

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة غرداية

كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

مطبوعة بيداغوجية حول مقياس:

الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

لطلبة السنة الثالثة علم النفس المدرسي

إعداد الدكتورة: زينب أولاد هدار

السنة الجامعي: 2018 - 2019

محتوى البرنامج الخاص بمقياس

الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

03	.....مقدمة
04	.....المحاضرة الأولى: مفاهيم ذات علاقة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية
08	.....المحاضرة الثانية: ماهية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية
12	.....المحاضرة الثالثة: محكات وعوامل الإصابة بالاضطرابات السلوكية والإنفعالية
16	.....المحاضرة الرابعة: الأسس النظرية المفسرة لإضطرابات السلوك
22	.....المحاضرة الخامسة: تابع للنظريات المفسرة لإضطرابات السلوك
29	.....المحاضرة السادسة: تصنيفات خاصة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية
35	.....المحاضرة السابعة: خصائص المضطربين سلوكيا وإنفعاليا
41	.....المحاضرة الثامنة: تقييم وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية
47	.....المحاضرة التاسعة: المقابلة الإكلينيكية
52	.....المحاضرة العاشرة: الاختبارات والمقاييس النفسية
57	.....المحاضرة الحادية عشر: الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية للمضطربين س و إ
62	.....المحاضرة الثانية عشر: أساليب تعديل السلوك (المبادئ الأساسية)
66	.....المحاضرة الثالثة عشر: استراتيجيات تعديل السلوك
70	.....خاتمة
71	.....قائمة المراجع

مقدمة:

يظهر عند التلميذ بعض السلوكيات غير المرغوبة، والتي قد تعرضهم لسوء التوافق مع الآخرين، ونظراً لأنهم لا يستطيعون معرفة السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة، كما أنهم لا يستطيعون معرفة أو وصف ما بداخلهم من مشاعر سلبية تؤدي إلى تصرفات غير سوية، فهذه المشاعر السلبية هي إشارة لوجود اضطرابات سلوكية وانفعالية عند الأطفال.

ومن الجدير ذكره أن التكوين النفسي للتلميذ يرتبط بالتكوين الفسيولوجي، وسلامة الجسم، فالأطفال السليمين بدنيا والأسوياء نفسياً أقل عرضة للوقوع في اضطرابات سلوكية، ونجد أن التلاميذ المضطربين سلوكياً وانفعالياً مثلاً تظهر اضطراباتهم في عدم قدرتهم على ضبط دوافعهم وغرائزهم، وعدم استقرارهم انفعالياً، فتأتي سلوكياتهم مغايرة للمواقف التي يمرون بها، فتؤدي بهم إلى عدم التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين، وينعكس ذلك على المحيطين بهم من أولياء الأمور والمعلمين، للدرجة التي تجعلهم لا يستطيعون التعامل مع هذه المشكلات إلا من قبل أخصائيين نفسيين.

تأتي هذه المطبوعة البيداغوجية في محاولة توفير مادة علمية مركزة قدر الإمكان لطلبة السنة الثالثة تخصص علم النفس المدرسي، لمساعدتهم للتعرف والإحاطة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تظهر لدى الطفل والمراهق، وذلك من خلال تحديد أسباب ومظاهر هذه الاضطرابات، والتحكم في كيفية التشخيص تلك الاضطرابات، وأهم الأدوات والفنيات المستخدمة من قبل الأخصائي النفسي لتعديل هذه السلوكيات غير المرغوبة لعلاجها والوقاية منها.

المحاضرة الأولى:

تمهيد:

لكل إنسان ذاتيته الخاصة وفرديته المتميزة، وسلوكه مرتبط كل الارتباط بتكوينه النفسي، ولا يكفي أن يفهم نفسه لكي يكون قادراً على إنشاء علاقات إجتماعية سوية مع غيره، وإنما يلزمه أن يفهم غيره بقدر ما يفهم نفسه، وعلى أساس هذا الفهم يتحدد مدى نجاحه أو فشله في علاقاته بالآخرين.

وتفاعل الفرد مع بيئته يكون عن طريق كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عنه ظاهرة كانت أم غير ظاهرة.

مفاهيم ذات علاقة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية:

1- تعريف الاضطراب: Disorder

جاء معنى اضطراب في معجم المعاني الجامع، من فعل اضطرب وجمعه اضطرابات ومعناه: حالة عدم الاستقرار، فوضى، أو بلبلة، أو صخب وجلبة

أما في قاموس المعجم الوسيط: فقد جاء بمعنى: تحرك على غير انتظام، أو اختل أو تردد وارتبك، ونقول اضطرب الشخص أي أحس بقلق وحيرة، ومضطرب العقل.

(<https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/>)

ويعرف الاضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه: الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو يعني مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد... (غانم، 2006، ص18)

2- تعريف الانفعال: Emotion

هو تغيير مفاجئ في شخصية الإنسان، وهو خبرة ذات صفة وجدانية تكشف عن السلوك والوظائف النفسية، تشمل الإنسان في جميع جوانب شخصيته، ويؤثر في سلوكه الخارجي

وشعوره ويصاحبه تغيرات فسيولوجية، وهو حالة وجدانية مركبة تتميز بمشاعر واهتياج يصاحبها تغيرات حركية وتغيرات فسيولوجية. وتشير كلمة وجدانية إلى جوانب الإحساس باللذة أو السرور أو الألم التي تقترن بالحالات الانفعالية (إبراهيم، 2013، ص35).

كما يعرف: بأنه حالة داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة وإحساسات و ردود أفعال فسيولوجية وسلوك تعبير معين، ويصعب التحكم فيها كتعبير بالألفاظ والإيماءات والأوضاع التي يتخذها الفرد عند وقوفه أو جلوسه. (الدهري، 2005، ص137).

3- تعريف السلوك: Behavior

هناك اختلافات كبيرة بين نظريات علم النفس في نظرتها وتعريفها للسلوك، فنظرية التحليل النفسي لا تولي اهتماما كافيا للسلوك الظاهر وتعتبره مجرد عرض لصراعات أو اضطرابات نفسية داخلية، بينما ترى النظرية السلوكية أن السلوك الظاهر ظاهرة قائمة بحد ذاتها.

فيعرف جونستون وبنبييكر السلوك بأنه: "ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، الذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي أو حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغيير للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة". (مصطفى، 2015، ص36).

وعرف جبل السلوك (2001) بأنه: " رد فعل للضغوط الاجتماعية التي تواجه الفرد في تحقيق حاجاته" (جبل، 2001، ص315).

كما يعرف بأنه مجموعة من النشاطات التي تصدر عن الإنسان ظاهرة كانت أم غير ظاهرة، وهو نظام كلي مركب قابل للتعديل والتغيير والتكيف والنمو، وله ثلاثة جوانب، وهي:

- **جانب معرفي:** فالإنسان يدرك ما حوله ويتفاعل مع بيئته بواسطة الرموز والمعاني، وهو يفكر ويخطط لمستقبله، وهذه كلها عمليات معرفية تشمل الإدراك والتمييز والتطوير، والمثل والتفكير وغيرها.

- **جانب انفعالي:** ونعني به الحالة الانفعالية التي تصاحب السلوك ومثال ذلك الميل إلى موضوع والإقدام عليه.

- **جانب حركي:** تعتمد الاستجابات الحركية على عمليات لفظية أو رمزية، تتضمن الحركة بعداً معرفياً ومثال ذلك إدراك الكلمات عند كتابتها. (الصيخان، 2014، ص15)

• **خصائص السلوك:** للسلوك خصائص عديدة نذكر منها:

- السلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير

- لا يحدث في الفراغ وإنما في بيئة ما

- السلوك يتأثر ويؤثر في البيئة

- السلوك خاصة يمتاز بها الأحياء

- السلوك يتصف بالعمومية والشمولية (عادة يشير إلى مجموعة من الأفعال التي تتصف ببعض الخصائص المحددة، كالسلوك الاجتماعي).

يجزأ السلوك إلى مجموعة من الاستجابات، والاستجابة (Rseponse) هي الوحدة القابلة للقياس في علم السلوك (أي قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية)

هناك نوعين أساسيين من السلوك وهما: السلوك الإيجابي، السلوك الإجرائي.

- **تعريف السلوك السوي والسلوك الشاذ:**

ليس من السهل تحديد الخط الفاصل بين السلوك السوي والسلوك الشاذ، فهناك أكثر من تعريف للسلوك الشاذ وأكثر من معيار للتمييز بينه وبين السلوك السوي، حيث تلعب البيئة دوراً رئيسياً في تحديد السلوك فربما يكون سلوك سوي في بلد ما لا يعد سلوكاً سوياً في بلد آخر وهذا نتيجة التغير الثقافي والاجتماعي والإيديولوجي، فكل مجتمع له معايير وقوانينه وأحكامه التي تحكم على السلوك.

➤ **تعريف السلوك السوي:** على أنه السلوك الذي تحكمه القوانين والمعايير التي يعيش فيها الشخص في البيئة المحيطة به، بحيث تكون استجابات الفرد اتجاه المجتمع مقبولة اجتماعياً وطبقاً لمعاييره.

- وهو السلوك العادي أي المألوف والغالب على حياة غالبية الناس، والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه، ويكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً. (الجبوري والجبوري، 2014، ص75)

ومنه يمكن تعريفه بأنه القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته، والشعور بالسعادة وتحديد أهداف فلسفية سليمة للحياة يسعى لتحقيقها.

➤ **تعريف السلوك الشاذ:** هو ذلك السلوك الذي لا يتلاءم مع معايير المجتمع وقوانينه وأحكامه وقيمه وعاداته وتقاليده.

وعليه فالسلوك غير السوي (الشاذ) هو ذلك السلوك الذي لا يتوافق في مضمونه والموقف الذي حدث فيه. وهو انحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي.

المحاضرة الثانية:

ماهية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية:

1- الاضطرابات السلوكية من وجهة نظر المختصين:

تعد محاولة إعطاء تعريف شامل ومتكامل للاضطرابات السلوكية والانفعالية (يكون بالإمكان الاتفاق على مضمونه ومفرداته) أمرٌ ليس بالسهل على الباحثين والمختصين في ميدان علم النفس، ولا تكمن الصعوبة في قلة التعريفات فحسب، بل تظهر في " تعدد يشوبه عدم الوضوح وعدم التمايز لهذا المفهوم بما يجعله مختلفاً عن المصطلحات النفسية في هذا الميدان " (يوسف، 2000، ص28).

ذلك علاوة على ما تتصف به من نسبية، فقد يُظهر الأطفال المضطربين سلوكياً أنماطاً سلوكية طبيعية ويُظهر الأطفال العاديين أنماطاً سلوكية مضطربة، إضافة إلى أن هناك عدد من المسميات التي يلجأ الباحثين والمختصين إلى تعريف الاضطرابات السلوكية من خلالها أو استخدامها كمصطلح بديل عن الاضطرابات السلوكية، ومن أهمها **الإعاقة الانفعالية، سوء التوافق الاجتماعي، السلوك غير التكيفي واضطرابات الشخصية** (العزة، 2002، ص31).

ونحاول الآن أن نتناول مجموعة من التعاريف الأكثر تداولاً لهذا الاضطراب، فنجد:

- **تعريف باور 1979**: يقول (باور): إن الطفل الذي لديه اضطراب سلوكي أو انفعالي هو ذلك الطفل الذي يظهر مظهراً واحداً أو أكثر بدرجة واضحة لفترة زمنية طويلة من المظاهر التالية:

- 1- عدم قدرة الطفل على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو جسمية واضحة.
- 2- عدم قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية مرضية مع المعلمين والأقران مع عدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.

3- أن يظهر الطفل أنماطاً من السلوك والشعور والانفعال غير المرغوب فيها تحت ظروف عادية.

4- مزاج عام من الكآبة و الحزن.

5- الميل إلى إظهار بعض الأعراض الجسمية، آلام أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية. (القمش، 2006، ص16)

هذه خمسة مظاهر حسب تعريف (باور) والذي تبناه (مجلس الأطفال غير

العاديين) الأمريكي، فإذا وجد مظهر واحد على الأقل أو أكثر لفترة زمنية، ولم تحدد الفترة الزمنية، غير أننا لو رجعنا إلى القائمة التشخيصية للأمراض العقلية التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي لوجدنا أنها في أغلب الأحيان تحدد بستة أشهر، مع العلم أنه ليس هنا اتفاق على هذه المدة، ولهذا ترك التعريف مفتوحاً وقيل لفترة طويلة واكتفى بذلك.

2- تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

هناك تعاريف كثيرة إذا نظرنا إلى أي تعريف منها نجد أنه يركز على محك ومعايير

معينة، فنجد بعض التعاريف مثلاً تعتمد على المحك الاجتماعي

- **كتعريف روس 1974 (Ross):** بأنه اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين والأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد. (الخروصي وآخرون، ص39) (تعريف ذا المنحى الاجتماعي)

- **تعريف هويت 1963:** إن الطفل المضطرب انفعالياً هو الفاشل اجتماعياً، والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه و وضعه الاجتماعي، بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته. (ذا منحى اجتماعي)

- **تعريف وودي 1969:** إن الطفل المضطرب انفعالياً هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يتكيف مع معايير السلوك المقبولة اجتماعياً مما يؤدي إلى تدهور تقدمه الدراسي، والتأثير على زملائه في الفصل، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين. (ذا منحي التربوي)

- **تعريف كفارسيوس وميلر :** استخدم مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السلوكية لأن الأحداث الجانحين يُظهرون كثيراً من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فقد عُرف جنوح الأحداث من الوجهة القانونية بأنه: عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير، بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فرداً أو جماعة. (ذا المنحي القانوني) (القمش والمعايطة، 2014، ص 16-19).

- **تعريف هلمان وكوفمان 1981:** فقد عرفا الإعاقة الانفعالية بأنه سلوك متطرف ومتكرر يتصف بالديمومة، بحيث ينحرف هذا السلوك عن توقعات المجتمع وثقافته ومعاييرهِ وقيمه. (العزة، 2002، ص 159).

ويتبين من خلال تلك التعريفات مدى التداخل والتباين بينها وبين المصطلحات ذات العلاقة بها، وبالتالي مستوى الصعوبة في تحديد تعريف لها، ويمكن إرجاع سبب ذلك الاختلاف إلى عدة أسباب من أبرزها:

أولاً: ليس هناك اتفاق بين الباحثين على معنى السلوك السوي أو الطبيعي وحول مفهوم الصحة النفسية، وهذا بالطبع يؤثر على إيجاد تعريف واضح وشامل للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ثانياً: اختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات تعكس وجهات النظر المختلفة.

ثالثاً: وجود صعوبة في قياس الاضطراب السلوكية والانفعالية.

رابعاً: اختلاف درجة ونوع التأثير الثقافي على الأطفال واختلاف المعايير الاجتماعية للسلوك المناسب من مجتمع لآخر، وكذلك التداخل بين الاضطرابات الانفعالية وحالات الإعاقة الأخرى، مثلما نجده بين الاضطراب السلوكي وصعوبات التعلم أو التخلف العقلي. (القاسم وآخرون، 2000، ص14)

3- نسبة إنتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تشير الدراسات إلى نسب تتراوح ما بين (1-15%) . فقد أشار مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1969 إلى نسبة المضطربين بين الأطفال والشباب من سن الولادة وحتى سن التاسعة عشر تبلغ (2%) (القبالي، ص32)، وفيما يتعلق بنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط، في حين أن حالات قليلة جداً هي من الشديد أو الشديد جداً، أما من حيث متغير الجنس والعمر، فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الانفعالية أكثر شيوعاً لدى الذكور حيث أنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث، ويقل حدوثها نسبياً لدى طلاب المرحلة الابتدائية وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتنخفض بعد ذلك.

المحاضرة الثالثة:

4- محكات تحديد الإضطرابات السلوكية والإنفعالية:

أهم المحددات التي يمكن أخذها بعين الاعتبار عند الحكم على الاضطرابات السلوكية والانفعالية هي:

1- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً وثقافياً: إن الطفل الذي ينشأ أم يتربي في مجتمع معين أو ثقافة معينة يشب وهو متمثل لقيم هذا المجتمع و تقاليده وأنماط السلوك السائدة فيه، غير أن بعض الأطفال والمراهقين قد لا يمثلون لها، ومن هنا يعرف الشخص السوي بأنه المتوافق مع معايير المجتمع، والعكس مع الشخص المضطرب سلوكياً هو الذي لا يتوافق مع معايير المجتمع.

ولابد الإشارة إلى أن هناك اختلاف في معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات، فقد يعتبر سلوك شاذ في مجتمع أو ثقافة معينة، إلا أنها تعتبر عادية في مجتمع وثقافة أخرى والعكس صحيح.

2- شدة وتكرار السلوك: فسلوك الطفل يعتبر منحرفاً عن معايير المقبولة إذا بلغ حدّ التطرف أو الإفراط، فخرج الطفل مثلاً من مقعده في الفصل باستمرار يعتبر سلوكاً متطرفاً، واستمرار تلفظ الطفل بكلمات نابية يعتبر سلوكاً متطرفاً، كما أن التمادي في الانطواء والانعزال أيضاً سلوكاً متطرفاً، مع ضرورة استمرار السلوك المضطرب لفترة زمني أطول.

3- يجب مراعاة بعض المتغيرات الديموغرافية، لنرى مدى ملاءمتها للسلوك وهي: العمر - النوع - الموقف ومستوى التعليم.

4- أن تكون وظيفية وليست عضوية، وأولية وليست ثانوية كأعراض لإضطرابات أخرى.

5- عوامل الإصابة بالاضطرابات السلوكية والإنفعالية:

إطلاق لفظ عوامل بدلاً من أسباب قد يكون أدق في الدلالة على المعنى هنا، أدق لأنه ليس هناك في الحقيقة سبب محدد حتى الآن يمكن أن ينطبق على جميع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً أو يمكن أن يقال بأنه السبب الرئيس في الإصابة، ويمكن تصنيف هذه العوامل إلى:

1- عوامل البيولوجية: Biological Factors

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية، وكذلك البيوكيميائية، فالعوامل الوراثية تحدد الاستعدادات لدى الأفراد للإصابة ببعض الأمراض النفسية أو الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومثل هذه الاستعدادات تبقى كامنة، وعندما يتعرض الفرد لمواقف كالأزمات الاجتماعية أو عاطفية، أو صدمات أو خبرات مؤلمة أو قسوة أو تهديد أو حرمان، فتعمل هذه الأسباب على تنشيط الاستعداد لديه.

2- العوامل النفسية: Psychological Factors

وتتمثل في الأحداث الحياتية التي تؤثر على سلوك الطفل، وهذه الأحداث ترتبط بحياة الطفل داخل الأسرة، وتتمثل في:

- عدم إشباع حاجاته وتقديم الحب والحنان له
 - استعمال أساليب تربية خاطئة: كالإهمال والتجاهل والتهديد والعقاب والقسوة في تدريبه ورعايته وغيرها من أساليب الرعاية السلبية.
 - عدم الانسجام في المحيط الأسري مثل كثرة الخلافات والشجار مع الزوجة والأبناء.
- كلها قد تسبب اضطرابات سلوكية وانفعالية لدى الطفل مثل العدوانية، فقدان الثقة بالنفس، تدني مفهوم مستوى مفهوم الذات، اضطرابات النطق والكلام، القلق والانطوائية.

3- العوامل الأسرية: Socialization

إن الأسرة لها تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، ولذلك فإن التنشئة الاجتماعية غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، نذكر منها:

- قصور في تلبية حاجات الطفل من حب وعطف ورعاية مناسبة وتنمية قدراته ومعارفه ومهاراته، فمن المتوقع أن ينعكس ذلك سلباً على الطفل في شكل سلوك منحرف.
- اتجاهات الأم نحو طفلها ونوعية الخدمات التي تقدمها لها تأثير في نموه السليم وتطور خصائصه وأنماط سلوكه، فالحماية الزائدة والخوف الشديد على الطفل قد يساعد في ظهور اضطرابات سلوكية وانفعالية (مصطفى، 2009، ص91)
- علاقة الطفل مع إخوانه، وتفضيل الوالدين لأحد الأطفال على إخوته.
- أساليب تنشئة الأطفال التي تظهر فيها الأساليب غير متسقة للضبط والنظام، والتي تتسم بالرفض والعنف من جانب الوالدين، ترتبط إيجابياً باضطراب السلوك.
- سوء الوضع الاقتصادي والاجتماعي قد يزيد من احتمال تعرض الطفل للاضطرابات السلوكية كالنقر والحرمان، والضغوط الاجتماعية كالازدحام الزائد بالمنزل، البطالة والهجرة...إلخ.

4- العوامل المدرسية: School Factors

- المدرسة لا تقل أهمية عن الأسرة ويمكن أن تساهم إما إيجاباً أو سلباً في الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومن هذه العوامل:
- أ- النظام المدرسي الذي لا يراعي الفروق الفردية بين الأطفال، فيؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة نحوه أو نحو البيئة الصفية والمدرسية.
 - ب- النظام المدرسي الذي ليس لديه مرونة في المنهج ولا في طريقة التدريس.

ج- جماعة الأقران، والصحبة السيئة والاحتفاظ بعلاقات مضطربة مع الآخرين من الأطفال.

د- تذبذب أساليب المعاملة من قبل المعلمين: فقد يساهم المعلمون في بعض الأحيان في حدوث السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها عند بعض الطلبة، مثال: فإذا كان المدرس لا يستخدم نظام ضبط وإدارة واضح فذلك يؤدي إلى احتمال ظهور وتكرار مثل هذه السلوكيات، بمعنى أن المدرس عند حدوث السلوك نفسه من قبل الطلاب يكون متذبذباً فيعاقب مرة ويعزز مرة أخرى رغم أن السلوك واحد.

هـ- تدريس مهارات لا يدرك أهميتها الطالب: فيحس بالملل والسأم والضجر وبالتالي قد يقوم ببعض السلوكيات أو التصرفات غير المرغوب فيها.

و- تعزيز سلوك غير مرغوب فيه: سواء بقصد أو بغير قصد وقد يحدث هذا داخل الأسرة أيضاً.

المحاضرة الرابعة:

الأسس النظرية المفسرة للإضطرابات السلوكية والانفعالية:

حظي هذا الاضطراب باهتمام العديد من الاتجاهات النظرية لتوضيح أسباب وصفات الأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وما الأساليب المناسبة لعلاج مثل هؤلاء المضطربين، وسنتناول النظريات الآتية:

1- النظرية السلوكية: Behavioral Theory

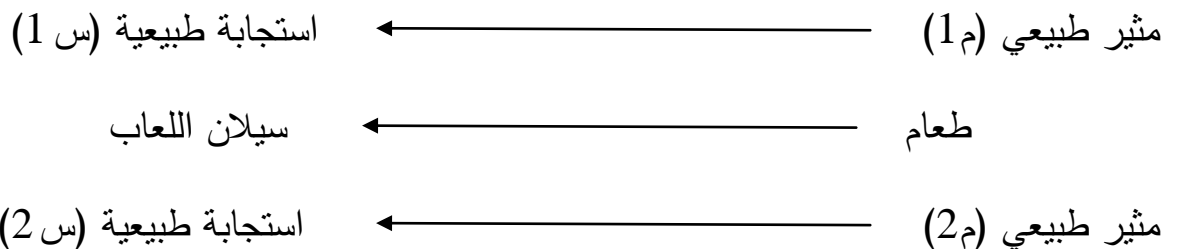
ترى بأن الاضطراب السلوكي ما هو إلا خلل في عملية التعلم أو خطأ في عملية التعلم السلوكي، فالسلوك المضطرب أو الشاذ أو غير المرغوب فيه أو غير السوي تم تعلمه نتيجة التعزيز لهذا السلوك، سواء كان بشكل مقصود أو غير مقصود، وإذا حدث خلل في تعلم هذا السلوك واستمر هذا التعزيز لهذا السلوك غير السوي فإنه يصبح مشكلة سلوكية أو انفعالية.

أ- نظرية الإشراف الكلاسيكي (الإستجابي):

إن بداية علم النفس التجريبي كانت على يد بافلوف عالم النفس والفسولوجي الروسي ن الأوائل في ميدان علم النفس التجريبي، وتتص نظريته في التعلم على ارتباط استجابة ما بمثير ما ولا تربطهما علاقة طبيعية، وتفسير ذلك حدوث التعلم لدى الفرد حين يحدث الاقتران بين مثيرين، يحل أحدهما مكان الآخر في إحداث استجابة ليست له في الأصل.

