوجياً بأنه عندما يزداد الضغط داخل المثانة ، ترسل مستقبلات الضغط الموجود بجدار المثانة تنبيهاً إلى الحبل الشوكى ومنه إلى المخ الذى تصدر عنه رغبة التبول ، فإذا كانت الظروف غير مواتية فإن قشرة المخ ترسل إشارات أو نبضات تزيد من مرونة المثانة وإحداث ارتخاء بها مما يخفض الضغط داخلها ، أما إذا كانت الظروف مناسبة فإن القشرة المخية ترسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى التى تصل عبر الأعصاب المسببة للإنتصاب فتنبه

جدار المثانة وترتخي العضلة العاصرة الداخلية ، وترتخي عضلات المنطقة الشرجية وتتقبض عضلات جدار البطن ويهبط الحجاب الحاجز مع الوقوف المؤقت للتنفس فيزيد الضغط داخل البطن فيضغط على جدار المثانة من الخارج مما يزيد الضغط داخلها ويؤدي إلى التفريغ .

ومن الملاحظ أن 75% من الأطفال الذين لديهم تبول لاإرادي ، كان لديهم قريب من الدرجة الأولى يعاني من نفس الاضطراب ، كما أن هذا الاضطراب أكثر انتشارا بين التوائم المتماثلة عن التوائم غير المتماثلة ، كما أن التبول اللارادي النهاري نسبته أقل من التبول اللارادي الليلي وإن كان التبول اللارادي النهاري نسبته أعلى لدى الاناث مقارنة بالذكور (زكريا الشربيني 2001 : 55)

تعريف التبول اللاإرادي :

هو عدم القدرة على التحكم في انسياب البول ليلا أو نهارا أو ليلا ونهارا معا لدى طفل تجاوز عمره 5 سنوات دون أن يكون سبب عدم القدرة على التحكم في البول نتيجة خلل عضوى أو اضطراب عصبى أو التهابات فى مجرى البول ، وينبغى أن يتكرر التبول اللاإرادي لمرتين فى الأسبوع ، وعلى الأقل ثلاث مرات فى الشهر وبسبب خلا فى العلاقات الاجتماعية والحياة المدرسية والعمل وما إلى ذلك .

مدى انتشار الاضطراب :

تقل معدلات حالات التبول اللاإرادي بتقدم العمر حيث ينتشر بنسبة 82% فى سن عامين ، ونسبة 49% لثلاث سنوات ، 26% لأربع سنوات ، 7% لخمس سنوات ويستطيع معظم الأطفال ان يتحكموا فى المثانة بدخولهم المدرسة ، عدا الذين توجد لديهم مشكلات جسمية أو نفسية تستوجب العلاج . (عبدالله عسكر 2005 : 75 ، محمد سعفان 2001 : 211)

وتختلف الشكوى من التبول اللاإرادي وفقا لاختلاف المستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وطبقا لأساليب التدريب على الإخراج ومدى رفض أو قبول الاضطراب .

أشكال التبول اللاإرادي :

يشير زكريا الشربيني (2001 - 56:55) إلى أن أهم أشكال التبول اللاإرادي هي :

1- التبول اللاإرادي منذ المولد :

فمنذ ولادة الطفل لا يتمكن من ضبط التبول ، ربما لعدم الوصول إلى مرحلة من النضج العضوى ، وهذا النوع أكثر انتشارا بين الأطفال وتصل نسبته إلى 86% تقريبا فى المتوسط بين حالات التبول اللاإرادى والعامل النفسى أو التربوى دور ضئيل فى ظهور هذا النوع مقارنة بالعامل العضوى .

2- التبول اللاإرادى الانتكاسى Relapse (المؤقت) :

وفى هذا النوع نج الطفل يصل فى مرحلة من عمره إلى التحكم فى عملية التبول اللاإرادى بشكل جيد جدا وذلك لفترة ربما ستة أشهر أو سنة مثلا بعدها يعود للتبول اللاإرادى وتتراوح نسبة انتشار هذا النوع بين 2.5% ، 5% من حالات التبول اللاإرادى .

3- التبول اللاإرادى الليل - نهارى Nocturnal – Diurnal :

وتطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إراديا فى الليل وأيضا فى النهار ، وتصل نسبة حالات هذا النوع إلى ما يقرب من ثلث حالات التبول اللاإرادى .

4- التبول الإرادى الليلي Nocturnal :

تطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لإراديا فى الليل ، وأغلب الأطفال من هذا النوع يحملون أنهم وسط بانيو أو بحر وربما يحملون أنهم داخل دورة المياه يمارسون التبول بطريقة عادية ، وتصل نسبة حالات التبول اللاإرادى الليلي إلى ما يقرب من ثلثى حالات التبول اللاإرادى عموما (66%) تقريبا .

5- التبول اللاإرادى النهارى Diurnal :

وتطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إراديا فى النهار أو خلال ساعات اليقظة.

6- التبول اللاإرادى المرافق للأحداث Episodic :

ويحدث لدى بعض الأطفال فى مناسبات محددة ، مثل الامتحانات أو سفر الأب بدون وجود الطفل معه أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه الأصغر .

التشخيص :

أورد الدليل التشخيصى الاحصائى للأمراض النفسية فى طبعته الرابعة أهم المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادى كما يلى :

1- التخلص المتكرر من البول فى الفراش أو الملابس (سواء كان ذلك لإراديا أو مقصودا).

2- أن يتكرر الحدث مرتين أسبوعيا لمدة 3 شهور متتالية على الأقل .

3- التأثير على العلاقات الاجتماعية والدراسية (العمل) .

4- يكون العمر 5 سنوات على الأقل .

5- لا يكون الاضطراب بسبب الأدوية المدرة للبول أو نوبات صرع أو عدم القدرة على التحكم فى الأعصاب أو التهابات فى مجرى البول أو بسبب مرض السكر .

أسباب التبول اللاإرادى :

1- أسباب فسيولوجية :

- ومن أهمها التهاب حوض الكلية ، التهاب المثانة أو التهاب الحالب أو حصوات الكلى والمثانة ، وضعف صمامات المثانة ، صغر حجم المثانة ، وجود طفيليات كالاسكارس والانكلستوما والبلهارسيا . (محمود حميدة 1991 : 249)
 - عدم نضج الجهاز العصبى المستقل المسئول عن التحكم فى التبول .
 - تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية وهو تؤدى إلى صعوبة فى التنفس أثناء النوم مما يؤدى إلى الاجهاد وعدم الراحة والاستغراق فى النوم مما يؤدى إلى تفرغ المثانة أثناء هذا الاستغراق .
 - الحالة العضوية العامة كالانهاك العصبى وفقر الدم ونقص الفيتامينات مما يؤدى إلى عدم السيطرة على عضلات المثانة .
 - عدم كفاية التدفئة وشرب كمية كبيرة من السوائل قبل النوم .
- (حسن مصطفى 2001 : 101 - 107)

2- الأسباب النفسية :

- 1- محاولة الطفل جذب اهتمام الوالدين إليه وخصوصا إذا حدث ما يحول اهتمامهما عنه مثل وصول ضيف جديد أعنى المولود الجديد .
- 2- محاولة الطفل إثارة أبيه وأمه الذين يميلان إلى السيطرة والتحكم فى تصرفاته فيجد لذة لا شعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية التى يتضايق منها الوالدين .
- 3- عقب شفاء الطفل من مرض كان فى أثناءه محور اهتمام أهله ، فعندما يشعر الطفل باختفاء موجة الاهتمام بعد شفائه يسعى لاكتسابها من جديد بشتى الوسائل ومنها التبول اللاإرادى .
- 4- الخوف من الظلام أو من الحيوانات أو من القصص المزعجة أو من التهديد .
- 5- فقد الشعور بالأمن ، فتصبح حياة الطفل قلقة وتظهر مع التبول حالات التهتهة والجبن وضعف الثقة بالنفس والميل إلى التخريب ونوبات الغضب .

6- اعتماد الطفل على أمه وحاجته للالتجاء إليها ، يجعل من التبول حيلة لاشعورية تساعد الطفل على تحقيق ما تعودته من اهتمام أمه الشديد بجميع طلباته .
(كلير فهيم 1993 : 145)

- 3- أسباب تربوية واجتماعية مساعدة :
- تقصير الوالدين فى تدريب الطفل على ضبط الاخراج ، أو عجزهما فى اكسابه هذه العادة ، مع مبالتهما بمراقبة الطفل وايقاظه ليلا فى الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وارشاده إلى مكان الحمام .
 - الاهتمام البالغ فى التدريب على النظافة وضبط الاخراج واتباع أساليب غير تربوية (الضرب - الحرمان - السخرية) من أجل ضبط التبول .
 - التساهل مع الطفل وحمائته أو الصمت عندما يحدث التبول اللاإرادى مما قد يفسره الطفل على أنه إهمال أو غفرار لهذه العادة السيئة .
- (حسن مصطفى 2001 : 110)

الآثار المترتبة على التبول اللاإرادى :

- 1- الشعور بالنقص (وعدم الثقة) واليأس .
- 2- الشعور بالخوف والقلق .
- 3- الشعور بالخجل والذنب .
- 4- وجود حساسية شديدة ويظهر من خلال التأثر والانفعال لأقل الأسباب .
- 5- الميل للبكاء كثيرا والشعور بالاكتئاب .
- 6- الميل للعزلة الاجتماعية .
- 7- تجنب الاشتراك فى الأنشطة .
- 8- الميل للبقاء فى المنزل تجنباً لأى ظروف تحدث فيها المشكلة خاصة إن كان التبول اللاإرادى نهارا .
- 9- انخفاض فى التحصيل الدراسى .
- 10- اضطرابات الكلام مثل اللججة .
- 11- قضم الأظافر أو مص الأصابع .

12- السلوك العدوانى وما يصاحبه من غضب وعناد وتخريب .

13- مقاومة الذهاب إلى المدرسة (محمد سغفان 2001 : 212)

ويشير محمد أيوب شحيمى (1994 : 117) أن الذى يزيد الأمر تعقيدا بالنسبة للطفل أن الأهل يعتبرون المسألة بالنسبة لهم مشكلة ، وهم لا ينفكون يفتشون لها عن حل ، فيعرضون الأمر على الجيران أو الأطباء أو المهتمين بالأمور النفسية والتربوية ، فيشعر الطفل إزاء ذلك بعقدة الذنب ، إلى جانب ما يعانيه من مشاعر أخرى ، فهو يعتقد أنه وضع أهله فى أزمة ربما هم بغنى عنها ، ومن أكثر ما يهدد صحة الطفل النفسية الشعور بأنه أصبح طفلا لا يرغب فيه أحد من الآباء ، أو يعتقد أنه قد أصبح طفلا منبوذا ، ويتحمل الأهل فى كل ذلك كامل المسؤولية ، على استمرار التبول اللاإرادى ، والنتائج المترتبة عليه .

علاج التبول اللاإرادى :

والخطوة الأولى فى حالة التبول اللاإرادى هو فحص الحالة الجسمية ثم التيقن من سلامة الجسم من كل ما يكون عاملا فعلا أو مساعدا على عملية التبول ليلا ، أما إذا استمر التبول بعد العلاج الجسمى أو إذا تبين أنه بعد الفحوص اللازمة لا يوجد أى مرض عضوى ، فالتبول اللاإرادى يكون وظيفيا أو نفسيا ، ونظرا لتعدد أسباب التبول اللاإرادى تتعدد أيضا الطرق العلاجية المستخدمة معه :

(1) العلاج الأسرى :

حيث يتم ارشاد الوالدين إلى تهيئة جو أسرى آمن للطفل تقل فيه المشاجرات والتفرقة فى المعاملة بين الأخوة وعقاب وتأنيب الطفل ، ويحاول الوالدين تشجيع الطفل على استعادة ثقته بنفسه واتهامه بأن هذه العادة بسيطة وأن له دورا مهما فى التخلص منها وقد أشار عبدالعزيز القوصى (1976) إلى أن للأسرة دورا وقائيا وعلاجيا فى حالات التبول اللاإرادى من خلال بعض القواعد البسيطة مثل :

1- اتباع نظام دقيق لمواعيد التبول .

2- تعويد الطفل نهارا ضبط نفسه مدة كافية وذلك بالمباعدة بين أوقات ذهابه للتبول نهارا حتى

يستطيع بعد تمرنه أن يتبول مرة كل 4 - 5مرات .

- 3- تعويد الطفل على الاستيقاظ ليلا بعد ذهابه للنوم بساعتين ثم بعد 3 ساعات ويمكن للأم أن تكتشف الوقت المناسب لايقاظ الطفل وتعويده على ذلك .
- 4- منع السوائل والأكلات التي تتطلب شرب كميات من الماء قبل النوم (المواد شديدة الملوحة - الحلاوة ألخ)
- 5- أن تكون دورة المياه والطرق المؤدية إليها مضاءة .
- 6- وضع ضوء خافت فى غرفة نوم الطفل إذا كان يخاف من الظلام ، أو وضع إناء خاص بالتبول بجوار سريره .
- 7- إبعاد الضغوط النفسية عن الطفل وعدم معايرته أو عقابه ومحاولة أن يكفوم من الفراش غير مبلل حتى يغير من مفهومه لذاته ويقلل من الشعور بالقلق والذنب .

(2) العلاج بالتحليل النفسى :

من خلال اللعب والرسم وتخفيف الصراعات التي يعانى منها الطفل والتقليل من الخوف والقلق والشعور بالذنب والدونية والخجل ، ويمكن من خلال العلاج أن يستعيد الطفل توازنه النفسى حتى لا يحقق مكاسب من التبول اللاإرادى (عدم الذهاب إلى المدرسة مثلا) .

(3) العلاج السلوكى :

وفيه يتم استخدام عدة طرق من أهمها :

- تكوين فعل منعكس شرطى من خلال سير مجهز لهذا الغرض ، حيث يتم توصيل جرس رنان بالفراش عند المنطقة البولية ، فإذا بدأ الطفل فى التبول تتصل الدائرة الكهربائية آليا فيضرب الجرس فينتبه الطفل ، ويستيقظ ، ومع الوقت يتعلم الطفل الاستيقاظ عند الشعور بامتلاء المثانة والاستغناء عن الجهاز حيث يتعود الطفل الاستيقاظ وحده عند أمتلاء المثانة .
- وتوجد طرق أخرى للعلاج السلوكى أشار إليها عبدالستار إبراهيم وعبدالعزيز الدخيل ورضوى إبراهيم عن طريق المدعمات حيث يتم عمل جدول ما بأيام الأسبوع ويعلق الجدول فى مكان بارز ، ويتم شراء بعض الهدايا البسيطة التي يحبها الطفل وفى كل مرة (يوم أو ليل) لا يبيل فيها الطفل نفسه يعطى نجمة ، وهذه النجمة أو عدد من النجوم يساوى هدية يحبها الطفل ، مع امتداح سلوك الطفل علنا أمام كل أفراد الأسرة وتشجيعه ومساندته .

4) العلاج الدوائى :

عن طريق إعطاء بعض مضادات الاكتئاب لتنظيم الجهاز العصبى المستقل لتحقيق ضبط المثانة .

ثانيا : التبرز اللاإرادى :

التعريف :

وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للإضطرابات النفسية ، فإن التبرز اللاإرادى هو "تكرار إخراج البراز فى أماكن غير ملائمة (مثل الملابس أو الأرض) سواء كان ذلك مقصودا أو لاإراديا.

التشخيص :

وفقا للدليل التشخيصى الاحصائى للإضطرابات العقلية الرابع DSM-IV يشخص التبرز اللاإرادى عندما تمر الفضلات إلى مواضع غير مناسبة وبطريقة منتظمة (على الأقل مرة فى الشهر) وذلك لمدة 3 شهور .

وفيما يلى المحكات التشخيصية للتبرز اللاإرادى :

1- إخراج الفضلات بصورة متكررة فى مواضع غير مناسبة (كالملابس أو الأرضية) سواء كان ذلك إراديا أو عمدا.

2- الحدث يحدث مرة فى كل شهر ولمدة 3 شهور على الأقل .

3- العمر الزمنى على الأقل 4 سنوات (أو مستوى نمو معادل) .

4- أن هذا السلوك يكون غير راجع بصفة استثنائية لآثار فيسيولوجية مباشرة للعقاقير أو للحالة الصحية العامة (ماعدا فى حالة الميكنازم المتعلق بالامساك) .

(أمانة السماك وعادل مصطفى 2001 : 79)

معدل الانتشار :

يتحكم الطفل فى عملية التبرز فى سن 1.5 - 2 عام وهو أقل شيوعا بين الأطفال عن التبول اللاإرادى ، ويستطيع 95% من الأطفال التحكم فى التبرز عند سن الرابعة ، 99% عند سن الخامسة . (حسن مصطفى 2001 : 90)

كما يشيع هذا الاضطراب بكثرة لدى الذكور بنسبة (1.5%) عنه لدى الإناث بنسبة (0.5%) فى الأعمار من 7 - 8 سنوات ونسبة 1.3 % لدى الذكور ، 0.3% لدى الاناث فى الأعمار 10 - 12 سنة . (عبدالله عسكرة 2005 : 81)

الأسباب :

أولى التحليل النفسى التقليدى اهتماما خاصة بالمرحلة الشرجية التى تتسم بالقبض أو الإمساك والإلقاء حيث ينتظم اللبيدو أو الطاقة النفسية الباعثة على اللذة فى منطقة الشرج ، تلك التى تتسم بالعناد والقلق الاضطهادى والخوف الغامض من الاعتداء عليه من الخلف كأساس لاضطراب البارانويا . (عبدالله عسكرة 2005 : 80)

وهناك أسباب أخرى انفعالية وفسولوجية ترتبط بالتبرز اللاإرادى ومن أهمها :

- 1- عدم الكفاءة فى التحكم العضلى القابض .
- 2- نقص أو عدم التدريب الكافى والمناسب على ضبط الاخراج .
- 3- القسوة والعقاب أثناء تدريب الطفل على ضبط الاخراج .
- 4- الخوف من الذهاب إلى التواليت أو فشل الطفل وعدم قدرته على استخدام التواليت بشكل صحيح .
- 5- غيرة الطفل بسبب ميلاد طفل جديد .
- 6- التثبيت على المرحلة الشرجية التى ينتج عنها الميول العدوانية وانزعات التدميرية لدى الطفل تجاه الأبوين أو من يقوم بتدريبهم على ضبط عملية التبرز ومن ثم يتبرز فى أماكن غير مخصصة أو قد يلطخ نفسه أحيانا بالبراز .
- 7- الانفصال عن الأم أو عن الأب .
- 8- انفصال الوالدين وما ينتج عنه من توتر أسرى .
- 9- قد يكون التبرز اللاإرادى نتيجة للضغوط النفسية الناتجة عن محل السكن أو بدء العام الدراسى الجديد ، أو دخول المستشفى .
- 10- قد يرجع التبرز اللاإرادى إلى إصابة الطفل بتشتت الانتباه ونقص القدرة على التركيز وكذلك النشاط الزائد .

ولكن يجب علينا أن نشير إلى حقيقة أن اضطراب التبرز اللاإرادي تتفاعل وتتداخل فيه كل من العوامل العضوية والعوامل النفسية في حدوثه ، فقد يكون الطفل لديه تحكم تام في العضلات القابضة في الأمعاء ولكنه مع ذلك بسبب بعض العوامل النفسية كالخوف والقلق والإحباط يعاني من اضطراب التبرز اللاإرادي .

الآثار المترتبة على التبرز اللاإرادي :

- 1- اشمئزاز ونفور الكبار من الطفل .
- 2- الشعور بالنبذ من الآخرين .
- 3- الشعور بالخجل وعدم الثقة .
- 4- الميل للعزلة الاجتماعية تجنباً لنفور الآخرين خاصة الأقران .
- 5- الاكتئاب .
- 6- انخفاض تقدير الذات .
- 7- تجنب الاشتراك في الأنشطة مع الآخرين .

العلاج :

1- العلاج الطبى :

وفى حالة الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحكم فى العضلات القابضة عندئذ لابد من علاجهم أولاً عن طريق الأدوية والعقاقير والمسكنات وبعض الأدوية المليئة .

2- العلاج النفسى التحليلى :

من خلال استخدام التحليل النفسى يتم التشخيص من خلال اللعب والرسم واختبار تفهم الموضوع للأطفال CAT لمعرفة الصراعات والمشكلات التى يعانى منها الطفل ، ومساعدته فى التعبير التلقائى من الانفعالات والمشاعر وحل الصراعات .

3- العلاج السلوكى :

يمكن استخدام العلاج السلوكى التدميى من خلال إثابة الطفل عندما يستطيع التحكم فى عملية التبرز ، ومع تطوير الأساليب العلاجية أمكن استخدام أسلوب التغذية المرتدة أو البيوفيدباك من

خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والعضلة الشرجية القابضة ، حيث يمكن لهذا الأسلوب التدريبي مع التدريب على الاسترخاء أن يحقق نتائج طيبة في سيطرة القدرات المعرفية على الاضطرابات الفسيولوجية ، وفي أحيان كثيرة تكون هذه الحالة مجرد عرض لاضطراب نفسى أو لصراع نفسى قد يزول بزوال أسبابه النفسية .

4- العلاج الأسرى :

وذلك باتباع فنيات العلاج الأسرى التى تساعد الوالدين على تقبل وتفهم اضطراب ابنهم ، وتعلم أساليب معاملته الصحيحة ، وعدم اهانتته أمام أخوته أو أمام الآخرين كذلك عدم تخويفه أو عقابه أو تأنيبه وأن توفر له جوا من الحب ومن الأمان وذلك بتجنب الصراعات بين الوالدين أو بين الأخوة ، وعدم التفرقة بينه وبين أخوته فى المعاملة .

كما تتصح الأسر بعدم استخدام العقاب ، والشدة أو اشعار الطفل بالخزى وتعريف الأسرة أن هذا الأمر عبارة عن عرض سوف يختفى ، كما أن تشجيع الطفل من قبل الأسرة ومنحها المكافآت له عند احتفاظه بنفسه نظيفا لها أثر جيد على اختفاء العرض مع لفت نظر الأسرة لتأثير المشاكل الأسرية والعلاقة بين الزوجين والأحداث العائلية على ذلك الأمر .

ثالثا: الاضطرابات المزاجية عند الأطفال Mod Disorders

فى مرحلة ما قبل المدرسة تكون الاضطرابات المزاجية لدى الأطفال نادرة جدا ، وتزداد هذه الاضطرابات فى مرحلة الدراسة الابتدائية (2%) ولدى المراهقين تنتشر الاضطرابات المزاجية بنسبة (5%) تقريبا ، وتتعدد أشكال اضطرابات المزاج عند الطفل ، مثل نوبات كبرى من الاكتئاب ، والاضطراب الثنائى اكتئاب - هوس ، والقريفة أو عسر المزاج . ويظهر الاكتئاب على الطفل على صورة كسل وفتور الهمة ، والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية وسهولة جرح المشاعر ، والانسحاب الاجتماعى والهروب ، أو العلاقات السطحية المؤقتة ، مع فقدان الأمل والانغمار فى التشاؤم من المستقبل وربما فقدان الشهية والشكوى من آلام جسيمة وتوهم المرض ، وصعوبة التركيز ، ويتذبذب الطفل بين نقده القاسى لنفسه ، وبين تأنيب غيره على ما ارتكبه نحوه من أخطاء ، وأحيانا عدم الرغبة فى الحياة ، وقد تؤدى حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر والبكاء واهماله لمظهره .
(زكريا الشربيني 2001 : 44)

ويشير هيرنجتون (Harrington 1993 : 125 – 131) في كتابه (اكتئاب الأطفال والمراهقين) إلى أن اكتئاب الأطفال يختلف عن اكتئاب الكبار نظرا لاعتمادية الأطفال وعدم قدرتهم على التعبير لفظيا مما يعانونه من أعراض حيث يشعر الأطفال بالعجز إزاء ما يحدث لهم من أحداث (وفاة أحد الوالدين - طلاق - عقاب شديد) ويبدأون في تكوين صيغة معرفية تتضمن التضخيم من شأن الأحداث الخارجية والتقليل من شأن قدرتهم على مواجهتها كما قد يلومون ذواتهم عن أحداث ليست من سئولياتهم (طلاق الوالدين مثلا) وهم غالبا ما يحرفون ما يمرون به من أحداث في اتجاه توقع الفشل (في الدراسة - العمل - العلاقات) وبالتالي ينخفض لديهم تقدير الذات ويزداد الشعور بالرغبة في عقاب الذات وهذا الأسلوب المعرفي في النظر للذات والأحداث والآخرين والمستقبل قد يجعلهم يشعرون بتوقع دائم للفشل ومع تكرار الفشل يكون العجز ثم الشعور باليأس حيث لا جدوى من المحاولة أو بذل الجهد .

رابعاً: القلق ANXIETY

القلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية انتشارا في مرحلة الطفولة بحيث يمكن القول أنه " عصاب الطفولة " ففي معظم حالات الاضطراب لدي الأطفال نجد أن الطفل يعاني من القلق . والقلق خبرة إنسانية لها قيمة بقائية ، حيث يعمل القلق كنظام تحذيري يساعد الفرد علي تعبئة طاقته لمواجهة أي أخطار في الواقع الخارجي مما يعني أن المستويات المعقولة من القلق لها قيمة بقائية ووقائية تحمي الطفل وتقيه من الخطر ، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلي توقع مستمر للخطر والشر مما يؤدي إلي خلل معرفي وانفعالي ، كما أن المستويات المنخفضة من القلق ترتبط بالتبدل واللامبالاه لدي الطفل مما يعني الفشل في الدراسة والحياة .

أولاً : تعريف القلق :

1- حالة معقدة (135) من التوتر والضيق والتوجس تنشأ من تهديد الذات أو تنشأ عن الصراع والإحباط والضغط التي تحاول دفع الفرد إلي مستوي أبعد عما تتحملة قدراته . (ممدوحة سلامة ، عبد الله عسكر 1995 : 72)

2- القلق حالة توتر شامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض جسمية ونفسية (حامد زهران 1994) .

ويري ليونسون أن قلق الأطفال يختلف عن قلق الراشدين وذلك بسبب عدم نضج الأطفال واعتماديتهم وخبراتهم المحدودة في الحياة ، بالإضافة إلي تعرضهم لتغيرات كثيرة قد تمثل ضغوطا

بالنسبة لهم (الالتحاق بالحضانة ، بداية دخول المدرسة ، عودة الأم للعمل ، الانتقال إلي منزل جديد ، وفاة أحد الوالدين ، سوء العلاقة بين الوالدين إلخ) مما قد يؤدي إلي شعور الطفل بالقلق والعجز .

ثانيا : القلق بين التوجهات النظرية المختلفة :

1- القلق في التحليل النفسي :

أشار فرويد إلي أن القلق هو محور الصراع العصابي ، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب ، وأشارت كارين هورني إلي أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلي القلق الأساسي وقد أطلقت عليه القلق الأساسي لأنها أساس القلق ، ولأنه ينشأ في المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة لاضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه ، وتري هورني أن القلق يرجع إلي الشعور بالعجز والعدوان والعزلة ، وهذه العوامل ناشئة عن الشعور بعدم الأمن النفسي .

2- القلق في السلوكية :

حين يحاول السلوكيين البحث في أسباب القلق فإنهم ينظرون عادة إلي العوامل الخارجية ، مؤكدين علي أن أعراض القلق ما هي إلا استجابات تم اكتسابها في مواقف مثيرة أو مؤلمة ، وبذلك فالقلق خوف مكتسب يتم تشريطة تشريطا كلاسيكيا لعدد من المثيرات الخارجية ، وبما أن القلق خوف مكتسب فإنه يمكن بطالة عن طريق إعادة التشريط أو فك التشريط . (ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر 1992 ، 63)

وفي هذا يري دولارد وميللر أن القلق دافع مكتسب أو قابل للاكتساب وهو يرتبط بفكرة الصراع الانفعالي الشديد ولكن الصراع هنا شعوري وينتج من خلال التنشئة الاجتماعية ، فالطفل يقلقه احتمال فقدان حب الأبوين .

3- القلق لدي المعرفيين :

يشير كلارك وآخرون إلي أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات تظهر في تركيز الطفل انتقائيا وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقعا للمخاطر والتهديد ، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر ، فيصبح الخوف من خطر كامن في الموقف ، أو خطر قادم من المستقبل ، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييما موضوعيا فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف ، ويقلل

من قدرته علي مواجهة هذا الخطر ، مما يجعله في حالة قلق مستمر ، وهذا جعل بيك يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق .

4- القلق لدي شيبيلبرجر : SPIELBERGER

أشار شيبيلبرجر إلي أن سمة القلق تتوقف بصفة أساسية علي علاقة الطفل بوالديه ، فالظروف الأسرية القاسية التي يشعر فيها الطفل بالحرمان من العطف وبالنبذ وعدم التقبل ، ويشعر بعدم الأمن ، وكذلك الخلافات المستمرة بين الوالدين تجعل الطفل يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة وانخفاض تقدير الذات ، كما أن شعوره بعدم الكفاية وعدم الثقة يجعله يبالغ في تقدير الأخطار مما يرفع مستوى القلق لديه علي شكل حالة قلق وحالة القلق تكون متناسبة مع إدراك الفرد للتهديد وثبات تفسير الفرد للموقف علي أنه مهدد .

5- مايكل راتر :

يري راتر أنه كلما كانت علاقة الطفل بالآخرين خاصة الوالدين غير مستقرة كان أكثر قلقا ، فهو إذا لم تتوافر لديه الثقة في أنه محبوب ومرغوب من أبويه ، وإذا كان في شك من إمكانية تواجدهما عند الحاجة إليهما ، فغالبا ما يصبح عرضه للقلق ، ويزداد الشعور بالقلق وعدم الأمن عندما يصبح من يحبهم الطفل ويعتمد عليهم هم أنفسهم مصدر التهديد والعقاب .

ثالثا : عوامل الخطورة في ظهور القلق عند الأطفال :

أ- التهديد المستمر للطفل : وذلك عن طريق سماعه التهديد الذي يوجه إليه فتكون النتيجة أن تمتليء نفس الطفل بالخوف والانزعاج والقلق .

ب- تكرار تعرض الطفل لمواقف الخوف والخطر : فيصبح القلق والخوف من مكونات الشخصية ، ويحدث ذلك عندما يكون أحد الأبوين قاسيا أو كارها للطفل ، يعاقبه ويهدده كثيرا بدرجة تجعل الطفل في خوف دائم .

ج- إذا كان أحد الأبوين مصابا بالقلق : ينتقل القلق إلي الأطفال نتيجة لتصرفات الأم أو الأب المضطرب وفي هذا الإطار تشير هوك إلي ارتباط زيادة أعراض القلق لدي الأطفال بزيادة أعراض القلق لدي الوالدين .

د- إذا تعرض الطفل إلي صعوبات متكررة في الحياة أو فشل فشلا متكررا دون أن يجد من يساعده ويوجهه .

هـ- يحدث القلق في مواقف الصراع اللاشعوري : فكثيرا ما يجد الطفل نفسه غير قادر علي تحقيق الكثير من احتياجاته ، فيكبت هذه الحاجات غير المشبعة في اللاشعور وقد ربط فرويد بين القلق وعدم القدرة علي تخطي الموقف الأوديبي .

و- الخلافات المستمرة بين الوالدين والتهديد بالانفصال أو الانفصال الفعلي .

رابعا : أعراض القلق لدي الأطفال :

يري أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (1990 : 729 - 847) أن الأطفال المصابين بالقلق يتسمون بالحساسية الزائدة ، والمخاوف غير الواقعية ، والخجل والجبن ، وعدم الكفاية الشخصية والاجتماعية ، والخوف من المدرسة ، واضطراب النوم ، ونقص الشعور بالثقة ، وعدم المبادأة وزيادة الاعتمادية ، وبشكل أكثر تفصيلا فإن أعراض القلق تظهر فيما يلي :

أ- الأعراض الانفعالية :

- البكاء لفترات طويلة .

- النزفة والعصبية وسرعة التهيج وسرعة الاستثارة .

- عدم الثبات الانفعالي .

- كثرة الحركة وعدم الاستقرار .

- ارتفاع مستوي القلق قد يصل بالطفل إلي حالة من الهلع أو الرعب أو الفزع وأحيانا العجز .

ب- الأعراض الفسيولوجية :

- زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ومن ثم زيادة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم ومن ثم تظهر بعض الأعراض مثل اضطرابات النوم - الصداع - العرق - زيادة دقات القلب - جفاف الحلق - سرعة التنفس ، اضطرابات المعدة وصعوبة البلع - اضطرابات الشهية - زيادة مرات التبرز والتبول .

ج- الأعراض المعرفية :

- عدم القدرة علي التركيز .

- عدم القدرة علي التذكر .

- عدم القدرة علي الانتباه .

- عدم القدرة علي تنظيم المعلومات (تشوش الذاكرة) -

التوقع المستمر للشر والخطر والكوارث سواء في الحاضر أو المستقبل (موت أو فقد أو انفصال من يحبهم - فشله الدراسي - حدوث مشكلة له إلخ) .

د- الأعراض الاجتماعية :

الانشغال بتوقع الشر يعوق الطفل من إقامة علاقات اجتماعية سليمة وتظهر أعراض القلق فيما

يلي :

- تجنب التفاعل مع الآخرين .
- نقص المهارات الاجتماعية بسبب التوجس والخوف من الآخرين .
- نقص توكيد الذات والثقة بالذات في المواقف الاجتماعية .