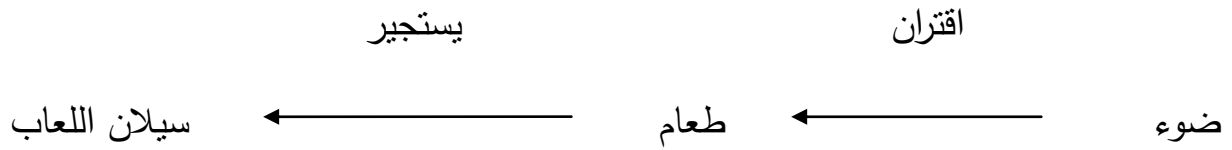
- مثال:

1. مرحلة ما قبل الاشتراط:



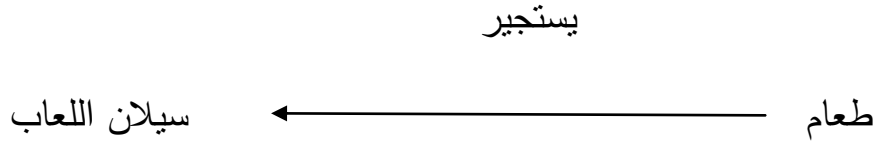
2. مرحلة أثناء عملية الاشراف:

إذ يقترن م+1 معاً عدد من المرات



3. مرحلة ما بعد عملية الاشراف:

مثير شرطي (م2) ← استجابة طبيعية (س1)



يشير بافلوف إلى اكتساب المثيرات المشابهة للمثير الشرطي قوة المثير الشرطي، وتسمى هذه الظاهرة بظاهرة تعميم المثير الشرطي واستمرارها بالتالي للاستجابة الشرطية، كما يفسر بافلوف أن بعض المخاوف متعلمة بالطريقة الشرطية، ويمكن محوها أيضاً بالطريقة الشرطية، كما يمكن تفسير بعض أشكال التعلم بالطريقة الشرطية.

ومن الأمثلة على المعالجات السلوكية التي تعتمد على الاشراف الاستجابي:

- تقليل الحساسية التدريجي
- تعديل السلوك المعرفي
- التدريب على التغذية الراجعة
- العلاج بالتنفير
- الخوف من الأماكن الفسيحة
- الخوف من الأماكن المرتفعة
- الخوف من الأماكن الضيقة

ب- نظرية الإشراف الإجرائي:

تتميز نظرية سكنر في التعلم، بتركيزها على السلوك الإجرائي، وما يتبعه من مثيرات معززة تعمل على تقوية أو إضعاف العلاقة بين السلوك الإجرائي (الاستجابة/ الاستجابات) والمعززات سواء كانت إيجابية أم سلبية، ويمكن صياغة قانون الإشراف الإجرائي وفق هذه النظرية كما يلي:

- يقوى احتمال ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بالمعززات الإيجابية، في حين يضعف ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بأي شكل من أشكال العقاب.

- إن المثير في تجارب سكنر غير واضح (غير محدد مسبقاً) ولم تتبع الاستجابة المثير، بل إن الاستجابة كانت عفوية فتعززت حتى أصبحت مقصودة أو متعلمة، وسمي السلوك في تجارب سكنر بالسلوك الإجرائي، وأصبحت نظريته تعرف بالإشراف الإجرائي الذي تم تطبيق مبادئه على نطاق واسع لضبط سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في السلوك خاصة في المواقف التربوية، ويمكن الإشارة إلى الإجراءات التالية ضمن الإشراف الإجرائي في العلاج السلوكي وتعديل السلوك: (يحيى، 2000، ص43)

- التعزيز الإيجابي - العقاب

- التعزيز السلبي - الإقصاء، العزل

- التعزيز التفاضلي - الإشباع

وإن دمج هذه الإجراءات أكثر فعالية من استخدام واحدة منها

3- نظرية التعلم الاجتماعي:

تعتمد النظرية على المسلمات الأساسية لنظري التعلم، ويرى أصحاب هذه النظرية ومنهم "جوليان روترز" أن السلوك المنحرف يخضع لمبادئ التعلم الاجتماعي، ولا يحتاج مبادئ أخرى

لفهمه وتفسيره، وهم يرون أن السلوك المنحرف والذي يطلق عليه السلوك المرضي، هو سلوك غير مرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه سلوك سبق تعلمه.

ويرى باندورا أن التعليم من خلال الملاحظة والتقليد (النمذجة) يستند إلى ثلاث عمليات

أساسية هي:

- العمليات الإبدالية: الخبرات والأنماط السلوكية يتم تعلمها بطريقة مباشرة من خلال التفاعل مع المثيرات والمواقف، يمكن تعلمها على نحو غير مباشر (بديلي) وذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وتقليدها، كما يؤثر التعزيز والعقاب مباشرة في السلوك، وبنحو غير مباشر (بديلي) من خلال خبرات التعزيز والعقاب المترتبة على السلوك النماذج التي يلاحظونها.

- العمليات المعرفية: هناك عمليات وسيطية تتدخل بين التعرض للمثيرات وإنتاج الفعل السلوكي، حيث تلعب إدراكات وتوقعات الفرد ودوافعه دوراً في تحديد ما يتم تعلمه من سلوك النماذج.

- عملية التنظيم الذاتي: يعمل الفرد على إعادة تنظيم الخبرات التي تتم ملاحظتها، بحيث يظهر السلوك المناسب بما يتناسب مع التوقعات التي يعتقد الفرد تحقيقها، وبما يتناسب مع طبيعة الموقف الذي يواجهها، كما أن سلوك النموذج موضوع تقييم من قبل المتعلم، فهو يعمل على تقليد هذا السلوك، أو لا يقلده وهذا بناءً على مكانة ذلك النموذج وقوته لدى المتعلم، بخاصة مكانة وقوته في المجتمع، إذ يعمل المتعلم على تقليد السلوك الذي قد لا يظهر مباشرة، بل عندما تتاح الفرصة لإظهاره إذ يتوقع المتعلم تعزيزاً مباشراً أو غير مباشر له.

وأخيراً فإن نظرية التعلم يمكن أن تكون إجراءً علاجياً فعالاً تحت ظروف مناسبة لتقليل

المخاوف، والتدريب على مهارات اجتماعية جديدة.

✓ الفروض الأساسية للنظرية السلوكية:

1- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، سواء أكان سلوكاً سويماً أو مضطرباً.

2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.

3- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي يؤدي إليها، وحدث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.

4- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعاً لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

5- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

6- يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً.

✓ المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية:

1. الشخصية: هي التنظيمات أو الأساليب المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الأفراد.

2. السلوك المتعلم: إن كل السلوكيات التي تسلكها العضوية بغض النظر عن سوائها أو دودها فهي متعلمة بالتفاعل مع البيئة.

3. الدافع: طاقة قوية بدرجة كافية تدفع الفرد أو تحركه إلى السلوك، وقد يكون الدافع أولياً (كالجوع) أو ثانوياً متعلماً (كالخوف).

4. المثير والاستجابة: وتقول النظرية بأنه لا بد لكل من مثير استجابة مناسبة له، فإذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سليماً، وإذا كانت العلاقة بينهما غير سوية كان السلوك غير سوي.

5. **التعزيز:** وهو التقوية والتدعيم والإثابة والتثبيت، وقد يكون التعزيز إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي، أو قد يكون تعزيزاً ثانوياً مثل زوال الخوف، ويؤدي التعزيز إلى تدعيم السلوك، ويدفع الإنسان لتكرار ذلك السلوك.

6. **التعميم:** نزوع الفرد إلى تعميم الاستجابة المتعلقة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة.

7. **الإنطفاء:** وهو إيقاف التعزيز عن سلوك ما، مما يؤدي مع مرور الزمن وعدم التعزيز إلى تلاشي واختفاء ذلك السلوك، وهو أيضاً ضعف من خمود السلوك المتعلم إذا لم يتم تعزيزه، أو إذا ارتبط شرطياً بالعقاب بدل الثواب.

8. **العادة:** وهي رابطة وثيقة تتكون بين مثير معين واستجابة معينة نتيجة لتكرار حدوثهما بنفس الشكل ولفترة زمنية طويلة.

وتوصلت النظرية السلوكية أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلاّ عادات تعلمها الإنسان ليقفل من درجة توتره وقلقه ومن شدة الدافعية لديه، وبالتالي كوّن ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية، ولكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي.

فالمعالج يعمل على إطفاء هذا المنعكس الشرطي -المرض- وأن يقوم بتعليم الفرد منعكسات وارتباطات شرطية جديدة وسوية مكان تلك الارتباطات المرضية.

المحاضرة الخامسة:

2- نظرية التحليل النفسي: Psychoanalytic Theory

تركز نظرية التحليل النفسي على:

- ضرورة تحليل ديناميات الشخصية من أجل التعرف على الخبرات اللاشعورية، كون أن هذه الاندفاعات اللاشعورية تشكل السلوك.
- ترى هذه النظرية أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية قد ترتبط بجملة أسباب مثل الأزمات والصدمات النفسية والعلاقات السيئة مع الوالدين، وعدم إشباع الحاجات والتعرض للعقاب والتهديد والإهمال من قبل الآخرين لاسيما الوالدين أو بسبب عوامل التكوين البيولوجي.
- الشخصية حسب هذه النظرية: عبارة عن مجموعة قوى من الدوافع والعمليات النفسية المتغيرة والقوى اللاشعورية التي تحرك السلوك.
- السلوك حسب هذه النظرية: هو نتاج تفاعل مجموعة من القوى اللاشعورية والدوافع، حيث تعبر الشخصية عن ذاتها في نوعين من السلوك منها:

- السلوك الظاهر: ويتمثل في الأفعال والأقوال والإيماءات الظاهرة

- السلوك الضمني: ويتمثل في الاستجابات غير الظاهرة التي تعبر عن أغوار الشخصية

- تعتمد نظرية التحليل النفسي على بعدين مهمين هما:

1. مكونات الشخصية (مكونات الجهاز النفسي)

2. مستويات الحياة النفسية

✓ **مكونات الشخصية:** يرى فرويد أن الشخصية الإنسانية تتألف من ثلاثة أنظمة نفسية ليست مستقلة عن بعضها البعض، ولكنها متفاعلة ومتداخلة وتتنافس فيما بينها للحصول على الطاقة النفسية، أثناء مرور الفرد في المراحل النمائية المختلفة، وهي:

1. الهو (ID): هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أية صورة وبأي ثمن، وهو يظهر في المراحل الأولى للتطور، ولكن سرعان ما يأخذ في التلاشي شيئاً فشيئاً نتيجة ما قد يطرأ عليه من تهذيب وتعديل من خلال معايير المجتمع.

2. الأنا (EGO): تعتبر بمثابة المحرك للسلوك من الوجهة الاجتماعية المقبولة لدى الآخرين وتمثل الأنا حياتنا الاجتماعية المنظمة، وتتمشى مع أمور الحياة بشكل منطقي و واقعي ما أمكن، وهي التي تدفعنا إلى التعامل مع الآخرين بطريقة مناسبة، وتجعلنا نتقبل الأدوار الاجتماعية المفروضة علينا، فإن كانت الهو تعمل وفق مبدأ (اللذة) الذي يعني الإشباع الفوري للحاجات الأولية، فإن الأنا تعمل وفق مبدأ (الواقع) الذي يعني تأجيل الإشباع الفوري لهذه الحاجات، واستبداله بطرق أخرى أكثر مناسبة. (يحيى، ص74)

3. الأنا الأعلى (Super EGO): هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير، والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي، ويعمل باستمرار على كبح مطالب الهو ومنعها من إشباع دوافعها.

✓ **مستويات الحياة النفسية:** تتكون الحياة النفسية حسب فرويد من ثلاثة مستويات، هي:

1. الشعور: ويمثل الجانب الشعوري من شخصية الفرد، وفيه تقع كل الخبرات والمعارف والإدراكات والرغبات التي يكون الفرد على وعي تام بها، والتي يسهل عليه تذكرها واسترجاعها، وهي تمثل جزء صغير من الحياة النفسية، ويخضع لعوامل الزمان، والمكان والواقع، والمبادئ والأخلاق.

2. ما قبل الشعور : وفيه تقع الأفكار والرغبات والذكريات التي تكون قريبة من حيز الشعور، بحيث تصبح شعورية عند الحاجة، حيث يقلل من الجهد ويستطيع الإنسان تذكرها واسترجاعها.

3. اللاشعور: تمثل العمليات النفسية التي لا يكون الفرد على وعي تام بها، وفيه تقع الرغبات المكبوتة التي ترتبط بدوافع الجنس والعدوان بالإضافة إلى الأفكار والذكريات والأحداث والخبرات الانفعالية المؤلمة التي مرّ بها الفرد في طفولته وبقيت دفينية لا تستطيع الدخول إلى حيز الشعور. ولها الأثر الكبير في تشكيل شخصية الفرد وسوائه أو شذوذه (أي أن تأثير اللاشعور كبيراً في حياة الفرد ويكون باستطاعة مكنوناته أن تغير أفكاره وعواطفه تغييراً واسعاً دون أن يكون الفرد على وعي بها، وباستطاعتها كذلك أن تغير حتى في بعض أوضاع جسده).

- تعتمد نظرية التحليل النفسي على خمس مراحل متلاحقة من النمو النفسي - الجنسي، والتي تبدأ مع الميلاد وهذه المراحل هي:

1. المرحلة الفمية Oral Stage

2. المرحلة الشرجية Anal Stage

3. المرحلة الذكورية (القضيبيّة) Phallic Stage

4. مرحلة الكمون Latency Stage

5. المرحلة التناسلية Cential Stage

في حين يرى العديد من العلماء من بينهم (كارل يونج) و(آدلر) و(أريكسون)، أن نمو الشخصية الإنسانية يعتمد على عوامل أخرى تتمثل في مجموعة العوامل الثقافية والاجتماعية، فيرى (آدلر) أن الاهتمام الاجتماعي فطري الطابع، حيث يميل الإنسان بطبيعته إلى الإنغماس في العلاقات الاجتماعية مدفوعاً بدوافع إيجابية تتمثل في الحب، والتعاون، والاهتمام والتقبل والتعاطف. كما يرى أن الأفراد يندفعون إلى العلاقات الاجتماعية لأنها تساهم في تشكيل

شخصياتهم وتساعدهم على تحقيق التفوق، وتعويض مشاعر النقص لديهم (أي الاضطرابات السلوكية)

3- النظرية البيئية (الإتجاه البيئي) Ecological Theory

تنطلق النظرية في تفسيرها للاضطرابات السلوكية والانفعالية من عدة افتراضات، هي:

أولاً: الاضطرابات السلوكية والانفعالية لا تمثل حالات مرضية بحد ذاتها، وإنما هي مجرد مظاهر لحالات عدم التوازن بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها.

ثانياً: الفرد ليس مستقلاً أو منفصلاً عن البيئة التي يعيش فيها ويتفاعل مع عناصرها، فهو يمثل عنصراً في أنظمة اجتماعية متباينة من حيث ديناميتها تبدأ بالأسرة ومروراً بجماعات الرفاق والأصدقاء وزملاء العمل.

ثالثاً: قد ينشأ الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الفرد كنتاج لعدم توافق أو تكافؤ قدراته وتوقعاته مع مطالب المجتمع ومشكلاته.

وتتمثل العوامل البيئية التي تقف وراء الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الفرد في:

- العوامل الحضارية والثقافية، والاجتماعية والاقتصادية (كالعادات والتقاليد والقيم والمعايير الثقافية، والإمكانيات المادية، والتطور الحضاري والثقافي السريع.... إلخ، كلها تساهم على درجة كبيرة في حدوث الاضطرابات لدى الأفراد واختلال الصحة النفسية لديهم)

- عوامل التنشئة الاجتماعية، (كالأسرة والمدرسة والمؤسسات التعليمية، والدينية والثقافية، حيث تلعب دوراً هاماً في عملية التطبيع الاجتماعي وذلك بما تمارسه من أساليب الرعاية وبما توفره من خبرات لأفرادها).

4- نظرية البيوفسيولوجية Biophysiological Theory

لقد أوضح كل من Kirk & Gallager أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأفراد ذات منشأ بيولوجي- فسيولوجي، حيث يولدون ولديهم الاستعداد لذلك، فالاضطرابات السلوكية والانفعالية حسب هذه النظرية تعود في أسبابها إلى عوامل عصبية أو جينية أو بيوكيميائية أو فسيولوجية.

أ. العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors

يعد التوازن الكيميائي في جسم الإنسان من العوامل المهمة في السلوك نظراً لدوره في التحكم في عمليات النمو من جهة وتنظيم عمليات البناء والهدم، أو ما يعرف بعملية التمثيل الغذائي.

أي اختلال في هذا التوازن الكيميائي للدماغ يؤدي إلى أشكال اضطراب السلوك لدى الفرد، بما ينتج عنه خلل في عملية التوصيل بين الخلايا العصبية، الذي يتم من خلال الناقل العصبية، وهي مواد كيميائية، فحدوث أي خلل في كيمياء الدماغ يؤدي إلى سوء الأداء الوظيفي للدماغ الأمر الذي يسبب الاختلال السلوكي أو النفسي.

ف نجد مثلاً، الناقل العصبي المعروف باسم الأستيل كولين في عمليات التعلم، الانتباه،

التذكر

ويرتبط الناقل العصبي السيروتين بالاضطرابات مثل الانتباه، العدوان، العنف والاستحوادية، أما الدوبامين فيرتبط بالأنشطة الحركية وعمليات التعلم، أما النوبفرين فيلعب دوراً بارزاً في تنظيم المزاج والسلوك الانفعالي، أما الناقل العصبي (جابا) فيؤثر في أعراض القلق والصراع والرهاب

أما الخلل في إفرازات الغدد فيكس ذلك سلباً في النمو للأفراد، وفي أدائهم النفسي

والسلوكي، فنقص هرمون الأنسولين الذي تفرزه البنكرياس يؤدي إلى حالات التهيج وسرعة الاستثارة واضطرابات الإدراك، أما هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية فيسبب الخوف،

القلق والغضب والميل إلى المهاجمة والانسحاب، في حين نجد هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية فيسبب حالات التبدل والميل إلى الكسل وتدهور الذاكرة.

ب. العوامل العصبية Neural Factors

يتكون الجهاز العصبي المركزي من بلايين الخلايا العصبية التي توجد معظمها بالدماغ، هذا الأخير يعمل على تخطيط وتنفيذ ومراقبة معظم الأنشطة الإنسانية الفسيولوجية والفكرية والانفعالية والحركية واللغوية، حيث ينسق بين الخلايا العصبية المستقبلة للأحاسيس والخلايا المستجيبة، وأي خلل في وظائف هذه الخلايا في الدماغ أو تعرضها إلى بعض التلف أو الإصابة، قد تسبب خلل في الأنماط السلوكية، والتي قد تتبدى في بعض الاضطرابات السلوكية، مثلا التلف البسيط في خلايا القشرة الدماغية أو الاختلال في الأداء العصبي قد يؤدي إلى الاضطراب السلوكي المعروف بالنشاط الزائد والتشتت في الانتباه، في حين أن التلف الشديد قد يسبب حدوث الإعاقة العقلية والحركية.

ج. العوامل الوراثية Heridity Factors

قد تقف العوامل الجينية وراء حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الأفراد التي تنتقل إليهم من الوالدين، ولقد أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة على تأكيد دور العوامل الوراثية في التسبب للاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد، فنجد مثلاً فصام الطفولة، الخلل الدماغية، الشيزوفرينيا، السلوك الإجرامي والعدواني فهي تنتقل عبر المورثات (الجينات) نتيجة خلل في الأداء الوظيفي لهذه الخلايا. عوامل وأسباب أخرى:

1- خلل عضوي (جسمي)، هناك جزء أو أكثر في الجسم يوجد به نقص في الشكل أو الحجم، وكذلك وجود عيوب في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثلاً (القدم المشوهة).

2- خلل وظيفي: وجود خلل وظيفي في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم، مثلاً فقد السمع، فقد البصر...إلخ

3. أخطاء في عمليات الأيض: الجسم غير قادر على تحويل بعض المواد الكيميائية إلى مواد أخرى لازمة لوظائف الجسم.

4. أمراض الدم: الدم غير قادر على القيام بوظائفه الطبيعية مثل الأنيميا (Anemia) وهيموفيليا (Hemophilia).

المحاضرة السادسة:

تصنيفات خاصة بالإضطرابات السلوكية والانفعالية:

إن الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية هو مساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة وتحديد أبعادها، مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وفيما يلي عدد من التصنيفات نذكر منها:

1- تصنيف جمعية علم النفس الأمريكية: U.S.Association of Psychology

ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) Diagnostic & Statistcal Manual of Disorders ، تصنف الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين اعتماداً على طبيعة الأعراض المرتبطة بها ونوعية الخدمات الإرشادية والعلاجية المناسبة لكل منها. ويشمل هذا التصنيف شريحة واسعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

أولاً: اضطرابات التكيف Adjustment Disorders : تشكل نسبة (5% - 20%) من مجموع الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال، تتمثل في أشكال من السلوك مثل (عدم الاستجابة على نحو مناسب للمواقف والأحداث الضاغطة أو التغيرات التي يصابها الأفراد أثناء حياتهم)، وهي تلازم الأطفال لمدة تتراوح بين 3 و 6 أشهر، بحيث تعيق عملية التكيف الاجتماعي وتحقيق النجاح الأكاديمي وهي تشمل الأعراض التالية) الخوف -القلق- التهرب من المدرسة- التخريب المتعمد والمشاجرة).

ثانياً: اضطراب القلق Anxiety Disorders : تمتاز الأعراض بمستوى عالٍ من التوتر وتشمل الخوف المرضي من المدرسة والسلوك التجنبي والذعر الشديد واضطراب ما بعد التعرض إلى حادث معين، وفي الغالب تكون مصحوبة بأعراض جسدية مثل (الصداع- آلام المعدة) أو في

أعراض سلوكية مثل (سوء التصرف-الرفض- العناد) أو على شكل استجابات انفعالية غير ناضجة مثل (الصراخ- البكاء والرفس).

ثالثاً: اضطرابات السلوك القهري- الاستحواذي Obsessive-Compulsive Disorders : يعاني حوالي (2% - 3%) من الأطفال بهذا الاضطراب والذي يسبب لهم الضيق والتوتر وتعيقهم من الأداء الاجتماعي والأكاديمي وتتمثل أنماط السلوك الاستحواذي في سيطرة أفكار وأوهام وتخيلات ودوافع غير واقعية على تفكير الطفل على نحو متكرر، أما أنماط السلوك القهري فتتمثل في تكرار أفعال وأنشطة أو ترديد أفكار مثل غسل اليدين المتكرر أو المبالغة في التحقق كفحص الأشياء، وهذا بقصد تقليل التوتر أو القلق الذي يعاني منه الفرد.

رابعاً: اضطراب ما بعد التعرض لحادث وصدمة Post-Traumatic Stress Disorders : يظهر هذا الاضطراب نتيجة تعرض الطفل لصدمة معينة أو مروره بعملية جراحية أو بسبب تعرضه لأحداث وأزمات خطيرة أو نتيجة مشاهدته لحادثة موت لقريب له، وهذه الأعراض تظهر بعد مرور شهر واحد من تعرضه للخبرات المؤلمة و المقلقة وتتبدى في (الخوف الشديد- العجز- صعوبة النوم- الأحلام والكوابيس المزعجة) بحيث تسيطر على أنشطته الحياتية اليومية وتعيق من السيطرة على المهارات اللغوية.

خامساً: الصمت (الخرس) الاختياري Elective or Selective Mutism : يتمثل في حالة فشل الفرد في التحدث في المواقف الاجتماعية أو الأكاديمية محددة عندما يتوقع أو يفترض منه الحديث، ويظهر هذا الاضطراب عند الطفل قبل سن الخامسة ولا يكتشف إلا بعد دخوله للمدرسة وهو نادر الحدوث وقد يستمر لعدة أشهر تم يتلاشى.

سادساً: اضطرابات عجز الانتباه/ النشاط الزائد: Attention Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD)، يعاني حوالي (3% - 5%) من الأطفال بهذا الاضطراب في حين تشير

دراسات أخرى إلى نسبة تواجهه تتراوح بين (5% - 10%)، ويظهر في عدة أعراض سلوكية غير

ناضجة لا تتناسب مع مستوى التطور النمائي للطفل مثل (عدم القدرة على التركيز والانتباه- كثرة التقل والحركة والاندفاعية) فيعيق أداؤه الأكاديمي.

سابعاً: الاضطرابات السلوكية Behavioral Disorders : تشكل نسبة (2%- 6%) من مجموع الاضطرابات السلوكية والانفعالية السائدة لدى الأطفال والتي تستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر، وتتمثل في أنماط سلوكية غير مقبولة اجتماعياً مثل (السلبية- التحدي- العناد- عدم الطاعة ومعاداة رموز السلطة) وهم لا يظهرون سلوكيات عدوانية تجاه الآخرين أو الممتلكات أو الحيوانات لأنهم ينزعون نحو المجادلة ورفض الأوامر والإزعاج المتعمد للآخرين وتوجيه اللوم لهم.

ثامناً: اضطراب سوء التصرف Conduct Disorders : تتراوح نسبته ما بين (6%- 16%) عند الذكور وبين (2%- 9%) عند الإناث، ويمتاز هذا الاضطراب بالإصرار المتكرر والمتعمد لممارسة أنماط سلوكية تعارض القواعد والمعايير الاجتماعية، مثل (معارضة الوالدين- الهروب من البيت أو المدرسة- الاعتداء اللفظي والجسدي على الآخرين وكذلك تخريب الممتلكات وإلحاق الأذى بالحيوانات، وقد تتطور لاحقاً لتأخذ شكل الانحراف الجنسي والإدمان على الخمر والمخدرات والتدخين والإهمال والتهور والمغامرة).