خامسا: قلق الانفصال SEPARATION ANXIETY

في السنة الأولى والثانية والثالثة من عمر الطفل يكون الخوف من الغرباء والأماكن غير المألوفة طبيعياً لدى معظم الأطفال ، وسرعان ما تختفي هذه الأعراض عند نهاية السنة الثالثة إلا لدى بعض الأطفال الذين قد يعانون من أعراض قلق الانفصال التي تظهر في الانسحاب الاجتماعي والحزن وصعوبة التركيز سواء في الواجبات المنزلية أو المدرسية ، والخوف المرضي من الذهاب إلى المدرسة والخوف من الحيوانات والأشباح والظلام إلخ . ويرى بولبي أن قلق الانفصال يعد في الأصل هو المسئول عن كثير من اضطرابات الراشدين ، وتشير هوك وكذلك بندر إلى أن لقلق الانفصال قيمة بقائية للطفل والكبير فبالنسبة للطفل فإنه يجعل الطفل يذهب إلى قاعدة آمنة " الأسرة " عندما يشعر بالخطر الخارجي مما يحافظ على حياته وبقائه ويحميه من الأخطار ، وبالنسبة للأم فإن قلقها على طفلها طبيعي لأنه بيولوجي ولأنه جزء من الأمومة ، وهو يساعد الأم على التوافق مع أدوارها الأمومية ، ويساعدها على المحافظة على حياة طفلها ، وهذا يساعد على بقاء النوع البشري ككل .

أولاً : تعريف قلق الانفصال :

أ- تعريف بولبي :

هو خبرة انفعالية معرفية لدى كل البشر وفي كل المراحل العمرية نتيجة لفقد أو تهديد بفقد موضوع معين للتعلق، والأطفال الذين عاشوا خبرات انفصال باكرة هم أكثر احتمالية لاستمرار قلق الانفصال لديهم عبر مراحل الحياة التالية خاصة في أوقات الأزمات والضغوط والفقد والظروف المهددة بالفقد .

ب- تعريف ولمان : (ولمان 1995 : 85)

ذلك القلق الذي ينتاب الطفل عند الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما أو عن القائم برعايته وهو يرتبط بالخوف من الانفصال ومن مظاهره الاكلينيكية : الرغبة في البقاء في المنزل والخوف من الظلام ، والخوف من الأماكن المفتوحة ، والخوف من التغيير ، والمواقف المفاجئة ، بالإضافة إلي أعراض الاكتئاب والكوابيس التي تدور حول الانفصال .

ج- تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية :

هو قلق شديد بسبب الانفصال من الأفراد الذين تعلق بهم الطفل أو بسبب الانفصال عن البيت ، وهذا الاضطراب يجب أن تستمر لمدة أربعة أسابيع علي الأقل ، وأن تكون بدايته قبل سن 18 سنة ويسبب حزنا شديدا وضررا في نطاق الدراسة والعمل والعلاقات .

ثانيا : معدل انتشار قلق الانفصال :

يعتبر قلق الانفصال غير قليل الشيعوع برغم أنه لا توجد معدلات دقيقة لهذا الاضطراب . فقد قدرت نسبته في بعض الدول بين 5 - 10 % من الأطفال المحولين إلي العيادات النفسية (محمود حمودة 1991 ، 186) . وهو ينتشر بدرجة أكبر عند صغار الأطفال عنها عند المراهقين ، إذ تظهر الإصابة بالاضطراب في سن ما قبل المدرسة ، وهو أكبر انتشارا فيما بين سن 7 - 8 سنوات ، ويقدر انتشار الاضطراب من 3- 4 % لمن هم في سن المدرسة من الأطفال ، 1% للمراهقين . وينتشر الاضطراب بدرجة متساوية عند البنات والبنين ، ويكثر بين أقارب الدرجة الأولى الذين أصيبوا به (حسن مصطفى 2001 : 267) .

وقد أشار عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (1990) إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من متوسط درجات الإناث والذكور من الأطفال في قلق الانفصال حيث إن الأطفال من الذكور والإناث لا تختلف احتياجاتهما للوالدين ولحنانهما ورعايتهما ، فالدفء الوالدي والمحبة العائلية والوفاق الوالدي هو ما يحتاجه الطفل ذكرا كان أم أنثي ، كما أن الظروف المهددة بالانفصال تؤثر بنفس الدرجة أو بدرجة متقاربة علي كل من الذكور والإناث ، فالتأثر يكون بالتعرض للخبرة أو الخوف من التعرض لها وقد لا يتوقف علي النوع .

ثالثا : المحكات التشخيصية :

أورد لنا الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية المحكات التشخيصية التالية لاضطراب قلق الانفصال :

أ- النمو غير السوي والقلق البالغ حيال الانفصال عن المنزل أو عن الأفراد الذين يرتبط بهم الطفل ، كما يبدو في ثلاثة أو أكثر مما يلي :

- 1- قلق بالغ ومتكرر عند الانفصال أو توقع الانفصال عن المنزل أو من يتعلق بهم الطفل .
 - 2- قلق بالغ متواصل عن إمكانية فقد أو ضرر محتمل لمن يتعلق بهم الطفل .
 - 3- قلق بالغ مستمر بأن حدثا بغیضا سيؤدي إلي الانفصال عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الطفل مثل الفقد أو الاختطاف .
 - 4- المقاومة أو الرفض المستمر للذهاب للمدرسة أو أي مكان آخر خوفا من الانفصال .
 - 5- المقاومة أو الخوف الشديد والمستمر من أن يبقي وحيدا بمفرده في غياب من يتعلق بهم في البيت أو في أماكن أخرى .
 - 6- المقاومة والمعارضة المستمرة للذهاب للنوم بعيدا عن من يتعلق بهم أو النوم خارج المنزل .
 - 7- تكرار كوابيس الانفصال .
 - 8- الشكوي المتكررة من الأعراض الجسمية مثل الصداع وآلام المعدة والقيء أو الغثيان عند الانفصال عن الآخرين أو توقعه .
- ب- مدة الاضطراب 4 أسابيع علي الأقل .
- ج- بداية الإصابة بالاضطراب قبل بلوغ 18 سنة .
- د- يتسبب الاضطراب في خلل أو قصور له دلالات إكلينيكية في الوظائف الاجتماعية والأكاديمية المهنية للطفل أو غيرها من النواحي الوظيفية الأخرى .
- هـ- لا يحدث الاضطراب أثناء مسار اضطرابات النمو السائدة أو الفصام ، أو أي اضطراب ذهاني . (أمينة السماك وعادل مصطفى 2001 : 81 - 82)

رابعا : أسباب قلق الانفصال :

1- عوامل نفسية :

أشار بولبي إلي أن قلق الانفصال يبدأ عندما يكون الطفل صورة ذهنية للأم وهذا يتم في سن 6 شهور ويزداد قلق الانفصال باضطراب البيئة الأسرية (فقد أحد الوالدين طلاق - انفصال - خلافات) وكذلك ترك الأم لطفلها فترات طويلة خلال السنوات الثلاث الأولى في حياته (للعمل مثلا) دون رعاية كافية فيكون لدي الطفل اعتقاد بأن الأم إذا ذهبت فقد لا تعود فيبدأ الطفل في

التشبث بها والمعاناة من القلق الشديد والانزعاج لدي غيابها ، وتظهر هذه الأعراض بشدة لدي غياب الأم عن الطفل أو لدي غياب وابتعاد الطفل عن الأم للذهاب إلي الحضانة أو المدرسة ، حيث يبدأ الطفل في البكاء الشديد والالتصاق بالأم وعدم الرغبة في تركها وقد تظهر أعراض قلق الانفصال لدي الطفل في شكل (الامتناع عن الذهاب إلي المدرسة ، الإحجام عن النوم بمفرده ، تكرار الكوابيس المتعلقة بالانفصال والشكوي من أمراض عضوية) .

وقد يستمر قلق الانفصال في مرحلة المراهقة مما يعوق المراهق عن تحقيق هويته واستقلالته كما يستمر في الرشد كما يشير بتزيروهوك ويظهر علي شكل سمة TRAIT شخصيته منفردة تؤثر في الصحة النفسية للأم والأب وتؤثر في أدوارهما وفي استقلالية أبنائهما ، وهي استعداد مكتسب لدي الفرد يتزايد بتزايد المواقف المهددة عبر الزمن ويتزايد قلق الانفصال لدي الوالدين بوجود بعض المتغيرات مثل الإنجاب لأول مرة وذهاب الأم للعمل بعد أجازة قصيرة ، ومرض الابن ، وإذا كان الابن وحيدا ، أو كان الابن نكرا . والمستوي المعتدل من قلق الانفصال هو المستوي الذي يوازن فيه الوالد بين أدواره وحاجاته وبين حاجات ابنه أما المستوي المرتفع من قلق الانفصال الوالدي فيؤدي إلي أنا ضعيفة وغير ناضجة لدي الأبناء .

ويشير فيشياك وفيشياك إلي أن قدرة الأم علي تقبل ابتعاد ابنها عنها لبعض الوقت مؤشر لصحتها النفسية ، وكذلك قدرة الطفل علي الانفصال عن الأم لبعض الوقت هو مؤشر لصحته النفسية المستقبلية ، وقلق الانفصال يستمر لدي بعض الأمهات باستمرار تبني الأم لبعض المعتقدات مثل الاعتقاد بأن الانفصال ضرر علي الطفل ، أو أن الطفل سوف يحدث له مكروه إذا لم تتواجد بجانبه طوال الوقت .

2- عوامل اجتماعية :

مثل : (تكرار تغيير السكن ، تكرار تغيير المدرسة ، موت أحد الوالدين أو كلاهما ، الأحداث البيئية والاجتماعية (الحروب والضغط - الزلازل - البراكين) تؤدي إلي عزلة الأسرة والطفل ، - عدم التفاعل الاجتماعي مع الأسر الأخرى خاصة في المدن) .

3- عوامل عضوية :

مثل : (المرض المزمن للطفل والذي يستدعي رعاية والديه وطبية مستمرة وكذلك المرض المزمن لأحد أفراد الأسرة) .

4- عوامل القلق المتعلم : وفقا للنظرية السلوكية فإن نظرية التعلم الاجتماعي فإن الطفل من الممكن أن يتعلم قلق الانفصال حيث إن وجود نموذج والدي لديه خوف وقلق شديد قد يؤدي إلي انتقال هذه المشاعر من الخوف والقلق إلي الأبناء

5- عوامل سيكودنيامية :

يشير عبد الله عسكر (2005 : 85) إلي أن قلق الانفصال تعبير عن عجز الصورة الأبوية المستدخلة لدي الطفل عن تحقيق الأمان الرمزي له حيث تنقل صور الخوف من الخارج إلي الداخل ، حيث يكون العالم الخيالي للطفل مليئا بكل أشكال الرعب والخوف نظرا لعدم مقدرته علي السيطرة علي المثيرات الخارجية ، وفشله الرمزي أو الفعلي علي مثيرات الخوف ، فالعين الشريرة الناظرة إليه غير عين الأم الحنوننة من شأنها أن تستدعي حالات القلق والخوف ، لا سيما مع قصور التطور الطبيعي للطفل للانتقال من عالم الصورة والأشباح والأوهام إلي عالم اللغة والتفسير المنطقي وانتظام الحياة حول الكلام ، ومن ثم يكون القلق والخوف هما المسيطران علي المسرح السلوكي للطفل .

أعراض قلق الانفصال :

تظهر أعراض الانفصال عند الانفصال الفعلي أو توقع الانفصال وأهم هذه الأعراض ما يلي :

أ- أعراض جسدية :

- اضطرابات في الجهاز الدوري (زيادة في دقات القلب) .
- اضطرابات في المعدة والأمعاء (قيء - غثيان - إسهال) .
- صداع .

ب- أعراض انفعالية :

- ارتفاع مستوي أعراض الاكتئاب وما يصاحبه من اضطراب في النوم - الأكل .
- مخاوف مرضية خاصة من المجهول أو الظلام .
- الاعتمادية الزائدة والخوف المستمر علي من يعتمد عليهم .
- الانطوائية والحزن .

أعراض معرفية :

- صعوبة التركيز والتذكر والتفكير .
- التوقع المستمر للشر والكوارث .
- الخوف المبالغ فيه علي مصدر الرعاية والاعتماد (الوالد - الوالدة) .
- التأخر الدراسي

علاج قلق الانفصال :

1- العلاج السلوكي :

أ- التحصين التدريجي المنظم :

حيث يتم تدريب الطفل علي الاسترخاء ثم يتم تعرض الطفل للمواقف المثيرة للقلق من الأقل شدة إلي الأكثر شدة .

مثال الطفل الذي يخاف من الذهاب إلي الحضانة يمكن اصطحاب والدته له في اليوم الأول لمدة عدة دقائق ثم يزداد الوقت بالتدريج حتي يستطيع أن يكمل اليوم مع أقرانه ، مع إتاحة الفرصة له للتعرف علي المعلم والأقران .

ب- التدريب علي تنمية المهارات الاجتماعية للطفل في كيفية بدء علاقة والاستمرار فيها وكيفية الحديث مع أقرانه ومبادلتهم اللعب واحترامهم واحترام مشاعرهم .

2- العلاج المعرفي :

من خلال الحوار لتوضيح أهمية الاستقلالية وعدم معقولية الأفكار التي يتبناها الطفل والمتعلقة بتوقع الشر والكوارث له أو لوالديه لدي مغادرته المنزل حيث يتم بالإقناع المنطقي ، إقناع الطفل بأنه ذهب مرات بعيدا عن المنزل ولم يحدث له أو لأسرته مكروه بمعنى أن ابتعاده عن المنزل لن يكون سببا في مشكلة له أو لأسرته . وأن تكون لدي الطفل رسالة واضحة أنه ليس هو الوحيد الذي ترك المنزل ليلتحق بالمدرسة مثلا ولكن هناك أطفال مثله كثيرين .

3- العلاج الأسري :

- من خلال تشجيع الوالدين علي إتاحة الفرص للطفل ليستقل عنهما ويصبح له هويته وأنشطته وأفكاره الخاصة به .

- التقليل من استخدام الأساليب غير التربوية في تنشئة الطفل (الحماية الزائدة - العقاب) .

- التقليل من الصراعات والخلافات الأسرية أمام الطفل حيث يترسخ لدي الطفل اعتقاد بأنه إذا ترك المنزل فقد يحدث انفصال أو مشاكل من الوالدين ، أو قد يعتقد أنه سبب هذه المشاكل بين الوالدين خاصة لو صرح أحد الوالدين بأن ما يربطه بالآخر هو الأبناء .

- تدريب الوالدين علي اتخاذ مواقف حازمة إزاء المواقف التي تثير القلق له ، الطفل (كالذهاب إلي الحضانة أو المدرسة مثلا) .

4- العلاج بالتحليل النفسي :

من خلال تبيين الصراعات التي يعاني منها الطفل ، ومحاولة مساعدته في التخفف من تلك الصراعات التي تستنزف طاقاته النفسية ، وتعوق الأنا لديه حتي يستطيع أن يواجه مواقف الانفصال بمفرده .

سادسا: الخوف المرضي:

بين كل الانفعالات التي لا بد أن يستشعرها الناس يعتبر الخوف واحدا من أكثرها شيوعا ، ويثيره ما لا حصر له من المواقف التي تتباين تباينا كبيرا في حياة مختلف الأفراد ، كما تتنوع شدته متدرجة من مجرد الحذر من ناحية ، إلي الهلع والرعب من الناحية الأخرى . والخوف علي أي وجه يلزم الكثير منا من المهد إلي اللحد . وهو إحدى القوي التي قد تعمل علي البناء أو علي الهدم في تكوين الشخصية ونموها . وقد تؤدي إلي تشتيت الطاقة العقلية التي توجه نحو الأهداف النافعة والخوف كذلك يرشد الفرد ، ويكفه ، ويدفع عنه القوي الهدامة المؤذية . (دوجلاس توم : 1982 : 141) وينبغي أن نفرق بين نوعين من المخاوف الأول هو الخوف الطبيعي الموجود لدي معظم الناس وهو ميكانزم بقائي يساعد علي بقاء الجنس البشري ، وهو أيضا ميكانزم نفسي بيولوجي يعمل بشكل تلقائي لتجنب الأذي من بعض مصادر الضرر (النار – الحيوانات المفترسة – الأماكن المهجورة – البراكين إلخ) .

بينما يكون الخوف المرضي خوفا من الموضوعات التي لا تثير الخوف أصلا لدي معظم الناس ، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة ، والأماكن المفتوحة والمغلقة ، والسحاب والمطر ، والرياح ، وما إلي ذلك من موضوعات لا تثير الخوف ، حيث يكون الخوف هنا خوفا رمزيا ، حيث أشار فرويد في عام 1909 في تحليله لحالة هانز الصغير الذي كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب فضلا عن خوفه من أن ينجرح الحصان في صورة تناقض بين مشاعر الحب والكراهية ، فبدلا من أن يخاف من الأب ، أصبح يخاف من الحصان عن طريق إزاحة الخوف من موضوع إنساني إلي موضوع رمزي بديل حتي ينجح من إزاحة الخوف من السبب إلي موضوع خارجي، ما يجعله يتجنب هذا الموضوع ، فالصور الأبوية القاسية أو الأب الذي يواصل حرمانه للطفل ومنعه عن التعبير عن رغباته بصورة تلقائية دون أن يعلمه كيف ينظم رغباته ويصله بالعالم السوي ، إنما يترك الطفل فريسة لآليات العدوان الخيالي تجاه الأب في وقت لا يستطيع الطفل فيه أن يعبر لفظيا أو بنديا عن هذا العدوان ، وإنما يتمثله خياليا فيعيشه علي مستوى الصورة ويسقطه علي الواقع ويستخدم ميكانزم الإزاحة .

أولاً : تعريف الخوف المرضي :

حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق من وجوده في عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعي . (ممدوحة سلامة 1987 : 54)

ثانياً : نسب الانتشار :

تشير بعض الدراسات إلي أن حالات الخوف الاجتماعي تمثل 3% من الحالات العيادية ، كما تشير دراسات أخرى أن نسبة الانتشار بين الأطفال قد تصل إلي 8% ويمكن القول بأن معدل انتشار حالات الخوف الاجتماعي يزيد عن هذه النسب وربما يرجع ذلك إلي ان مرضي الخوف الاجتماعي لا يلجأون إلي العلاج نظرا لخوفهم من الحديث عن أنفسهم أمام الآخرين وافتقارهم إلي هذه المهارة مما يجعلهم أكثر عرضه للقلق علاوة علي ذلك فإنهم يشعرون بالخجل ونقص الشعور بالكفاية ، وتزداد المخاوف المرضية لدي الإناث عن الذكور . (سامي هاشم 1997 : 43)

ثالثاً : أشكال الخوف :

1- الخوف من البقاء منفردا في المنزل :

ويتبع هذا الخوف خوف الطفل من ترك أهله له وبقائه وحيدا ، حيث يمثل الوالدان قاعدة أمن وأمان للطفل يرجع إليهما الطفل في أوقات الشدة ليستمد منهما الشعور بالأمن والحب .

2- الخوف من الحيوانات :

هذه المخاوف مشتركة عند معظم الأطفال ، تتضاءل مع نمو عقل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات وخاصة الأليفة منها ، وتوطيد العلاقة بها ، لكن قسما كبيرا منهم ترافقهم هذه المخاوف حتي مرحلة النضج والرشد ، فيبقون علي خوفهم من الحيوانات صغيرها وكبيرها المتوحشة منها والأليفة .

3- الخوف من الظلام :

يرتبط الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين ، اللصوص - وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة لكن إذا تعدي هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح أمرا شادا وفي جميع الأحوال فإنه في المراحل الأولى لا بأس من أن ينام الطفل في مكان مضاء والأدهي من ذلك أن يكون الأهل ممن يخافون الظلام ، وفي هذه الحالة تنتقل العدوي عن طريق الإيحاء ، يضاف إلي ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والأخوة الكبار بطريقة المداعبة ، وخاصة أثناء الظلام ، فالطفل في هذه الحالة شديد التهيؤ لاستقبال أية فكرة عن الأشياء المخيفة والافتناع بها .

ويستحسن ألا تروي القصص المفزعة أو الأفلام المرعبة قبل النوم ، وذلك لما يبقي في لا شعوره منها فتظهر ليلا في صورة الأحلام .

4- الخوف من الأماكن المفتوحة :

ويطلق عليها العلماء أيضا " فوبيا الأماكن المفتوحة " هي شائعة عند الأطفال ويرى بعض العلماء أنها " إزاحة لمشاعر العدائية تجاه الوالدين أو خوفا من الحفزات العدائية للطفل نفسه " والأطفال يميلون إلي تأويل كل ما يقوله الآباء بطريقة حرفية فالطفل الذي يسمع أمه وهي في حالة غضب تقول : سأقتل نفسي لأرتاح من هذه الحياة فإن الطفل غالبا ما يكبت في لا شعوره حقيقة حدوث هذا الأمر في وقت من الأوقات ، وربما تكون ملازمته البيت وخوفه من الخروج منه هي بدافع لا شعوري لمنع الكارثة التي ستحدث للأم حسب توهمه .

5- الخوف من دلائل الموت وما يرتبط به :

مثل الخوف من الدم والجروح والعمليات الجراحية ، وأخذ الحقن وروائح الأدوية وحوادث السيارات ، ورائحة غاز البوتاجاز وبعض الأطفال يخافون من المرضي ويخشون انتقال العدوي إليهم فيتجنبون المرضي ، وسلوكهم هذا طبيعي شريطة ألا تتحول مخاوفهم إلي وساوس لا تغيب عن أذهانهم .

6- الخوف من ركوب بعض الوسائل :

كالخوف من المصاعد والطائرات والسفن والسيارات .

7- الخوف من الموت :

وهو خوف من مثيرات غير ملموسة أو غير حسية ، وتبدو المسألة هنا معقدة أكثر ويجب البحث عن الأسباب خلف هذا الشعور المتولد وقد يكون من الأسباب واقعة أسرية أو أفلام مؤثرة . كما أن خبرة الطفل بموت شخص عزيز تؤدي به إلي صدمة وبخاصة إذا كانت هي الخبرة الأولى بخصوص الموت .

8- الخوف من بعض الأدوات :

مثل الخوف من السكاكين وشكل الحقنة وإبرة الخياطة . (ولمان : 1990 : 96 ، محمد شحيمي 1995 : ص 106)

رابعا: عوامل الخطورة في ظهور الخوف المرضي عند الأطفال :

1- التعرض لخبرات الإساءة :

حيث إن تعرض الطفل لخبرات الإساءة الجسمية (الضرب - الكي - الكسر) والنفسية (الإهمال - السخرية - المقارنات غير المستحبة) والجنسية (التعرض للاعتداءات الجنسية) تؤدي إلى الشعور بالتوجس من الآخرين ومن المستقبل. (عماد مخيمر وعزيز الظفيري 2002)

2- تقليد الكبار :

حيث إن الخوف قد ينتقل من الكبار إلى الأطفال عن طريق التأثير أو التقليد أو التعلم بالأنموذج فرؤية الطفل لأمه وهي تخاف من القطة لا شك أنها تجعل الطفل يخاف أيضا بل ويرتعب من القطة وقد أشار باندوارا إلي هذه باسم (الخوف بالعبرة) .

3- تخويف الطفل :

من العوامل المؤدية لحدوث الخوف لدي الطفل أن يكتشف الكبار خوف الطفل من أمر معين فيستغلونه لتخويف الطفل لدفعه للقيام بعمل معين أو الإحجام عن عمل آخر ، أو قيام الكبار بتخويف الطفل من حيوان أليف مثلا يخاف منه الطفل وذلك من أجل اللهو والتسلية والضحك من خوف الطفل ، فيقصون علي زوارهم ما حدث للطفل حينما رأي قطة مثلا من خوف ... فيقدمون للطفل قطة (لعبة) أمام الزوار بشكل يستثير الطفل فيصرخ ، وهنا يضحك الكبار ويستمترون في لهوهم وضحكهم علي حساب تألم الصغير وانزعاجه وليس هناك أقسي من أن يجلس الوالد أمام ابنه ويثير خوفه والطفل يصرخ والوالد يضحك . (عبد العزيز القوصي 1981 ، 319 - 230)

4- خلافات الوالدين :

حيث إن خلافات الوالدين المتكررة والعنيفة تؤدي إلي نقص شعور الطفل بالثقة وزيادة شعوره بالخوف والتوجس من الحاضر والمستقبل ، فبدلا من أن يكون الوالدان هما مصدر الأمن والأمان يكونان هما مصدر التهديد للطفل .

5- رواية القصص المخيفة ومشاهدة أفلام العنف :

حيث يقص الوالدان علي الطفل قصصا عن كائنات خرافية ومجهولة وغير حقيقية كذلك فإن مشاهدة الطفل لأفلام الرعب تزيد من مخاوفه .

6- الخوف من فقدان الوالدين أو فقدان حبهما :

الوالدان قاعدة الأمن للطفل وأي تهديد لحياتهما أو حياة إحداهما (المرض المزمن - المفاجيء مثلا) يطيح بأمان واستقرار الطفل ، وهذا ما قد يحدث أيضا بخوف الطفل من فقد حب الوالدين أو أحدهما .

التوجهات النظرية المفسرة لمخاوف الأطفال :

1- التوجه السيكودينامي :

أشار فرويد في تحليله لحالة هانز إلي أن المخاوف المرضية لدي الأطفال تنشأ من كبت الخوف ثم إزاحته إلي موضوعات أخرى ، فالطفل هانز كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب ، فضلا عن خوفه من أن يخرج الحصان في صورة تناقص بين مشاعر الحب والكراهية ، فبدلا من أن يخاف من الأب إزاح الخوف علي الحصان .

2- التوجه السلوكي :

أوضح السلوكيين أن الخوف مكتسب من خلال عملية التشريط الكلاسيكي عندما يقع حدثان في نفس الوقت ويرتبطان معا في مخ الإنسان ويصبح الحدث المحايد (الذي يفترض أنه لا يثير الخوف) ومن أبرز التجارب في مجال تعلم الخوف المرضي تلك التجارب التي قام بها واطسون عن الطفل ألبرت الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهرا حيث أعطاه واطسون سلسلة من الأشياء ، فإرا أبيض وأرنبا وكلبا وكرة من القطن وبعض الأقنعة وحاول ألبرت الوصول إلي هذه الأشياء ، واللعب بها ، وأثناء لعبه بالفأر الأبيض أحدث واطسون صوتا عاليا بقطعة من الحديد ، وكرر أحداث الصوت العالي لدي إمساك الطفل للفأر الأبيض ، وقد ظهر أنه تم إشرط الطفل لدرجة أنه كان يبدا في الصراخ ويتعد عن الفأر الأبيض كلما رآه .

وبعد أسبوع بدأ الطفل يعمم خوفه علي كل الأشياء المشابهة للفأر مثل الكلب الأبيض والمعطف إلخ . كما يتم الخوف وفقا لنظرية التعلم الاجتماعي عن طريق تقليد نماذج خائفة خاصة لدي الأطفال (باندورا) .

3- التوجه المعرفي :

يري أصحاب التوجه المعرفي أن الخوف المرضي لدي الأطفال ينشأ من تبني الطفل لمعتقدات حول توقع الشر من أشياء وأشخاص ومواقف معينة نتيجة لمروره بخبرات سيئة متعلقة بتلك الأشياء أو الأشخاص أو المواقف حيث يركز الطفل انتقائيا ويتذكر مثيرات خوفه ويضخمها وفي نفس الوقت يقلل من شأن قدرته علي مواجهتها ويتوقع الفشل في مواجهتها مما يزيد من مشاعر الخوف لديه وتؤثر علي حالته الانفعالية وسلوكه .

معايير تشخيص المخاوف المرضية :

- خوف شديد ومستمر من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية (حديث أمام الآخرين ، تناول طعام ، استخدام دورات المياه العامة إلخ) .
- لا يكون هذا الخوف نتيجة لأي اضطراب أو مرض عضوي .
- عند التعرض لموقف الخوف تظهر أعراض القلق مباشرة علي المريض .
- تجنب الموقف المثير للخوف أو دخوله مع ظهور القلق الشديد .
- يتداخل هذا الخوف مع الوظائف المهنية للفرد أو علاقته بالآخرين أو يشعر بالحزن .
- يشعر الفرد بأن خوفه مبالغ فيه وغير معقول وليس له ما يبرره .

أعراض المخاوف المرضية :

تتشابه أعراض المخاوف المرضية مع أعراض القلق العام وقلق الانفصال وهي كما يلي :

1- التغيرات الفسيولوجية :

- التغيرات في سرعة القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم في الحالات الحادة من الخوف يعمل القلب بسرعة تفوق طاقته ومن ثم قد يتوقف عن العمل .
- يشتد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير ، وفي بعض الحالات قد ينعكس الوضع فيكاد يوقف التنفس .
- يتدفق هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكلويتين بشدة في الدم مما يساعد علي ظهور علامات الخوف الجسمية المختلفة .

- حدوث نشاط كبير في الجهاز العصبي ، وفي الحالات التي يصل فيها الخوف إلي حد الذعر تضعف قدرة وكفاءة المخ علي العمل بحيث قد يصل الأمر إلي حدوث شلل مؤقت أو مستمر . (حسن مصطفى 2001 : 291)

2- التغيرات السلوكية :

وتشير إلي ضعف الإرادة وعدم القدرة علي اتخاذ القرارات كما أن أي فرد يعاني من هذه الأعراض قد يجد نفسه معزولا عن الآخرين ومكتئبا نتيجة لعدم قدرته علي مواجهة المواقف الاجتماعية وقد يبدو لدي بعض الحالات عدم تجنب جميع المواقف الاجتماعية إلا أنهم يمكن أن يظهروا قلقا زائدا ومشاعر عدم ارتياح في مواقف محددة وعلي الرغم من أن تجنب الموقف الاجتماعي يخفف من حدة القلق لدي الفرد إلا أنها تؤدي إلي تعبيرات سلبية عن الذات وأيضا مشاعر الذنب GUILT ، وكذلك يقل التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي وتقل المهارات الاجتماعية .

3- التغيرات المعرفية :

وتشمل اضطراب التذكر وعدم القدرة علي ترتيب الأفكار ، وتشوش التفكير وتوقع الشر والخطر والكوارث مما يجعل الطفل محاصرا بمخاوفه .

الآثار المترتبة علي الخوف المرضي :

- يرتبط الخوف بضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص .
- الشعور بالخجل وانعقاد اللسان أحيانا .
- عدم القدرة علي المبادأة .
- الميل إلي الانسحاب والعزلة الاجتماعية .
- عدم القدرة علي التفكير المستقل .
- زيادة شدة الحرص بدرجة مبالغ فيها .
- توقع الشر دائما .
- نتيجة لصعوبة الطفل في التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته فإن هذا يؤدي إلي عزه عن ممارسة حياته بشكل طبيعي . (محمد سعفان 2001 : 196)
- تاسعا : علاج المخاوف المرضية عند الأطفال :
- يمكن استخدام نفس الفنيات العلاجية المستخدمة مع قلق الانفصال والقلق العام والخوف المرضي من المدرسة مع الأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية .

سابعا: الخوف المرضي من المدرسة SCHOOL PHOBIA

تمثل المدرسة عالما جديدا للأطفال الذين يصل بهم العمر إلي حوالي الست سنوات ، ولذلك نجدهم في بدء التحاقهم ودخولهم المدرسة في حالة شديدة من الانزعاج والذعر والاستتارة والخوف من المدرسة ، لأنها تبدو لهم عالما جديدا بكل أبعاده ومعالمه ، فبعد أن ظل الطفل لصيق علاقة محدودة بالأم والأب وبالمنزل وأقارب وجيران محدودين ، يجد عالما جديدا يبعد جغرافيا عن منزله ، ليس فيه أحد من أقاربه أو جيرانه فضلا عن عدم وجود والديه معه ، وخاصة الأم ، ومن ثم تمثل المدرسة بالنسبة له في ضوء نظرية قلق الانفصال انفصالا كاملا عن الأم التي استمر ارتباطه وعلاقته بها إلي أكثر من خمس سنوات .

ولذلك قد ينظر البعض إلي المدرسة علي أنها بديلة المنزل أو الأحياء بديلة الأم فالمعلم الأول للطفل يكون غالبا امرأة وعلي ذلك تلعب المدرسة دورا هاما في تشكيل شخصية الطفل . (حامد عبد السلام زهران ، 1987 ص 217)

والطفل عندما يواجه لأول مرة في حياته مناخا كهذا حيث الابتعاد عن الوالدين لفترة طويلة والنظام الصارم والأعداد الكبيرة من الراشدين والتلاميذ والمعاملة غير الشخصية التي لم يألفها من قبل فلا أحد يعرف اسمه فيناديه به أنه عالم جديد مليء بالمتغيرات المتعددة التي يتضايق منها الأطفال والتي قد تكون أقرب إلي الجحيم بالنسبة لكثير من الأطفال ومبررا قويا للخوف من المدرسة وتدان الأمن لمن لديهم استعداد لذلك . (ربيع شعبان والسيد غازي 1995 ص 925)

والخوف من المدرسة يمثل إحدى المشكلات الرئيسية التي تشكل اضطرابا لدي الطفل والأسرة علي السواء وقد يظهر الخوف المرضي في شكل شكاوي مبهمه من المدرسة أو الإحجام عن الذهاب إليها بشكل منتظم ليصل به الحال في النهاية إلي رفض المدرسة .