تاسعاً: اضطرابات الشهية Anorexia Nervosa Disorders :تظهر هذه الاضطرابات نتيجة الصورة السلبية والمشوهة التي يشكلها الأفراد حول أجسامهم وذواتهم، وهي تنتشر لدى المراهقين ولأسيما لدى الإناث(حيث ينظرن إلى أجسامهن على أنها بدينة وغير جذابة مما يولد لديهن الشعور بضرورة إنقاص وزن الجسم وتجنب تناول الطعام أو نوع معين منه)، وتتمثل أعراضه في: النقص الحاد في وزن الجسم- جفاف الجلد- وفقدان الشعر- انخفاض ضغط الدم والاكنتاب والإمساك....إلخ.

عاشراً: اضطرابات الشره للمرضى Bulimia Nervosa Disorders : أهم ما يميزه هو انهماك الفرد في تناول كميات كبيرة ومتنوعة من الطعام ثم اللجوء إلى إحدى الوسائل للتقليل من آثار

هذا الطعام مثل اللجوء لعملية القيء المتعمد أو استخدام المسهلات أو إتباع نظام حماية صارمة، وينتج عنه آثار سلبية مثل (اضطراب الدورة الشهرية لدى الإناث والتعب وضعف العضلات والمعاناة من المشكلات الهضم وعدم القدرة على التكيف مع الطقس البارد).

حادي عشر: اضطراب ثنائية القطب- اضطرابات الهوس الاكتئابي Bipolair-Disorder

Manic Depressive Disorder: وهي عبارة عن ردادات فعل انفعالية واكتئابية تتذبذب في مستوى شدتها من موقف إلى آخر، حيث تكون منخفضة في بعض المواقف وفي مواقف أخرى تكون شديدة وحادة وغالباً ما تسود مثل هذه النوبات الانفعالية في مرحلة المراهقة وما بعدها.

ثاني عشر: اضطرابات الاكتئاب Major Depressive Disorder: وهي عبارة عن نوبات انفعالية تظهر لدى الأطفال على فترات يفصل بينها شهران ، وتتمثل في سرعة الإثارة والتهيج والغضب وعدم القدرة على الاستمرار في الاتصال مع الآخرين.

ثالث عشر: اضطرابات التوحد Autistic Disorder: وهي من الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال وتتطوي على خلل وتعطيل في قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.

رابع عشر: اضطرابات الشيزوفرينية Schizophrenia Disorders: تظهر لدى (0,5% - 1%) لدى الأطفال، وهي اضطرابات انفعالية شديدة تمتاز بمجموعة من التقلبات الشخصية وفقدان القدرة على الاتصال بالواقع والبيئة المحيطة، وتنبدى أعراضها في الهلوسات والأوهام والحديث غير المنتظم والسلوك التخشبي.

خامس عشر: الاضطرابات التورتية Tourtte's Disorders: وتوجد مثل هذه الاضطرابات لدى (4 أو 5) أفراد من بين كل (10,000) فرد وتشمل على عدد من التقلصات الحركية اللاإرادية أو على استجابة أو عدد من الاستجابات الصوتية غير الإرادية والتي تتكرر يومياً عبر فترات وتستمر لمدة عام أو أكثر.

2- **التصنيف الطبي:** اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي، حيث صنف الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات:

- التصنيف على أساس الأمراض: ويتم تجميع الاضطرابات السلوكية طبقاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.

- التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج.

- التصنيف على أساس الأعراض

3- **التصنيف التربوي:** يعنى هذا التصنيف بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تحدث في

البيئة المدرسية وتنعكس آثارها على عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي، حيث يصنفها في أربعة فئات هي:

- الاضطرابات السلوكية

- الاضطرابات المتعلقة بالتعلم

- الاضطرابات الانفعالية الشديدة

- اضطرابات الاتصال والتواصل

كما نجد تصنيفات أخرى، منها تصنيف الذي عمده كوي (Quay,1975)، وضع نظام

تصنيفي متعدد الأبعاد يعتمد على تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير، ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد وهي:

1- اضطراب التصرف Conduct disorders (عدم الثقة بالآخرين)

2- اضطرابات الشخصية Personality disorders (الانسحاب، القلق، الإحباط)

3- عدم النضج Immaturity (قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الأحلام)

4- الانحراف الاجتماعي Socialized delinquency (السرقه، الإهمال، إنتهاك القانون والمجموعات المنحرفة) (سرطاوي وسيسال، 1987)

وتتصف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية، حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الآخرين مثل (العدوان، الشتم، السرقة، النشاط الزائد)، بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة اجتماعية انسحابية مثل (فقدان الشهية أو الشره المرضي، الاكتئاب، الانسحاب، المخاوف المرضية، الصمت الانتقائي).

4- التصنيف اعتماداً على شدة الاضطراب السلوكي:

حيث تصنف الاضطرابات السلوكية حسب هذا التصنيف إلى الفئات التالية:

1- اضطرابات السلوك البسيطة: وهي أكثر شيوعاً ولا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي وتربوي كبير، وتشمل مشكلات سوء التكيف البسطة والمشكلات والضغوط الموقفية.

2- اضطرابات السلوك المتوسطة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي، مثل السلوكيات الموجهة نحو الخارج (العدوان - التخريب - الفوضى)، والسلوكيات الموجهة للداخل (كالقلق - الانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي).

3- اضطرابات السلوك الشديدة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مكثف، مثل (حالات زهان الطفولة أو فصام الطفولة) (Heward & Orlansky, 1988) نقلا عن (القمش والمعايطة، ص 24).

المحاضرة السابعة:

خصائص المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

جميع الأطفال يظهرون أنماط سلوكية عدوانية مختلفة أو أنماط السلوكية إنسحابية أو أنماط السلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر، ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً التكرار والشدة والطبغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك.

1- الخصائص الانفعالية والاجتماعية: Social & Emotionel Disturbed

من أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية: العدوانية، والانسحاب وعدم النضج الانفعالي.

أ- السلوك العدواني: يعتبر العدوان أياً كان شكله أو نوعه من أهم الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً

فقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية (DSM IV) بعض المظاهر لهذا الإضطراب ب:

أ- نمط متكرر ودائم من السلوك، تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير أو القواعد الاجتماعية الكبرى الملائمة لعمر الشخص، كما يظهر بوجود ثلاثة (أو أكثر) من المعايير التالية في الإثني عشر شهراً الماضية، مع وجود معيار واحد على أقل تقدير في الأشهر الستة الماضية:

1. العدوان على الناس وعلى الحيوانات:

- كثيراً ما يتنمر (يستقوى) على الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم.

- كثيراً ما يثير شجارات جسمانية

- استخدام سلاحاً يمكن أن يسبب أذى جسيماً خطيراً للآخرين (مثل: عصا، حجر، زجاجة مكسورة، سكين، بندقية).

- يقسو على الحيوانات جسمانياً

- سرقة مع مواجهة الضحية: (مثل: سلب وخطف المحافظ، الانتزاع والسطو المسلح)

- إكراه شخصاً ما على ممارسة الجنس معه

2- تحطيم الممتلكات:

- كالقيام بإشعال حريق عمداً بقصد إلحاق ضرر جسيم

- القيام بتحطيم ممتلكات الآخرين عمداً (بغير إشعال النار)

3- الخداع والسرقة:

- اقتحام منزل شخص آخر أو مبناه أو سيارته

- كثيراً ما يكذب ليحصل على مصالح أو مزايا أو لتجنب التزامات (أي احتيال على

الآخرين)

- سرقة أشياء لها قيمتها بدون مواجهة مع الضحية (مثل سرقة معروضات من متجر،

التزييف)

4- انتهاكات خطيرة للأصول المرعية:

- كثيراً ما يببب خارج البيت على الرغم من تحذير أبويه، ويبدأ في ذلك قبل سن الثالثة

عشرة

- هرب من البيت ليلاً مرتين على الأقل عندما كان يعيش في بيت الوالدين أو بديله (أو

هرب مرة بدون أن يعود لفترة طويلة)

- كثيراً ما يهرب من المدرسة، ويبدأ ذلك قبل سن الثالثة عشرة.

ب- يسبب هذا الاضطراب السلوكي إعاقة ذات دلالة إكلينيكية في الأداء الاجتماعي أو المدرسي أو المهني.

ج- إذا كان الشخص في الثامنة عشرة من العمر أو أكبر فهو لا يفي بمواصفات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. (كامل، 2001، ص ص 69-71)

ب- السلوك الانسحابي: (Social Withdrawal): يعتبر مظهراً آخر من المظاهر المميزة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وهو سلوك موجه نحو الداخل أو نحو الذات، ويتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية الانفعالية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعل الاجتماعي، لذلك يفشل هذا الأخير في التكيف مع البيئة الاجتماعية المحيطة به...، وكون نتيجة صراعات مكبوتة من وجهة نظر التحليليين، أما من وجهة النظر السلوكية ينتج السلوك الانسحابي عن فشل في التعلم الاجتماعي. (عبد العزيز، 2005، ص 18)

وتعد المظاهر السلوكية الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الانسحابي لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

- منعزلون اجتماعياً فليدهم عدداً قليلاً من الأصدقاء

- نادراً ما يلعبون مع أطفال من نفس عمرهم.

- لديهم عجز في المهارات الاجتماعية الضرورية الممتعة

- الاستغراق في أحلام يقظة

- البعض لديهم مخاوف غير منسجمة مع الظروف الموجودة

- بعضهم يشكو كثيراً من آلام بسيطة، ويكون مرضهم سبباً يمنعهم من المشاركة في النشاطات الاعتيادية

- بعضهم يتراجع إلى أعمار أصغر (النكوص) بحيث يتطلب ذلك مساعدة وانتباه مستمرين

- بعضهم يصبح مكتئباً دون سبب واضح

- الخمول والكسل

ج- السلوك الفج: (Immature Behavior): (عدم النضج الانفعالي)

وهو كل يصدر عن الأطفال المضطربين من مواقف انفعالية لا تتناسب مع طبيعة الموقف الانفعالي، مقارنة بأقرانهم في نفس العمر الزمني، مثل المبالغة في الضحك، اللامبالاة في المواقف المحزنة...إلخ.

2- الخصائص العقلية والأكاديمية: Academie and Mental Disturbed

أ- الذكاء Intelligence: أظهرت نتائج الدراسات أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة هي في حدود (95 درجة)، أي في الحدود المتوسطة والطبيعية، وعدد قليل من المضطربين سلوكياً وانفعالياً أعلى من المتوسط، ونسبة كبيرة منهم تعد ضمن فئة (بطيئي التعلم) أو فئة التخلف العقلي البسيط

ب- التحصيل Achievement: تعاني هذه الفئة من مشكلات تعليمية مختلفة وتدني التحصيل الأكاديمي، يحصلون على درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً منهم يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

3- خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

1. العجز في مهارات الحياة اليومية: يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم من يكون غير قادر على ارتداء ملابسه أو إطعام نفسه.

2. تدني احترام الذات: فهم ينظرون إلى ذواتهم نظرة سلبية وأنها غير ذات قيمة مما ينعكس في مستوى احترامهم لأنفسهم.
3. اضطراب الإدراك: يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل شديد للاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم، يحصلون على درجة منخفضة جداً.
4. غير متعاطف وجدانياً: نجدهم غير مرتبطين بالآخرين، فلا توجد هناك عاطفة أو دفاء متبادل.
5. اضطراب اللغة والكلام: معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة لا يتكلمون أبداً أو يظهرون عدم فهم اللغة، أو تشويه الكلام إما بالإضافة أو الحذف أو الإبدال، أو الحبسة الكلامية أو ترديد الكلام وما إلى ذلك....
6. السلوك النمطي: من الشائع لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً السلوك النمطي أو المتكرر بدرجة شديدة مثل (ضرب يدي الطفل على رأسه أو ضرب اليدين في بعضهما أو ضرب يديه بأي شيء أمامه)
7. إيذاء الذات: نجد أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً غالباً ما يميلون إلى إيذاء أنفسهم حيث إنهم لا يشعرون بهذا الألم غالباً. (مصطفى، 2015، ص55)
8. عدم الاستقرار: يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدوانى إلى السلوك الإنسحابى، ومن الهدوء إلى الحركة، ومن كونه متعاوناً إلى غير متعاون....إلخ.
9. القلق: يظهر في السلوك الملاحظ يوحى بالخوف والتوتر والاضطراب، نتيجة لخطر متوقع أو مجهول، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجلون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكيات هادفة في بيئتهم.
10. النشاط الزائد: هو نشاط بمستوى عالي لا يمكن إيقافه بسهولة، ويظهر في أوقات غير مناسبة، ويتمثل بعدم الاستقرار وكثرة الحركة، وصعوبة في الالتزام بالهدوء، ويرافقه تشتت

في الانتباه، حيث يكون الطفل غير قادر على إكمال المهمة المعطاة له كما أن هؤلاء الأطفال يقومون بأنماط أخرى من السلوك المتمثلة في الصراخ والمرح الصاخب وحركات جسدية باليدين والرجلين. (الظاهر، 2005، ص25).

11. التمرد المستمر: عبارة عن نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائماً يشترك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه واتجاهاتهم.

12. الانحراف الجنسي: عبارة عن سلوكات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعياً، حيث إن هذا السلوك يخلق مشاكل كثيرة ومتنوعة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكات.

13. عدم الانتباه: عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم قدرته على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدد، وهذا بسبب عدم اهتمامه بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، فيظهر كأنه مشغول البال، أو يقوم بأحلام اليقظة.

14. الاندفاع: هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف التخطيط، وتكون الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، وغالباً تكون نتائجها خاطئة.

المحاضرة الثامنة:

تقييم وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تتضمن عملية تقييم الاضطرابات السلوكية والانفعالية مسح مجموعة كبيرة من الأطفال من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة، وفي حالة الأطفال في سن المدرسة فإن المعلم هو المعني بعملية الكشف، يمكن الاعتماد على أكثر من وسيلة للكشف عن اضطراب السلوك ومن أهم تلك الوسائل ما يلي: (يحي، ص2000)

أ. تقديرات المعلمين:

ويعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين سلوكياً في سن المدرسة، وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن تقدير المعلم هو من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية، ومع أنهم يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا أن الدراسات أشارت أيضاً إلى أن المعلمين كمجموعة يمكن أن يكونوا منحازين، وهذا يتضح عند مقارنة الحالات التي يقوم بها المعلمون، حيث يمكن أن تكون إما مبالغ فيها ومتحيزة إلى حد كبير، فمثلاً يميل المعلم إلى عدم إحالة حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً له، ولا تؤثر بشكل سلبي على سير العملية التعليمية، بينما يميل المعلم إلى إحالة حالات السلوك الاندفاعي والموجه نحو الخارج كالانزعاج واضطرابات التصرف والحركة الزائدة والعدوان، لأن ذلك يسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية داخل الفصل، من هنا يجب أن نمد المعلم بقائمة محددة من المشكلات التي يجب أن يلاحظها في الفصل بشكل دقيق دون تركه يتوقع ما نريد، ويطلب من كل مدرس كتابة تقرير عام يشرح فيه الأنماط السلوكية التي يتميز بها الطفل المضطرب داخل الصف وخارجه، بحيث يتضمن أداءه الأكاديمي والمعرفي والحركي، وعلاقته مع زملائه ومدرسيه.

ب. تقديرات الوالدين:

يعتبر الوالدين أيضا مصدر مهم للمعلومات عن ما قد يعانیه الطفل من الاضطرابات السلوكية، حيث يطلب من أولياء الأمور كتابة ملاحظاتهم عن سلوك الطفل داخل البيت وفي المحيط الاجتماعي، بحيث تتضمن هذه الملاحظات خصائصه السلوكية في تعامله معهم ومع إخوته وأقرانه وأقاربه، وسلوكه في المواقف الاجتماعية والأسرية المختلفة، كما يطلب منهم المقارنة بين النمط السلوكي الذي يتميز به هذا الطفل وما يتميز به إخوته وأقرانه من أنماط سلوكية، والمعلومة التي يمكن أن تجمع من الوالدين تكون إما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم المراجعة والاستبيانات، ومع أن الوالدين مصدر مهم للمعلومة لكن دقة ملاحظة الوالدين للطفل قد نضع أمامها علامات استفهام، حيث تشير الدراسات إلى أنه توجد فروق فيما يتعلق بقوائم المراجعة للأطفال وملاحظات والديهم.

وهنا يمكن القول أن إحدى المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة كمحك لتصديق الوالدين هي:

- محدودية ملاحظة السلوك، ذلك أن الملاحظين يمكن أن ينسوا وأن تكون متابعتهم للسلوك على فترة غير منتظمة.

- كما أن وجود الملاحظة يمكن أن يؤثر على السلوك وعلى الرغم من التساؤل عن ثبات تقديرات الوالدين، فإن لهم دور مهم في عملية الإحالة إلى العيادات النفسية.

ج. تقديرات الأخصائيين النفسيين:

الأخصائي النفسي هو الذي يقوم بفحص حالة الطفل وكتابة ملاحظات عنها، بالإضافة إلى إجراء الاختبارات اللازمة، وتستخدم هذه الملاحظات عادة في المساعدة على تقرير عنها، حيث يشمل هذا التقرير على مشاعر وأحاسيس الطفل أثناء أداء الاختبار وكيفية إمساكه للقلم،

وعدد توقفه أثناء أداء الاختبار واستخدام أصابعه في العد في المسائل الحسابية، والكلمات المناسبة للتعبير عن أفكاره وخواطره.

د. تقديرات الأقران أو الزملاء:

إن الدراسات الحديثة في التربية وعلم النفس، تشير إلى الوضع الاجتماعي للأطفال يرتبط إيجابياً مع توافقه في المدرسة، وكذلك مع التحصيل الأكاديمي، وعلى هذا فإن تقديرات الأقران تعتبر أحد الأساليب والوسائل المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية، كما أن نتائج بعض الدراسات أشارت إلى أن الأطفال في المدرسة من كل الأعمار لديهم القدرة على التعرف على المشكلات السلوكية، وإن كان الأطفال في الأعمار الصغيرة يصعب عليهم في كثير من الأحيان معرفة وتحديد السلوك الطبيعي أو المقبول، لكن الأمر مختلف عند الأطفال الأكبر سناً لأنهم يصبحون أقل تمركزاً حول ذاتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي.

إن المقاييس السوسيومترية والتي تركز على العلامات الشخصية والاجتماعية في المجموعة، تستخدم لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحذر فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل.

هـ. التقارير الذاتية:

تعتبر التقارير الذاتية أو تقديرات الذات، مصدراً آخر للحكم على توافق الطفل، فمن خلال تقدير الطفل لذاته يمكن أن يساعده ذلك في التعرف على المشكلات التي يعاني منها، وقد أشارت الدراسات إلى تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين سلوكياً أفضل عندما يكون السلوك المضطرب موجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والنشاط الزائد، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل، الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية، وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين.

➤ الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية:

تتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية، التحليل والملاحظة المباشرة للسلوك، اختبارات التشخيصية من خلال الورقة والقلم، اختبارات الذكاء، والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي، واختبارات الحدة البصرية والسمعية والتقييم الأكاديمي التربوي.

1- تحليل الجوانب المتعلقة بالبيئة الصفية: تحليل المحتوى للبيئة الصفية حيث يظهر

السلوك، يتضمن جانباً مهماً في عملية التشخيص التربوي، لأن المساحة ونوعية المقاعد الموجودة، وعدد الطلاب داخل غرفة الصف، ونوع النشاطات المتوفرة والوقت، كلها عوامل مؤثرة وجوانب يجب أن تقاس وتحلل فيما إذا كانت السبب في ظهور سلوك أو عدمه عند طفل يعاني من اضطراب سلوكي وانفعالي داخل غرفة الصف.

2- الملاحظة المباشرة للسلوك: تعتبر طريقة الملاحظة المباشرة للسلوك داخل غرفة الصف

من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل الطفل السلوكية، فالمعلم داخل الصف يستطيع ملاحظة سلوك الطلبة بشكل غير رسمي باستمرار، ويلاحظ الطالب ومشكلاته، ويحاول تعرف أسبابها، وبإمكان المعلم أن يوظف أكثر من أسلوب من مثل أسلوب الملاحظة العلمية (الذي يسمح للمعلم بجمع معلومات محددة عن سلوك الطالب)، هذا الأسلوب يزودنا بمعلومات لا يمكن الحصول عليها من أي أسلوب قياس آخر، لأنه يسمح بتحليل والتسجيل المباشر للسلوك (مثلاً: كم مرة يغادر الطالب مقعده؟)

3- اختبارات الورقة والقلم لقياس الشخصية: تستخدم هذه الاختبارات في المواقف التعليمية،

وفي قياس أبعاد الشخصية وأنماط التكيف عند الأفراد، وهناك عدد من الطرق المختلفة لتقييم الشخصية، منها مقاييس تقدير السلوك، أدوات التقدير الذاتي، قوائم الشطب، مقاييس مفهوم الذات. ومن هذه الأدوات:

- قائمة شطب للمشاكل السلوكية/ لكوي وباترسون (1967): تستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والمراهقين، تقيس أربعة مشاكل سلوكية: 1. الاضطرابات السلوكية مثل العدوان، 2. اضطرابات الشخصية مثل الانسحاب، 3. عدم النضج، 4. الأنماط الثقافية والاجتماعية.

- دليل برستيول للتكيف الاجتماعي لمارستون (1970): يقيم هذا المقياس المشاكل السلوكية عند الأطفال من الأعمار 5- 16 سنة، بحيث يستخدم في البيئة المدرسية.

- مقياس بيركس لتقدير السلوك: هو من المقاييس البارزة في تشخيص المضطربين سلوكيا وانفعاليا، صممه بيركس عام (1975-1980)، بهدف التعرف إلى المظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد من عمر السادسة فأكثر، يتألف من (110) فقرات موزعة على تسعة عشر مقياسا فرعيا، وله دلالات صدق وثبات، والمقاييس الفرعية له هي: الإفراط في لوم الذات، القلق، الإنسحابية الزائدة، الاعتمادية، الضعف في قوة الأنا، الضعف في القوة الجسدية، الضعف في التآزر البصري الحركي، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانطباع الاجتماعي.

- اختبار الذكاء: تستخدم لقياس قدرات الطفل المعرفية والعلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل، ولقياس القدرات العقلية. ونجد أكثر هذه الاختبارات إستخداماً هو مقياس وكسلر (1974-1976)، يمكن قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت " ضمن اختبارات وكسلر الفرعية، أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة".

- اختبارات التآزر والإدراك الحركي البصري: يستخدم هذا النوع لقياس إعاقات أخرى عند الطفل وهي الناتجة عن التلف الدماغي، أكثر الاختبارات شيوعاً واستخداماً هو اختبار باندر (Bender1938)، يستخدم لتقييم الوظائف الانفعالية، متطلباته استجابات غير لفظية، وهو اختبار غير مثير للقلق، بحيث يقيم الإكلينيكي الاستجابات السلوكية للطفل وتكون ملاحظته

دقيقة عند اقترابه من المهمة، وتعد الانحرافات، إعادة الرسم، الشطب هي دلالات عامة على القلق ورجفة باليد يصاحبها تعرق، وعدم التمكن من الرسم بشكل طبيعي.

➤ التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية:

إن إجراءات التقييم التشخيصي عادة، يقوم بها المعالج النفسي للطفل، والطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي، وحديثاً انضم المعلمون وأخصائي النطق والعلاج الوظيفي وأخصائي الأعصاب، وأخصائي العلاج المهني، والهدف من وراء التقييم، هو توضيح طبيعة الصراعات التي يتعرض لها الطفل والأسرة، وعلى هذا الأساس فإن محتوى التقييم يركز على الأسئلة التالية:

1. منذ متى بدأ ظهور المشكلة عند الطفل؟ هل ظهرت في الوقت الحالي أو منذ مرحلة الطفولة المبكرة
2. ما العوامل التي ساعدت وتساعد على تقاوم المشكلة عند الطفل؟ هل هناك أسباب أو مشاكل نفسية وعصبية؟ هل يؤثر الضغط الذي يمارسه الأهل عليه؟
3. ما مدى شدة المشاكل؟ وهل هي مستمرة عند الطفل في جميع الأوقات أو أنها تظهر في أوقات الضغط الشديد؟
4. كيف ينظم الطفل والعائلة أنفسهم للتعامل مع الضغوطات؟ هل يلومون الآخرين؟ أم يلقون اللوم على أنفسهم؟ هل هم غير منظمين؟
5. كم تبلغ اتجاهات الطفل وأسرته نحو التغيير؟ هل هم مدركون حجم المشكلة؟ هل يقيمون علاقات قائمة على الثقة مع المعالج النفسي؟

المحاضرة التاسعة:

يتم الكشف عادة عن هذه الاضطرابات السلوكية والانفعالية من قبل الأخصائي النفسي في المقابلة الإكلينيكية، أو من خلال الاختبارات النفسية ومن خلال الأخصائي الاجتماعي في مقابلات الوالدين.