والمخاوف المدرسية تسفر عن نفسها من خلال طرق وأساليب متنوعة وبدرجات متباينة من الشدة وهذا يتوقف علي عوامل عديدة منها : عمر الطفل ومستوي نضجه ودور الحضانة التي بها . فالأطفال الصغار الذين يلتحقون برياض الأطفال قد يبكون ويتعلقون تعلقا شديدا بأمهاتهم في حين يظهر الأطفال الأكبر سنا هلعاً حاداً أو بطئاً في السلوك بالإضافة إلي مشاعر أخرى مثل الخوف من أذي قد يصيبهم أثناء ذهابهم إلي المدرسة أو بقاءهم بها .

لأن ذهاب الطفل إلي المدرسة تغير مفاجيء في حياته إذ ينتقل من مناخ الأسرة القائم علي الارتباط والدفء العاطفي إلي مناخ المدرسة المتشدد نسبياً . (فاروق أبو عوف 1982)

والخوف المرضي من المدرسة يوجد بين البنين والبنات ويترتب عليه نتائج خطيرة علي الطفل والأسرة فعلي مستوي الطفل فإنه يحرم من الانتظام في المدرسة وبالتالي قد يحرم من التعليم والعلاقات الاجتماعية ومن ثم تزداد الأمية في المجتمع ومن ناحية أخرى فإن الخوف المرضي من المدرسة يمثل مشكلة للأسرة التي تعاني كثيرا من الأمراض الجسمية التي تظهر علي الطفل لدي ذهابه إلي المدرسة بالإضافة إلي خوفها علي مستقبل ابنها بالإضافة إلي تكرار ذهابه إلي الأطباء مما يشكل عبئا اقتصاديا إضافيا علي الأسرة .

تعريف الخوف المرضي من المدرسة :

تعددت تعريفات الخوف المرضي من المدرسة وسوف أقتصر علي تعريفين يتسمان بالشمولية والتكامل وهما :

1- تعريف مجدي أحمد عبد الله (1997) حيث يري أن رهاب المدرسة أو فوبيا المدرسة هو الإحجام أو رفض الذهاب إلي المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء بالمدرسة ويعبر الأطفال المتخوفين من المدرسة عن هذا الإحجام أو الرفض في صورة استجابات طبيعية أو شكاوي جسمية يقنعون بها والديهم بإبقائهم في المنزل ومن هذه الشكاوي الجسمية : الصداع ، وألم بالبطن ، غثيان ، ألم بالزور ، الحمي ، القشعريرة ، ألم عضلي ، إسهال أو إمساك ، إجهاد ، تعب ، نعاس . وبالرغم من أن هذه الشكاوي الجسمية تكون أحيانا مفتعلة (إن هؤلاء الأطفال يعانون ضيقا متضمنا ألم ، إسهال ، قيء ، وأحيانا حمي). (مجدي أحمد عبد الله 1997 : 249)

2- تعريف عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (1990) حيث يعرفان الخوف المرضي من المدرسة علي أنه الخوف الشاذ من المدرسة مع الرغبة في عدم ذهاب الطفل إليها ورفضها ... وعلي ذلك فإن الخوف المرضي من المدرسة يختلف اختلافا بينا عن مفهوم جناح الأحداث فالحدث الجانح يكره المدرسة ويحاول الهروب منها لا خوفا منها بل رغبة في الالتقاء بصحبة السوء وتحدي السلطة والرغبة في الاستقلال والتخلص من قيود التعليم كذلك يختلف مفهوم الخوف المرضي من المدرسة عن مفهوم (الزوجان) فالزناغ في كثير من الأحيان لا يستشعر رهبة من المدرسة . (عباس عوض ومدحت عبد اللطيف 1990ص 49)

أعراض الخوف المرضي من المدرسة :

تتعدد أعراض الخوف المرضي من المدرسة لتشمل : الشكاوي الجسمية والارتعاش والبكاء والخوف من الذهاب إلي دورات المياه في المدرسة لأنها تعد غير مألوفة لدي الطفل خاصة في باكورة حياته المدرسية كذلك الإحجام عن تناول الطعام من المقصف المدرسي ومن الملاحظ أن هذه الأعراض يمكن أن يعاني منها تلاميذ المرحلة الابتدائية أو المراهقون في المرحلتين الإعدادية والثانوية . كذلك تتولد لدي الطفل رغبة شديدة في رفض الذهاب إلي المدرسة وإذا ذهب فإنه يبكي حتي يعود لمنزله وقد يتحول هذا إلي اضطراب سلوكي ينتج عنه فشل التلميذ في الدراسة (محمد شعلان ، 1979 ، ص 81) ويمكن أن يظهر الخوف المرضي من المدرسة فجأة وعلي حين غرة نجد الطفل يرفض الذهاب إلي المدرسة . والأطفال المصابون بالخوف المرضي من المدرسة كثيرا ما يشعرون بالصداع أو آلام بالمعدة أو الغثيان أو دوار الرأس كما تظهر الأعراض النفسية البدنية الأخرى التي تبرر إصرارهم علي البقاء في المنزل مع الأم وهذا ليس بتعارض وإنما تكون مشاعرهم هذه حقيقية . (ب.ب. وولمان ، 1985 ، ص 208)

وبالإضافة إلى الأعراض السابقة فإن هناك أعراض تشويه معرفي لدى الأطفال المصابين بالخوف المرضي من المدرسة تتمثل في توقعاتهم السلبية تجاه المعلمين (المعلمين غير عادلين وظالمين ويعطون واجبات كثيرة) وتجاه الواجبات (إنها كثيرة ومملة) وتجاه الزملاء (عدائيون وعدوانيون) مما قد يؤدي إلى الرغبة في عدم الذهاب إلى المدرسة .

ويتفق الكثير من العلماء علي أنه رغم تباين الأعراض (جسمية - نفسية - معرفية) وتباين شدتها إلا أنهم لاحظوا أن الأعراض السابقة غالبا ما تحدث في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة وربما تحدث أيضا أثناء الوجود في المدرسة إلا أنها تزول تماما بمجرد السماح للطفل بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة كما تزول أيضا في نهاية الأسبوع وفي الأجازات المدرسية وفي عطلات الصيف مما يدعم وجود علاقة بين أسباب هذه الأعراض وبين المواظبة أو الإحجام عن الذهاب إلى المدرسة . (عبد الرحمن سليمان 1994 : 61 - 62) .

ثالثا : أسباب الخوف المرضي من المدرسة :

تعددت وجهات النظر الخاصة لتفسير الخوف المرضي من المدرسة ودينامياته وسوف أتناول بالعرض تعدد وجهات النظر في إطار النظرة التكاملية التي تحتوي التفاعل الحيوي والمستمر بين المثلث (الطفل - الأسرة - المدرسة) وما يحتويه هذا الإطار من ديناميات انفعالية واتجاهات نفسية وخلفيات ثقافية .

أ- الأسرة :

تتيح الأسرة التي يتسم فيها التفاعل بين الآباء والأبناء بالحب والاهتمام والتقدير والديمقراطية بالإضافة إلى الضوابط المعقولة والمتسقة للأبناء الشعور بالاستقلالية والفاعلية الذاتية حيث يتمكن الأبناء من الانفصال التدريجي عن الأسرة والذهاب إلى الروضة (الحضانة) ثم المدرسة بأدني قدر من قلق الانفصال كما يستطيع الأبناء إقامة علاقات مع المعلمين والمعلمات والزملاء مما يتيح لهم تخطي آثار خبرات الانفصال الأولى المتمثلة في الابتعاد عن الأسرة ومن ناحية أخرى فإن وجود طفل يعاني من مشكلة يمثل عرضا يعبر عن وجود مشكلة داخل الأسرة والاضطراب الانفعالي لأحد الأبناء هو تعبير صريح عن اضطراب البيئة الأسرية وعدم سلامتها ، وهناك العديد من العلماء الذين كانت لهم تصورات في تأثير اضطراب البيئة الأسرية علي الخوف المرضي من المدرسة أبرزهم جون بولبي ، نظريات التعلم ، وولمان .

1- جون بولبي :

يقترح جون بولبي أنماطا أربعة للتفاعل الأسري المسئول عن حالة رفض الذهاب للمدرسة والخوف منها :

1- أن يكون أحد الوالدين قلقا ويحاول إبقاء الطفل في المنزل من أجل الإلتئاس بصحبته .

2- أن يخاف الطفل أن يحدث لأحد الوالدين مكروها عند ذهابه للمدرسة .

3- أن يعتقد الطفل أنه سوف يقع في مكروه بمجرد مغادرته من المنزل إلي المدرسة .

4- أن يخاف أحد الوالدين أو كلاهما أن يحدث مكروها للطفل عند ذهابه للمدرسة .

ويربط جون بولبي بين قلق الانفصال وبين المخاوف المرضية بصفة عامة والخوف المرضي من المدرسة بصفة خاصة ويبدأ قلق الانفصال لدي بولبي في سن ستة أو سبعة شهور حيث يتكون لدي الرضيع مفهوم " دوام الأشياء " أي أن الأشخاص الذين يتركونه (خاصة الوالدين) يظلون موجودين رغم غيابهم عن بصره وعند نهاية السنة الثانية تقل لدي الطفل حدة ردود أفعاله التي تصدر عنه لدي مغادرة القائم بالرعاية وقد يعود ذلك إلي أن قدرات الطفل العقلية في هذه السنة قد نمت بحيث تمكنه من أن يحتفظ بصورة ذهنية ثابتة عن الأشخاص والأشياء في حالة غيابها ، كما أنه يكون قد تعلم من خبراته السابقة أن أمه عندما تتركه فليس ذلك إلي الأبد ، وإنما إلي عودة قريبة إذا كانت فترات الانفصال قصيرة ويقل قلق الانفصال في سن الثالثة والرابعة والخامسة حيث يستدخل الطفل نمودجا تصويريا لطبيعة علاقته بأمه فنتيجة لإشباع حاجاته النفسية وإدراكه لكفاية الرعاية الأمومية يدرك الطفل أن الأم عندما تذهب فإنها سوف تعود .

ويصبح موقف الذهاب إلي الحضانة أو المدرسة مؤشر لقلق الانفصال لدي الأم والطفل فالأم التي يرتفع لديها الشعور بالأمن النفسي تترك طفلها يذهب إلي المدرسة بأقل قدر من القلق وكذلك الطفل الآمن يكون أقل معاناة من قلق الانفصال بينما الأم التي يرتفع الشعور بقلق الانفصال لديها فإنها قد تحجم عن إرسال ابنها إلي الحضانة أو المدرسة وإذا أرسلته تظل تعاني من أعراض قلق الانفصال حتي يعود الطفل وتنتقل هذه المشاعر للطفل فيشعر بنقص الأمن النفسي ونقص الشعور بالثقة فتزداد اعتماديته وتقل مهاراته الاجتماعية وقدرته علي التعلم والمواجهة ومن ثم تزداد مخاوفه من الذهاب إلي المدرسة .

2- نظريات التعلم :

أكدت بعض نظريات التعلم علي أن أهمية نظرية قلق الانفصال فيما يتعلق بالمخاوف المرضية من المدرسة فعدد من المنظرين السلوكيين ينظرون إلي " فوبيا المدرسة " باعتبارها استجابة غير تكيفية متعلمة رتبت ارتباطا شرطيا بالخوف من فقدان الأم والأطفال المصابين بالخوف من المدرسة يعانون قلقا مضاعفا وحادا في مواقف الانفصال الناشئة عن تدعيم سابق للسلوكيات التي تهدف إلي إعادة الوالدين عندما ينفصلان بالإضافة إلي أن افتقار هؤلاء الأطفال إلي التدعيم من جانب آخرين كالأقران مثلا أو الوالدين الذين يهتمان بالتواصل الذي يوفر الأمن لهم عندما يكون هذان الوالدان بعيدين عن البيت .

وإذا ناقشنا ما سبق فإن المدرسة كمثير محايد تصبح مقترنة شرطيا علي المستوي اللفظي للأفكار ذات الصلة بفقدان الأم وعندما يصبح هذا الارتباط حادا علي المستوي الانفعالي يرفض الطفل الذهاب إلي المدرسة ومن ثم يمكن القول هنا أن بقاء الطفل في البيت لا يخفض مستوي القلق لديه وبالتالي يتم تدعيمه وتعزيزه سلبيا ولكن أيضا هناك ما نطلق عليه المكاسب الثانوية كالحصول علي الاهتمام ، اللعب ، ومشاهدة التلفزيون نتيجة تخلفه عن الذهاب للمدرسة ، بالإضافة إلي أن الطفل حين يتغيب عن المدرسة تقوي لديه استجابة المخاوف المرضية من المدرسة . (عبد الرحمن سليمان 1994 : 76 - 77)

3- ولمان :

يشير ولمان إلي أن اعتمادية الأم وارتفاع قلق الانفصال لديها هو السبب في الخوف المرضي من المدرسة لدي بعض الأطفال وتخاف بعض الأمهات من بقائهن بالبيت بمفردهن وحيث أن الزوج يلزم أن يخرج من البيت ليتوجه إلي عمله فإن الزوجة تلوذ بصحبة طفلها وقد لا تعترف بهذا أمام نفسها - كقاعدة عامة فهي ليست مدركة لرغبتها بصورة تامة - ولكنها لا تضيع فرصة " السماح لطفلها بالتغيب عن المدرسة في الأيام الممطرة أو عندما يعطس الطفل أو يخدش إصبعه وفي حالات عديدة يحس الطفل بنفس رغبة أمه فيختلق معاذيره لعدم الذهاب إلي المدرسة والآباء غير المتسقين في تصرفاتهم والذين يعوزهم الإحساس بالأمان قد يعطوا الطفل الانطباع بأنهم الذين يخافون الانفصال وأنهم الذين يحتاجون إلي وجود الطفل ويؤدي تشبثهم اللا شعوري بالطفل إلي إضعاف وتثبيط عزمته من أجل تحقيق استقلالية وتوكيده لذاته وينشأ رهاب المدرسة لدي العديد من الأطفال المفرطين في الاعتماد علي والديهم والذين يتلقون الحماية الزائدة كما لو كانوا يحسون

الحاجة التي تكمن وراء حرص أهم عليهم وبطبيعة الحال فإن كل أم ترغب شعوريا في أن يذهب طفلها إلي المدرسة وأن يكون مستقلا ومنبسط الشخصية ولكن صنوف القلق اللا شعورية قد تجعلها تتصرف بطريقة غير متسقة تؤدي بدورها إلي زيادة قلق الطفل واعتماده الزائد عليها .

ويقوم بعض الآباء دون علم أو قصد بتعزيز رهاب المدرسة لدي طفلهم بالاهتمام الزائد بشكاويه من الصداع والغثيان أو آلام البطن التي قد يكون العديد منها نفس - بدني وبالتأكيد فإن أي ألم حقيقي أو متوهم يتطلب الرعاية الأبوية وأن شكاوي الطفل تستدعي الفحص الطبي ويجب أن يؤخذ الطفل المصاب إلي طبيب ولكن قبل أو بعد ساعات المدرسة فالتوجه مع الطفل إلي الطبيب أثناء ساعات المدرسة يشجع بقاءه بالبيت وتغيبه عن المدرسة . (ولمان 1995 : 201 - 202)

وتؤيد دراسة ممدوحة سلامة (1987) كل ما سبق في دراستها عن العلاقة بين المخاوف المرضية وإدراك الأبناء للقبول / الرفض الوالدي وذلك علي عينة من أطفال المرحلة الابتدائية حيث أشارت نتائج الدراسة إلي ارتباط المخاوف المرضية (بصفة عامة) بالرفض الوالدي المتمثل في العداء / العدوان الوالدي (الضرب - الركل - السب - السخرية - الاستهزاء) والإهمال / اللامبالاه (عدم الاهتمام بحاجات الأبناء أو باهتماماتهم) مما يشير إلي أن الرفض الوالدي عامل خطيرة يمكن من خلاله التنبؤ بالمخاوف المرضية .

ب- المدرسة :

يري أصحاب نظرية قلق الانفصال أن الخوف المرضي من المدرسة مثله مثل المخاوف المرضية الأخرى يخفي مصدره الفعلي ويظهر في صورة قلق ولهذا نجدهم يذكرون أن الطفل لا يعاني من خوف أولي " أصلي " من الذهاب إلي المدرسة ولكن بالأحرى هو يعاني من خوف الانفصال عن الوالدين . ومن هنا يصبح دور المدرسة ودور الديناميات المتصلة بها دورا مركزيا لفهم وعلاج هذا النمط من المخاوف فقط عند الحد الذي يستطيع من خلاله الأخصائي الكلينيكي أن يفسر وأن يضع خطة العلاج أما المنظرون المنتمون لنظريات التعلم فيعطون أهمية واضحة للمدرسة ، المعلمون ، الأقران وكافة الأنشطة الأخرى من حيث إسهامها في ظهور مخاوف الطفل المرضية .

وهم يحاولون بالبرهنة علي أن المواقف المدرسية ، الأحداث ، وربما الأشخاص ترتبط تشريطيا (علي المستوي اللفظي) بتعبيرات عن فقد الوالدين (بالموت ، الطلاق ، النبذ ، ترك المنزل إلخ)

ومن خلال هذا التشريط تصبح الأنشطة ذات الصلة بالمدرسة ، أو الأشخاص ، مثيرات مخيفة تبعث علي السلوك الهروبي أو الإحجامي لدي الطفل . فالطفل يتجنب القلق المرتبط بهذه المثيرات

القوية (الباعثة علي القلق) عن طريق بقائه بالبيت ، وانخفاض مستوي القلق يقوي لديه السلوك الإحجامي ويدعمه . بالإضافة إلي أن الطفل يتلقي مكاسب ثانوية بفضل التعزيز من جانب الوالدين أو أحدهما خاصة الأم والسماح لهم في مثل هذا المناخ بمعززات أخرى مثل الحصول علي بعض اللعب ومشاهدة التلفزيون . (عبد الرحمن سليمان 1994 : 69)

وبشكل أكثر تفصيلا فإن هناك متغيرات أساسية داخل المدرسة قد تؤدي إلي نشأة واستمرار الخوف المرضي من المدرسة ومنها : (بعد المدرسة عن المنزل ، مشاغبة وعدوان وسخرية الأقران ، العقاب والسخرية والاستهزاء من المعلم ، عدم وجود أنشطة جذابة داخل المدرسة ، زيادة التكاليف والواجبات المدرسية) .

ج- الطفل :

توجد بعض المتغيرات المرتبطة بالطفل والتي قد تسهم في نشأة واستمرار الخوف المرضي من المدرسة وهذه المتغيرات قد تتفاعل مع المتغيرات الأسرية الأخرى ومن أهم هذه المتغيرات :

1- نقص ذكاء الطفل مما يقلل من قدراته علي استيعاب الدروس ويقلل من قدرته علي النجاح الدراسي ويزيد من سخرية الآخرين (المعلمين - الزملاء) منه .

2- الأمراض الجسمية المزمنة لدي الأطفال (السكر مثلا) الذي يقلل من قدرة الطفل علي التركيز والتذكر .

3- اختلال الجهاز العصبي للطفل .

4- وجود عيوب جسمية واضحة لدي الطفل مما يجعله مثار سخرية لزملائه .

5- ارتفاع مستوي القلق والمخاوف المرضية لدي الطفل نتيجة لاضطراب البيئة الأسرية مما يجعل الطفل يتشبث بأسرته ويرفض الذهاب إلي المدرسة .

6- انخفاض مستوي الدافعية والطموح والرغبة في التعليم لدي الطفل

7- إن البيئة المعرفية للطفل والتي تتضمن تفكيره في عائد التعليم قد تكون عائقا في سبيل استمراره في المدرسة فالحديث المتكرر عن البطالة وعدم الحصول علي فرصة عمل بعد مراحل التعليم الشاق قد يؤدي إلي وجود اتجاه سلبي نحو التعليم لدي بعض التلاميذ .

الوقاية والعلاج للخوف المرضي من المدرسة :

يمكن النظر إلي الخوف المرضي من المدرسة في ضوء الاتجاه الوقائي والاتجاه العلاجي .

أولا : الاتجاه الوقائي :

يتمثل الاتجاه الوقائي في الوقاية من الخوف المرضي من المدرسة في توفير بيئة آسرية ومدرسية آمنة للطفل كما يلي :

أ- البيئة الأسرية :

- يجب توفير بيئة آسرية آمنة تتسم بتقديم الحب والاهتمام والتقدير للطفل وإشعاره بأهميته وإعطائه فرصة للاستقلالية والاعتماد علي ذاته في بعض الأمور التي تتناسب مع نسبة وكذلك إعطائه فرصة لإقامة علاقات مع أقرانه في نفس المرحلة العمرية مما يتيح له القدرة علي الانفصال التدريجي عن رحم الأسرة .

- أن يتم ذهاب الطفل مع أمه إلي الروضة أو الحضانة (قبل الذهاب إلي المدرسة) بشكل تدريجي بمعنى أن تذهب الأم مع الطفل إلي الحضانة في أول يوم ويتعرف علي بيئة الحضانة وعلي معلمته وعلي الأطفال الآخرين ويدرك أنه ليس وحده الذي ترك المنزل ليأتي للحضانة ويكون هذا التعارف لمدة ساعة أو ساعتين تزداد تدريجيا مع الوقت حتي يستطيع الطفل التوافق مع بيئة الحضانة وهذا بهيئة الالتحاق بالمدرسة وإذا لم يكن الطفل قد التحق بالحضانة فإننا أيضا نهينه لدخول المدرسة تدريجيا بمعنى أن يكون هناك زيارة للطفل مع أحد أفراد أسرته للمدرسة منذ اليوم الأول الذي يواجه فيه حشد من المعلمين والإداريين والزملاء مما يشكل صدمة له تضاف إلي عدم ألفته بالمكان والنظام المدرسي بما فيه من ضبط وقواعد عليه اتباعها .

- كذلك لا بد أن يكون هناك حوار من الطفل والوالدين عن أهمية التعليم للمستقبل وأنه لا مستقبل له بدون التعليم مع التأكيد علي الجوانب الإيجابية للمدرسة من أنشطة وتعارف علي الآخرين ولا مانع من بعض التدعيمات الإيجابية المادية لتشجيعه علي الذهاب والاستمرار في المدرسة .

- التقليل من الحماية الزائدة للطفل وعدم المبالغة في إظهار التعاطف مع الطفل عندما تظهر عليه أعراض الخوف من المدرسة حتي لا يحقق الطفل مكاسب من وراء هذا التعاطف، بل يجب التعامل بواقعية وعقلانية واستشارة الأخصائي النفسي في ذلك.

المدرسة :

المدرسة دورها مكمل للمنزل والمعلم هو بديل الأب والمعلمة هي بديلة الأم وحتى تقلل المدرسة من الخوف المرضي لدي الأطفال ينبغي أن يتم تشجيع الأطفال خاصة في السنة الأولى علي تكوين اتجاه إيجابي نحو التعليم ونحو المدرسة من خلال المعاملة الطيبة والتشجيع علي التعلم وعدم السخرية من التلاميذ وعدم استخدام العقاب البدني معهم كذلك ينبغي علي المدرسين ترغيب الأطفال

في الاشتراك في الأنشطة داخل المدرسة وإقامة علاقات طيبة مع زملائهم مما يتيح لهم " التوافق المدرسي "

ثانيا : الاتجاه العلاجي :

قد يكون الخوف المرضي من المدرسة مرضا في حد ذاته وقد يكون عرضا لاضطرابات أخرى مثل (القلق - الاكتئاب - المخاوف المرضية - اضطراب رابطة التعلق) وفي كل الحالات فإن استجابة الأطفال للعلاج من المخاوف المرضية كبيرة ويتحقق العلاج بتعاون الأسرة مع المدرسة مع المعالج أو الأخصائي النفسية .

ويبدأ العلاج باستكشاف أسباب الخوف المرضي من المدرسة من خلال المقابلات الشخصية مع الوالدين والطفل ثم يقوم المعالج بمساعدة الطفل علي التخفف من المشاعر الغامرة لقلق الانفصال عن الوالدين وقد يتطلب الأمر معالجة الوالدين أو أحدهما من زيادة قلق الانفصال . وقد يكون العلاج بالتحصين التدريجي المنظم عن إعادة إدخال الأطفال إلي المدرسة تدريجيا وذلك بجعلهم يبقون بها لمدة ساعة يوميا ثم نصف اليوم المدرسي وأخيرا يبقون بالمدرسة كل اليوم المدرسي ، هذا مع مطالبة أمهات الأطفال بالذهاب معهم إلي المدرسة وربما يطلب منهن أن يجلسن مع أطفالهن في فصولهم ويتركونهم تدريجيا بمجرد أن يبدأ الطفل في الشعور بالراحة مع زملائه في الفصل . كذلك ضرورة حرص الوالدين علي تجنب أشكال التدليل المختلفة والتي تشجع علي عدم الاعتماد علي النفس في المدرسة .

ويلاحظ أن برامج العلاج التي تعمل علي مساعدة الأطفال علي فهم أسباب قلقهم من المدرسة مع الاحتفاظ بهم داخل الفصول المدرسية كانت ناجحة جدا فمثل هذه البرامج ساعدت أكثر من 70% من أطفال الرهاب المدرسي علي العودة إلي المدرسة في خلال عدة أيام إلي عدة شهور كذلك يمكن إعطاء الطفل بعض البرامج العلاجية مثل : التدريب التوكيدي (تدريب الطفل علي توكيد ذاته في المواقف الاجتماعية المختلفة وتعليمه أن يأخذ حقوقه ويتحمل مسؤولياته الشخصية) وأيضا يمكن إعطاء الطفل برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع الآخرين واستخدام المدعمات الإيجابية (هدايا - تعود - تشجيع) علي ذهاب الطفل للمدرسة وعمله لواجباته .

تشجيع الطفل علي إقامة علاقات مع أقرانه لأن العلاقة مع الأقران " ضرورة نفسية " تساعد الطفل علي التوافق مع المدرسة وتجعل اتجاهاته أكثر إيجابية نحو المدرسة ونحو العلاقات الاجتماعية .

ثامنا :الغيرة

الغيرة إحدى المشاعر الطبيعية لدى الإنسان كالحب والألم ويجب أن تقبلها الأسرة كصفة واقعية ولا تسمح في الوقت نفسه بنموها فالقليل من الغيرة يفيد الطفل فهي حافز يحثه علي التفوق ولكن الكثير منها يفسد الحياة ويصيب الشخصية بضرر بالغ . (كلير فهيم 1993 : 83)

والغيرة تضع البذور لكثير من المصاعب النفسية والاجتماعية في حياة الفرد وكلما زاد الإهمال في التوجيه النفسي والتربوي لها في مرحلة الطفولة صعب العلاج وتعذر فيما بعد والغيرة تعتمد علي شعور الفرد بالنقص مما يؤدي إلي الخجل وشدة الحساسية وضعف الثقة بالنفس والإحساس الدائم بعدم الرضا وعدم الإشباع والرغبة الدائمة في الاستحواذ علي ما يمتلكه الآخرون مما يؤدي إلي الاكتئاب . (يسرية صادق 1989 : 465 – 513)

كما أن الغيرة مزيج من الانفعالات المختلفة كالخوف والغضب والحقد والشعور بالنقص وحب التملك وتسبب الغيرة كثيرا من مشاعر الصراع شديدة الخطورة علي الجوانب الاجتماعية للفرد .

ويغار الفرد عندما يري الناس يفضلون غيره عليه فالأب الذي يحابي أحد أطفاله يغيظ أطفاله الآخريين فيغارون من أخيهم وقد يلحقون غيره به أذي كثيرا وقد صور القرآن الكريم انفعال الغيرة في قصة سيدنا يوسف وشدة غيرة إخوته منه إلي الحد الذي أرادوا قتله ويظهر ذلك في قوله تعالي " اقتلوا يوسف أو اطرحوه أرضا يخل لكم وجه أبيكم وتكونوا من بعده قوما صالحين " سورة يوسف : الآية (9) (نبيلة الشوربجي 2003 : 150)

والغيرة أساس لمعظم السلوك الذي يتسم بالغرابة والشذوذ والخروج عن المألوف فالطفل الغيور لا يستقر علي حال ولا يشعر بالهناء ولا يأخذ من الحياة أو يعطي سوي القليل ويختزن أحزانه ويبالغ فيها حتي يؤدي به شعوره إلي الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده فيكون مصدرا لنكد أهله ومستودعا لخطر كامن مقيم لأن الغضب والحقد الذي ينبعث عن الغيرة قلما يكون قصير الأمد أو محدد الوقت والطفل الغيور لا يعترف بغيرته ولكن ينكرها أو يبزر سلوكه ويلتمس لنفسه العذر ويخادع نفسه وتبدو مظاهر الغيرة الطفلية من التغير السلوكي للطفل تجاه أخيه الأصغر والذي يندفع بالإغارة عليه بالعدوان البدني مثل كتم نفسه بيده أو وضع إصبعه في عينه أو عضه وما إلي ذلك من سلوك يعرفه المربون . (دوجلاس توم : 1958 : 157)

وتختلف الغيرة عن الحسد ENVY فالحسد رغبة في امتلاك ما لدي الغير أو الحظوة بامتيازات يتمتع بها الغير مع تمنى زوال الشيء المرغوب لدي الغير .

وفي الحسد نقارن أنفسنا بغيرنا مع الرغبة في أن نكون كمن هم أحسن حالا منا أي منافسة بين طرفين : حاسد ومحسود ، أما في الغيرة فالتنافس يتضمن ثلاثة أطراف الشخص الذي يغار (الطفل مثلا) والشخص الذي نغار عليه (الأم مثلا) والشخص الذي نغار منه (الأب مثلا) فالحسد يكون علي شيء يمتلكه الآخرون ولا يمتلكه الفرد أما الغيرة فهي شعور الفرد بحقه في امتياز معين والخوف من أن يفقد هذا الحق ويأخذه أو يغتصبه شخص آخر كما يتصور ذلك الطفل . (زكريا الشربيني 2001 : 28)

تعريف الغيرة :

هي حالة انفعالية مركبة (فيها حب التملك والغضب والشعور السلبي نحو الذات) يشعر بها الشخص ويحاول إخفائها إذ ل يمكن الاستدلال عليها إلا من خلال أنماط سلوكية معينة وهي تحدث نتيجة وجود عائق يحول دون تحقيق غاية مهمة أو عدم القدرة علي الوصول إلي هدف معين وصل إليه إنسان آخر فتوجه الغيرة نحو هذا الشخص . (يسرية صادق 1989 : 465 - 513)

النظريات المفسرة للغيرة :

1- نظرية التحليل النفسي :

يشير فرويد إلي أن مشاعر الغيرة ترتبط بالمرحلة الأوديبية (3- 6) سنوات حيث يتجه الطفل بحبه الشديد تجاه الأم وبمشاعر الغيرة تجاه الأب ونفس الأمر يحدث عند البنت الصغيرة حيث تتجه بمشاعر الحب تجاه الأب وتشعر بمنافسة الأم لها في حب الأب فتبدأ مشاعر غيرة من الأم ومنافسة منها في حب الأب وتبدأ في كراهية الأم وهي مشاعر متناقضة فهي تكره الأم لمنافستها في حب الأب وهي في نفس الوقت تعتمد عليها مما يعرضها للتناقص الوجداني مما يجعلها تكبت مشاعرها تجاه الأم علي المستوي اللا شعوري ، وتبدأ في التوحد مع الأم وهذا يحدث أيضا مع الطفل الذي قد يتوحد مع الوالد من نفس الجنس (توحد مع الشخص موضع الغيرة) وهنا تبدأ عملية التنميط الجنسي وتحدد الهوية الجنسية والنفسية للطفل ذكرا كان أم أنثي وقد تستمر مشاعر الغيرة مع الطفل بعد تخطي الموقف الأوديبى علي شكل حيل دفاعية مثل الإيقاع والوشاية بالآخرين الذين يغار منهم .

2- جون بولبي :

يري جون بولبي أن إشباع حاجات الطفل الأساسية وإشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية وفرض ضوابط معقولة عليه يجعل الطفل يكون رابطة تعلق آمنة ويتكون لديه الشعور بالثقة في ذاته وفي كفاءة الرعاية الوالدية بينما إدراك الطفل للرفض الوالدي ، يؤدي إلي شعور الطفل بعدم الأمن

وعدم الثقة والاعتمادية والغيرة من الأطفال الآخرين لا سيما إذا كان الطفل قد أجبر علي الابتعاد عن أمه بسبب ميلاد طفل جديد مثلاً أو بسبب إهمال الأم ، أو عودة الأم إلي العمل إلخ .

3- اريك اريكسون : ERIKSON

يتفق أريكسون مع بولبي في أن إشباع الحاجات الأساسية للطفل تخلق لدي الطفل إحساساً بالثقة المطلقة في ذاته وفي الآخرين وتتيح له فرصة الاستقلالية والمبادأة وتحقيق الهوية في المراحل التالية ، بينما الرفض والرعاية غير الملائمة ينتج عنهما الشعور بعدم الأمن وعدم الثقة والتوجس تجاه الآخرين والغيرة منهم .

الآثار المترتبة علي الغيرة :

1- تراكم مشاعر النقص (الشعور السلبي نحو الذات) ونقص الكفاءة مع ملاحظة أن أشد أنواع الغيرة هو ما ينشأ عن الشعور بالنقص .