أ. المقابلة الإكلينيكية:

من الأدوات الضرورية لفهم الفرد عن قرب، وإدراك مشاعره واتجاهاته تجاه المواقف التي يواجهها، وتجاه العالم المحيط به، وغاية المقابلة هي الحصول على المؤشرات التي تساعد السيكولوجي في فهم المشكلة العامة للمفحوص، ولذلك ينبغي على السيكولوجي في البداية أن يبتعد عن الأسئلة الشخصية المباشرة حتى لا تستثير مقاومة المفحوص، ومواقفه السلبية، بل ينبغي البدء بالأسئلة العامة، عن حياته، وطفولته، وآرائه، قبل الدخول في الأسئلة الخاصة المحددة، هذا فضلا عن حسن صياغة الأسئلة ووضوحها...، أي أن يحاول السيكولوجي تفهم مشاكل المفحوص تفهماً تاماً، ولا يكتفي بتفهم الوقائع أو المعطيات فقط، وتتيح المقابلة، للمفحوص، التفريغ الانفعالي، عن أفكاره، ومشاعره ورغباته الواعية أو اللاواعية. (فيصل، 1996، ص30).

- أنواع المقابلة: تختلف أنواع المقابلات باختلاف الهدف أو الغرض الذي تجرى من أجله، ولهذا يختلف العلماء في تحديدهم لأنواع المختلفة في المقابلة: فهناك العديد من التقسيمات، وفيما يلي موجز لأنواع المقابلات:

1- المقابلة حسب درجة الحرية: ويقصد بها درجة الحرية التي تعطى للمستجيب في

إجاباته، وعلى هذا الأساس يمكن تقسيمها إلى ثلاث أنواع رئيسة هي:

أ- المقابلة المفتوحة: وفيها يعطي المستجيب الحرية في أن يتكلم دون محددات للزمن أو للأسلوب.

ب- **المقابلة شبه المفتوحة:** وهي تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيداً من التوضيح.

ج- **المقابلة المغلقة:** وهي لا تفسح المجال للشرح المطول، بل يطرح السؤال وتسجل الإجابة التي يقررها المستجيب.

2- من حيث وظيفتها والغرض منها: وتنقسم بدورها إلى ثلاث أشكال:

أ- **المقابلة العلاجية:** تهدف إلى مساعدة المبحوث على فهم نفسه بشكل أفضل، ووضع خطة لعلاج العوامل المسببة وتخفيفه وتحسين الحياة الانفعالية، ويؤدي هذا النوع من المقابلة إلى استبصار المبحوث بذاته وسلوكه وبدافعه وتخليصه من المخاوف والصراعات الشخصية المؤرقة لحياته ومساعدته في تحقيق لذاته، وحل صراعاته وفي هذا النوع من المقابلة يتم علاج الموقف تبعاً لمعتقدات وظروف المبحوث وقناعاته ووفق الرؤية النظرية والمدرسة الفكرية التي يؤمن بها المعالج. (عبد المؤمن، 2008، ص250)

ب- **المقابلة التشخيصية:** وهي التي تجرى بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض، بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة. وتركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض المرضية، بحيث ينتهي الأخصائي منها بصورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة، ومتى ظهرت وكيف تطورت. (عبد الستار وعسكر، 2008، ص108)

ج- **المقابلة الإرشادية:** وتهدف إلى تمكين المقابل من أن يفهم مشكلاته الشخصية والتعليمية والمهنية على نحو أفضل، وأن يعمل خطأً سليماً لحل هذه المشكلات.

3- من حيث عدد المبحوثين: وتنقسم إلى نوعين:

أ- **المقابلة الفردية:** تعتبر المقابلة الفردية من أكثر أنواع المقابلات شيوعاً في الدراسات النفسية، حيث تتم بين القائم بالمقابلة أو الباحث وبين شخص واحد من المبحوثين. كما تعتبر

موقفا خاصا حيث يشعر المبحوث بالحرية في التعبير عن نفسه تعبيرا كاملا وصادقا، ويبدي رأيه بدون تحفظ.

ب- **المقابلة الجماعية:** وتتم مع جماعة من المرضى ويحدث ذلك مع من يعانون من مشكلات مشتركة فيما بينهم. (سكر، 2004، ص58)

4- من حيث درجة المرونة في موقف المقابلة: وتنقسم بدورها إلى نوعين:

أ- **المقابلة المقننة:** وهي قد تتماثل مع الاختبار السيكولوجي، والمقابلة تكون أكثر تحديدا من حيث الأسئلة التي توجه لأفراد عينة البحث وترتيبها ونوعها وما إذا كانت مقيدة أو مفتوحة، ومن حيث توجيه الأسئلة فإنه يجب أن يكون موحدًا أي بنفس الأسلوب ونفس الطريقة والترتيب لكل مبحوث من أفراد العينة، كما تقتصر الإجابة على الاختيار من إجابات محددة في قائمة سبق تحديده.

ب- **المقابلة غير المقننة:** وهذه المقابلة أكثر مرونة من سابقتها، وذلك لأن أسئلتها لا تحدد تحديدا سابقاً، حتى إذا وجهت أسئلة سابقة التخطيط والتحديد. فإنها تعدل بحيث تناسب أفراد العينة والموقف ونظرا لما تتميز به المقابلات غير المقننة من مرونة فإنها تحتاج إلى مهارة فائقة من الباحث تمكنه من تحليل نتائج مقابلاته والمقارنة بينها. (صابر وخفاجة، 2002، ص135)

نموذج لأسئلة المقابلة:

- ديناميكيات الأسرة: مثلا: من هم أفراد عائلتك؟ أيهم يعيش في بيتك؟ هل يعيش معكم آخرون؟ (إذا لم يكن يعيش كلا الوالدين في البيت، حينئذٍ إسأل: أين والدك/ والدتك؟ متى كان آخر مرة رأيته أو رأيته؟ كيف يزورك؟ ما الذي تحبه بوالدك؟ والدتك؟ ما الذي لا تحبه فيهم؟ ما نوع الأعمال التي تقوم بها مع والدك؟ والدتك؟ أخوك؟ أختك؟ كيف يشعر والدك أو والدتك أو شقاؤك حولك أو بخصوصك؟ ماذا يشبه بيتك؟ أين تنام؟ هل يشاركك أحد غرفتك؟ ما الذي عوقبت لأجله؟ من عادة يعاقبك؟ كيف يعاقبونك؟ هل

العقاب عادل؟ ما هو عمك في البيت؟ ما هي الأعمال التي تضطر للقيام بها ولا تحبها؟ هل لديك أي طريق للتخلص من هذه الأنشطة؟ إذا أمكنك تغيير شيء واحد بخصوص عائلتك، ما هو الأمر؟

- الانفعالات: كيف تشعر عادة؟ ما الذي يشعرك بالسعادة- الحزن- القلق- الغضب- الفزع؟ ماذا تعمل عادة عندما تشعر بالسعادة - الحزن... إلخ؟
- الخبرة المدرسية الأكاديمية: ما هي أكثر المواضيع تفضيلا لك بالمدرسة؟ ما هي أقل المواضيع تفضيلا لك؟ هل لديك معلم مفضل؟ هل تحلم أحلام يقظة بالمدرسة؟ بماذا تختص أحلام اليقظة لديك؟ هل هناك أي شيء في المدرسة يشعرك بالسعادة، الحزن، الإحباط، الخوف، العصبية؟ هل تقع دائما بمشاكل في المدرسة؟ ما نوع المشاكل التي تقع بها؟ ماذا يحصل بعد وقوعك في المشكلة؟ كيف يحصل عادة مثل هذا الأمر؟ ماذا تشعر بعد وقوعك في المشكلة؟ ما الذي ترغب بتغييره في نفسك لجعل المدرسة أفضل؟ كيف أن يقوم المعلمون بتغييرات في المدرسة تجعل الأشياء أفضل بالنسبة لك؟
- الصحة الجسمية: هل تعاني من مرض حقيقي؟ هل دخلت المستشفى؟ إذا كانت الإجابة نعم، كيف نظرت لهذا الأمر؟ بماذا تفكر قبل أن تذهب إلى النوم؟ ما نوع أحلامك في الليل؟ هل لديك مشاكل صرع؟ ما نوع أحلام اليقظة لديك؟ هل تعتقد أنك تأكل كثيرا أو قتيلا جدا؟
- العلاقات مع الزملاء: ما هو شعورك نحو الأطفال الآخرين في المدرسة ونحو الجيرة؟ هل لديك أصدقاء قريبون في المدرسة - في الجيرة؟ هل لديك صديق مفضل؟ إذا كانت الإجابة نعم، ما الذي يفعلونه عادة للاستمتاع بصحبتك؟ هل يمكنك أن تحدثني عن صديقك المفضل؟ ما الذي تعتقد أنك تفعله بشكل أفضل منه/ منها؟ ما الأشياء التي يفعلونها بشكل أفضل؟ إذا استطاع صديقك المفضل أن عنك، ماذا سيقول؟
- الذات: ما هو أفضل شيء لديك وما هو الأسوأ؟ ما الذي يشعرك حقيقة بأنك جيد؟ ما نوع الأشياء التي ترغب بعملها؟

ومع الاقتراب إلى نهاية الاختبار يمكن سؤال الطفل: ما الجزء الذي تشعر بأنك أنجزته؟ ما أفضل شيء بخصوصه؟ ما هو أصعب جزء قمت به في هذا الاختبار؟ أنت قررت أن هذه مشكلة بالنسبة لك، كيف يمكنك حلها؟ كيف يمكن للآخرين (المعلمين، الأهل، الزملاء..) أن يساعدوا بحلها؟ إذا أمكنك تغيير شيء واحد بذاتك، ما هو هذا الشيء؟

المحاضرة العاشرة:

ب- الاختبارات والمقاييس النفسية Les test psychologiques

1- تعريف الاختبارات النفسية (Les test psychologique)

يعرف بيرون (Piéron,1968): الاختبار امتحان ينطوي على إتمام مهمة، متطابقة لجميع الأشخاص المفحوصين، مع أسلوب محدد لتقييم النجاح أو الفشل أو لتتقيط الأداء بالأرقام. (Jean. A. Randal ,2003, p40)

أما في قاموس انجلش وانجلش (English & English,1958) بأن الاختبار النفسي هو " مجموعة الظروف المقننة أو المضبوطة تقدم بنظام معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك، في ظروف أو متطلبات بيئية معينة، أو في مواجهة تحديات تتطلب أقصى جهد أو طاقة، وغالبا ما تأخذ هذه الظروف أو التحديات شكل الأسئلة اللفظية. (معمرية،2002، ص106)

2- أنواع الاختبارات النفسية: تقسم الاختبارات النفسية إلى:

1- الاختبارات النفسية الخاصة: بالوظائف العقلية والذهنية كالذكاء، القدرات اللفظية، الاستعدادات، الميول، الاتجاهات والقيم.

2- الاختبارات النفسية الشخصية: والتي تنقسم إلى:

أ- الاختبارات الإسقاطية: إن مصطلح اختبار إسقاطي يرجع إلى لورانس فرانك (L.Frank,1939) وهو وصف لبعض المباحث الداخلية (المقاربات) غير المباشرة في دراسة الشخصية، التي تهدف إلى الوصول بالفرد إلى أن يقدم تقييما لصفاته دون أن ينتبه إلى أنه يقوم بذلك.

لقد استخدم فرويد مصطلح إسقاط ليبين الآلية الدفاعية التي بها تكشف الدوافع والأفكار والمشاعر غير المقبولة من الذات إلى العالم الخارجي. (إذ يسقط المفحوص على المادة غير المتشكلة والمبهمة ورغباته الخاصة دون أن يتفطن لذلك).

يقترّب كل اختبار إسقاطي من الشخص بطريقة غير مباشرة، ففي الاختبار الإسقاطي لا يمتحن الشخص مباشرة بالسؤال عن نفسه وإنما يطلب منه أن يستجيب للمثير مما يترأى له من أفكار ومشاعر وما يدركه في هذا وفي هذه الطريقة، فإن ما يكشف الشخص عنه يكون أقرب إلى الحقيقة مما يقدمه مباشرة، وبالتالي فالفرد يستجيب للمادة غير المشكلة التي تعرض عليه بطريقة عفوية دون أية تأثير بإرادته إلى حد بعيد. والفرد حين يستجيب فإنه يتداعى بأفكاره، ويسقط من مشاعره ورغباته وانفعالاته اللاواعية ويكشف عن كل ذلك بطريقة ما في المادة المعروضة أمامه. (الزغلول، 2006، ص78)

هذه المجموعة من الاختبارات تستخدم للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل، ولمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف . ومن بين هذه الاختبارات والمقاييس الإسقاطية نجد:

1- اختبار روشاخ (بقع الحبر): حيث يعتبر هذا المقياس الإسقاطية، ويقوم على الافتراض بأن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بمعلومات عن الذات، وفهم أكبر للوظائف الشخصية. يتضمن المقياس (10) بطاقات تقدم بطريقة فردية للطفل، ويجب أن نتأكد من أن المفحوص قد فهم المطلوب، وفي هذا الاختبار يجب ملاحظة ثلاثة عناصر أساسية في الاستجابة بحيث تتضمن المركز، والشكل، والحركة:

بالنسبة للمركز (هل الاستجابة تتضمن كل البقعة أو فقط التفاصيل؟)

الشكل (هل تتضمن الاستجابة الشكل؟)

الحركة (هل هناك حركة ترتبط مع الاستجابة؟)

- وتحلل العلامات لتفسير الوظيفة النفسية من خلال إسقاطات الطفل
- وتوجد طريقتان لتفسير البقع:

الأولى: تعتمد على الناحية الكمية (بمقارنة الفرد مع الآخرين من الفئة العمرية التي ينتمي إليها نفسها).