2- تكرار الشعور بالغيرة الشديدة في الطفولة واستمراره في مراحل الحياة التالية يمكن أن يؤدي إلي الاكتئاب في المراحل النمائية التالية :

3- تؤدي إلي الكثير من الاضطرابات السلوكية مثل : العدوان ، والتبول اللا إرادي ، والسرقه ، والكذب ، وقضم الأظافر .

4- تؤدي إلي سوء التوافق الاجتماعي لأن الطفل الذي لديه انفعال الغيرة لديه رغبة في الحصول علي ما يمتلكه الآخرون ويعتقد أن ما امتلكه ليس من حقهم ، ولذلك نجد الطفل لا يستريح لنجاح غيره كما أنه لا يميل إلي إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين . (محمد سعفان 2001 :

(208

عوامل الخطورة في ظهور الغيرة :

1- الشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس : حيث تتزايد الغيرة لدي الأشخاص الذين يعانون من انخفاض الثقة بالنفس أو وجود نقص في النواحي الجسمية أو القدرات العقلية أو المهارات الاجتماعية .

2- ميلاد طفل جديد في الأسرة : ويعقب ذلك اهتمام الأسرة بالمولود الجديد مما يولد مشاعر الغيرة لدي الطفل ويبدأ في النكوص ليمارس سلوكيات من مراحل سابقة (التبول اللا إرادي - اضطراب الكلام) حتي يلفت نظر الوالدين مرة أخرى .

3- اهتمام الأم الزائد بالأب علي حساب الأطفال .

- 4- انخفاض المستوي الاقتصادي للأسرة : حيث يقوم بعض الأطفال بالمقارنة بين دخل أسرهم ودخول الأسرة الأخرى وما يتبع ذلك من شراء ملابس ولعب إلخ فيشعر الطفل بالغيرة من الأطفال الآخرين .
- 5- مقارنة الطفل بأشقائه أو بزملائه دون مراعاة لقدرات الطفل يجعل الطفل يشعر بالغيرة من الآخرين .
- 6- الإعاقة الجسمية عند بعض الأطفال .
- 7- التفرقة في المعاملة بين الذكور والإناث يزيد مشاعر الغيرة عند الإناث نظرا لما يتمتع به الذكور من مزايا .

علاج الغيرة والوقاية منها :

- 1- تهيئة الأسرة للطفل في حالة استقبال مولود جديد ، وعدم المبالغة في إظهار الحب للطفل الجديد وعدم سحب الحب منه ولكن إشعار الطفل بأنهما ما زالوا يحبانه وتوضيح أن الطفل الأصغر يحتاج إلي رعاية واهتمام وأنه سوف يلعب معه عندما يكبر .
- 2- عدم إجراء الوالدين لمقارنات بين الأبناء أو بين الأبناء والزملاء .
- 3- محاولة المساواة في المعاملة بين الأبناء .
- 4- توفير جو آسري آمن يشعر فيه الطفل بالثقة في ذاته وفي الآخرين .
- 5- عدم استخدام العقاب البدني في التغلب علي مشاعر الغيرة لدي الطفل .

تاسعا : السرقة

الأسس الطبيعية لظاهرة السرقة بشكل عام هي في امتلاك الإنسان لغريزة التملك والميل إلي التملك أمر مشروع عند كل إنسان بيد أن السرقة هي الاستحواذ علي ما يملكه الآخرون بطريقة غير سليمة أو بدون وجه حق نظرا لأنها تلحق الضرر بالمجتمع لأنها تمس أملاك الأشخاص والجماعات فإن القانون يعاقب عليها كذلك المجتمع وحتى الأديان السماوية والطفل يشعر بميل شديد إلي الملكية حتي ولو كانت ملكية الأشياء تافهة وعلي الأهل أن ينمو هذا الشعور عند الطفل لأنه حق طبيعي فيجب أن يكون هناك أشياء خاصة به وأن تكون لعبة له يتصرف فيها تصرف المالك في ملكه وذلك لإشباع هذه الغريزة الفطرية والأسرة بما لديها من أنظمة أسرية عليها أن تحافظ علي ملكيته ليفهم هو بدوره كيف يجب أن يحافظ علي ملكية غيره ولا يسرقها .

ونحن لا نقول بتشجيع وتنمية الشعور بالملكية إلي درجة الأنانية إذ من المستحب أن يتبادل اللعب والمقتنيات مع إخوته وأصدقائه عن طيب نفس وعملية التفريق بين الملكية الشخصية وملكية الغير تبدأ في المنزل وتستمر في المدرسة فالمنزل هو المؤسسة الأولى لتعليم الأمانة إلي جانب الكثير من القيم الإنسانية الأخرى والدافع إلي السرقة قد يكون صادرا عن حاجة ماسة لسد رمق ، أو لاقتناء حاجة ، والأهل لا يستطيعون إشباع هذه الحاجة فيضعف الطفل أمام الإغراء وتحدث السرقة ، أو قد يبخل الأهل عليه بشرائها غير مقدرين لمرحلة الطفولة ، والقيمة الكبيرة للأشياء التي يرونها تافهة ولا لزوم لها بينما هي هامة وضرورية للطفل . (محمد شحيمي 1994 : 73)

فعلي سبيل المثال فإن الصغير الذي تمتد يده إلي مكتب أبيه أو مكتبته ليأخذ منها أوراقا أو أقلاما أو كتبا مصورة أو غيرها ينبغي أن يفهم أنه يجب عليه أن يستأذن قبل أن يمد يديه إلي أي شيء ليس له ويمكن أن يسمح له ببعض الأوراق أو الأقلام التي لا توجد حاجة إليها علي أن نخبره أن هذه الأشياء له بشرط ألا يمد يده إلي ما ليس له فتكون فرصة لتعليمه معني الملكية ومعني احترام ملكية الغير .

وطفل الروضة يسأل في نهاية يومه بالروضة عن الطعام الذي كان معه ، وعن الأدوات المدرسية ، وعن اللعب التي كانت معه ، وعما نقص منها ؟ أو زاد عليها ؟ من أين ؟ ومن الذي أعطي ؟ ومن الذي أخذ ؟ وقد يستدعي الأمر أن يتوجه الأب أو الأم إلي المدرسة للحديث مع المسؤولين هناك عن لعب الطفل وأدواته وما طرأ عليها من زيادة أو نقص فيعيد الزائد إلي أصحابه ويسترد الناقص منها ممن أخذه . (محمد الهمشري وآخرون 1996)

تعريف السرقة :

السرقة هي استحواذ الطفل علي شيء يمتلكه غيره بإرادة منه بعيدا عن عيون الآخرين ، ويحاول الاحتفاظ بالشيء المسروق لنفسه ويحدث هذا السلوك بشكل متكرر . (أحمد بديوي 1993 : 32)

أشكال السرقة :

1- سرقة عارضة أو سرقة معتادة :

السرقة العارضة : وفيها يخضع الشخص للإغراء أو التحريض مرة أو مرات قليلة ثم يرجع عنها ، والسرقة المعتادة : تكون عادة عديدة ومتكررة ولا يتمكن الشخص الرجوع عنها .

2- سرقة حب التملك :

قد يعجب الطفل بما في حوزة غيره من اللعب أو الأدوات أو النقود وقد يتركز هذا الإعجاب حول لعبة معينة أو أداة معينة ولأن الطفل يعرف سلفا أن زميله سوف يرفض إعطائه أو إعارته الأداة أو

اللعبة لبعض الوقت فإنه ينتهز أقرب فرصة ليستولي عليها خلسة في غيبة صاحبها أو في لحظة غفلة منه وهو يخبئها في موضع سري بين أدواته وحاجاته حتي يصل إلي مكان أمين في بيته عادة فيخرج الأداة أو اللعبة ليسعد باستخدامها أو اللهو بها . (محمد الهمشري 1996 : 33)

3- السرقة الكيدية :

بعض الأطفال يلجأون إلي سرقة الأشياء عقابا إما للكبار أو للأطفال مثلهم حتي يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفرع وذلك نتيجة وجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين .

4- سرقات من المال العام :

المال العام يتمثل في كل ما هو ملك للمجتمع فالحدائق والطرق ومصابيح الإنارة مال عام ينبغي علي الأفراد المحافظة عليه لأن أي عدوان عليه بالسرقة أو بالإتلاف يستوجب إعادة إصلاحه والإنفاق عليه من جديد فتحرم بذلك مناطق أخرى من حقها في إقامة مثل هذه المنشآت وكذلك وسائل الانتقال كالحافلات والسكك الحديدية وخطوط الطيران

5- السرقة لتحقيق الذات :

قد يلجأ الطفل إلي السرقة لإشباع ميل أو رغبة يري فيها نفسه سعيدا أو ظهرت بصورة أفضل كالذي يسرق نقودا للذهاب إلي السينما ليحكي عن الأفلام مثل غيره من الأطفال أو ليركب دراجة مثل أصحابه ، وربما كان فشله الدراسي خلف محاولة تعويضه بالظهور ماديا علي غيره من الأطفال .

6- السرقة نتيجة الحرمان :

قد يلجأ الطفل إلي السرقة تعويضا للحرمان الذي يقاسيه فقد يلجأ إلي سرقة ما هو محروم منه أو ما يساعده علي الحصول علي ما حرم منه .

7- الرغبة في الظهور الاجتماعي :

يريد أن يظهر الطفل في المدرسة بمظهر مناسب لزملائه ولا يريد أن يقل عنهم ، ويريد أن يشترك في الرحلات والمشروعات فإذا رفض الأبوان إعطاء الطفل المبالغ اللازمة قد يلجأ الطفل إلي الحصول عليها من الأبوين بطريقة السرقة .

الطفل الذي يشعر أنه غير محبوب في المدرسة : فيلجأ إلي السرقة لشراء الهدايا والأشياء المختلفة لزولائه لعله يحصل علي صداقتهم وحبهم وقد يستعين بالنقود لشراء أشياء يقدرها ويحبها أصدقائه وهو نفسه لا يحتاج إليها . (كلير فهيم 1993 : 200)

8- هوس السرقة KLEPTOMANIA :

وهي السرقة في شكل نوبات لا شعورية حيث يشعر الشخص بتوتر شديد قبل ارتكاب السرقة وإشباع عند اقترافها (محمود حمودة : 1991) وهوس السرقة قد يتم لدي غير المحتاجين تعبيرا عن افتقارهم للحب والحنان في الطفولة وهو يتم بشكل لا شعوري .

عوامل الخطورة وراء سرقة الأطفال :

1- عوامل أسرية :

إن أساليب القسوة في المعاملة الوالدية والعقاب المتطرف والتدليل الزائد تسهم في لجوء الطفل إلي السرقة إذا رافق ذلك عدم تعويد الطفل علي التفرقة بين ممتلكاته وخصوصيات الأطفال الآخرين ، أو لم تحترم ملكيته ، والقدوة غير الحسنة لها دور فعال في ممارسة الطفل لهذا السلوك . وكذلك السرقات التي يقوم بها الطفل في البيت غالبا ما يغض الطرف عنها وعادة ما يعتبرها أحد الوالدين أو كلاهما هبات لا مبرر لتضخيمها ، وقد تقوم الأم بإخفاء الأمر ولكن ذلك في الحقيقة نذير بتفاهم الأمر مستقبلا .

2- الجماعة المرجعية وعشرة السوء :

وجود الطفل وسط جماعة تمارس السرقة أو هو أحد سلوكياتها تجعله ينقاد لأوامرها حتي يحصل أو يحافظ علي مكانته فيها وانضمام الطفل إلي جماعة أقران تقوم بالسرقة دليل علي اضطراب علاقته مع أسرته وسيطرة جماعة الأقران علي قيمة وشخصيته .

والطفل الذي يرافق أحد أفراد أسرته أثناء الشراء ثم يراه يخفي بعض الأشياء ولا يدفع ثمنها فسوف يقلده ، وبخاصة إذا لمس نجاح المهمة وربما اعتبره إنجازا عظيما عندما يسمع تفاخر السارق الكبير أمام الآخرين ، أو يسمع أن ذلك الكبير سرق حاجات صديقه مكيدة فيه أو انتقاما منه . وعموما فالطفل الذي ينشأ في بيئة إجرامية تعتدي علي ملكية الغير لا ينتظر منه غالبا إلا أن يسرق ويسير في درب الإجرام . (دوجلاس توم ، 1958 : 216 ، زكريا الشربيني ، 2001 : 25)

3- نقص الإحساس بحقوق الملكية :

فقد يسرق الطفل لعبة أخيه أو زميله لأنه يجهل معني الملكية ويجهل كيف يحترم ملكية الآخرين ، أي إن نموه لم يمكنه بعد من التمييز بين ما له وما ليس له وأن أخذ أشياء لا يملكها أمر شائن ولذا فإن الطفل إذا لم يدرّب في محيط الأسرة علي التفرقة بين ما يخصه وما يخص غيره يكون من الصعب أن نتوقع منه أن يميز بين ما يحق له وما لا يحق له خارج المنزل . (دوجلاس توم :

1958 ، 217 - 218)

4- حب الامتلاك والتعويض عن الحرمان المادي :

فقد يسرق الطفل في محاولة منه لإشباع بعض الاحتياجات المادية التي يجد الآخرين يشبعونها بسهولة في الوقت الذي يكون هو محروماً منها وليس في مقدوره الحصول عليها - فهنا يشعر بدافع ملح للسرقة ليمتلك ما هو محروم منه . (محمد عبد المؤمن 1986)

5- اضطراب المناخ الأسري :

فالمناخ الأسري المشحون بالتوترات أو عصبية الوالدين والخلافات المستمرة التي تجعل الوالدين يتجاهلان الطفل ولا يوفران مطالبه المادية نتيجة هذه المشكلات الأسرية - من هنا يحاول النيل منهما عن طريق السرقة ... وقد يكون أحد الوالدين منحرف السلوك أو مدمناً أو هو نفسه محترفاً للسرقة ، أو إذا نشأ الطفل في بيئة إجرامية عودته علي السرقة والاعتداء علي ملكية الغير ، أو يكون الوالدان في حالة فقر شديد أو تأخر عقلي ولا يمكنهما توفير مطالب الطفل الأولية فيلجأ إلي السرقة لإشباع حاجاته أو للشعور بالقوة .. خاصة إذا استطاع الإفلات من العقاب . (كليبر فهمي 1993)

الوقاية من السرقة وعلاجها :

1- إشباع حاجة الطفل إلي المحبة والعطف حتي لا يجد حرجاً في البوح بكل ما يختلج في صدره وليعبر عن سائر رغباته دون أي خوف ... ومعاملته برفق والاستجابة إلي طلباته المعقولة الممكنة ، والاعتذار عن إجابة ما تعجز عن تحقيقه .

2- احترام حق الطفل في تملك الأشياء المناسبة لنموه من اللعب والأدوات وإعطائه الفرصة

للمشاركة في اختيار اللعب وشرائها وتدريبه علي المحافظة عليها وصيانتها وجعله يعتز بملكيتها

3- إتاحة الفرصة للطفل لاستخدام النقود بتخصيص مصروف جيب يومي مناسب له يتصرف فيه بحرية لاستكمال ما قد ينقصه وما قد يحتاج إليه خلال اليوم من أدوات مدرسية أو حلوي إلخ .

4- توفير الحاجات المادية الضرورية (مأكلاً - ملابس إلخ) للطفل .

5- احترام ملكية الطفل وتعليمه احترام ملكية الغير .

6- عدم التفرقة في المعاملة بين الأبناء فلا يميز أحد الأبناء علي غيره من الأبناء حتي لا يتولد

الشعور بالغيرة أو الحقد مما قد يدفع من يحس بالظلم من الأبناء إلي الانتقام من ممتلكات الطفل المميز أو ممتلكات الأبوين نفسيهما .

7- عدم التشهير به أمام رفاقه إذا ما ضبط سارقاً بل معالجة مشكلته بهدوء واتزان حتي لا نخلق منه سارقاً حقيقياً .

8- اختيار القصص والأفلام التربوية المناسبة للطفل لأن هناك بعض وسائل التسلية المرئية والمقروءة تعرض الطفل علي السرقة وتظهر بمظهر بطولي فتظهر السارق إنسانا خارقا يجذب أنظار الآخرين ويمكن أن يوصف بالمهارة والحكمة والذكاء والأطفال في مرحلة من مراحل الطفولة يتوقون أن يكونوا في هذه المواصفات ويحدث هذا طبعا في غياب التربية الخلقية والدينية وغياب عملية الضبط الأسري والاجتماعي .

9- ضرورة مراقبة الوالدين لأموالهم قبل تكون عادة السرقة عند الطفل عملا بالمثل الشعبي المعروف - المال السائب يعلم الناس السرقة - وحتى لو كانت التربية سليمة وحكيمة فوضع المال في مكان محافظ عليه كي تكون له حرمة ومهابته أمر ضروري . (محمد أيوب شحيمي 1994 : 77)

10- ينبغي أن تراقب الأسرة مقتنيات الطفل الخاصة فإذا ما طرأت عليها أية زيادة أو نقص حرصت الأسرة علي التعرف علي مصدر الزيادة أو سبب النقص مع توجيه الطفل إلي رد ما ليس له إلي صاحبه واستعادة ما نقص من مقتنياته الخاصة والحرص علي ماله وعلي مال الغير علي حد سواء (محمد الهمشري وآخرون 1996 : 53)

11- تنمية القيم الدينية لدي الطفل لأن التدين هو حصانة أو وقاية ضد الانحراف والمرض .

12- تعويد الأبناء علي عدم الغش في الحياة اليومية أو الامتحانات لأن بعض الآباء يمتدحون شطارة أبنائهم في الغش في الامتحانات وهم بذلك لا يعلمون أنهم يكونون قد دفعوا أبنائهم دون رغبة منهم إلي السرقة .

13- إبعاد الأبناء عن رفاق السوء .

14- عدم التركيز علي السرقة العارضة للطفل (أي عندما يسرق الطفل لمرة واحدة أو مرات قليلة محدودة) وعدم إطلاق لقب (حرامي - لص - سارق) عليه حتي لا يحول الطفل للقب إلي واقع في المستقبل .

عاشرا: الكذب

الأطفال يكذبون للتهرب من مسئولية كما هو شائع أو تجنباً للعقاب أو للحصول علي العطف والمحبة من الكبار أو طمعا بتحقيق غرض آخر وقد يميل الطفل إلي الزهو ولفت الأنظار فلا يجد غير الكذب أو يقلد والديه حين يستمع إلي كذبهم فقد يكذب الأهل أمام أطفالهم علي غير شعور منهم فيمتدحون شخصا في حضوره فما أن يغادرهم حتي يذموه ويظهروا سيئاته فيفهم الطفل

من ذلك أن أهله كاذبون وتكون أحيانا بعض الأكاذيب الظاهرية صورة من المبالغة فكثيرا ما يبالغ الكبار عند سرد بعض الحكايات مما يبرر تسميتهم بكاذبين . (عبد المنعم المليجي 1971 : 414)

والكذب كظاهرة نفسية لها جذورها التاريخية في الشخصية الإنسانية ولقد كانت نقطة البداية في الدراسة العلمية حول سلوك الكذب تعود إلي نظرية فرويد FREUD في الشخصية حيث يشير إلي أنه بطبيعة الحال لا بد للطفل أن يتخطى عددا من مراحل النمو ولا نتوقع منه الصدق في مرحله المبكرة وذلك لأن الأمر يستغرق وقتا طويلا كي يكتسب الطفل وظائف الأنا والأنا الأعلى . (عبد السلام الشيخ ، وممدوح صابر 1996 : 72)

ويشير عبد الله عسكر (2005 : 112) إلي أن النشاط النفسي للكائن البشري يبدأ بالخيال ومع ظهور اللغة تتفاعل الأنشطة النفسية لتنتج المتخيل ويعد الكذب في الطفولة شكلا من أشكال إنكار العجز والقلق الطفلي عن طريق الكلام حيث يميل الطفل إلي اختلاق قصص من وحي خياله لأحداث لم تحدث في الأصل وغالبا ما يلجأ الطفل للكذب خوفا من العقاب فالأجواء غير الآمنة والنماذج الأسرية غير الآمنة في طرح مشاكلها أو التعبير عن رغباتها إنما يؤدي بالطفل إلي اعتماده علي الكذب كحيلة دفاعية لتجنب العقاب أو لتحقيق مكسب .

وقد تكون حكايات الأطفال الذين يبالغون في سردها عادة سلوكية إذا كانت تجذب انتباه الآخرين وتستثير عطفهم وتجعله مقبولا اجتماعيا كما أن هناك كذبا سلوكيا متعلما يختلف عن الحيل الدفاعية وهذا الكذب يكون مكتسبا من إحدى النماذج الأسرية وقد يرغب الأهل الابن علي الكذب إذا طلب من الطفل مثلا الإجابة عما إذا كان الأب موجودا من خلال محادثة تليفونية ولا يرغب الأب في الحديث مع السائل فإنه يشير لابنه أن يقول إنه غير موجود وإذا ما أخطأ الطفل وقال إن الأب موجود ينهال عليه الأب بالعقاب وهذا ما يهز بنيان الثقة في الآباء ويجعل الطفل أكثر سخطا وحقدا وشعورا بخيبة الأمل واختلال النموذج الذي ينبغي أن يحتديه في حياته الراشدة .

تعريف الكذب :

الكذب عكس الصدق وهو أن يقول الطفل كلاما غير صحيح مع معرفته التامة بذلك بغرض المنفعة الخاصة أو تجنب العقاب . (كلير فهيم 1993 : 213)

فإذا تعمد الطفل تجنب قول الحقيقة أو حرف الكلام أو ابتدع مالم يحدث مع المبالغة في نقل ما حدث أو اختلق وقائع لم تقع قيل أنه يتصف بسلوك الكذب . (زكريا الشربيني 1994 : 19)

ويري فرج طه (1993) أن هوس الكذب MYTHOMANI عرض يشير إلي اضطراب نفسي ويتمثل في ولع الفرد باختلاق قصص وأحداث وهمية يدعي انها وقعت بالفعل أو مرت به حقيقة وغالبا ما يكون الفرد نفسه محور هذه القصص وتلك الأحداث ولا يجدي مواجهة الفرد بكذب ادعائه في تخليه عن عاداته تلك أو إقلاعه عنها أو حتي توقفه عن استمرارها وكأنه مجبر علي تكرارها لما تؤديه له من وظيفة نفسية كتأكيد الذات إنكار أوجه النقص فيه أو الدفاع ضدها . (فرج طه 1993 : 833)

أسباب الكذب :

1- عدم إشباع حاجات الطفل :

عندما لا يستطيع الأطفال إشباع حاجاتهم النفسية والمادية فإنهم قد يشبعون هذه الحاجات عن طريق الأحلام أو عن طريق الأكاذيب التي تحفظ عليه شعوره بالقيمة ويحاول من خلال الكذب التغلب علي ما يشعر به من قصور وعجز .

2- التقليد والتوحد :

يعتبر الوالدان قدوة للأطفال ، وكذب الوالدين أو أحدهما مع وجود قدر من الحب من الابن لأبيه تجعله يعتقد أن ما يقوم به الوالد هو الصحيح وأن العالم الخارجي لا يمكن التعامل معه إلا بالخداع والكذب وعدم الصدق .

3- سوء سلوك الوالدين :

يلجأ بعض الآباء إلي الزج بأبنائهم في مواقف يضطرون فيها إلي الكذب وهذا أمر لا يتفق مع أصول التربية السليمة ... كأن يطلب من الابن أن يرد كذبا علي السائل عن أبيه تليفونيا بأنه غير موجود .

إن الطفل في هذه المواقف يشعر بأنه أرغم فعلا علي الكذب ، وأن الكذب مقبول وإلا لما لجأ إليه مثله الأعلى ... " الوالد أو الوالدة " كما أنه يشعر بالظلم عند عقابه عندما يكذب هو في أمر من الأمور ، كما يشعر بقسوة الوالدين الذين يستحلون لأنفسهم سلوكا لا يسمحون له به .

4- الهروب من العقاب :

عندما يكون العقاب الوالدي شديدا ومتكررا وغير متناسب مع الموقف الذي قام به الطفل قد يلجأ الطفل للكذب كوسيلة لحماية نفسه من العقاب الوالدي .

5- قد يكون الكذب عرض لاضطرابات نفسية أخرى :

وفي هذا الإطار أشارت دراسة ممدوح فؤاد (1994) عن سيكولوجية الكذب إلي أن الكذب قد يكون عرضاً لأمراض نفسية مثل السيكوباتية والهستيريا والخوف المرضي بالإضافة إلي العدوان حيث توصل إلي أن الأشخاص الذين ترتفع لديهم الأعراض المرضية هم أكثر كذباً من الذين تتخفف لديهم هذه الأعراض .

هذا وقد أشارت دراسة عبد السلام الشيخ وممدوح صابر (1996) إلي أن كذب الوالدين أو أحدهما قد يؤدي إلي أمراض عصابية (قلق - عدوان) ومفهوم ذات سلبي لدي الأبناء كما صورة الوالدين المتناقضة لدي الطفل قد تؤدي إلي مزيد من الاضطراب الانفعالي لديه فإدراك الطفل لكذب والديه واختلاقم لأعداء كاذبة للهروب من المواقف أو ادعاء أشياء لم تحدث تزيد من عدم ثقته بوالديه وبنفسه وبالعالم أجمع .

أنواع الكذب عند الأطفال :

1- الكذب الخيالي :

ويحدث قبل سن الرابعة حيث لا يستطيع الطفل أن يفرق بين الواقع والخيال وهذا الكذب لا يعتبر مرضياً وإنما يحتاج إلي تدخل الآباء حتي لا يتمادي الطفل في الخلط بين الواقع والخيال .

2- الكذب الالتباسي :

وفيه تلتبس علي الطفل الحقائق وتعجز ذاكرته عن أن تعي حادثة معينة بتفاصيلها فيلجأ دون أن يدري إلي أن يحذف منها بعض التفاصيل ويضيف إليها أخرى من عنده حتي تصبح مستساغة لعقله الصغير ومنطقه المحدود .

3- الكذب الادعائي :

وهو ادعاء الطفل لامتلاكه لأشياء أو ألعاب من أجل أن ينال تقدير واهتمام زملائه أو أصدقائه.

4- الكذب الدفاعي :

وهو من أكثر أنواع أو أشكال الكذب شيوعاً بين الأطفال ويهدف هؤلاء الأطفال إلي منع عقوبة سوف تقع عليهم .

5- الكذب الانتقامي :

وهو كذب يقصد به الانتقام من الآخرين وإلحاق الضرر والأذى بهم بسبب ما يشعر به الطفل من كراهية وحقد تجاههم .

6- الكذب الوقائي :

وفيه يكذب الطفل علي أصحاب السلطة عليه كالأباء والمعلمين ليحمي أخاه أو زميله من عقوبة قد تقع عليه .

7- الكذب المزمن أو الكذب المرضي :

هو حالة مرضية قد يجد الطفل نفسه مدفوعا فيها لا شعوريا .. فيكذب في أغلب المواقف ويعرف أنه كاذب دائما .. ويكون الطفل غير ناجح في حياته المدرسية ويعاني شعورا شديدا بالنقص ... ومن شدة الشعور بالنقص مع العجز في النجاح يلجأ إلي الكذب ليحقق رغبته الشديدة في النجاح أو في تحقيق أهدافه كطفل .

8- الكذب العنادي :

ويلجأ إليه الطفل لتحدي السلطة ومخالفة الأوامر عندما تكون الضوابط والحدود والقيود شديدة علي الطفل .

الوقاية والعلاج من الكذب :

1- توفير جو أسري آمن قائم علي إشعار الطفل بالحب والتقدير والاحترام مع وضع ضوابط معقولة ومتسقة علي الطفل .

2- أن يكون الوالدان قدوة صالحة للطفل وفي الصدق والتطابق بين الأقوال والأفعال وعدم الكذب .

3- عدم استخدام العقاب الشديد أو السخرية عندما يرتكب الطفل خطأ ما .

4- تعويد الأبناء علي الحب والتسامح وإبعادهم عن الكراهية والانتقام .

5- عدم التفرقة في المعاملة بين الأبناء .

6- إقناع الطفل بأن الصدق منج وأن الصدق هو أقرب الطرق للإقناع وأن الكذب سوف يتم اكتشافه في أي وقت .

7- تنمية القيم الدينية لدي الطفل والتركيز علي أهمية الصدق وتدعيم سلوك الأمانة والصدق

وتحفيزه وتشجيعه علي التعبير عن حاجاته ورغباته بصورة صادقة حتي يحقق الأمن النفسي واحترام الذات .

8- ويقترح عبد الله عسكر (2005) للوقاية من الكذب ما يلي : يجب أن نبعد عن أسلوب

الاستجواب وجمع الأدلة من أقرانه للتدليل علي كذب الطفل لأن ذلك يجعله أكثر سخطا وحقدا ، وتهتز ثقته بزملائه ، بينما ينبغي تجنب المواجهة الصريحة باتهام الكذب وإنما ينبغي أن يكون الحوار متوازنا في صورة من التداخيات التلقائية حتي يكتشف الطفل حقيقة كذبه وفي هذه الحالة

نساعده علي التخلص من الشعور بالخزي المفرط حيال كذبه حتي يتمكن من اعتماد وتدعيم سلوك الأمانة وقول الصدق .

9- كما ينبغي أن تلتزم المناهج الدراسية قول الصدق للأطفال ، وإطلاعهم علي الحقائق العلمية والتاريخية والسياسية ، لأن الصدق في التعلم هو السبيل لتحقيق مجتمع يقوم علي قول الصدق والأمانة والتعامل مع الواقع بعيدا عن اختلاف الأكاذيب التربوية التي تتناقض مع الواقع والتي تصدم الطفل حين يكبر ويستطيع الوصول إلي الحقائق ، مما يضعف لديه الانتماء ويهدد بنية المجتمع ويجعله أكثر انقساما وتخلفا . (عبد الله عسكر 2005 : 115)

الحادي عشر: العدوان AGGRESSION

أصبح العدوان في العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره ، ولم يعد العدوان مقصورا علي الأفراد ، إنما اتسع ليشمل بعض الجماعات في إطار المجتمع الواحد ، وكذلك بعض المجتمعات بل وأحيانا ما يصدر عن الدول والحكومات .

والعدوان قد يكون ضروريا عندما يكون من أجل الحياة والبقاء وعندما يكون سلاحا في يد الإنسان يستخدمه في معركته مع الطبيعة ، والإنسان من أجل البقاء والحفاظ علي الذات وتحقيق الوجود والحرية والتقدم والبقاء ، وهو عكس ذلك إذا تحول - من وعي أو غير وعي - إلي سلاح يعمل لصالح الموت والخراب بالنسبة للإنسان وبالنسبة لبيئته علي السواء ومن ثم كان مفهوم العدوان صعبا علي التعريف والتحديد إطاره المرجعي مشتت ومتعدد ذلك لأنه ينتمي إلي كثير من العلوم كعلم النفس والفسولوجيا وعلم الاجتماع والانثربولوجيا والاقتصاد وغير ذلك من العلوم وهو صعب من حيث اختلاف استخداماته فهو يستخدم في وصف سلوك الإنسان في محاولاته العديدة لترويض الطبيعة وتطويعها والسيطرة عليها بل والقضاء علي جوانب الشر والأذي في بعض عناصرها وهو يستخدم في وصف الإنسان الطموح النشط الذي لا تقف أمامه العقبات ويظهر ذلك بوضوح في بعض الثقافات مثل الثقافة الأمريكية حيث يقال بإعجاب (هذا رجل عدواني) (سعد المغربي 1986 : 25) أو كن عدوانيا تكن سليما أو صحيحا

ويظهر العدوان لدي الطفل في مرحلة مبكرة من النمو ، حيث يبدأ بعض ثدي الأم حين تظهر أسنانه في النصف الثاني من العام الأول ، وهو سلوك قد يكون غير مقصود أو ناتج عن إحباط نقص اللبن ولكن حيث تبادلته الأم العداء فإنه يرد بزيادة العض علي الثدي وقد تكون بداية لدائرة

مفرغة من العدوان بين الأم وطفلها وبعد ذلك يكون العناد خطوة نحو إثبات الذات والاستقلال إلا أن المبالغة هي التي تجعل سمة العناد مرضية . (محمود حمودة 1993 : 20)
ويقل العدوان في مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة الطفولة الهادئة كما يسميها مخيمر (1980 : 40) وهي مرحلة الكمون عند فرويد إلا أن بعض الأطفال الذين يعانون من ظروف أسرية غير ملائمة يعانون من اضطراب السلوك ومن انتهاك حقوق الآخرين أو حقوق وقيم وقوانين المجتمع والعدوان في المراهقة قد يظهر علي شكل تمرد علي الوالدين والسلطة أو عدوان مباشر أو قد يتخذ المراهق هوية سلبية مضادة لما يريده الوالدان والمجتمع (ERIKSON : 1980).

تعريف العدوان AGGRESSION

يمكن تعريف العدوان علي أنه " أي سلوك يصدر عن الفرد بهدف إلحاق الأذى أو الضرر بفرد آخر (أو مجموعة الأفراد) يحاول أن يتجنب هذا الإيذاء سواء كان بدنيا أو لفظيا وسواء تم بصورة مباشرة أو غير مباشرة أو أفصح عن نفسه في صورة الغضب أو العداوة التي توجه إلي المعتدي " . ويشتمل هذا التعريف علي ما يلي :

- _ يهدف السلوك العدواني إلي تعمد إيذاء طرف آخر وليس إيذاء الذات .
- _ وجود رغبة لدي المجني عليه في تجنب هذا الأذى .
- _ ربما يأخذ السلوك العدواني صورة بدنية (تتمثل في الضرب أو العض أو الكسر) أو لفظية (تتمثل في السباب أو التهكم) وهذان البعدان يمثلان المكون الوسيلى أو الحركي للسلوك العدواني .
- _ ربما يوجه السلوك العدواني إلي الطرف الاخر بصورة مباشرة (ايذائه بدانيا أو لفظيا) أو غير مباشر (إطلاق الشائعات أو الأقاويل ضده) .

_ يمثل الغضب المكون الانفعالي للعدوان فهو يشتمل علي الاستثارة الفسيولوجية والاستعداد للعدوان وتمثل العداوة الجانب المعرفي للسلوك العدواني ، بما تشمله من مشاعر الظلم والبغض والحقد . (معتز عبد الله ، وصالح أبو عبادة 1995 : 529)

عدوان الأطفال له خصوصية عن عدوان الكبار قد يكون العدوان جسما ويشمل نشاطات تدميرية مثل الضرب والعض والخربشة ، أو لفظيا مثل الصياح والسباب والألفاظ النابية والتهديد للغير .

الاستهداف للعدوان :

يشير هذا المفهوم إلي قابلية الفرد (خاصة الطفل) لأن يكون موضوعا للعنف ومن المفترض وجود مجموعة من الصفات التي تزيد من العدوان عندما يتصف الفرد بها ومن هذه الصفات:

- 1- ضعف البنية والعجز البدني .
- 2- التعلق بالمعتدي والاعتماد الزائد عليه مما يجعل الطفل عاجزا عن رد عدوان المعتدي .
- 3- التخاذل وعدم اتخاذ ردود أفعال حازمة إزاء اعتداءات سابقة أو حالية مما يقلل من كلفة العنف بالنسبة للمعتدي ، ويضاعف المكاسب التي يجنيها من وراء عدوانه .
- 4- انخفاض مستوي الذكاء .
- 5- تدني المهارات الاجتماعية وانخفاض القدرة علي توكيد الذات .
- 6- انخفاض تقدير الذات نتيجة لانخفاض مستوي المهارات الاجتماعية .
- 7- استنزاف المعتدي من خلال عدم احترامه أو عدم إطاعة أوامره ، أو رفض الإذعان والتوقف عن اللعب مثلا (طريف شوقي 2003 : 267)

الآثار المترتبة علي العدوان :

للعدوان آثار سلبية علي كل من الضحية أو الجاني سواء كان فردا أو جماعة أم مجتمعا وتكون مؤقتة أو تستمر لفترات طويلة ،

وقد تشمل كل من الجوانب البدنية والوجدانية والسلوكية والاجتماعية كما يلي :

أ- تأثير العدوان علي المعتدي :

لا تقتصر آثار العدوان علي الضحية فحسب بل تمتد أيضا للمعتدي كما يلي :

- 1- زيادة عدوانية وترسيخ الاعتقاد بأن القوة هي الوسيلة الوحيدة للتعامل مع الآخرين والسيطرة عليهم لأنه قد نجح في ذلك عدة مرات ويترتب علي ذلك أن يتحول الطفل إلي مشروع مجرم في المستقبل ويكثر ترده فيما بعد علي أقسام الشرطة والسجون وأحيانا مصحات علاج الإدمان .
- 2- انخفاض مستوي التعليم والتحصيل الدراسي .
- 3- نقص المهارات الاجتماعية لصعوبة تواصله مع الآخرين بسبب عدوانيته وعداءه للآخرين وبالتالي تقل لديه فرص إقامة علاقات مع الآخرين .
- 4- عدم القدرة علي التقمص العاطفي أي وضع ذاته موضع الآخرين .
- 5- ربما يكون العدوان ضارا علي الصحة الجسمية للمعتدي فالغضب والعدائية وهي أمور مصاحبة دوما للسلوك العدواني من قبل المعتدي ، تزيدان من مخاطر التعرض لمشكلات صحية خطيرة أهمها أمراض الشريان التاجي التي تؤدي إلي الذبحة الصدرية لما يتسم به هؤلاء المعتدين من عدائية واندفاعية .

- 6- التبدل العاطفي نتيجة تكرار العدوان علي الآخرين ونقص الإحساس بمعاناة الآخرين من ألم . (محمد السيد عبد الرحمن 2004 : 401)
- 7- رفض الأقران وزملاء له حيث أشارت دراسة عماد مخيمر (2003) إلي أن الطفل العدوانى يعاني من انخفاض شعبيته وعدم رغبة زملائه في إقامة علاقة صداقة معه مما قد يزيد من إحباطه وعدوانيته تجاه الآخرين .
- وتشير فوقية راضي (2001) إلي أن الأطفال المعتدين علي أقرانهم لديهم حاجة إلي الشعور بالقوة ويحصلون علي الرضا من معاناة الآخرين وإيقاع الأذى بهم ولديهم تعاطف قليل مع ضحاياهم ، وهم يبررون عدوانهم بأن ضحاياهم أثاروهم بطريقة ما ، وغالبا ما يأتي هؤلاء الأطفال من أسر ينقصها الدفء والشعور بالحب ، وتستخدم هذه الأسر العقاب البدني مع أطفالها ، مما يجعل هؤلاء الأطفال يكررون مع زملائهم ما تعرضوا إليه في أسرهم ويجعلهم يتمردون ويقفون ضد النظام الاجتماعي ويكسرون القوانين المدرسية .

ب- تأثير العدوان علي الضحية :

- يعاني ضحايا العدوان الذين تعرضوا للضرب أو السرقة أو الاعتداء الجنسي من آلام تفوق جروحهم الجسدية ويتمثل ذلك فيما يلي :
- 1- الشعور بعدم الأمن والخجل وعدم الثقة بالآخرين .
 - 2- الشعور بالقلق وانخفاض تقدير الذات والانطواء وأحيانا البكاء .
 - 3- الخوف من المدرسة (إذا كان الاعتداء يقع فيها) وعدم الرغبة في الذهاب إليها مما يعوق استمرار الأطفال في التعليم .
 - 4- الشعور بالعجز ولوم الذات لعدم القدرة علي الرد علي المعتدي .
 - 5- أحيانا قد يؤدي تعرض الطفل للعدوان إلي التوحد بالمعتدي (وفقا لمفاهيم التحليل النفسي) حيث يتوحد الطفل بمن اعتدي عليه اعتقادا بأن العدوان هو الوسيلة المثالية للتعامل مع الآخرين وإخضاعهم فيبدأ الطفل في الاعتداء علي الأطفال الآخرين مما يؤدي إلي زيادة " دورة العدوان بين الأطفال " .

وتشير دراسة فوقية محمد راضي (2001) إلي أن الأطفال ضحايا عدوان ومشاغبة زملائهم يعانون من انخفاض تقدير الذات وزيادة أعراض الاكتئاب والوحدة النفسية ، كما تشير الدراسة إلي الذكور يتورطون في مواقف العدوان البدني أكثر من الإناث ، كما أن تلاميذ الصفوف الأدنى أكثر تعرضا

للمشاغبة اللفظية والجسمية بينما التلاميذ في الصفوف الدراسية الأعلى أكثر قدرة علي استخدام استراتيجيات الاستبعاد الاجتماعي .

عوامل الخطورة في العدوان :

توجد الكثير من عوامل الخطورة التي قد تؤدي في النهاية إلي العدوان ومن أهم هذه العوامل :

1- اضطراب ونقص نمو الجهاز العصبي وكذلك ارتفاع مستوى الاستثارة الفسيولوجية في نشاط الجهاز السمبتاوي .

2- عوامل بيولوجية مثل المرض الجسمي والتعرض للحوادث والإصابات ، والإدمان .

3- النوع حيث إن الذكور أكثر ممارسة للعدوان من الإناث بحكم التكوين البيولوجي ، كما أن المجتمع يتسامح مع العدوان الصادر عنهم أكثر من الإناث .

4- ظروف أسرية غير مواتية مثل :

- انفصال الوالدين أو طلاقهما .

- المشاجرات المستمرة بين الوالدين .

- إدمان أحد الوالدين .

- التعرض للإساءة الجسمية (الضرب الشديد والمتكرر والذي يترك كسور وجروح - وكذلك الكي بالنار إلخ)

- التعرض للإساءة النفسية (التجاهل والسخرية - التحقير - إطلاق الألقاب غير المحببة إليه عليه

- مقارنته بزملائه الأفضل - حرمانه من الحب - عدم الحديث معه - معابرتة بعيوبه وجوانب نقصه) .

- الحماية الزائدة للطفل والتساهل معه وعدم وجود ضوابط أو قواعد سلوكية ثابتة ومستقرة داخل الأسرة .

- التشدد في الضوابط السلوكية للأطفال .

- التسامح والتساهل مع عدوان الطفل علي الآخرين .

- فقر الأسرة وضيق السكن والزحام داخل المنزل .

- عدم نمو الضمير لدي الطفل حيث أن نمو الضمير يتطلب علاقتة ثابتة مستقرة قائمة علي الحب والتعاطف وأن يكون الوالد نموذجا أخلاقيا يقتدي به الطفل .

5- نقص مستوى نكاه الطفل .

6- الظروف الاجتماعية والثقافية غير المواتية مثل الفقر والبطالة وتدهور التعليم والزحام والضوضاء وتلوث البيئة .

7- التأثير بجماعات الأقران ، فإذا كانت هذه الجماعة عدوانية - أو متمردة زادت إمكانية تأثيرها علي الطفل لا سيما بضعف تأثير الأسرة علي الطفل واقتراب دخوله في المراهقة . (عماد مخيمر وعزيز الظفيري 2002 - 77)

8- تصورات الطفل عن نفسه : حيث إن الطفل المعتدي يتبنى مجموعة من التصورات حول نفسه قوامها انخفاض تقدير الذات ، وشعوره بالعجز لعدم كفايته ، وأن إنجازه محدود ، وليس له أهداف محدودة في حياته وأنه أقل ذكاء مما يصيبه بالإحباط ويزيد من عدوانيته .

9- تصورات الطفل عن ضحيته : حيث إن اعتقاد الطفل بضعف ضحيته أو عدم قدرة الضحية علي رد الاعتداء يجعله أكثر استهانة بالضحية . (طريف شوقي 2004 : 262 - 263)

10- مشاهدة برامج العنف : يتعلم الأطفال العدوان إما بشكل تلقيني مقصود من الآخرين وخاصة أثناء طفولتهم ، وبصورة غير مقصودة من خلال مشاهدتهم الآخرين يتصرفون بطريقة عدوانية سواء في الواقع أو من خلال وسائل الإعلام .

وتشير ممدوحة سلامة (1995 : 185 - 186) إلي وجود أدلة علمية قاطعة علي العلاقة بين مشاهدة برامج العنف في وسائل الإعلام وبين ارتفاع مستوى العدوانية لدي الأطفال ويفسر بانديوار ذلك بأن التعلم بالملاحظة له دور لا يمكن إغفاله في تعلم السلوك الاجتماعي سواء السلوك الذي له وقع إيجابي أم السلوك الذي له تأثير ضار ، والعنف علي شاشة التلفزيون يشجع أشكالاً من السلوك العنيف كما يغذي قيماً واتجاهات اجتماعية تتعلق بالعنف في الحياة اليومية ، والدراسات الميدانية تشير بشكل متزايد إلي أن العدوانية تترادى لدي مشاهدي البرامج العنيفة .

فالتعرض الطويل لدي مشاهدي العنف في التلفزيون يمكن أن يكون له علي الأقل أربعة أنواع من التأثير علي الأطفال كما يلي :

1- أن مشاهدة العنف تعلم المشاهد بالملاحظة أنماطاً جديدة من السلوك العدواني .

2- أن مشاهدة العنف والعدوان تقلل من الكفوف والموانع التي يفرضها الفرد علي سلوكه ورغباته العدوانية .

3- أنها ترفع من حصانة الأطفال للعنف والسلوك العدواني كما أنها تعودهم علي أشكال العنف.

4- أنها تشكل تصور الأطفال عن الواقع ويتشأ عن هذا التصور أشكالاً مختلفة من السلوك والأفعال .

ولأسف فإن مجرد اكتساب السلوك العدواني بطريقة ملاحظته واتخاذ نموذجاً فإن مثل هذا السلوك يظل مستمراً لمدي طويل من الزمن نتيجة استبقاء مثل هذا السلوك في الذاكرة مع إمكانية استرجاعه في الموقف المناسب .

ويتأثر الأطفال أكثر بمشاهدة العنف إلا أن برامج العنف ومشاهدته علي الشاشة الصغيرة وجد لها نفس الأثر الضار علي سلوك المراهقين والشباب ومثل هذه النتائج والأدلة لا شك أنها تثير القلق والانزعاج وبصفة خاصة إذا ما علمنا أن الأطفال تقضي وقتاً طويلاً أمام التلفزيون ويرجح أنه يزداد أكثر أيام العطلات الأسبوعية وإجازات المدارس .

مظاهر العدوان :

- ضد الآخرين (الضرب - العض - التشويه - القتل - السرقة بالإكراه) .
- ضد الأشياء (كسرها - حرقها - إتلافها) .
- ضد الذات (تشويهها - إيذاؤها - قتلها) .
- العدوان اللفظي (سب الآخرين وإهانتهم والفتن التي توقع بين الناس) .
- العدوان السلبي (التخلي عن مساعدة الآخرين عند الحاجة) .

أساليب مواجهة العدوان :

- 1- عدم مشاهدة العنف في برامج التلفزيون .
- 2- التوقف عن المشاحنات والخلافات الوالدية أمام الطفل .
- 3- التوقف عن العقاب البدني للطفل حتى لا ينعكس هذا في علاقته بالآخرين .
- 4- مساعدة الطفل علي ممارسة الأنشطة الرياضية والإبداعية .
- 5- تحسين ظروف مجتمع الطفل اجتماعياً وثقافياً واقتصادياً ونفسياً .
- 6- تدعيم الاستجابات المضادة للعدوان وتنمية السلوك الإيجابي كالإيثار والتسامح والصدق والالتزام الأخلاقي .

7- تنمية القيم الدينية والأخلاقية .

8- عدم التمييز داخل الأسرة حتى لا تثار المشاعر السلبية لدى الطفل.

9- التدريب علي التحكم في المشاعر والانفعالات .

10- تقبل الطفل وإشعاره بالحب والاهتمام والاحترام والتقدير لتكون لديه ثقة في ذاته وثقة بالآخرين وهذه الثقة تمثل قاعدة لعلاقاته الطيبة مع الآخرين وقاعدة لنجاحه الدراسي والمهني في المستقبل .

الفصل الرابع

مرحلة المراهقة

مقدمة:

تعدُّ مرحلة المراهقة من المراحل المهمة في حياة الإنسان، وتتميزُ هذه المرحلة بالتغيرات الفسيولوجية والنفسية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وتلعبُ هذه التغيرات دورًا رئيسًا في ثبات شخصية المراهق التي تكوَّنت في مرحلة الطفولة، فلذلك تعدُّ هذه المرحلة صعبةً وفاصلةً في حياة الفرد، فإما أن يكونَ فردًا سويًا في المجتمع، أو فردًا غير سوي لا يتكيف، أو يتوافق مع نفسه أو مع المجتمع كله.

كما أنَّ المراهقة مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد يكتسبُ فيها الفردُ الاتجاهات والقدرات والقيم، والمهارات الاجتماعية التي تنقله بنجاح إلى مرحلة الرشد (Eccles, J., 2002) وقد بدأ علماء النفس مثل: "إريك إريكسون" و"أنا فرويد" على صياغة نظرياتهم الخاصة حول المراهقة، حيثُ يعتقدُ فرويد أنَّ الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمراهقة استندت إلى عوامل بيولوجية وثقافية، في حين ركَّز إريكسون على الانقسام بين تشكيل الهوية ولعب الأدوار حتى مع نظرياتهم المختلفة، وافق هذه مع علم النفس على أنَّ المراهقة بطبيعتها فترة من الاضطراب والارتباك النفسي (Lerner, R., & Steinberg, L., 2004).

وإنَّ كثيرًا من المراهقين يعانون من الصراع، فيجدون إحساسًا عميقًا بالدونية، وعدم القيمة، وعدم التنظيم الشخصي، وعدم وجود هدف للحياة، وبالتالي يشعرون بالغربة وأحيانًا يبحثون عن هوية سلبية مضادة للهوية التي حدد ملامحها الوالدان أو جماعة الأقران، الأمر الذي يجعلهم يتجهون إلى السلوك الجانح (آمال عبد السميع، 2013، 124).

إنَّ الاضطرابات السلوكية أحد أشكال السلوك اللاتكفي عند المراهق التي تعيق عملية النمو الطبيعي لديه وتؤثّر في عمليات التفاعل الاجتماعية والأداء المهني والأكاديمي، كما أن الكثير من

المراهقين ينغمسون في أنماط سلوكية تدل على وجود اضطرابات سلوكية لديهم، ويظهروا قصوراً أكاديمياً تعكسه مستويات تحصيلهم ودرجاتهم في المدرسة، ومهاراتهم في مجالات متعددة.

وقد أُجريت محاولات عديدة لتصنيف الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين، إلا أنها توصلت إلى وجود أكثر من محور واتجاه لهذه التصنيفات، حيثُ نادى البعض بتقسيمها إلى اضطرابات سلوكية خارجية واضطرابات سلوكية داخلية، وتشمل الأولى فرط النشاط ونقص الانتباه والعوائق وما يصاحبها من مشكلات التواصل، وتشمل الثانية القلق والانسحاب والسلوك المكبوت، والتي يطلق عليها اضطرابات عصابية أو وجدانية. وتتصفُ الاضطرابات السلوكية بشكلٍ عام بأنها إما أن تكون موجهةً نحو الخارج؛ أي موجهةً نحو الآخرين (عدوان، تخريب، سرقة) أو أن تكون موجهةً نحو الداخل بصورة اجتماعية (مخاوف، انسحاب) وإن اضطرابات السلوك من أهمها السلوك المتسم بالشغب، التخريب، الهروب، التشرد، التمرد، عدم ضبط الانفعالات، الانحرافات الجنسية، الإدمان وغيرها من السلوك السيكوباتي.

ولقد أشارَ نيدلر وزملاؤه (kneedler & et al.) إلى وجود أكثر من (100) خاصية (سمة) يتسم بها الأفراد ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ولكن بالرغم من ذلك هناك ثلاث خصائص رئيسة يشترك فيها جميع المضطربين، وتتمثل في الخصائص التالية:

أولاً: ضعف التحصيل الأكاديمي: حيثُ يعاني المراهقون المضطربون عادةً من تدني مستوى التحصيل الأكاديمي مقارنةً بأقرانهم العاديين، ولا ينحصر هذا الضعف في مادة دراسية واحدة، وإنما يمتدُّ ليشمل كافة المواد والأنشطة الأكاديمية.

ثانياً: سوء التكيف الاجتماعي: حيثُ إنَّ أهم ما يتسمون به الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات هو افتقارهم للمهارات الحياتية والسمات الشخصية المحببة؛ مما يعيقهم بالتالي من تكوين علاقات اجتماعية مع الآباء والمعلمين والأقران، فنظرًا لما يمتازون به من أنماط سلوكية غير مرغوبة، فهم في الغالب مرفوضون وغير مرحب بهم من قبل الآخرين.

ثالثاً: تدني تقدير الذات: حيثُ يسيطر لدى المضطربين الإحساس بتدني مفهوم الذات، فهم ينظرون إلى ذواتهم نظرةً سلبيةً وأنها غير ذات قيمة، وهذا بالتالي ينعكسُ في مستوى تقديرهم لذاتهم.

ومما سبق يتضح أنّ السمات الشخصية والاضطرابات السلوكية تؤثر على حياة المراهقين، وتلعب دورًا مهمًا في تحديد شكل السلوك سواءً كان هذا السلوك سويًا أو مضطربًا، وبالتالي يؤثر في حياة المراهق والمجتمع ككل.

المراهقة:

هي مصطلح وصفي يقصد به مرحلة نمو معينة تبدأ بنهاية الطفولة، وتنتهي بابتداء مرحلة النضج أو الرشد؛ أي أنّ المراهقة هي المرحلة النمائية أو التي يمرُّ فيها الناشئ، وهو الفرد غير الناضج جسميًا وانفعاليًا وعقليًا واجتماعيًا، نحو بدء النضج الجسمي والعقلي والاجتماعي. التعريف الإجرائي: هي مرحلة التطور من الطفولة إلى الرشد، ويحدث فيها تغييرات جسدية ونفسية واجتماعية، وتنتشر فيها الاضطرابات والمشاكل السلوكية.

مفهوم مرحلة المراهقة:

اشتق أصل كلمة مراهقة من الأصل اللاتيني *Adolescere*، وتعني الاقتراب المتدرج من النضج؛ أي أنّ المراهقة بمعناها الدقيق هي المرحلة التي تسبق الرشد وتصل بالفرد إلى اكتمال النضج، أي تمتد من البلوغ إلى الرشد، وهي بهذا المعنى تمتد لدى الذكور والإناث من (15-21) سنة مع مراعاة الفروق الفردية والثقافية والنوع والسلالة، والفروق بين الريف والحضر والأجناس. والمراهقة هي مرحلة التطور من البلوغ إلى الإدراك، وهي مرحلة النمو الممتدة بين الطفولة والإدراك. وينظر البعض للمراهقة بأنّها مرحلة الولادة الجديدة من الناحية النفسية، والتي تبدأ من سن ١٢ إلى ٢٠ عامًا في المتوسط، ويحدث فيها عديد من التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية، كما تعتبر المراهقة من أدق وأهم المراحل التي يمر بها الأبناء، والتي تؤثر في مستقبل حياتهم. لذلك، يعتبرها علماء النفس ميلادًا ثانيًا للشخصية الإنسانية. إذًا المراهقة تعني المقاربة، والمراهق هو الطفل الذي قارب البلوغ.

وعلماء النفس والتربية يقسمون مرحلة المراهقة الى ثلاث مراحل: مبكرة ومتوسطة ومتأخرة كالتالى:

مراحل المراهقة:

- 1- المراهقة المبكرة: تبدأ هذه المرحلة من حوالي سن (12) وتنتهي حوالي سن (14) ، تتميز بتناقص السلوك الطفيلي وبداية ظهور علامات النضج، واكتمال وظائفها عند الذكر والأنثى
- 2- المراهقة الوسطى: وتعرف أيضًا بألم أرهقة الوسطى، وهي تبدأ من سن 14 إلى 17 سنة من العمر، وفيها يشعر المراهق بالنضج الجسمي وبالاستقلال الذاتي نسبيًا، كما تنضج له كل المظاهر المميزة والخاصة بمرحلة المراهق الوسطى. لذلك، نراه يهتم اهتمامًا كبيرًا بنموه الجسمي.
- 3- المراهقة المتأخرة: تصادف هذه المرحلة التعليم العالي، وهي المرحلة التي تسبق المسؤولية ويطلق عليها البعض اسم "مرحلة الشباب"، فمع بداية هذه المرحلة يخرج عدد كبير من المراهقين من المدارس الثانوية، ويعتبر عدم إكمال التعليم العالي للكثير منهم من أكبر المشكلات في المراهقة.

أهمية مرحلة المراهقة:

إنَّ المراهقةَ مرحلةً من مراحل النمو ذات أهمية تتطلب دراستها بعمق، وأن نفهمها الفهم الصحيح حتى نساهم في عملية إرشادها وعلاجها وتوجيهها. لذلك، اجتذبت مرحلة المراهقة ولا تزال تجتذب اهتمام القائمين على البحث العلمي في مجال الظواهر النفسية. وتعتبر المراهقة من أكثر مراحل النمو إثارة لدى الدارسين والباحثين في مجال العلوم النفسية والاجتماعية؛ لما لها من طبيعة خاصة من حيث اتساع مساحتها السيكلولوجية، تلك التي تحوي جملةً من المتغيرات البدنية والنفسية والانفعالية تكون بمثابة مؤثر على بناء جديد قد بدأ يتفتح.

وتؤكد بعض الباحثين إلى أنَّ مرحلة المراهقة تمثل أخطر سنين حياة الإنسان؛ لأنَّها السن الذي يتحدد فيها مستقبله إلى حدِّ كبيرٍ، وهي الفترة التي يمر فيها بكثير من الصعوبات أو يعاني من الصراعات والقلق، ويمكن أن ينجرّف الفرد في هذه السن إذا لم يجد من لا يأخذ بيده ويعاونه في تخطي هذه العقبات، ومعنى ذلك أنَّ سن المراهقة أشبه بعنق الزجاجة في الحياة النفسية للفرد من يمر فيه بسلام يضمن حياةً مستقرّةً في الأغلب الأعم، ويتضح من ذلك أنَّ هذه المرحلة من عمر الإنسان يعتبر على جانب كبير من الأهمية في حياة الفرد، وفي صحته النفسية.

ويرى العلماء أنّ مرحلة المراهقة إذا ما قورنت بالمراحل الأخرى هي مرحلة انتقال، وإنّ المراهقين يتعرضون بصفة عامة لتطورات اجتماعية وثقافية واقتصادية تسير بمعدل أسرع من قدرتهم على ملاحظتها مع قلة الرعاية والتوجيه المناسبين في المنزل والمؤسسات التعليمية، بما يؤدي إلى زيادة الإحساس بالقلق وعدم الرضا عن الذات، ويعبر كثير منهم عن عدم سعادته بالتهور والطيش، ونبذ المعايير والقيم والشعور بالاكنتاب والانزواء الاجتماعي، وكثرة الشكوى والتذمر وعدم الاتزان الانفعالي.

خصائص مرحلة المراهقة:

مرحلة المراهقة هي مرحلة الانتقال الخطيرة في عمر الإنسان، فالمراهق ليس طفلاً كما أنّه ليس رجلاً أو امرأة، فهو ينتقل في هذه المرحلة من مرحلة يكون فيه معتمداً على الغير إلى مرحلة يعتمد فيها على نفسه، وهي مرحلة تتسم بالثورة والقلق والصراع مليئة بالصعاب التي يكون فيها الفرد أحوج ما يكون للرعاية والتوجيه والأخذ بيد المراهق التي تقوده إلى اتجاهات مختلفة ومتضاربة؛ لأنّه ينتقل من مرحلة فيها أشياء ملموسة إلى أشياء معنوية وفكرية، ومن علاقات محدودة بالأسرة إلى حياة اجتماعية خارجية على نطاق أوسع كالتالي:

1-النمو الاجتماعي

يرى أريكسون أنّ المراهقة تبدأ في النمو الشخصي والاجتماعي، ويمكن تحديد وظيفتين مختلفتين للمراهقة في هذا المجال:

الأولى identity الهوية، وهي أن يبدأ الشباب في تكوين شخصية منفصلة، في هذا المجال يبدأ الشباب في مراجعة القديم بدون فقد الهوية، والتحرك تدريجياً تجاه إحساس بالنضج الذاتي.

الوظيفة الثانية intimacy الخصوصية أو الانعزالية، وهي ضرورة للفرد لتمهيد الطريق لإقامة العلاقات الإنسانية الكافية، والاحتفاظ بها عن طريق تعلّم الخصوصية دون أي خوف أو رعب. كما يعتبر أريكسون أنّ تكوين الهوية الشخصية هو النتاج الإيجابي لمرحلة المراهقة وبالمثل، فإنّ اضطرابات الدور أو انفلات الهوية أو الفشل في الإجابة على أسئلة أساسية تتصل بالهوية هو النتاج السلبي لهذه المرحلة.

- يسعى المراهق والمراهقة إلى تحقيق المستوى المطلوب من النمو الاجتماعي، ومن مظاهره نجد:
- وضوح الرغبة في الميل إلى مسايرة جماعة من الرفاق.
 - ظهور الشعور بالمسؤولية الاجتماعية.
 - الميل إلى مساعدة الآخرين، والعمل في سبيل الغير وعمل الخير.
 - الاهتمام باختيار الأصدقاء، والميل إلى الانضمام إلى مجموعات مختلفة من كلا الجنسين.
 - السعي لتحقيق الاستقلال الاقتصادي، والرغبة في مقاومة السلطة، وشدة انتقاد الوالدين والتحرر من سلطتهم وسلطة جميع الراشدين.

2-النمو الجنسي

المراهقة مرحلة نمائية سريعة تشمل جميع مكونات الجسم الفسيولوجية (نمو الأجهزة الداخلية)، والعضوية (نمو الأعضاء الخارجية) يبدأ المراهق في الاهتمام بجسده وملاحظة التغيرات فيه، ومقارنة نفسه بمن في عمره، وتكون السمنة أو النحافة والطول أو القصر مصدرًا للقلق لدى المراهق. وتبدأ المراهقة بعملية البلوغ (على المستوى الجسدي) التي هي نتاج لتغيرات هرمونية، حيث تقل حساسية المحور المكون من الهيبوثلاموس، والغدة النخامية للتغذية المرجعية المثبطة بواسطة الإسترويدات الجنسية بواسطة زيادة إنتاج العوامل المفرزة للهرمونات الجنسية، وما يتبعها من إفراز الهرمونات الجنسية.

كما يرى فرويد هذه المرحلة التناسلية، والتي تتسم بالطاقة الجديدة التي تحطم الاستقرار والكبت الجنسي عند الطفولة، فيبدأ في التركيز على التغيرات الجسمية، وتتغير اللامبالاة الجنسية إلى علاقات أكثر نضوجًا ومودةً، والتي ربما تشمل الجذب الجنسي.

أمًا فيما يخص الفروق بين الجنسين فإنَّ الذكور يسبقن الإناث في النشاط الجنسي، ويرجع ذلك إلى الظروف الثقافية التي تتيح حرية أكبر للذكور، وتضع الكثير من المحرمات على السلوك الجنسي للإناث.

3-النمو العقلي والمعرفي

يصبح المراهق قادرًا على استخدام المفاهيم المجردة فيما يسمى بمرحلة التصور القبلي (أو التفكير المنطقي)، حيثُ يستطيع استخدام الرموز في التفكير وإدراك النسبة والتناسب، وبناء النتائج

- على مقدمات توصل إليها، والقياس المنطقي وقبول وجهة النظر المقابلة، وفهم نظرية الاحتمالات والتفكير الثانوي (أي التفكير في التفكير)، وهكذا تصبح المراهقة بدايةً صحيحةً للتفكير الراشد.
- ويصف جان بياجيه النمو العقلي والمعرفي في تلك المرحلة بالآتي:
- مرونة التفكير واتساعه، حيثُ يفكر المراهق في سياقات مجردة وليس في المحسوسات فقط، كما في الطفولة يمكّنه فرض فروض ووضع حلول لها بغض النظر عن وجودها في الواقع؛ أي بعيدًا عن حدود الزمان والمكان.
 - جمع المعلومات وتصنيفها، ويطلق عليها البعض ضبط المعلومات حول موضوع ما أو مشكلة، وتقويمها وتنظيم وإيجاد العلاقات بينها، والوصول إلى قرار أو حل أو تفسير كما هو موجود لديه من أوله.
 - إدراك العلاقات بين الظواهر المختلفة، ويمكنه تفسير وتعليل ما يراه وما يفكر فيه.
 - يستطيع المراهق التفكير فيما وراء الظاهرة أي يضيف خاصية أخرى هي إمكانية تغيير تفسير الوقائع.

4-النمو الانفعالي

- هناك علامات مميزة للنمو الانفعالي في مرحلة المراهقة يمكن رصد هذه العلامات المميزة ومن هذه العلامات 1- تأثر المراهق بأصدقائه يصير إيجابياً أكثر، في حين أنّ تأثره بوالديه يصير أكثر سلبيةً، ومع ذلك يستمر في اقترابه من والديه.
- 2- ينشغل المراهق بالكيفية التي يرى بها ذاته، وبالكيفية التي يشعر بها نحو هذه الذات.
- 3- يأخذ المراهقُ بالأعراف الاجتماعية (social and conventional system) بما فيها من أعراف وعادات وتقاليد، ويفترض أن تكون مفهومةً عن الآخرين، وعن الجنس أو العرق أو المكانة أو الدور، ففي هذه المرحلة يدرك المراهق هذه المفاهيم ويلتزم بها، ويعتبر مرحلة المراهقة المرحلة الخامسة للتعاطي مع وجهة نظر الآخر.
- 4- يكون المراهقُ عرضةً للإدمان من خلال استعمال المادة للترفيه أو التجريب أو الاستخدام في المناسبات.
- 5- تقلب المزاج في مرحلة المراهقة، فالمراهق هو فردٌ متقلب المزاج، فكثير ما ينتابه الفرح والحزن والأمل والانقباض والشعور بالوحدة والانتماء.

6- ينزع للعدوان لتدعيم الانطلاق نحو الاستقلال، فمن المعروف أنَّ المراهقة هي الفطام الثاني للفرد، والتخلص من الاتكالية.

حاجات المراهقين:

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ تغيرات في حاجات المراهقين، ولأول وهلة تبدو حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إلا أنَّ المدقق يجد فروقاً واضحة خاصةً بمرحلة المراهقة، ويمكن تلخيص حاجات المراهقين الأساسية فيما يلي:

1- **الحاجة إلى الأمن:** وتتضمن الحاجة إلى الأمن الجسمي والصحة الجسمية - الحاجة إلى الاسترخاء والراحة - الحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي - الحاجة إلى البقاء - الحاجة إلى تجنب الخطر والألم - الحاجة إلى الحماية - الحاجة إلى الشفاء عند المرض - الحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة المستقرة السعيدة - الحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات الشخصية، ويلاحظ أنَّ إشباع الحاجة إلى الأمن ضروري للشعور بالكفاية الشخصية، وتحقيق التوازن النفسي للمراهق.

2- **الحاجة إلى الحب والقبول:** وتتضمن الحاجة إلى الحب والمحبة - الحاجة إلى التقبل والقبول الاجتماعي - الحاجة إلى الأصدقاء - الحاجة إلى الانتماء إلى الجماعات - الحاجة إلى الشعبية - الحاجة إلى إسعاد الآخرين.

3- **الحاجة إلى مكانة الذات:** وتتضمن الحاجة إلى الانتماء لجماعة الرفقاء - الحاجة إلى المركز والقيمة الاجتماعية - الحاجة إلى الشعور بالعدالة في المعاملة - الحاجة إلى الاعتراف من الآخرين - الحاجة إلى النجاح الاجتماعي - الحاجة إلى الامتلاك - الحاجة إلى القيادة - الحاجة إلى أن يحمي الآخرين - الحاجة إلى تقليد الآخر - الحاجة إلى تجنب اللوم.

4- **الحاجة إلى الإشباع الجنسي:** وتتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية - الحاجة إلى اهتمام الجنس الآخر - الحاجة إلى حبه - الحاجة إلى التخلص من التوتر - الحاجة إلى التوافق الجنسي.

5- **الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار:** وتتضمن الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدته - الحاجة إلى تحصيل الحقائق - الحاجة إلى تفسير الحقائق - الحاجة إلى التنظيم - الحاجة إلى الخبرات الجديدة والتنوع - الحاجة إلى النجاح والتقدم الدراسي - الحاجة إلى التعبير عن النفس - الحاجة إلى المطابقة ونمو القدرات - الحاجة إلى التوجيه والإرشاد العلاجي والتربوي والمهني الأسري.

6- **الحاجة إلى تحقيق وتأكيد وتحسين الذات:** وتتضمن الحاجة إلى النمو - الحاجة إلى أن يصبح سويًا وعاديًا - الحاجة إلى التغلب على العقبات والعوائق - الحاجة إلى العمل نحو هدفه - الحاجة إلى معارضة الآخرين - الحاجة إلى معرفة الذات. كما توجد حاجات أخرى مثل: الحاجة إلى الترفيه والتسلية - الحاجة إلى المال.

الفصل الخامس

الاضطرابات السلوكية فى المراهقة

أولاً: تعريف الاضطرابات السلوكية:

الاضطراب Disorder هو خلل أو اضطراب فى الوظائف البدنية أو النفسية يؤدي إلى حالة مرضية. ويعرّف البعض الاضطرابات بأنها مجموعة من الأعراض تعكس سوء التوافق للفرد. وللاضطراب مظاهر منها فقدان الشخصية اتزانها أو ثباتها الانفعالي أو تميزها بالسلبية والاعتمادية والعوانية، كما يُستخدم مسمى الاضطراب لوصف مظاهر الاضطراب التي تعطل الجوانب المختلفة فى النمو، والاضطراب فى اللغة العربية هو الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظٌ يستخدم فى مجال علم النفس بصفة عامة.

كما تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسى الاضطراب السلوكي بأنه مصطلح يعبر عن السلوك العدوانى الذى يتسبب فى إيقاع الأذى بالآخرين أو الحيوانات أو أي سلوك عدواني (APA, 2000, 85). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى تعرّف اضطراب السلوك Behaviour Disorder أنه ما يسمى بالسلوك السيكوباتي، ويوصف به المضطربون عقلياً والمنحرفون والمندفعون، وأصحاب الأعراض التي لا يوافق عليها المجتمع.

ثانياً: المعايير المحددة للاضطرابات السلوكية:

السلوك البشرى يتصف بالتعقيد وأنه عبارة عن تراكم من مجموعة من الخبرات عبر محطات عمر الفرد المختلفة، لذا، فإنّ عملية الحكم عليه وتقييمه وتقويمه عملية ليست سهلةً أو بسيطةً، فمن هنا كان لازماً على علماء السلوك وضع وصياغة مجموعة من المعايير التي يمكن الاعتماد عليها لفهم طبيعة السلوك وتفسيره، والحكم عليه بالسلبية أو الإيجابية؛ أي بالسواء أو عدمه.

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

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

المعياران الأول والثاني الشعور بعدم الراحة والشعور بالعجز أو عدم القدرة من هذه المعايير لها بعض التماثل للمؤشرات العامة للمرض البدني، وباعتبارهما مرض بدني فإنهما يتسمان بالألم وخاصةً الألم النفسي المزمن أو عدم الراحة، فمثلاً حينما تُكسر ساق الشخص فيؤدي ذلك إلى مشاكل في الحياة اليومية، ومن ثم فإنَّ الحالة الثانية التي تحدد الاضطراب هي الصعوبة في الأداء أو العجز، وبذلك يكون هذا المعيار شخصياً خاصاً بالفرد.

أمَّا المعيار الرئيسي الثالث للاضطراب فهو الانحراف الذي لا يقوم على معايير شخصية، ولكنه يقوم على معايير المجتمع، فالانحراف سلوك يختلف بشكل غير مرغوب فيه عن توقعات المجتمع بالنسبة للشخص كان يقوم الشخص بسلوك خطير أو بسلوك غريب لا يمكن التنبؤ به.

معايير للسلوك السوي واللا سوي:

1- **المعيار الذاتي:** يعتمد المعيار الذاتي على الأطر المرجعية للأفراد، وهذا يعني أننا نحكم على ذاتنا وكياننا الشخصي الفردي حينما نتحدث عمَّا هو سوي أو غير سوي اعتماداً على القناعات التي لدينا، والسلوك السوي في نظرنا هو ما يتلاءم مع ما نرغب فيه، وما نعتقد أنه صحيح، بينما يكون الشاذ نقيض ذلك.

2- **المعيار الاجتماعي:** ويرى المعيار الاجتماعي أنَّ على الأفراد ألا يتكيفوا مع البيئة التي يعيشون فيها فحسب، بل عليهم أن يعملوا في سبيل بناء وتدعيم القيم والأهداف، والأنشطة الخاصة بالجماعة، والتي تسهم في تقدمها.

3- **المعيار الإحصائي:** يعتمد المعيار الإحصائي على درجة تكرار السلوك وشيوعه بين الناس، وبين أفراد الجماعة الواحدة، فالسلوك الذي يصدر عن الأغلبية في إطار الجماعة سلوك سوي، أمَّا السلوك الذي يصدر عن أقلية في إطار هذه الجماعة فهو غير سوي.

- 4- **المعيار المثالي:** يتفق هذا المعيار مع الاتجاه الإيجابي في تحديد الصحة النفسية، وهو الاتجاه المخالف للاتجاه السلبي في تحديد التكيف السوي، والذي يرى أنّ السواء يتمثل في الخلو من المرض.
- 5- **المعيار النفسي الموضوعي:** ينظر هذا المعيار إلى الشخصية بأنها منظومة تنطوي على عدد من النظم الفاعلة المتداخلة، والاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلاّ أذى لحق بإحدى الوظائف النفسية المتعددة ضمن منظومة الشخصية، وأثر ذلك في سائر الوظائف النفسية.
- 6- **المعيار الطبيعي:** يرى أصحاب هذا الاتجاه أن السواء يكون في السلوك وفق ما تقتضيه الطبيعة، أم الشذوذ فيظهر عندما يقوم الإنسان بسلوك مناقض لما تقتضيه الطبيعة، أو عندما ينحرف ذلك السلوك عن طبيعته الأصلية.
- 7- **المعيار الإجرائي:** نظرًا إلى عدم اتفاق العلماء على معيار نظري محدد، وبسبب وجود صعوبات تواجهها المعايير النظرية عند التطبيق العملي، أوصى بعض العلماء بمحك عملي إجرائي في تبيين الأساليب السوية من الأساليب غير السوية.

ثالثاً: طرق قياس الاضطرابات السلوكية:

- لتحديد المشكلات السلوكية لابدّ من وجود مقياس ومن هذه المقاييس:
- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً، واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات والعمر والجنس.
 - تكرار السلوك وهو عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة، حيث يعدّ السلوك غير سوي إذا تكرر حدوثه بشكل غير طبيعي في فترة زمنية معينة.
 - مدّة حدوث السلوك حيث تكون بعض أشكال السلوك غير عادية؛ لأنّ مدّة حدوثها قد تستمر فترة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو متوقع.
 - طبوغرافية السلوك وهو الشكل الذي يأخذه الجسم عندما يقوم الإنسان بالسلوك.
 - شدة السلوك حيث يكون السلوك غير عادي إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو ضعيفاً وفق الزمان والمكان.

رابعاً: أسباب انتشار الاضطرابات السلوكية:

1- العوامل الأسرية: إنّ للوالدين أهمية كبيرة على الصحة النفسية على الفرد، حيثُ يؤثران على تكيفه ونموه النفسي والاجتماعي السائد في الأسرة المتكونة من الوالدين والأخوة والأخوات، فالأسرة تؤثر على النمو النفسي السوي وغير السوي، وتؤثر في شخصيته وظيفياً ودينامياً، فتؤثر في نموه العقلي والانفعالي والاجتماعي (سعدية عبد اللاوي، 2012، 27).

وأشارت دراسة SHERRY, A (2001) حول العنف الأسري والعنف في الطفولة توصلت إلى تعرض الأطفال الذين يعانون من صعوبات سلوكية في كثير من الأحيان لأحداث العنف، فقد شخصت معظم الحالات اضطراب ما بعد الصدمة المتعلقة بالعنف الأسري في البيت سواءً من قبل الآباء أو الأمهات المسيئة والأجداد، فوجدوا تأثيرات عاطفية على سلوك الفرد

2- العوامل البيئية : فالفرد هو نتاج تفاعله مع كل ما يحيط به، فيتأثر بها ويؤثر فيها فبدأ في التعامل مع النواة الأولى، وهي الأسرة ثم مجتمع أكبر وهو الحضارة ثم مجتمع أوسع وهو المدرسة والأصدقاء، وواحد من أهم العوامل البيئية هو الفقر وتشرذم الأسرة والانفصال، كل هذه العوامل قد تؤدي إلى ظهور الاضطرابات السلوكية.

3-العوامل البيولوجية الداخلية: وهي العوامل المرتبطة بالبناء الجسمي مثل: الإصابة بالأمراض أو الحوادث أو اضطراب الجهاز العصبي والغدد، والتعارض بين إشباع الدوافع الفسيولوجية وخاصةً الدافع الجنسي والقيم الدينية والخلقية والعادات الاجتماعية السائدة في المجتمع، مما يؤدي إلى الاضطرابات السلوكية. كذلك، هناك بعض الاضطرابات تمنح الوراثة فيها استعداداً قوياً للاضطراب، ويزداد تدخل الوراثة والأمراض العقلية يتلوها العصاب، ثم الانحرافات السيكوباتية والجنوح (عبد الستار إبراهيم، 1994، 43).

4- الفقر: وأكدت منى عبد الحميد أنّ الأطفال الذين ينشئون في بيئات فقيرة محرومة من الاحتياجات الأساسية، وتكون مليئة بالسلوكيات المضطربة كالعدوان وتعاطي المخدرات يصبحون أكثر عرضةً لاضطرابات السلوك (2013، 64).

فالأطفال والشباب الذين من الأسر ذات الدخل المنخفض هم في خطر متزايد للمشاكل الصحية والاجتماعية والعاطفية والسلوكية، ووفقاً لمركز الأطفال في الفقر إنّ 21 % من الأطفال الذين ينتمون

للأسر ذوى الدخل المحدود والشباب (الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 17) لديها مشاكل مع الصحة العقلية (الاضطرابات النفسية والعقلية)، بالإضافة إلى ذلك 57% من هؤلاء الأطفال ذوى الأسر ذات الدخل المحدود والشباب تأتي من الأسر ذات الدخل عند أو تحت المستوى السادس في معدل الفقر، فالفقر له تأثير على الصحة الاجتماعية والعاطفية والعقلية وخاصةً الأطفال، فيرتبط بعدم كفاية الرعاية المبكرة والتعليم، والعنف الأسري أو المجتمعي، والتي بدورها تساهم في مشاكل الصحة النفسية والعقلية (National Center for Children in Poverty, 2006).

5- اضطراب ما بعد الصدمة: يمكن أن يعاني من الصدمات الجسدية أو النفسية التي لها تأثير عميق على الأطفال عندما يصاب بها الأطفال، فرؤيتهم الآخرين للأذى لهم بسبب العنف أو يعاني من الاعتداء الجنسي أو فقدان أحبائهم أو مشاهدة غيرها من الأحداث المأساوية، فكل هذا يمكن أن يزيد من خطر المشاكل المتعلقة بالصحة الاجتماعية والعاطفية والسلوكية (National Institute of Mental Health, 2014).

الأطفال والمراهقين يمكن أن تتطور لديهم الاضطرابات السلوكية بعد اضطراب ما بعد الصدمة، فبعد التعرض لمجموعة متنوعة من الأحداث المؤلمة، بما في ذلك الاعتداء الجنسي، والعنف في العلاقات الشخصية، وحوادث السيارات، وفقد أو موت الأقارب، فاضطراب ما بعد الصدمة يرتبط بضعف كبيرة في التنمية الاجتماعية وضعف العمل الأكاديمي، وإذا تُرك المراهق دون علاج قد تستمر الاضطرابات لتصبح اضطرابات مزمنة لمدة 5 سنوات على الأقل، فأكثر من واحد إلى ثلث الأطفال الذين يصابون بالاضطرابات السلوكية واضطرابات القلق بعد إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة، وأكّدت الدراسة على فعالية العلاج المعرفي السلوكي لهؤلاء الأطفال والمراهقين (Patrick,s, 2007, 1051).

خامسًا: نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية:

أكد تقرير منظمة الصحة العالمية أنه يقدر معدل انتشار اضطرابات التصرف بين الشباب تتفاوت ما بين 2 - 10%، وغالبًا ما تشيع هذه الاضطرابات بين الذكور أكثر من الإناث، وتميل هذه الاضطرابات إلى الحدوث مع تنويعه من المشاكل الجدية الأخرى مثل: الفشل الدراسي وعدم الإنجاز، ومشاكل العلاقات الحميمة وإنجازات العمل، ومشاكل تعاطي العقاقير، واضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية. إنَّ الكلفة الاقتصادية والاجتماعية لاضطرابات التصرف والعنف والعدوانية مرتفعة جدًا، وتتضمن تكاليف المعالجة، ونظام العدالة والعقوبات، والخدمات الاجتماعية، والفشل الدراسي، والتكاليف العاطفية والاقتصادية على الضحايا والعائلات.

سادسًا: تصنيف الاضطرابات السلوكية:

عملية التصنيف لم تكن بالأمر اليسير؛ وذلك لأنَّه ثمة تداخلًا كبيرًا بين أعراضها وأعراض المرض النفسي والعقلي، كما أنَّه لم يكن بالإمكان إيجاد تصنيفات تفصل بينها وبين الاضطرابات النفسية، بل إنَّ بعض التصنيفات اعتبرتْها إحدى مجموعات الاضطراب النفسي أو العقلي، هذا بالإضافة إلى ضرورة توخي الدقة والحذر في عملية التشخيص والتصنيف للاضطرابات السلوكية، فليس بالأمر الهين الحكم على الطفل بأنَّه مضطرب سلوكيًا، فقد تصدر عنه بعض السلوكيات التي يعتبرها الراشدون اضطرابًا مع أنَّها عندما تصدر عنه فإنَّها تكون شيئًا مقبولًا لتناسبها مع عمره والمتطلبات العقلية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يجتازها.

وتصنف الاضطرابات السلوكية بشكل عام بأنَّها إمَّا أن تكون موجهةً نحو الخارج، أي موجهة نحو الآخرين (عدوان، تخريب، سرقة)، أو أن تكون موجهةً نحو الداخل بصورة اجتماعية انسحابية (مخاوف، انسحاب).

تصنيف الاضطرابات السلوكية:

أ- الاضطرابات في العلاقة مع المدرسين، وتتمثل بعدم القيام بالنشاط حين يطلبه المدرس، والكبت، والاعتمادية.

ب- الاضطرابات في العلاقة مع الزملاء، وتتمثل بالعدوان، وإصدار الأحكام العشوائية على الطلبة، والانسحاب والخجل، والعزلة الاجتماعية.

ج- اضطرابات غرفة الصف، وتتمثل بالسلوك الوقح، وعدم الطاعة، والتهريج، ونوبات الغضب المؤقتة، وإزعاج الآخرين، والخروج عن المقعد.

د- السلوكيات غير الناضجة، وتتمثل بالنشاط الزائد، وقلة الانتباه، الاندفاع والتهور، والاستهتار والصراخ.

سابعاً: سمات المضطربين سلوكياً:

- 1- لا يلاحظ وجودها إلا في سن المدرسة.
- 2- الطلاب المضطربين يتمتعون بمظهر وهيئة عامة كأقرانهم غير المضطربين.
- 3- غالباً ما يعانون من انخفاض في مستوى فهمهم لذواتهم وتقديرهم لها.
- 4- نقص الاهتمام بالعمل المدرسي، ويفضلون الدروس العملية على النظرية، ويعتمدون على حواسهم في اكتساب المعرفة، ويميلون للتفاعل بشكل أفضل مع طرق التدريس المستندة للنشاط أكثر من التلقين.
- 5- المعاناة من ضعف مستوى التحصيل والقدرة على الإنصات الجيد، ومحدودية المهارات اللفظية والكتابية.
- 6- يلجأون للتسرب المدرسي أو عدم المشاركة في النشاطات المدرسية. ولقد وضع بروار قائمةً بسمات ذوي المشكلات السلوكية، والتي تتمثل في:
 - 1- قصور في القدرة على التعلّم التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو جوانب الصحة العامة.
 - 2- إبداء سلوكيات غير مقبولة مقارنةً بسلوك الأسوياء.
 - 3- قصور في القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين.
 - 4- ظهور السلوكيات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف العادية.
 - 5- مزاج عام أو شعور بعدم السعادة والاكتئاب.
 - 6- النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية والآلام، والمخاوف والمشكلات المدرسية.
 - 7- الاستمرارية والتوسع في السلوك المضطرب.

الاضطرابات السلوكية للمراهق:

تعدّ الاضطرابات والمشكلات التي تحدث خلال فترة المراهقة مشكلات طبيعية عادية، ونتيجة حتمية لديناميكية هذه المرحلة التي تتأثر بالوضع الاجتماعي للمراهق، والمناخ النفسي للأسرة، والإطار الخلقي والديني للمجتمع، وعناصر التفاعل بين هذه الأطراف متوافرة بطبيعة الحال.

ويصف البعض المراهق على أنه شخصٌ يسبب المشكلات لنفسه ولمجمعه؛ وذلك لكونه شخصاً غير متكيف مع دوره الجديد في الحياة مضطرب قلق ومتردد، متمرّد عنيد، عنيف عدواني، وهذه التصرفات والخصائص في شخصية المراهق تسبب له الكثير من المشكلات والمتاعب التي على أثرها يشعر بعدم الرضا النفسي، وعدم التمتع بالسعادة، ويجعلنا نحكم على سلوكه وتصرفاته بالانحراف وعدم التوافق. كما أن هناك تعدد في مشاكل السلوك لدى المراهقين مثل: الجنوح وتدخين السجائر، وإدمان كحوليات، وإدمان المخدرات والجنس المبكر.

صعوبات مرحلة المراهقة:

1-المشاكل الأسرية:

- ثورة المراهق على السلطة الأسرية: إنّ ثورة المراهق وتمرده غالباً متعصب على أقرب الناس إلى القلب وأحبهم إليه، فهي تكون مواجهةً إلى الأب، الأم والإخوة والأقارب؛ لأنّهم مصدر العطف والرعاية، وهذا الحنان أو الحماية يعتبر القيد الذي ذكره بأيام الطفولة بما فيها خضوع واستسلام وتبعية، فبعد أن كان يتقبل الأوامر في الطاعة أصبح الآن يزن الأمور ويحللها ويناقشها، ويثور متمرّداً على كل ما يمس كيانه ونزعتة الاستقلالية، وكل ما يشعره بطفولته واتكاليتها، ومن مظاهرها إمّا الهروب الحقيقي أو الهروب الخيالي.
- صراع بين المراهقين والآباء: يسعى الكثير من الآباء اليوم نحو تحقيق الأمور المادية، فالحيرة والشك في الأحكام الصواب، والخطأ وعدم الاستقرار على المعايير التي يجب التمسك بها قد تكون سبباً في فقدان السلطة المعنوية للآباء في عالمنا المعاصر، فالخبرات التي عاشها جيل الآباء تختلف في محصلتها كما نوعاً عن خبرات جيل الأطفال والمراهقين في العصر الذي تعيشه، فترى أنّ فرويد يرى أنّ من الأمور العادية أن يكون سلوك المراهقين متعارضاً وغير مستقر، فالمراهق يحب والديه، ويكرههم ويوجه إليهم ثورته أحياناً أخرى، كما أنّه لا يستطيع أن يعبر عن امتناعه وتقديره لأبويه أمام الآخرين في حين يحمل إليهم حباً وتقديراً. مع ذلك، فهو يرفض نفوذ الوالدين ووصايتهم، ويرفض ذاته الطفولية التي ترتبط بالوالدين ارتباطاً وثيقاً، وذلك سيما وراء استقلال وتحقيق الذات ككائن مستقر ومميز (ميخائيل خليل ، 2006، 409).

2- الإدمان

ويبدأ الإدمان عادةً بدافع الفضول وحب الاستطلاع، وإظهار الرجولة المبكرة في تجريب كل ما هو جديد حتى لو كان مضرًا، بل يبدأ أحيانًا على سبيل المداعبة والضحك والتهريج وغير ذلك من المظاهر التي تخفي رغبةً دفينَةً في البحث عن سعادة وهمية مزيفة.

فهناك كثير من سلوكيات المراهق النمائية التي تحت على استخدام المواد (الإدمان) تنمية الاستقلال، وهوية الانفصال عن الوالدين _ التجريب مع الاتجاهات وأساليب الحياة والسلوكيات المتناقضة زيادة التوجه نحو اتجاهات وسلوكيات الأقران - الرغبة في الوصول لمكانة الراشد وإدراك سلوكياته، وبينما يجد كثير من الراشدين أنَّ سلوكيات المراهق السائدة تكون غريبةً وكريهةً وغير مرغوب فيها في بعض الأحيان، إلا أنَّ المراهقين عادةً ما يقلدون سلوك الراشدين، أو تقليد ما يرونه من أفعال بحيث يصبح سلوكهم كسلوك الراشدين.

3- أزمة الهوية:

يرى "فروم" أن أزمة الهوية من أهم مشكلات الشباب في فترة المراهقة، وما بعدها والتي يترتب عليها عدم اكتمال القدرة على الحب الناضج المتمثل في الرعاية لموضوع الحب والإحساس بالمسؤولية تجاهه واحترامه ومعرفته معرفة كاملة، ويقول: "جودمان" أنَّ أزمة الهوية تعني إحساس الشباب بالضيق في مجتمع لا يساعد على فهم من هم، ولا تحديد دورهم في الحياة، ولا يتوافر لهم فرص يمكن أن تعينهم على الإحساس بقيمهم الاجتماعية، إنَّ أزمة الهوية تتناول وجود المراهق برمته وعلاقة هذا الوجود بالتحديات، فالمراهق يشعر في بداية المرحلة بالغموض والتناقضات، حيثُ تظهر أسرار كثيرة غامضة مثل أسرار التغيرات الجسدية والجنسية، وهناك الالتزام الدراسي والصراع من أجل المستقبل، وهناك الصراع الاجتماعي والإيديولوجي أنَّ المراهق يتساءل عن كلِّ هذه الأسرار كيف بإمكانه أن يلم بكلِّ أسرار الجسدية؟ كيف يعيش تجربة الحب مع نفسه ومع الآخرين؟ كيف يستطيع مواجهة الجنس الآخر؟ ماذا يقول الآخرون عنه وكيف ينظرون إليه وما هو دوره وماذا يستطيع أن يكون في المستقبل، كل هذه التساؤلات تشكل محورَ الوجود عند المراهق، وهي بداية التشكل في الهوية.

4- الغضب والعدوان:

يرتبط غضب المراهق بمحاولاته لتأكيد ذاته وتحقيق استقلاله، وقد يفصح المراهق عن طريق الغضب بما هو راغب فيه أو راغب عنه، والغضب يختلف عمقاً وشدةً باختلاف المرحلة العمرية باختلاف الظروف التي تدعو إلى الإثارة للغضب، فبالنسبة للمراهق يعدُّ تعبيراً عن حماية لكبريائه وتحيد علاقاته بدعوى السلطة من طرف الآباء والمربين

فمرحلة المراهقة يظهر فيها السلوك العدواني، حيثُ يكثُر بين المراهقين، ويتمثل هذا السلوك في مظاهر كثيرة منها التهريج في الفصل، والاحتكاك بالمعلمين وعدم احترامهم، والعناد والتحدي، وتخريب أثاث المدرسة والفصل، والإهمال المتعمد لنصائح وتعليمات المعلم، وعدم الانتظام في الدراسة، ومقاطعة المعلم أثناء الشرح، وفي سن المراهقة يستعمل المراهقون الوسائل المختلفة للتهجم الشفهي، وهذه تشمل الشتائم والتقليل من قدر الآخرين وعبارات التهكم، ونشر الإشاعات والانهماك بالوشايات، والقدف والافتراء وتشويه السمعة، وتعدُّ الإشارة إلى محاسن شخص ثالث من الطرق اللفظية المستخدمة في التعبير عن الغضب والعدوان.

العلاقة بين العدوان والعنف في معظم الدراسات والبحوث أشارت إلى أنَّ سلوك العنف شائع في مرحلة المراهقة، وإلى أنَّ سمات أو خصائص الفرد هي التي تحدد إلى حد كبير أسلوب سلوك العنف، وأنَّ مرحلة المراهقة تتسم بالتمرد والثورة على الأسرة والمدرسة والسلطة عموماً، وتتسم بالانحرافات الجنسية والعدوان على الأخوة والزملاء، والعناد بقصد الانتقام خاصةً من الوالدين، تحطيم أدوات المنزل، الإسراف الشديد في الإنفاق، التعلق الزائد بروايات المغامرات، الشكوك الدينية، الشعور بالظلم وعدم التقدير، الاستغراق في أحلام اليقظة، التأخر الدراسي. المراهقة العدوانية تتأثر بالتربية الضاغطة المتمزقة، وتسلط وقسوة وصدقة القائمين على تربية المراهق، كما تتأثر بالصحة السيئة، وتركيز الأسرة على النواحي الدراسية فحسب والبعد عن الرياضة والنشاط الترفيهي وقلة الأصدقاء، ضعف المستوى الاقتصادي الاجتماعي، والعاهات الجسمية، وضآلة وتأخر النمو الجنسي والتأخر في المدارس والوضع الخاص لبعض المراهقين، وجهل الوالدين بتوجيههم وعدم إشباع الحاجات والميول الخاصة بهم.

يصنف العنف الذي يظهر بين الأفراد في هذه المرحلة بعدة أشكال منها:

العنف الجسدي: حيثُ يشترك الجسد في الاعتداء على الآخرين سواءً باستخدام أداة أو بدونها، ومن أمثلته الضرب والدفع وغيرها.

العنف الرمزي: وهو الذي يمارس فيه سلوك يحتقر الآخرين، أو استفزازهم كالامتناع عن رد السلام أو تجاهل الفرد من خلال الاستهزاء والسخرية، ومن خلال الحركات والنظرات وغيرها.

العنف اللفظي: وهو الذي يقف عند حدود الكلام وأمثله الشتائم والتهديد وإطلاق الصفات غير المناسبة، وقد يكون العنف فرديًا، حيثُ يسعى الفرد إلى إلحاق الأذى بغيره من الأفراد والجماعات أو الأشياء، وقد يكون جماعيًا حيثُ تسعى جماعة إلى إلحاق الأذى بغيرها من الجماعات والأفراد.

الفصل السادس

بعض المشكلات النفسية

بمرحلة المراهقة

مرحلة المراهقة من أهم المراحل التي يمر بها الفرد وأخطرها لما يتخلل هذه الفترة من تغيرات نفسية وجسمية واجتماعية وانفعالية وعقلية فلهذا تكمن أهمية هذه المرحلة في تلك التغيرات التي تترك الأسرة والمجتمع كما تحظى مرحلة المراهقة بالأهمية البالغة لما يحاط بهم من اهتمام من قبل العديد من دول العالم ويرجع هذا إلى الإيمان التام بأن هذه لها الأثر الفعال في الحياة، يتعرض الطالب في هذه المرحلة لعدة ضغوط نفسية تسهم في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية الغير سوية وخاصة تلك التي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية والوجدانية مما يؤثر سلبا على التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية والتحصيل الدراسي والأداء الاجتماعي ومن ثم في سوق العمل وفي الحياة الاجتماعية الخاصة فيما بعد ومن أشكال الاضطرابات التي تصيب الفرد وتعيق تواصله الاجتماعي.

أولاً: الاليكسيثيميا Alexithymia

تفسر الاليكسيثيميا على إنها عدم القدرة على التعبير عن المشاعر أكثر من إفتقار الشخص لهذه المشاعر كما يخلط الأفراد المتصفين بالاليكسيثيميا بين مشاعرهم والأعراض الجسدية ومن هذا المنطلق فإن الاليكسيثيميا مصطلح يطلق على مجموعة من الخصائص المعرفية- الوجدانية ويشمل هذا العجز على صعوبات في تحديد المشاعر ومن ثم صعوبات في التواصل الاجتماعي ومحدودية الخيال والتفكير الموجه نحو الخارج كما يجدون صعوبة في التعامل مع مختلف قضاياهم النفسية والطبية. والمثير للإنتباه ارتفاع نسبة انتشار الاليكسيثيميا بشكل عام لدى المراهقين بمختلف المراحل التعليمية بشكل خاص، وهذا ما أوضحتها دراسة (أبو زيد سعيد، 2008) على عينة من طلبة وطالبات الجامعة من المصريين، حيث نسبة انتشار الاليكسيثيميا تتراوح ما بين 10 - 15 %.

وتعتبر الاليكسيثيميا من المشكلات المهمة والتي لها ارتباط بالكثير من المشكلات الأخرى وعلي رأسهم المشكلات السلوكية وتحديدا في فئة المراهقين مثل إدمان الكحوليات، خلصت نتائج بعض الدراسات إلى أن

الطلاب الذين يعانون الاليكسيثيميا ينخفض لديهم الأداء الأكاديمي فالأشخاص الأسوياء كان أدائهم الأكاديمي أفضل بكثير ممن يعانون الاليكسيثيميا في السنة الأولى من الدراسة الجامعية.

وتعد الاليكسيثيميا عاملا مشتركا بين مختلف الاضطرابات النفسية، حيث تعتبر عاملا مشتركا في العديد من الاضطرابات الوجدانية والسلوكية والعضوية نظرا لأنها تعيق التنظيم الانفعالي للمعلومات الوجدانية مما يعيق عملية التكيف الناجح وفي هذا السياق فقد ارتبطت الاليكسيثيميا بعدة عوامل كالقلق والاكتئاب والفصام واضطرابات الاكل والنوم والحساسية التفاعلية والانطواء.

جاء تعريف معجم علم النفس والطب النفسي (1995) إلي أن الاليكسيثيميا حاله من الخيال المحدود والحياة الانفعالية الفقيرة، وأن المصابين بهذا الاضطراب يواجهون صعوبات في التعرف علي حالاتهم الانفعالية ووصفها للآخرين كما يبدو عليهم جهل ماهيه كلمه مشاعر. (جابر عبد الحميدوعلاء الدين كفاي 1995) كما ورد في معجم مصطلحات الطب النفسي أن الاليكسيثيميا تعني عجز التعبير، وهو عدم القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف والانفعالات، أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية.

المظاهر الدالة علي الاليكسيثيميا..:Manifestations of Alexithymia.

توجد العديد من المظاهر والخصائص التي تميز الأشخاص ذوو الاليكسيثيميا المرتفعة والتي تساعد في التعرف علي خصائص الاليكسيثيميا ومظاهرها ومنها مايلي:

1-خصائص جسمية وبيولوجية:

أشارت بعض الدراسات إلي ارتباط الاليكسيثيميا بحالات الصداع العصبي، والاجهاد ، واضطرابات الجهاز الهضمي وامراض الحساسية واضطراب القولون.

2-خصائص معرفية وجدانية:

أن هؤلاء الأشخاص يعانون من اختلال وظيفي في معالجة المعلومات الوجدانية، مما يتسبب في عدم القدرة علي التعرف علي دوافعهم الداخلية ، فيكون لديهم تشويها معرفيا داخليا كما يوجد لديهم ندرة في المفردات اللغوية، ونقص في الكلمات المستخدمة للتعبير عن المشاعر.

3-خصائص اجتماعية:

نتيجة لضعف القدرة علي تحديد لمشاعر ووصفها بشكل دقيق، فإن هؤلاء الأشخاص يفتقرون إلي المهارات الشخصية التي تأهلهم الي التواصل الفعال مع الآخرين كما أن هؤلاء الأشخاص يشعرون

دائماً بأن الأشخاص المحيطين بهم مصدر احباط وسخرية، لأنهم دائماً ما يشعرونهم بالضعف وعدم قدره علي التواصل الفعال فيفضل الانسحاب والعزلة .

4- خصائص سلوكية:

التعبيرات الوجهية ضعيفة لدي هؤلاء الأشخاص، وليس لديهم حياة وجدانية يتحدثون عنها، وكثيرا ما تكون الشكوي الجسدية هي أصدق تعبير عن الحالة الانفعالية، فقد يصف الشخص بدقة حالة الجسدية بينما لا يستطيع ان يذكر شئ ما يضايقه وذلك بسبب عدم القدرة علي التعبير عن المشاعر وليس غياب المشاعر في حد ذاتها.

أنواع الاليكسيثيميا.. Type of Alexithymia:

يمكن تقسيم (الاليكسيثيميا) حسب وجهات نظر الباحثون في دراسة الاليكسيثيميا إلي:

1- الاليكسيثيميا الأولية والثانوية:

الاليكسيثيميا الأولية نتيجة لعجز عصبي، في حين أن النوع الثاني نتيجته لصدمة نفسية مبكرة او متأخرة.

كما أن الاليكسيثيميا الأولية تعني حالة دائمة لا تتغير مع الوقت ولا الظروف إ قليلا، أما الاليكسيثيميا الثانوية تأتي كرد فعل للصدمة الانفعالية، عندما يقوم الفرد بقمع الانفعالات كما ميكانيزم دفاع ضد أي صدمات أخرى وينظر إليها إلي أنها حالة ، والتي تتغير بتغير الموقف الضاغط وتعتبر الاليكسيثيميا الثانوية أكثر إحتمالية للاستجابة للعلاج من الاليكسيثيميا الأولية

وقد ميز بعض الباحثين بين الاليكسيثيميا الأولية والاليكسيثيميا الثانوية من حيث خصائص كل منهما:

الاليكسيثيميا الأولية تتسم بالتفكير الموجه نحو الخارج، وقلة الضغط وهي تعني في قصور في تنظيم المشاعر والوجدانيات، وهي متلازمة للمرضي السيكوسوماتيين بينما تعرف الاليكسيثيميا الثانوية بأنها صعوبة التمييز بين الانفعالات كما تعد رد فعل للضغوط النفسية .

و ترجع ساميه صابر (2012) الاليكسيثيميا الأولية إلي أسباب بيولوجية، بينما ترجع الاليكسيثيميا الثانوية وهي الأكثر شيوعا إلي أسباب نفسية واجتماعية، فالخبرات الصادمة التي تحدث مبكرا تؤثر علي استخدام الطفل للكلمات التي تعبر عن مشاعره وتزداد الاليكسيثيميا الثانويه بسبب الضغوط النفسية والمشكلات الصحية في اثناء المراهقة

الاليكسيثيميا الأولية تنشأ نتيجة العجز الحيوي العصبي البيولوجي أو الوراثي، بينما الاليكسيثيميا الثانوية تنشأ نتيجة لبعض الخبرات المؤلمة التي يمر بها الفرد والصدمات النفسية المبكرة أو المتأخرة، وبعض أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، مما يحدث خلل وظيفي في الممرات العصبية ذات العلاقة بالوظائف المعرفية.

2- الاليكسيثيميا حالة ام سمة:

لا يزال هناك خلاف وجدلا كبيرا بين الباحثين حول كون الاليكسيثيميا حالة ام سمة فكما يري (Taylor, 1997) أنه بالرغم من وجود اجماع حول السمات الاكلينيكية وتعريف الاليكسيثيميا وتحديد أبعادها، إلا أن هناك جدلا حول ما إذا كانت الاليكسيثيميا حالة عابرة ناتجة عن خلل نفسي أم سمة شخصية ثابتة.

الاتجاه الاول:

يري أن الاليكسيثيميا سمة من سمات الشخصية تنشأ بسبب وجود خلل في وظائف المعالجة المعرفية للخبرات الوجدانية بالمخ نتيجة قصور في بعض وظائف المخ.

الاتجاه الثاني

يري أن الاليكسيثيميا حالة مرضية، تظهر كاستجابة لتعرض الفرد لبعض المواقف الضاغطة أو التعرض للصدمات أو أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، أو استجابة لاضطراب جسدي الشكل، أو عرض نفسي كالالاكتئاب والقلق الحاد.

ثانياً: السلوك العدواني

تمهيد:

يُظهر جميع الأطفال قدرًا من النزعة العدوانية، ولكن ليس جميع الأطفال عدوانيين، إذ يتفرد الطفل العدواني بجملة من الخصائص التي تميزه عن الأطفال الآخرين، فالطفل العدواني يدرك أنه يلحق الأذى بالآخرين، وهو لا يمارس النزعة العدوانية كوسيلة للعب أو الاستيلاء على ما يمتلكه الأطفال الآخرين، أو للدفاع عن نفسه ولكنه يمارس العدوانية حياً في إيذاء الآخرين، وهذا يحدث في أي عمر، وتظهر النزعة العدوانية في جميع المدارس وفي جميع الأعمار وفي كل المراحل المدرسية، فهي تمارس في المدارس التحضيرية والإعدادية والثانوية، ففي المراحل المدرسية المتقدمة تأخذ العدوانية الطابع اللفظي أكثر مما تأخذ الطابع الجسدي، وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة وأشكال مختلفة ولا فائدة من أن تنفي مدرسة من المدارس وجود هذه المشكلة فيها.

وتُعد المرحلة الثانوية أرض خصبة لظهور مثل هذه السلوكيات العدوانية؛ نظراً لمزامنتها لمرحلة المراهقة الوسطى وما تحتويه هذه المرحلة من صراعات داخل الطالب، وتغيرات جسمية ونفسية تطرأ عليه وبالتالي تنعكس على سلوكه مع زملائه ومعلميه وكل المحيطين به في المدرسة أو في الأسرة.

مفهوم السلوك العدواني:

ولقد أشار كل من: "ميلر" ودينفر "Denver" & "Miller" (1982) إلي أن هناك خمسة محكات أساسية يتم من خلالها تعريف السلوك العدواني وتحديدها وهي: نمط السلوك، شدة السلوك، خصائص المعتدي، نوايا المعتدي، درجة الألم أو التلف الحاصل (جمال القاسم، ماجدة عبيد، عماد الزغبى، 2000، 116).

كما يري **عصام نجيب الفقهاء (2001، 495)** أن الميل للسلوك العدواني يتضمن مجموعة من السمات التي تصطبغ بها شخصية الفرد، وأهمها ما يأتي:

- استعمال مختلف أشكال العدوان والعنف، والتهديد باستخدامها.
- عدم الاهتمام بحاجات الآخرين وحقوقهم، عدم الاعتراف بالخطأ مطلقاً.
- استغلال النساء والأطفال، والتعامل معهم كأجزاء من الممتلكات.
- إلقاء اللوم على الآخرين لأنهم يسببون لأنفسهم المشاكل.
- التركيز على الفوز في كل المواقف بأي ثمن.

ويُعرّف عصمت العبد السلوك العدواني بأنّه:

" هو كل إشارة أو لفظ أو فعل يصدر من الإنسان عن قصد بغرض إلحاق الضرر أو الأذى بالنفس أو بالغير".

الفرق بين العنف والعدوان

العدوان	العنف
1- أكثر عمومية من العنف.	1- أقل عمومية من العدوان.
2- أشمل وأوسع من العنف (صورة غير واضحة).	2- محدد وهو صورة من صور العدوان (صورة واضحة)
3- ليس بالضرورة يعتمد علي القوة بل قد يكون صورة نقاشية بسيطة.	3- يعتمد علي القوة ويعبر غالباً عن البشر.
4- له الأهداف نفسها مع العنف.	4- يهدف إلي السيطرة علي الآخرين ويهدف إلي الموت والإذلال والإخضاع.
5- لا يستهدف العدوان بالضرورة مثل هذه الأهداف.	5- يستهدف التدمير والإيذاء البدني والمادي في غالب الأحيان.
6- العدوان مقرون بالظلم فقط.	6- العنف مقرون بالظلم والدفاع عن النفس.
7- العدوان هو طبع دائم يتصف به الشخص.	7- العنف يكون مؤقتاً ويأتي بوصفه رد فعل لأسباب معينة وقد يزول بزوال السبب.

والتطرف أحد مظاهر العدوان ويعرف التطرف بأنه: الجنوح فكرياً وسلوكياً إلي أقصى اليمين أو إلي أقصى طرف اليسار، وهو ينشأ من التناقض والاختلاف في المصالح أو القيم بين أطراف تكون علي وعي وإدراك لما يصدر منها، مع توافر الرغبة لدي كل منهما للاستحواذ علي موضع لا يتوافق بل وربما يتصادم مع رغبات الآخرين مما يؤدي إلي تدمير الجانب الحضاري في الكيان البشري. كما أنه استجابة متشددة ناتجة عن التوتر والنفور من الغموض في هيئة سلوك تسلطي، مشحون بشحنة انفعالية حادة ضد الجماعة الخارجية بسبب التمسك بآراء ومعتقدات من الصعب تغييرها لما يحمله الشخص من أبنية إدراكية قائمة علي موقف حاد من الأفكار البعيدة عن الاعتدال والوسطية في التعامل مع قضايا الحياة الاجتماعية.

ثالثاً: الضغوط النفسية

تُعد الضغوط النفسية إحدى الظواهر في حياة الإنسان تظهر في مواقف الحياة المختلفة؛ حيث أصبحت جزء من الحياة اليومية، لذا وجب التعرف على مفهومها، وأنواعها، ومصادرها، والنظريات المفسرة لها، والآثار الناتجة عنها، وأساليب التعامل والتكيف معها.

أولاً: مفهوم الضغوط النفسية

تعرف بأنها كل ما يواجهه الفرد في حياته من عوائق وصعوبات ومواقف وأحداث حياتية ضاغطة تفوق طاقته علي احتمالها، ويعجز عن إيجاد الحلول المناسبة لها، الأمر الذي يشعره بحالة من الإجهاد وعدم الارتياح النفسي وقد يؤدي ذلك إلي اعتلال صحته الجسمية والنفسية، وتُعرّف أيضاً بأنها: تلك المثيرات الداخلية أو البيئية، والتي تكون علي درجة من الشدة والدوام بما يُثقل القدرة التوافقية للفرد، والتي تؤدي في ظروف معينة إلي الاختلال الوظيفي والسلوكي يتضح أنّ الضغوط النفسية تتميز بثلاث اتجاهات:

- تعريف الضغوط علي اعتبار أنّها حدث (مثير) خارجي يمر به الفرد، ويُنظر إليها علي أنها متغير مستقل (السبب).
- تعريف الضغوط علي أنّها الاستجابة للحدث، ويُنظر إليها علي أنها متغير تابع (النتيجة).
- تعريف الضغوط علي أساس إدراك الفرد للحدث وتقديره له، بمعنى وجود عوامل تمهد لظهوره وأخري تتمثل في آثاره، وتفسير ذلك أنه يُعد متغير وسيط بين المثير والاستجابة.

ثانياً- أنواع الضغوط النفسية:

تنقسم الضغوط النفسية من حيث أثرها إلي:

- أ- الضغط الايجابي ويعمل كدافع لإنجاز هدف محدد مثل الضغط الذي يسبق الامتحانات، فهذا الضغط يدفع الفرد إلي تكثيف الجهود ليلبغ هدفه وهو النجاح.
 - ب- الضغط السلبي الذي يشعر الإنسان باستنفاد طاقته النفسية لمواجهة تحديات الحياة وأصبحت هذه الضغوط تفوق قدراته وإمكانياته الجسمية والنفسية .
- كما أشار "Selye" إلي أربعة أنواع من الضغوط النفسية هي:

- 1- الضغط النفسي السيئ: الذي يضع علي الفرد متطلبات زائدة، ويطلق عليه الكرب.
- 2- الضغط النفسي الجيد: وله متطلبات لإعادة التكيف مثل: (المنافسة الرياضية، أو

سفر، أو ولادة طفل جديد في الأسرة).

3- الضغط النفسي الزائد: وينتج عن تراكم الأحداث السلبية للضغط النفسي المنخفض

بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته علي التكيف معها.

4-الضغط النفسي المنخفض: ويحدث عندما يشعر الفرد بالملل وانعدام التحدي

والشعور بالإثارة.

يتضح من خلال التصنيفات السابقة لأنواع الضغوط النفسية أنّ البعض صنفها تبعاً

لأثرها، فمنها السلبي أو الايجابي، والبعض صنفها تبعاً لدرجة شدتها، فمنها الزائد أو

المنخفض. هذا بالإضافة إلي أنّه يمكن تقسيم الضغوط تبعاً لمدة تأثيرها إلي: ضغوط

دائمة، وضغوط مؤقتة، ومثال ذلك: الضغوط اليومية التي تواجه الفرد في حياته من خلال

تعاملاته واحتكاكه بالآخرين.

ثالثاً- مصادر الضغوط النفسية:

تتعدد أسباب ومصادر الضغوط، وكل مصدر منها يحتوي علي مصادر فرعية، فهي قد تكون

ناتجة عن:

- الظروف والمشكلات الاجتماعية وأحداث الحياة اليومية.

- الظروف والمشكلات الصحية.

- أحداث ومشكلات نفسية داخلية.

ولتوضيح هذه المصادر بشيء من التفصيل، وكذلك عرض الدراسات التي تدعمها أو تخالفها كالتالي:

1- الظروف والمشكلات الاجتماعية وأحداث الحياة اليومية:

تُعد الحياة مع الجماعة والانتماء لمجموعة من الأصدقاء أو لشبكة من العلاقات الاجتماعية

المنظمة من المصادر الرئيسية التي تجعل للحياة معني، ومن ثم توجهنا عموماً للصحة والكفاح،

والرضا، لذلك فاضطراب العلاقات الاجتماعية قد يؤدي إلي نتائج سلبية تؤثر علي التوافق والصحة

النفسية للفرد .

تنقسم الضغوط الأسرية إلي قسمين:

- ضغوط سلبية وضغوط ايجابية؛ فالسلبية تتمثل في وفاة عزيز (الأب، الأم، الابن، الزوج أو الزوجة)

أو الطلاق أو إصابة احد أفراد الأسرة بمرض مزمن أو المشاجرات بين الزوج والزوجة.

- أمّا الضغوط الايجابية فتتمثل في الزواج، الحمل، أو ولادة طفل جديد داخل الأسرة.
2- الظروف والمشكلات الصحية:

إن إصابة الإنسان ببعض الأمراض العضوية أو النفسية وخاصة المزمنة منها، وما يصاحب تلك الأمراض من أعراض جانبية وتكلفة مادية تجعل من هذه الأعراض مصدراً كبيراً لشعور المريض بالضغوط النفسية.

يري البعض أنّ المشكلات الصحية تُعد سبب رئيسي للضغوط سواء للمراهق أو المحيطين به، حيث يختلف الأفراد في طريقة تقبلهم للمرض خاصةً إذا كان مرضاً مزمناً، فتختلف درجة تحمّل المرض من شخص لآخر، بعض الأفراد لا يتحملون معاناة المرض وبالتالي ينقلون معاناتهم هذه لذويهم والمحيطين بهم؛ مما يمثل ضغطاً عليهم.

3- أحداث ومشكلات نفسية داخلية:

تؤثر المشكلات الانفعالية والعاطفية علي حالة التوافق النفسي للفرد، ولكن بدرجات متفاوتة، فما يثير التوتر والضغط لدى شخص قد لا يكون كذلك لدي شخص آخر، فالانفعال في درجات معقولة يحمي الإنسان من الخطر، ولكن إذا زاد عن المعدل المعقول تحول إلي مصدر ضغط. تتحول الانفعالات في حالات كثيرة إلي مصدر من مصادر الاضطراب في الحياة النفسية والاجتماعية للفرد. فالانفعالات الحادة (كما في حالات القلق والاكتئاب والإصابة بالأمراض النفسية) تؤدي في النهاية إلي اضطراب الوظائف البدنية .

رابعاً- مصادر الضغوط النفسية عند الطلاب:

تتعدد مصادر الضغوط النفسية عند الطلاب وذلك للفروق الفردية بين طالب وآخر، ولاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والأسرية لكل طالب عن الآخر، وما يُعد مصدر ضغط علي طالب قد لا يشكل أي ضغط علي طالب آخر؛ وذلك لاختلاف الطلاب في طريقة إدراكهم لتلك المصادر والأحداث المسببة للضغوط، وعلي الرغم من تعدد المصادر إلا أنّها لا تخرج عن تصنيفها إلي قسمين هما: عوامل داخلية وعوامل خارجية (أسرية، مدرسية، اجتماعية):

1- العوامل الداخلية (الشخصية):

تؤدي شخصية المراهق دوراً في نوعية الاستجابة لمصادر الضغوط فهي تُعد عاملاً وسيطاً ومتداخلاً تخفض أو تزيد من وطأة الموقف السلبي، فمواجهة الضغوط تعني القدرة علي تكيف الأفكار والسلوك مع المتطلبات .

وفي هذا الإطار أشار اريكسون في نظريته عن النمو النفسي الاجتماعي حيث تمثل مرحلة البحث عن الهوية حيث يسأل المراهق من أنا؟ ومن أكون؟ وما أهدافي؟ وما مستقبلي؟ وماذا أريد؟ وهذا يجعل المراهق يبذل جهداً كبيراً من اجل البحث عن إجابة لهذه الأسئلة .

يري البعض أنّ كل ما يتعلق بشخصية الطالب وحالته النفسية والجسمية، خاصةً طالب المرحلة الثانوية وهذه المرحلة التعليمية تقابل مرحلة مهمة من مراحل النمو وهي مرحلة المراهقة بكل ما يتخللها من تقلبات وتغيرات جسمية وانفعالية ومعرفية، وكلها تمثل أحداث ضاغطة علي المراهق.

ومن العوامل الداخلية التي تمثل ضغط كبير على الطالب:

أ- وجود إعاقة في جسده، حيث تؤثر نظرات الشفقة من الآخرين له علي حالته النفسية مما يشعره بالدونية وأنه أقل منهم،

ب- وجود حالة خوف مبالغ فيه (رهاب) من بعض المواقف الاجتماعية، أو عند الحديث إلي الناس، أو عند الأكل،

ج- ارتفاع مستوى الطموح بما لا يناسب إمكانيات الطالب، من حق أي طالب أن يحلم بالنجاح والتفوق وأن يصل إلي اعلي الدرجات ولكن بما يناسب إمكانياته العقلية والمادية، لأنه إذا ارتفع مستوى الطموح مع عدم توافر إمكانيات أصبح هذا الطموح مصدر ضغط للطالب، وهذا ما أشارت إليه دراسة فالح سالم العجمي (2014)، ولكن دراسة هناء محمد صالح (2013) جاءت بنتائج مغايرة حيث أظهرت أنّ الضغوط النفسية أثرت علي مستوى الطموح لدي الطالب وزادت من حماسه لتحقيق رغباته.

د- الإصابة بمرض مزمن مثال (السكري).

2- العوامل الخارجية (أسرية، مدرسية، اجتماعية):

أ- العوامل الأسرية:

تُعد البيئة الأسرية من أهم العوامل المؤثرة التي تسبب مشاكل وضغوط، فقد يعيش بعض الناس حياة صعبة وآخرون يعيشون حياة أقل قسوة، وفئة ثالثة تعيش حياة سعيدة، فمثلا الأسر

التي تعيش حياة الفقر والبطالة وتكثر بها الخلافات الأسرية، تعجز عن تلبية مطالب وحاجات أفرادها، كل هذه الأوضاع المزرية تجعل الطالب أقرب إلي التعرض للضغط النفسي.

كما أشار البعض إلي مجموعة من العوامل الأسرية منها:

- تفكك الأسرة والافتقار إلي الأمن والاستقرار، والانتماء الأسري.
- غياب القدوة والممارسة الفردية لأحد الوالدين.
- الأمية والجهل لدي الوالدين أو أحدهما.
- عدم شعور بعض أولياء الأمور بالمسؤولية التربوية تجاه مستقبل أولادهم.
- طموح بعض أولياء الأمور الزائد عن قدرات أبنائهم.

ب - العوامل المدرسية:

توجد بعض المشكلات في طريق الطالب أثناء محاولته لتحقيق أهدافه، وفي بعض الأحيان قد تعوقه عن تحقيق هذا الهدف، مما يجعل هذه المشكلات مصدراً للضغوط التي تصيبه بسبب عدم تحقيقه لهذه الأهداف.

تظهر هذه المشكلات في مجال التعليم بمختلف مراحلها، خاصةً المرحلة الثانوية والجامعية تتضح فيها بصورة كبيرة وذلك بسبب إدراك وفهم الطالب لأهمية هذه المرحلة في تحديد مصيره ومستقبله، ويبدأ ظهور أعراض القلق والخوف من الفشل الدراسي، ويزيد القلق بدرجة كبيرة في أيام الامتحانات، ج-العوامل الاجتماعية:

هي كل العوامل الموجودة داخل المجتمع والتي تسبب الشعور بالضغط النفسي، كالتمييز العنصري؛ فالطالب قد يكون منبوذاً من الزملاء أو الجيران أو الآخرين بسبب لون الجلد أو العرق أو عادات وتقاليد خاطئة منتشرة في المجتمع أو التعصب القبلي، وهذه النقرقة تساعد علي ظهور الغضب والإحباط والقلق واليأس والعزلة وانخفاض تقدير الذات لدي الطالب؛ مما يؤدي إلي الشعور بالضغط.

الآثار الناتجة عن الضغوط النفسية

تأثيرات فسيولوجية لزيادة الضغوط النفسية	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط النفسية	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط النفسية	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط النفسية
زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلي تنشيط وزيادة رد فعله وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلي فشل في تلك الأجهزة مثل اضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب.	عدم القدرة علي التركيز، تقل الاستجابة السريعة الحقيقية، وقد تؤدي محاولات التعويض إلي قرارات متسرفة وخاطفة. يزداد معدل الخطأ. تدهور في القدرة علي التنظيم والتخطيط بعيد المدى.	زيادة التوترات الطبيعية والنفسية حيث تقل القدرة علي الاسترخاء. زيادة الإحساس بالمرض حث يحدث تهيؤ أمراض الضغط واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة.	زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في تزايد التلعثم والتأتأة. نقص في الاهتمامات والتنازل عن الأهداف الحياتية. انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح.
زيادة إفرازات الغدة الدرقية مما يؤدي إلي زيادة تفاعلات الجسم وزيادة استنفاد الطاقة وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاد ونقص الوزن، وأخيراً انهيار جسيمي.	عدم تحري الدقة والحقيقة وتصبح الأفكار متداخلة وغير معقولة.	حدوث تغيرات في صفات الشخصية. تزيد مشاكل الشخصية حيث تتفاقم المشاكل المتواجدة مثل القلق، الحساسية المفرطة	صعوبة في النوم أو البقاء أكثر من أربع ساعات في اليوم. الميل لإلقاء اللوم علي الغير. نقل المسؤوليات علي الآخرين. ظهور نماذج سلوكية شاذة. حل المشاكل بمستوي سطحي.

	<p>ظهور الاكتئاب وعدم المساعدة والشعور بعدم القدرة علي التأثير.</p> <p>فشل في تقدير الذات وتطور الشعور بالعجز وعدم القيمة.</p>		<p>زيادة إفراز الكوليسترول من الكبد يعطي طاقة للجسم وإذا استمر الضغط لفترة طويلة يحدث تصلب للشرايين وأمراض ونوبات القلب.</p>
--	--	--	--

تابع جدول الآثار الناتجة عن الضغوط النفسية

تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط النفسية	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط النفسية	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط النفسية	تأثيرات فسيولوجية لزيادة الضغوط النفسية
			<p>امتناع الجهاز الهضمي، وتحول الدم من المعدة والأمعاء إلي الرئتين، وإذا طالت فترة امتناع الجهاز الهضمي يحدث اضطرابات هضمية بالمعدة.</p>
			<p>تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحباً بسبب تحول</p>

			<p>الدم منه إلي مناطق أخرى.</p> <p>إفراز الكورتيزون بالدم يؤدي إلي نقص الحساسية التي تؤدي إلي ضيق التنفس، وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية مما يؤدي إلي خرق المعدة وأمراض الحساسية</p>
--	--	--	--

سابعاً- أساليب التعامل والتكيف مع الضغوط النفسية:

توجد ثلاثة أساليب وعمليات للتعامل مع الضغوط وهي:

- 1- أسلوب التوجه الانفعالي (Emotional Oriented): ويقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد وتتعكس علي أسلوبه في التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والقلق والانعزاج والغضب والأسى واليأس.
- 2- أسلوب التوجه نحو التجنب (Avoidance Oriented): ويقصد به محاولة الفرد لتجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة وأن يكتفي بالانسحاب من الموقف، ويطلق علي هذا الأسلوب أيضاً الأسلوب الإحجامي في التعامل مع المواقف الضاغطة.
- 3- أسلوب التوجه نحو الأداء (Task Oriented): ويقصد به المحاولات السلوكية النشطة التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة، والاستفادة من خبرات المواقف السابقة، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة واختيار أفضلها، ووضع خطة فورية لمواجهة المشكلة.

أساليب إدارة الضغوط النفسية:

- 1- زيادة الروابط الاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء فهذا من شأنه التقليل من الآثار السلبية للضغوط النفسية.

- 2- الخضوع لفنيات المعالج السلوكي.
- 3- تغيير طرق تفكير الفرد بحيث تكون أفكاره ايجابية نحو الحياة والظروف والمواقف.
- 4- تجنب الإيحاءات السلبية التي ترسل إلي العقل الباطن والبحث عن الايجابيات.
- 5- الحوار الايجابي مع الذات وعدم المبالغة في لوم الذات.
- 6- أن يكون الهدف التخفيف من الضغوط النفسية ومواجهتها وتجنب تراكمها.
- 7- تعزيز ومكافأة الذات باستمرار، وعند تحقيق النجاحات (الجزئية أو الكبيرة).
- 8- توزيع المهام والأعباء والواقعية في وضع الأهداف بحيث تكون قابلة للتحقيق.

رابعاً: إدمان الإنترنت

لقد ظهر مفهوم إدمان الإنترنت internet addiction أو ما يسمى الاستخدام المرضى للإنترنت أو الاستخدام القهري للإنترنت بالفاموس الطبى عام 1995م حيث كان أول من أشار إليه الطبيب النفسى إيفان جولد برج Goldberg. وإذا كان علماء النفس لا يتفقون جميعاً على اعتبار أن هذا الإدمان مرض حقيقى فإنهم يجمعون على نقطة واحدة وهى وجود الملايين الذين يعانون هذا الاستخدام المفرط للشبكة إلى حد جعلهم لا يستطيعون ممارسة حياتهم بشكل طبيعى.

كما عرف شارلتون Charlton (2002) إدمان الإنترنت بأنه "حالة من الاستخدام المرضى لشبكة المعلومات تؤدي إلى اضطرابات إكلينيكية يستدل عليها بوجود بعض المظاهر كالتحمل والتكرارية والأعراض الأنسحابية. أما هبه بهى الدين (2003) فقد عرفت مدمن الإنترنت بأنه " الشخص الذى لا يستطيع مقاومة رغبته فى الإتصال بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) وتظهر عليه أعراض اضطرابية فى حالة التوقف أو التقليل من إستخدام الإنترنت.

ويعرف إدمان الإنترنت بأنه " رغبة ملحة متزايدة فى قضاء أكبر وقت أمام الإنترنت وبصفة مستمرة وهو نوع من البحث الحسى للمثيرات أو النشاطات العديدة بهدف تحقيق الإشباع يتولد عنه الإنشغال الذهنى بهذه المثيرات أو النشاطات حتى وإن كان الإنترنت غير متاحاً للفرد فتتأثر حالته النفسية والسلوكية والاجتماعية والأكاديمية.

نجد أن هذه التعريفات قد تكاملت مع بعضها البعض مستندة إلى مجموعة من الأسس الثابتة التى يمكن إجمالها فيما يلى :

- مدمن الإنترنت لا يستطيع ممارسة حياته بشكل طبيعى .
- المعاناة من أعراض نفسية وجسمية فى حالة وجود أى عائق للإتصال بشبكة الإنترنت .
- تأثر العلاقات الإجتماعية والحياة الأسرية والأكاديمية والمهنية .
- ظهور أعراض الإدمان الأنسحابية مثل القلق والتوتر وإهمال الواجبات الأساسية .

د-التفسيرات المختلفة لإدمان الإنترنت :

شبكة الإنترنت من المستحدثات التكنولوجية الحديثة التي دخلت عالمنا بسرعة فائقة، وأدى الإفراط في استخدام الإنترنت إلى زيادة الضغوط النفسية التي أصبحت سمة من سمات هذا العصر، ونحاول فيما يلي عرض لأهم تفسيرات إدمان الإنترنت :

1 - التفسير السلوكي :

يرى هذا الاتجاه أن الوظائف والسلوكيات الفردية تخضع للأشترط الاجرائي الذي قدمه "سكنر" والذي يتم فيه مكافأة الشخص إيجاباً أو سلباً أو معاقبته على هذا السلوك ، فعلى سبيل المثال بالنسبة للشخص الذي يشعر بالخجل من مقابلة أناس جدد وأقاربه فإنه يجد الإنترنت يمثل له خبرة السرور والرضا والأرتياح دون الحاجة للتفاعل المباشر وجهاً لوجه ،ومن ثم فهي خبرة معززة في حد ذاتها .

ومن ثم وفقاً للاتجاه السلوكي فإن الممارسة والتكرار هي التي أوجدت إدمان الإنترنت وهكذا فإن أي فرد يصبح عرضه لإدمان الإنترنت في أي عمر وفي أي وقت وأياً كانت الطبقة الاجتماعية أو الثقافية للفرد. وليس فقط مجرد وجود الدافع أو الهدف في حد ذاته، ولكن أيضاً لابد من ممارسة هذا السلوك لمرات عديدة ثم يتم تدعيمه وتعزيزه بالشعور الداخلي الذي يتحقق للفرد بعد دخوله على الإنترنت في كل مرة. والأدهى من ذلك أن هذا الشعور لا يتغير في نوعه ولكنه يتغير في شدته ويصبح أشد وأشد مما يوقع الفرد في العديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية والأنفعالية .

2 - التفسير السيكودينامي :

يتم من خلال الخبرات التي يمر بها الأطفال في مرحلة الطفولة أو مايسمى بصدمة الطفولة المبكرة وارتباط ذلك ببعض سمات الشخصية كالاضطرابات والميول والنزعات الموروثة لدى الفرد. فقد يكون لدى الفرد استعداد نظري لإدمان الإنترنت ولكنه لا يقع في الإدمان إلا إذا توافرت ظروف وأحداث ضاغطة في حياته وساعدت أو دفعته إلى إدمان الإنترنت ليصبح الفرد مدمن إنترنت .

وهكذا نستطيع القول بأن هذا الاتجاه يرى أن إدمان الإنترنت هو استجابة هروبية من الإحباطات وللرغبة في الحصول على لذة بديلة مباشرة لتحقيق الإشباع وأيضاً للرغبة في النسيان. وكذلك أن الإفراط في استخدام ميكانيزم الإنكار هو أيضاً مؤثر على إدمان هذا الفرد للإنترنت، ووفقاً

للتفسير السيكودينامى فإن إدمان الإنترنت يعتبر وسيلة للهروب من الضغوط الخارجية التى تواجه الفرد، أو دفاعاً فى مواجهة إحباطات الواقع والصراعات الداخلية .

3 - التفسير المعرفى :

إن الفكرة المعرفية للمتورط فى إدمان الإنترنت تلعب دوراً فى تورطه وإستمرارية تورطه، بل وحتى أيضاً فى إمكانية مقاومته للإرشاد فى بعض الأحيان فيكون فريسة لفكرة أن الإنترنت هو الطريقة الوحيدة الملائمة له ليشعر بالسعادة والهدوء، ويعتقد إنه يؤكد ذاته ويخفض الشعور بالقلق بهذا الأسلوب الوحيد من وجهة نظره، وهذا يعنى التورط واستمرارية التورط فى إدمان الإنترنت إنطلاقاً من هذه القاعدة المعرفية العقلية التى أخذت ملقاً فى وجدانه وإتجاهاته فقراره بالإستمرارية فى ممارسة هذا الإدمان يكون مدعوماً بما يبرره معرفياً. ولقد أوضح أرون بيك أن الإنسان عرضه لمؤثرات عقلية ومعرفية وللأفكار الإنهزامية التى تتجه به فى المسار الخاطيء، وهو لديه القدرة أثناء الإرشاد على تعديل أفكاره وهو ليس كما يقول البعض خاضعاً لتفاعلات كيميائية أو انعكاسات آلية عمياء .

وإنطلاقاً مما سبق فإن معارف الشخص ومعتقداته يمثلان مصدراً رئيسياً للسلوك السوى، أو السلوك المضطرب، ولذا فإن الأفكار المشوهة والمعتقدات الخاطئة تنعكس على هيئة سلوك مضطرب كإدمان الإنترنت. ولذا على المرشد المعرفى مساعدة المسترشد فى تصحيح الأفكار المشوهة والمعتقدات الخاطئة التى تؤدى إلى إدمان الإنترنت .

4 - التفسير الوجودى :

يؤكد التفسير الوجودى فى فلسفته أن وعى الكائن بوجوده يتلازم مع ضرورة وعيه بإمكانية أن يعتمد إلى تدمير ذاته لإيقاف وجوده فى الحياة والذى يعنى الموت وقد يعتمد الكائن إلى مستوى من التدمير أقل من ذلك عندما يفقد توجهه الصحيح فى الحياة، والقدرة على الاختيار الحر، والشعور بالعزلة الشخصية وهو ما يطلق عليه الفراغ الوجودى.

ووفقاً للتفسير الوجودى فإن الفرد له مطلق الحرية فى اختيار الأسلوب المناسب له فى الحياة، ويتحمل المسؤولية والنتائج المترتبة على قراراته واختياراته.

5 - التفسير الطبى :

وهو قائم على أساس أن سلوكيات الأفراد تحكمها مجموعة من العوامل الوراثية الجينية والتغيرات الكيميائية فى المخ والناقلات العصبية، وما يتعلق بها من تغيرات فى الكروموزومات والهرمونات والمواد الكيميائية الضرورية لتنظيم المخ والجهاز العصبى .

فقد أظهرت البحوث فى هذا المجال أنه توجد عقاقير قد تحدث خللاً فى التواصل العصبى مما يترتب عليه أن يرسل المخ معلومات غير صحيحة كأن يتوهم الشخص بإعتدال المزاج لممارسة نشاط معين، مثل تناول العقاقير أو المخاطرة، أو المقامرة، وبتطبيق مثل هذا التفسير على حالة الاعتماد على الإنترنت، حيث يتيح الإنترنت شعوراً بالمتعة والإثارة. فالفرد يكون لديه استعداد للإدمان فى حالة زيادة أو نقص مكونات كيميائية ضرورية فى المخ ونجد فى حياتنا اليومية أن اعتياد بعض الأفراد على عقاقير معينة بسبب حاجتهم المتنوعة لنشاطات معينة يقوم بها الفرد بالدخول على تلك المواقع ليشعر بالمنفعة والاستثارة. وإدمان الإنترنت هو أحد أنواع الإدمان التى ليس لها علاقة بالعقاقير، إلا أنه لديها نفس أعراض هذا الإدمان، والذى يرتبط بعدة مظاهر للأعراض الإنسحابية القريبة من الأعراض الإنسحابية للإدمان التقليدى، وهذه الأنواع من الإدمان هو من قبيل الاستغراق القهرى فى المقامرة ، والممارسة الزائدة لاستخدام الإنترنت، حيث يظهر على الفرد المصاب بهذه النوعيات المختلفة من الإدمان، التقلب المزاجى، والاشتياق الشديد والتلهف لممارسة السلوك الإدمانى لهذا النوع من الإدمان .

أعراض إدمان الإنترنت :

- 1-الشعور بالرغبة فى زيادة عدد ساعات إستخدام الإنترنت والرغبة فى الدخول إليها عند تركها .
- 2-القلق والتفكير المفرط فى الإنترنت وما يحدث فيها .
- 3-إهمال العمل والدراسة .
- 4-إهمال العلاقات الحميمة والعائلية .
- 5-إلتهاب مفاصل الرسغ ، صداع نصفى ، آلام فى الظهر ، إجهاد العين ، والأكل بشكل غير منتظم
- 6-يفتقد العلاقات الاجتماعية الحقيقية ويصبح ذو طبيعة إنعزالية .
- 7-الخجل وعدم الثقة بالنفس .
- 8-يعانى الفرد من مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية ودراسية .

- 9-يعيش الفرد فى عالم إفتراضى من الخيال وغير منطقى وعنده أحلام يقظة مستمرة .
- 10-لايوجد هدف محدد عند دخوله الإنترنت بسبب تنوع الخيارات وكثرة المواقع.
- 11-عدم القدرة على السيطرة فى الرغبة فى إستخدام الإنترنت .
- 12-إستخدام الإنترنت بعيداً عن رقابة الأسرة للهروب من ضغطهم .
- 13-الشعور بعدم قيمة الوقت حين يستخدم الإنترنت .
- 14-وسيلة للهروب من المسئولية والمشاكل الخاصة .

أسباب إدمان الإنترنت :

أسباب إدمان الإنترنت تتنوع وتختلف باختلاف البيئة والمرحلة العمرية والجنس، والبعض قد يطول معهم الإدمان ويفرطون فى استخدام الإنترنت ولا يتمكنون من الاستغناء عنه .
ومن أسباب إدمان الإنترنت الشعور بالوحدة، الشعور بالحرية والإيجابية والشعور بالسعادة والنشاط بفضل الاتجاهات المتعددة التى تتيحها المواقع المختلفة للإنترنت كذلك فإن من أسباب إدمان الإنترنت الاكتئاب وعدم التواصل الأسرى وحب النفس وتفكك العلاقات الاجتماعية

وهناك ثلاث أسباب رئيسية تجعل من الإنترنت سبباً للإدمان :

- 1 - السرية : إن الإمكانية التى يوفرها الإنترنت فى الحصول على المعلومات، طرح الأسئلة والتعرف على الأشخاص دون الحاجة إلى تعريف النفس بالتفاصيل الحقيقية توفر شعوراً لطيفاً بالسيطرة إلى جانب ذلك فإن القدرة على الظهور كل يوم بشكل آخر حسب أختيارنا، تعتبر تحقيقاً لحلم جامح بالنسبة للكثير من الناس .
- 2 - الراحة : الإنترنت هو وسيلة مريحة للغاية وهو يتواجد عادة فى البيت أو العمل، ولا يتطلب الخروج من البيت أو السفر أو استعمال المبررات من أجل استخدامه، هذا التيسير يوفر حضوراً عالياً وسهولة فيما يتعلق بتحصيل المعلومات التى لم نكن لنقدر على تحصيلها بدون الإنترنت .
- 3 - الهروب: مثل الكتاب الجيد أو الفيلم المثير، فإن الإنترنت يوفر الهروب من الواقع اليومى والحقيقى.

أهم المواقع بالنسبة لمدمنى الإنترنت :

(1) المواقع الإباحية :

تأتى فى مقدمة المواقع الأكثر تداولاً على الإنترنت وتزداد بشكل مخيف ويصل عدد المواقع الإباحية إلى ما يزيد عن خمسة ملايين موقع تمثل 10% من إجمالى مواقع الإنترنت وهذه المواقع لها فعل السحر على الفرد لما تحتويه من أشياء مثيرة تستطيع السيطرة عليه .

فالإنتشار السريع والمتجدد للمواقع الإباحية على شبكة الإنترنت كان له دور رئيسى فى هذا النوع من الإدمان، ولا يقتصر الإدمان الجنى على الدخول على المواقع الإباحية على الإنترنت، بل يتعدى ذلك إلى قضاء أوقات طويلة فى بعض غرف الحوارات فى أحاديث جنسية مع مستخدمين آخرين أو تبادل صور أو عناوين لمواقع إباحية على الإنترنت .

(2) غرف الحوارات:

تقوم على الأتصال بين الناس والتعرف على الأصدقاء ويقضون أوقاتاً طويلة فى التثرثرة والتحدث عن مشاكلهم أو عن الأمور العامة، وأحياناً كثيرة يكون الحوار عن الإباحية، والحوار عن طريق المحادثة المسموعة أو المرئية أو الكتابية وقد يقوم الشخص بعمل علاقات غرامية وقد تستغرق تلك الحوارات شهور وأحياناً يتقابل الطرفان فى الحقيقة وأحياناً يحدث الزواج بين الجنسين .

(3) ألعاب الإنترنت :

تنتشر بصورة كبيرة بين الشباب ويشترك بها شخص أو أكثر كما يشمل كذلك لعب القمار والدخول إلى مواقع " الكازينوهات التخيلية " والتي تمكن المستخدمين من اللعب مع آخرين كما لو كانوا فى كازينو حقيقى وتنتشر المواقع التى تعرض هذه الألعاب كثيراً فى الأونة الأخيرة .

(4) الإفراط المعلوماتى :

يحتوى الإنترنت على كم هائل من المعلومات، وقد يستهوى ذلك نوعية معينة من العقول التى لاتشبع الرغبة فى الحصول على كل ما تقدر عليه من معلومات فى مختلف المجالات.

الآثار السلبية الناتجة عن إدمان الإنترنت :

تتنوع آثار إدمان الإنترنت السلبية على المدمنين وفيما يلي تلخيص لهذه الآثار :

أولاً : الآثار الصحية :

- 1-التعرض للإشعاعات الضارة وإن كانت الكمية الصادرة عنها ضئيلة إلا أن كثرة التعرض لها تسبب أضراراً جسيمة على المتعرض على المدى الطويل .
- 2-الآلام فى العمود الفقرى والتهابات فى مفاصل الرسغ وأوتار المعصم وألأما فى الكتفين نتيجة الجلوس لفترة طويلة أمام الكمبيوتر .
- 3-إجهاد العين مما يؤدي إلى ضعف النظر بالتدريج .
- 4-اضطراب فى النوم بسبب الحاجة المستمرة إلى قضاء وقت كبير أمام الكمبيوتر لإستخدام الإنترنت، مع انخفاض مناعة الجسم و فقدان الشهية .
- 5-ضعف التركيز وقلق دائم يصاحبه إرهاق مستمر .
- 6-زيادة الوزن نتيجة لعدم الحركة مع تناول الوجبات والمشروبات العالية السعرات .
- 7-الإصابة بصداع شبه مزمن أغلب الوقت .

ثانياً : الآثار الأسرية :

- 1-العزلة والاعتزاب عن باقى أفراد الأسرة على الرغم أنه يعيش بينهم .
- 2-قلة الانتماء الأسرى يصاحبه إهمال فى الواجبات الأسرية مما يؤدي إلى توتر العلاقات الأسرية، واضطراب حياة الأسرة (خالد السالم،2000، ص45).
- 3-الأنطوائية والتقليل من حجم الدائرة الاجتماعية.
- 4-ضعف الثقة بالنفس وتفكك العلاقات الاجتماعية بالاضافة الى إساءة فهم سلوك الآخرين نحوهم .
- 5-سرعة الانفعال وعدم القدرة على اتخاذ قرارات دون الأعتماذ على أفراد الأسرة .
- 6-تتأثر العلاقات الزوجية حيث يحس الطرف الآخر بالخيانة ، وقد أطلق على الزوجات اللاتي يعانين من مثل هؤلاء الأزواج بأنهن أرامل الإنترنت .
- 7-اتساع الفجوة بين أبناء الأسرة وتقليل الروابط الأسرية بعدم إهتمام ومتابعة الأسرة لأولادهم وتركهم أمام الإنترنت رغم خطورته وذلك لعدم درايتهم به.

ثالثاً : الآثار فى العمل :

- 1- يضيع العامل بعض من وقت عمله فى اللعب على الإنترنت أو استخدامه فى غير تخصصه .
- 2- سهر مدمن الإنترنت طيلة ساعات الليل يؤدي إلى انخفاض مستوى أداء العمل.
- 3- الانقطاع الدائم عن العمل مفضلاً قضاء أغلب الأوقات فى التواصل بالإنترنت.
- 4- يمكن أن يؤدي إهمال المدمن الدائم للقيام بواجباته أن يفصل من عمله .

رابعاً : الآثار النفسية والاجتماعية :

- 1- تفكك أو اضرار العلاقات الاجتماعية وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين .
- 2- عدم الثقة بالنفس والشعور بضعف الكفاءة الذاتية .
- 3- فقدان التفاعل الاجتماعى لأن التواصل فيها يحدث عبر أسلاك ووصلات وليس بطريقة طبيعية .
- 4- التعرض للعزلة والنفور ومن ثم الاضطرابات النفسية مثل التوتر والقلق .

خامساً : الآثار الأمنية :

التعامل مع أشخاص مجهولين بالإضافة إلى انتهاك خصوصية الآخرين أو التورط فى السرقات الإلكترونية .

أساليب التغلب على إدمان الإنترنت :

1- عمل العكس :

فإذا اعتاد الفرد استخدام الإنترنت طيلة أيام الأسبوع ، نطلب منه الانتظار حتى يستخدمه فى يوم الاجازة الأسبوعية، وإذا كان يفتح البريد الإلكتروني أول شئ حين يستيقظ من النوم، نطلب منه أن ينتظر حتى يفطر، ويشاهد أخبار الصباح، وإذا كان الفرد يستخدم الكمبيوتر فى حجرة النوم نطلب منه أن يضعه فى حجرة المعيشة وهكذا.

2 - إيجاد موانع خارجية :

ضبط المنبه قبل بداية دخوله الإنترنت، بحيث ينوب الدخول على الإنترنت ساعة واحدة قبل نزوله للعمل مثلاً حتى لا يندمج فى الإنترنت بحيث يتناسى موعد نزوله للعمل .

3 - تحديد وقت الاستخدام :

تقليل وتنظيم ساعات استخدامه، بحيث إذا كان مثلاً يدخل على الإنترنت لمدة (40) ساعة أسبوعياً، نطلب منه التقليل إلى (20) ساعة اسبوعياً، وتنظيم تلك الساعات بتوزيعها على أيام الأسبوع في ساعات محددة من اليوم بحيث لا يتعدى الجدول المحدد .

4 - الامتناع التام :

كما ذكرنا فإن إدمان البعض يتعلق بمجال محدد من مجالات استخدام الإنترنت. فإذا كان الفرد مدمناً لغرف الحوارات الحية ، نطلب من الامتناع عن تلك الوسيلة امتناعاً تاماً ، في حين نترك له حرية استخدام الوسائل الأخرى الموجودة على الإنترنت .

5 - إعداد بطاقات من أجل التذكير :

إعداد بطاقات يكتب عليها خمساً من أهم المشاكل الناجمة عن إسرافة في استخدام الإنترنت، كإهماله لأسرته، وتقصيره في أداء عمله مثلاً، ويكتب عليها أيضاً خمساً من الفوائد التي ستنتج عن إقلاعة عن إدمانه، مثل : إصلاحه لمشاكله الأسرية، وزيادة اهتمامه بعمله، ويضع الفرد تلك البطاقات في جيبه، أو حقيبته حيثما يذهب بحيث إذا وجد نفسه مندمجاً في استخدام الإنترنت يخرج البطاقات ليذكر نفسه بالمشاكل الناجمة عن ذلك الاندماج .

6 - إعادة توزيع الوقت :

لابد أن يفكر الفرد في الأنشطة التي كان يقوم بها قبل إدمانه للإنترنت، ليعرف ماذا خسر بإدمانه مثل : قراءة القرآن، والرياضة، وقضاء الوقت مع الأسرة، والقيام بزيارات اجتماعية وهكذا .. نطلب من الفرد أن يعاود ممارسة تلك الأنشطة لعله يتذكر طعم الحياة الحقيقية وحلاوتها .

7 - الانضمام إلى مجموعات التأييد :

كوسيلة مساعدة أيضاً لابد من زيادة رقعة حياته الاجتماعية الحقيقية ، بالانضمام إلى فريق كرة مثلاً، أو إلى درس لتعليم الخياطة، أو الذهاب إلى دروس المسجد، ليكون حوله مجموعة من الأصدقاء الحقيقيين .

8 - المعالجة الأسرية :

في بعض الأحيان تحتاج الأسرة بأكملها إلى تلقي إرشاد أسرى بسبب المشاكل الأسرية التي يحدثها إدمان الإنترنت بحيث يوضع برنامج يساعد على استعادة النقاش والحوار فيما بينها ، ولتعلم الأسرة بمدى خطورة تجاوز الحد المعقول في استخدام الإنترنت المؤدى إلى إدمانه .

خامساً: اضطرابات المسلك (الجناح)

تتميز اضطرابات المسلك بنمط متكرر ومستمر من المسلك غير الاجتماعي أو العدوانى أو التحدى وقد يصل هذا السلوك الى حد الاختراقات العظيمة لما هو مناسب بالنسبة لعمر الطفل والمنتظر منه اجتماعياً وبالتالي فهو أشد من العبث أو الازعاج العادى أو تمرد المراهقة ويستدعى أن يكون نمطاً ثابتاً من السلوك (ستة شهور أو أكثر) . وقد تكون اضطرابات المسلك فى بعض الحالات الى اضطراب شخصية ضد اجتماعية سيئة تتضمن علاقات عائلية غير محبة وفشل فى المدرسة وهو أكثر بين الذكور ، والتميز بينهما وبين الاضطراب الانفعالى مقتتن وصحيح ولكن فصلها عن فرط النشاط أقل وضوحاً وكثيراً ما يكون هناك تشابك بينهما ويجب أن تراعى الاحكام الخاصة بوجود اضطراب فى مستوى المسلك الارتقائى للطفل ، فنوبات المزاج العصبى ، على سبيل المثال هى جزء طبيعى من ارتقاء طفل يبلغ من العمر ثلاث سنوات ولا يمثل وجودها مجرد أساساً للتشخيص ، كذلك فان خرق الحقوق المدنية للآخرين (بالجريمة العنيفة على سبيل المثال) ليس فى مقدرة أغلب البالغين من العمر سبع سنوات ، وبالتالي فهو ليس معياراً ضرورياً لهذه المجموعة العمرية . والأمثلة على السلوكيات التى قد يستند اليها التشخيص تتضمن : معدلات مفرطة فى الشجار أو المضايقة ، القسوة على بشر آخرين أو حيوانات تدمير مفرط للملكية ، أشعال الحرائق ، السرقة ، الكذب المتكرر ، الهروب من المدرسة ومن المنزل ، نوبات مزاج عصبية شديدة وكثيرة فوق العادة ، وعدم طاعة شديد ومستمر .

أ- اضطراب مسلك مقتصر على اطار العائلة :

هو اضطراب المسلك الذى يتضمن سلوكاً ضد اجتماعى عدوانى (وليس مجرد سلوكاً معارضاً أو متحدياً مزعجاً) ويقتصر فيه السلوك غير الطبيعى على المنزل و / أو التفاعلات مع أعضاء العائلة المركزية أو المعاشرين للطفل ويتطلب التشخيص ألا يكون هناك اضطراب فى المسلك ذو دلالة خارج اطار العائلة وان تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج اطار العائلة فى النطاق الطبيعى . سوف نجد فى أغلب الحالات أن اضطرابات المسلك (الجناح) مقتصرة على العائلة قد برزت فى سياق شكل ما من الاضطرابات الشديدة فى علاقة الطفل بواحد أو أكثر من أعضاء عائلته المركزية فى بعض الحالات على سبيل المثال قد يبرز الاضطراب فى ارتباط بصراع مع زوجة أب جديدة أو زوج أم جديد .

ب- اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً :

يتميز هذا النوع من اضطراب المسلك فى كونه يربط بين سلوك غير اجتماعى أو عدوانى مستمر وبين اضطراب دال ومنتشر فى علاقات الطفل الفرد مع الأطفال الآخرين .

السمة الجوهرية المميزة لهذا الاضطراب هو عدم الانخراط المؤثر فى مجموعة من الاقران ويستدل على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين و / أو الموجهة بالرفض من قبلهم وعدم (الشعبية) بينهم وكذلك بالافتقار للأصدقاء المقربين والعلاقات المستمرة والمتعاطفة مع آخرين من نفس المجموعة العمرية ، أما العلاقات مع الراشدين فتتميز بالخلاف والعدوانية . والرفض ومع ذلم فقد توجد علاقات طيبة مع راشدين (ولكنها تفتقد الى الدرجة الوثيقة من الحميمية) وأحياناً يكون هناك خلل عاطفى مصاحب بالسلوكيات النموذجية وتتضمن الأغاظة ، والشجار المفرط والابتزاز المالى والاعتداء العنيف (بين الأطفال الأكبر سناً) ذلك بالإضافة الى درجات مفرطة من عدم الطاعة والوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، كذلك نوبات المزاج العصبى الشديدة والغضب غير المحكوم ، تدمير الملكية واشعال الحرائق والقسوة نحو الأطفال الآخرين والحيوانات وقد يتورط بعض الأطفال المنعزلين فى آثار جماعية وذلك عكس طبيعة هذا الاضطراب إلا وهى إتيان الأثم منفرداً .

وغالباً ما ينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ولكن قد يكون أكثر وضوحاً فى المدرسة ، كذلك اذا اختص الاضطراب بمواقف بخلاف المنزل ، فان ذلك يتناسب مع التشخيص .

ج- اضطراب مسلك (جناح) متوافق اجتماعياً :

هو اضطراب مسلك (جناح) يتضمن سلوكاً ضد اجتماعى وعدوانى مستمر وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعارضة والمتحدية والمزعجة يحدث فى الأفراد جيدي التكيف مع مجموعة أقرانهم .

مؤشرات تشخيصية :

والسمة الجوهرية المميزة هى وجود صداقات مرضية ومعمرة مع أقران من نفس المجموعة العمرية تقريباً ، وتتكون مجموعة الاقران من الصغار الآخرين المتورطين فى نشاطات منحرفة وضد اجتماعية (وفى هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً مقبولاً من مجموعة أقرانه وتنظمه الثقافة التحتية التى ينتمى لها) ولكن هذه ليست حاجة ضرورية للتشخيص فالطفل قد يكون جزءاً من مجموعة أقران غير منحرفة ويمارس سلوكه ضد الاجتماعى خارج هذا الاطار خاصة اذا كان السلوك ضد الاجتماعى يتضمن اضطهاد الآخرين ، فقد توجد علاقات مضطربة مع الضحايا أو مع بعض الأطفال

الآخرين ، ومرة أخرى فان هذا لايلغى التشخيص شرط أن يكون للطفل مجموعة أقران ما يكن لها الوفاء وتتضمن صداقات معمرة .

تميل العلاقات مع راشدين ذوى السلطة الى أن تكون سيئة ولكن قد تكون هناك بعض علاقات طيبة ، أما الاضطرابات العاطفية فعادة ضئيلة وقد يتضمن اضطراب التصرف أو لايتضمن الاطار العائلى ولكن اقتصره على المنزل يستبعد التشخيص فغالباً ما يكون الاضطراب أكثر وضوحاً خارج اطار العائلة واذا ما اختص بالمدرسة

(أو سياقات أخرى خارج سياق العائلة) فان ذلك لايتناقض مع التشخيص .

لقد ادرجت هذه الفئة لاغراض التقسيم المتكامل ، ولا يترتب على ذلك أى نتائج خاصة باعتبار الاضطراب أو عدم اعتباره دليلاً على عدم التكيف الشخصى .

ويتضمن :

اضطراب الجناح - النوع الجماعى ، انحراف الجماعة ، الاثام فى اطار عضوية عصابة ، السرقة بالاشتراك مع الآخرين ، الهروب من المدرسة .

د- اضطراب المعارضة المتحدية (الجريية) :

يظهر عادة بين الأطفال الأصغر عمراً ويتميز بوجود سلوك متحدى وعاصى واستفزازى شديد ولا يتضمن الأفعال ضد الاجتماعية أو العدوانية الاكثر شدة ، ذلك أنه حتى السلوك الفوضى أو العابث لايكفى فى حد ذاته التشخيص والسمة الأساسية فى هذا الاضطراب هى نمط من السلوك الرفض ، العدوانى المتحدى الاستفزازى الفوضى المستمر الذى يتجاوز بوضوح الاطار الطبيعى لسلوك طفل فى نفس العمر ومن نفس السياق الثقافى والحضارى والذى لايتضمن اختراقات خطيرة لحقوق الآخرين كما هو مشار إليه فى السلوك العدوانى وضد الاجتماعى المعين لتصنيف فئات اضطراب المسلك ويميل المصابون بهذا الاضطراب الى تحدى طلبات أو قواعد الراشدين ويغضبون البشر الآخرين عن عمد ، وعادة يميل هؤلاء الأطفال الى الغضب والامتعاض والاعتياط السهل بواسطة الآخرين الذين يصبحون بعد ذلك محل لوم لاخطاء أو صعوبات الطفل ذاته ، وهم بشكل عام لايحتملون الاحباط ويفقدون اعصابهم بسهولة ، والتحدى الذى يمارسونه يتميز بخاصية استفزازية بحيث أنهم يبدأون المواجهات ويمارسون عموماً درجات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، وفى أحيان كثيرة يظهر هذا السلوك بوضوح اثناء التفاعل مع بالغين أو أقران يعرفهم الطفل جيداً ، وقد لايتضح علامات الاضطراب أثناء المقابلة السريرية .

الميزة الجوهرية عن باقى أنواع اضطراب المسلك هى غياب السلوك الخارج للقوانين وللحقوق الأساسية للآخرين كما يحدث فى حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتدمير .

هـ- اضطرابات مسلك أخرى وغير محددة :

3- الاضطرابات المختلفة فى المسلك والانفعالات :

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بالجمع بين سلوك عدوانى أو ضد اجتماعى أو تحدى مستمر وبين أعراض شديدة من الاكتئاب أو القلق أو مضايقات أخرى فى المشاعر .

أ- اضطراب المسلك الاكتئابى :

Depressive Conduct Disorder

تستدعى هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب المسلك مع اكتئاب مستمر وشديد فى المزاج ويستدل على ذلك بأعراض مثل البؤس المفرط فقدان الاهتمام والاستمتاع بالنشاطات المعتادة ، لوم النفس وفقدان الأمل ، وقد تتواجد اضطرابات النوم أو الشهية .

ب- اضطراب مختلط آخر فى المسلك والانفعالات :

تستدعى هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب المسلك (الجناح) وبين أعراض انفعالية مستمرة وشديدة - مثل القلق ، والوساوس أو الأعراض القهرية أو تبدد الشخصية أو تبدد الواقعية والرهاب أو توهم المرض .

قائمة المراجع

- Ann M.Kring, S. L. ت (2015). علم النفس المرضى - الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية - الإصدار الخامس - الطبعة الثانية عشر. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم, ع. ا. (1998). الإكتئاب - اضطراب العصر الحديث - فهمة وأساليب علاجة. الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - عالم المعرفة.
- إبراهيم, ع. ا. (1983). العلاج النفسى الحديث قوة للإنسان. القاهرة: مكتبة مدبولى.
- إبراهيم, ع. ا. (1988). علم النفس الإكلينيكى - مناهج التشخيص والعلاج. الرياض: دار المريخ للنشر.
- إبراهيم, ع. ا. (1998). العلاج النفسى السلوكى - المدخل الحديث ط2. القاهرة: مطبعة الموسيقى.
- الأشول, ع. ع. (1988). سيكولوجية الشخصية: تعريفها - نظرياتها - نموها - قياسها - انحرافاتهما. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأنصارى, أ. م. (1996). العوامل الخمسة الكبرى فى مجال الشخصية: عرض نظرى مجلة علم النفس 19.38 - 6 ,
- الخال, أ. م. (1993). أصول الصحة النفسية (ط2). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية (ط3): (2015).
- الخالق, أ. م. (1987). بقلق الموت. الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب: عالم المعرفة.

- الخالق, أ. م. (1988). *الفروق بين الأسوياء والعصابيين والذهانيين الأثر اللاحق لبريئة* أرشميس. القاهرة: بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس في مصر: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- الخالق, أ. م. (1990). *الأبعاد الأساسية للشخصية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية (تقديم: هانز أيزنك) (ط8: 2015).
- الخالق, أ. م. (1994). أ. *الدراسة التطورية للقلق*. الكويت: حويات كلية الآداب جامعة الكويت، الحولية 14، الرسالة 90.
- الخالق, أ. م. (2003). *اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والإكتئاب: دراسة تنبؤية*. *المجلة المصرية للدراسات النفسية- العدد 27.41 - 1*,
- الخالق, أ. م. (2016). *علم نفس الشخصية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخصري, س. (1976). *الفروق الفردية في النكاه*. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
- الدر, إ. ف. (1994). *الأسس البيولوجية لسلوك الإنسان*. بيروت-لبنان: الدار العربية للعلوم.
- الدق, ر. س. (1996). *علم النفس المعرفي*. الكويت: شركة دار الفكر الحديث.
- الرحمن, م. أ. (2015). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الزيادى, م. (1969). *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشناوى, م. م. (1994). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشناوى, م. م. (1995). *العملية الإرشادية*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- الشيخ, أ.ت. ج. (1964). *مشكلات علم النفس*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الطيب, ص. أ. (2014). *الإرشاد النفسي في المدرسة - أسسه ونظرياتة وتطبيقاتة*. العين - الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- الغفار, ع. أ. (1976). *مقدمة في الصحة النفسية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- القفاش, ف. ت. (1962). *الموجز في التحليل النفسي*. القاهرة: دار المعارف.
- الملك, ش. ع. (1972). *مبادئ علم التشريح ووظائف الأعضاء*. القاهرة: المطبعة التجارية الحديثه.
- برادة, س. غ. (1964). *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- برادة, س. غ. (1964). *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: دار النهضة العربية.

- برادة, س. م. (1964). *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جاير, ج. ع. (1990). *نظريات الشخصية: البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم*. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- حمودة, م. (1991). *الطب النفسى-النفس أسرارها وأمراضها*. القاهرة: مكتبة الفجالة.
- دالين, د. (1977). *مناهج البحث فى التربية وعلم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية - طبعة ثانية.
- رمزى, ف. ت. (1966). *ما فوق مبدأ اللذة*. القاهرة: مكتبة مصر.
- زهران, ح. ع. (1973). *علم النفس الإجتماعى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران, ح. ع. (1974). *الصحة النفسية والعلاج النفسى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران, ح. ع. (1978). *الصحة النفسية والعلاج النفسى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران, ح. ع. (1985). *التوجيه والإرشاد النفسى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران, ح. ع. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسى ط4*. القاهرة: عالم الكتب.
- زيدان, أ. ل. (2016). *التوجيه التربوى والإرشاد النفسى فى المدرسة العربية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- زيور, ف. ت. (1963). *ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية*. القاهرة: دار المعارف.
- سرى, إ. م. (1990). *علم النفس العلاجى*. القاهرة: دار الكتب المصرية.
- شعلان, م. (1979). *الإضطرابات النفسية فى الأطفال*. القاهرة: الجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية.
- صادق, ف. م. (1982). *سيكولوجية التخلف العقبى ط2*. الرياض: عمادة شئون المكتبات - جامعة الملك سعود.
- صالح, أ. ز. (1971). *نظريات التعلم*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عثمان, د. ف. (1977). *مناهج البحث فى التربية وعلم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسكر, ع. أ. (2008). *علم النفس الإكلينيكى فى ميدان الطب النفسى، ط4*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة, أ. (1975). *التشريح الوظيفى للنفس-علم النفس الفسيولوجى*. مصر: دار المعارف بمصر.
- عكاشة, أ. (1992). *الطب النفسى المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عكاشة, أ. (1998). *الطب النفسى المعاصر ط6*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة, أ. ع. (2013). *الطب النفسى المعاصر ط16*. القاهرة: مكتبة النجلو المصرية.
- عوف, ط. م. (2011). *أسس علم النفس العام*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عيسى, ه. أ.ت. (2012). *العلاج المعرفى السلوكى المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية*. القاهرة: دار الفجر.
- غنيم, ر. ل.ت. (1989). *الشخصية*. القاهرة: دار الشروق.
- غنيم, س. (1973). *سيكولوجية الشخصية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- غنيم, س. م. (1975). *سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- فتحي, ف. ت. (1966). *محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج, د. ه. (2002). *مرجع إكلينيكى فى الإضطرابات النفسية-دليل علاجى تفصيلى*. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج, د. ه. (2002). *مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية - دليل علاجى*. القاهرة: مكتبة النجلو المصرية.
- فرج, ص. (1980). *القياس النفسى*. القاهرة: دار الفكر العربى.
- فضلى, م. ع. (1972). *بيولوجيا الذاكرة*. القاهرة: المجمع المصرى للثقافة العلمية-العددالثانى والأربعون.
- فطيم, آ. ج.ت.م. (1997). *خطة العلاج النفسى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فطيم, ل. (1994). *العلاج النفسى الجمعى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد, م. ج. (2004). *علم النفس الإكلينيكى*. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- مخيمر, أ. ف.ت. (1969). *نظرية التحليل النفسى فى العصاب*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مخيمر, ص. (1979). *المدخل إلى الصحة النفسية ط3*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مليكة, ل. ك. (1990). *التحليل النفسى والمنهج الإنسانى فى العلاج النفسى*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- مليكة, ل. ك. (1990). *العلاج السلوكى وتعديل السلوك*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- مليكة, ل. ك. (1994). *العلاج السلوكى وتعديل السلوك ط2*. القاهرة: دار النهضة العربية.

- ملیكة, ل. ك. (1997). *العلاج النفسى - مقدمة وخاتمة*. القاهرة: مكتبة النجلو المصرية.
- ملیكة, ه. و. (1971). *نظریات الشخصية*. القاهرة: الهيئة العامة للتألیف والنشر.
- ملیكه, ل. (1977). *علم النفس الإكلینیكى-جزء أول: التشخیص والتنبؤ فى الطریقة الإكلینیكیة*. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- منصور, ر. ف. (2000). *علم النفس العلاجى والوقئى - رقیق السنین*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- میخائیل, آ. ف. (1972). *الأنا ومیكانیزمات الدفاع*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- میخائیل, ف. (1969). *نظریة التحلیل النفسى فى العصاب*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- نظمى, أ.ت. ح. (1969). *الحقیقة والوهم فى علم النفس*. القاهرة: دار المعارف.
- هنا, ل. ك. (1959). *الشخصیة وقیاسها*. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- هنا, ل. ك. (1959). *الشخصیة وقیاسها*. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- وأخرون, ك. و. (1965). *تكنیك الرورشاخ*. القاهرة: المركز القومى للبحوث الإجماعیة والجنائیة.
- یوسف, ج. س. (2001). *النظریات الحدیثة فى تفسیر الأمراض النفسیة: مراجعة نقدیة*. القاهرة: دار غریب.