الثانية: (نوعية اختبار الفرد للاستجابات، يبرز المعلومات بخصوص تنظيماته النفسية الفردية)

2- اختبار الترابط الحسي:

عبارة عن سلسلة من الصور وقصة في كل بطاقة ما يحدث، ما هي خصائص الحديث؟
والقصة الرئيسية التي تعكس مشاعر الطفل وتفكيره عندما يسقط انفعالاته. الأخصائي يعمل على تحليل المحتوى للموضوع، ومن هذه الاختبارات:

Tematic Apperception Test TAT (تفهم الموضوع للكبار)

Children Apperception Test CAT (تفهم الموضوع للأطفال)

تستخدم اختبارات الترابط الحسي كاختبار للبحث في ديناميكية الشخصية، بحيث تظهر في علاقات الشخصية، والترابط الحسي، وتفسير معاني البيئة.

طريقة تطبيق اختبار CAT

1. يطلب من الطفل سرد قصة من البطاقات
2. تقدم البطاقات بشكل غير مباشر (الضغوط والصراعات)
3. ليست كل القصص متعادلة من ناحية الأهمية فيما يتعلق بالتشخيص

توضع العلامات بمراعاة النقاط التالية:

- الموضوع الرئيس للقصة
- التصور للبيئة
- الأشكال

- الصراعات
- المخاوف
- الأنا الأعلى
- خيال الفرد
- الحاجات الأساسية

ب- الاختبارات الموضوعية: تعني الموضوعية الابتعاد عن الأهواء والميول الذاتية، والأغراض الشخصية للفاحص. وتعني في مجال القياس النفسي، أن السلوك يمكن ملاحظته مباشرة ويمكن قياسه. (كما تعني أن إجراءات تطبيق الاختبار أي تعليماته وإجراءات الإجابة عن بنوده وإجراءات تصحيحه واحدة). فالموضوعية إذن تعني أن إجراءات القياس كلها تتم مستقلة عن تدخل الفاحص في جميع إجراءاته. (معمرية، 2002، ص126)

ومن بين الاختبارات الموضوعية نجد: سلم هاملتون لتقدير القلق وسلم بيك للاكتئاب.... إلخ

ج- مقابلات الوالدين:

جزء مهم من عملية التقييم للطفل هو إجراء مقابلة مع الوالدين، إما الأب، أو الأم أو كلا الوالدين، هنا تقيم العلاقة بين الطفل والوالدين، وكذلك اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

ويمكن تصنيف المعلومات التي تجمعهم خلال المقابلات كالتالي:

1. تفهم الوالدين لطبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم، والمعلومات عن أسباب هذه المشكلة من وجهة نظرهم؟
2. تكيف الطفل مع العائلة، ومع الأطفال الآخرين والمدرسة، وتشمل أيضا معلومات عن جوانب القوة والضعف في شخصية الطفل.
3. معلومات عن تاريخ الحالة للطفل (نموه، وتطوره)

4. العلاقات العائلية سواء من قبل الطفل مع العائلة أو من قبل بقية أفراد العائلة مع الطفل.
5. معلومات عن الوالدين من هذه المعلومات توفر رؤية واضحة عن السلوكيات والاتجاهات المطلوب معرفتها يستطيع الوالدان تقديم معلومات مهمة عن أطفالهما تفيد في التقييم، فهما يعرفان طفلهما حق المعرفة من جميع الجوانب، لذا يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي يستطيعان تقديمها. (يحيي، ص125)

المحاضرة الحادية عشر:

الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية للمضطربين سلوكيا وإنفعاليا:

أولاً: الخدمات النفسية:

هناك عدد من البرامج والخدمات النفسية المفيدة في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الفوضوي، ومن هذه الخدمات: المقابلات النفسية، استخدام برامج تعديل السلوك، لعب الدور، السيكودراما، الموسيقى، الكتابة الإبداعية، الفنون، ويمكن تطبيق كل واحدة من هذه الطرق والأساليب من قبل معلم التربية الخاصة المدرب، كما أن هناك بعض الأساليب التي يطبقها الأطباء والأخصائيون النفسيون منها:

العلاج النفسي:

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض، وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيض الأعراض المزعجة، ومساعدة الطفل على التخلص من الصراعات والمشكلات الداخلية، وقد تمّ استخدام العلاج النفسي بشكل ناجح مع الأطفال المضطربين، وقد كان الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية أفضل ولديهم الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي أكثر استجابة للعلاج.

ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته بين المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة أهمها: عمر الطفل، فالأطفال الأصغر عمرا يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين، أما الأطفال الأكبر عمرا وبخاصة المراهقون، فإن العكس هو الصحيح، وعلى الرغم من أن معظم العلاج النفسي يتضمن الاتصال اللغوي والشفوي بين المريض والمعالج، إلا أن هناك عددا من الأساليب الخاصة المستخدمة مع الأطفال والمراهقين، وهي: العلاج باستخدام اللعب والقصص الإبداعية... إلخ.

علاج الوالدين:

يجد الطبيب نفسه أحيانا غير قادر على مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين، وعدم مساعدتهم له، وعدم تشجيعهم له، وقد يكون ذلك ناجما عن وجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لإبنهم.

وفي هذه الحالة لابد من إدخال الوالدين في برنامج علاجي فردي أو جماعي لأنه من المهم جدا أن يتجاوز الوالدان مشكلاتهما الخاصة قبل التعامل مع مشكلات أبنائهم.

العلاج النفسي الجماعي:

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي، وهي:

1. الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية

2. مجموعات لعب وتبادل الأدوار

ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته، ومميزات أعضاء المجموعة المشاركة في البرنامج وأعمارها، ويفضل أن يكون هناك تشابه في العمر ونوع المشكلة والخلفية الثقافية والاجتماعية في المجموعة العلاجية الواحدة.

العلاج العائلي:

يتم التعامل مع العائلة كمجموعة واحدة، ويشجع كل عضو على التعبير عن مشاعره وآرائه حول المشكلة المطروحة للبحث، ويكشف هذا العلاج عن العلاقات الأسرية المتوترة التي تسبب المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال، لأن المشكلات العائلية تسبب سوء التكيف والعلاقات المتوترة داخل الأسرة مما ينعكس سلبا على الأطفال.

العلاج المهني:

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية أو الفردية في النشاطات والمهام اليدوية، أو من خلال التدريب المهني للحالة العاطفية للمريض وعمره، وحالته الجسدية، واهتماماته، وهنا يستفيد الفرد علاجياً عن طريق القيام بالنشاط، ولكونه تلقى ردود فعل إيجابية نتيجة لمشاركته مع الآخرين.

ثانياً: الخدمات التربوية:

تعتبر من أهم الخدمات التي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وذلك للآثار التي يتركها الاضطراب على قدرات الطلبة التعليمية والتحصيلية.

- الأفكار أو المرتكزات الرئيسية في الخدمات التربوية:

1. تعتبر ظاهرة تربية الأطفال المضطربين وتعليمهم ظاهرة حديثة نسبياً
2. تعتبر مجموعة البرامج والخدمات التي تحددها الأنظمة والتشريعات القانونية مناسبة للأطفال المضطربين.
3. يزود الأطفال المضطربون ببعض الخدمات في غرفة الصف مع توفير الدعم النفسي والاجتماعي.
4. قد يُحوّل بعض الطلبة المضطربين إلى صفوف خاصة بدوام جزئي أو كلي.
5. إن كثيراً من البدائل التربوية من قبل المرشدين، ومديري المدارس، والوالدين، قد تتضمن برامج تربوية للأطفال المضطربين.
6. إن النشاطات التربوية المتنوعة وفتح الصفوف الخاصة بالمضطربين، قد تبرز أهمية تربية الأطفال المضطربين
7. يجب أن تؤخذ الحاجات الفردية بعين الاعتبار عند التخطيط لأي برنامج تربوي.

يؤكد القانون العام 94/142 (التعليم لجميع المعاقين في بيئة أقل تقييداً)، على وجود مدى

واسع من الخدمات، مناسب للمستويات المختلفة من الاضطراب، بحيث توفر البيئة الأقل تقييداً، ومن البرامج والخدمات ما يلي:

1. الصف العادي المنتظم: يوضع فيه الأطفال المضطربين مع العاديين تحت الإشراف المباشر من معلمين مؤهلين.
2. الخدمات الداعمة، وتتضمن خدمات الإرشاد، والاستشارات النفسية، من قبل شخص مدرب
3. برامج غرف المصادر
4. خدمات الصف الخاص، حيث يوضع الأطفال بصفوف خاصة بالمضطربين، مع تلقي البرامج التربوية والعلاجية مباشرة من شخص مؤهل ومدرب. (يتكون من 6-10 طالب مضطرب)
5. برامج المدرسة الخاصة: حيث يوضع الطفل المضطرب هنا في مدرسة مصممة خصيصاً للأطفال المضطربين، تتوفر فيها البرامج التي تغطي الحاجات الأساسية لهم.
6. برامج المؤسسات: وتمثل هذه البرامج البيئة الأكثر تقييداً بالنسبة للمضطربين بحيث يُحوّل الطفل المضطرب إلى المصحات العقلية، ويتلقى الخدمات التربوية، بالإضافة للخدمات المؤسسية الأخرى.

ثالثاً: الخدمات الاجتماعية:

يوجد عدد من الخدمات الاجتماعية التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم، ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن، والخدمات العائلية، والخدمات العامة، وخدمات إعادة التأهيل المهني، والخدمات المجتمعية الأخرى.

وأخيراً، يجب التأكيد على أن المشكلات التي تواجه المضطربين هي مسؤولية مجتمعية وليست مسؤولية مؤسسة واحدة بعينها، وتحتاج هذه المسؤولية إلى جهد جماعي متكامل لإعادة هذه الفئة إلى مجتمعها للمساهمة في دعم مسيرته.

رابعاً: الخدمات الطبية:

وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثناءها وبعدها، وإجراء الفحوصات الجسدية، والعقلية العامة، والمتخصصة، والتحليل الطبي، وإعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي، بالإضافة للعناية والوقاية للبصر والسمع، ويجب توفير هذه الخدمات بشكل أساسي في الحالات الطارئة.

المحاضرة الثانية عشر:

أساليب تعديل السلوك:

1- تعريف تعديل السلوك:

تعديل السلوك هو نوع من أنواع العلاج النفسي، ومركز اهتمامه هو السلوك القابل للملاحظة، ويقوم أساساً على مبادئ التعلم في تكوين مهارات وأساليب السلوك الجديدة، والمحافظة على استمرارية للسلوكات المرغوبة، واختزال وكف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوبة. فقد عرفته خولة أحمد بأنه: "شكل من أشكال العلاج النفسي، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون موضوع الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ" (يحي، 2000، ص 165). كما يرى Kazdin أن تعديل السلوك " عملية تتضمن الاستمرار في السلوك المرغوب فيه، وتحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه" (الروسان، 2000، ص 51)، وعرفه Mitzel et al (1982) بأنه: " عملية تتضمن استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب والإجراءات بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه، أو تدعيم هذا السلوك، أو تعليمه سلوكاً جديداً، أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه" (عبد الباقي، 2000، ص 46).

كما يشير المفهوم أيضاً إلى الطريقة في اختيار السلوك المرغوب فيه وتطوير خطة تعزيز هذا السلوك وتدعيمه. (Ehlers & et all, 1973)

وتعديل السلوك يستخدم في مجالات مختلفة: في المجال التربوي، وفي البيت، وفي المجال الإكلينيكي. وهو أداة قيمة للمعلم موافقة وملائمة للأهداف الأساسية للتربية في تطوير مهارات جديدة، وفي تعديل مهارات موجودة. (Hallahan & kauffman, 1991)

2- المبادئ الأساسية و استراتيجيات لتعديل السلوك:

يقوم ميدان تعديل السلوك على بعض المبادئ الأساسية التي تم اشتقاقها من البحوث العلمية التجريبية، وسنحاول عرض بعض المبادئ والاستراتيجيات بنوع من الإيجاز:

✓ مبدأ التعزيز:

إن مبدأ الثواب أو التعزيز (Reinforcement) يشكل حجر الأساس في ميدان تعديل السلوك، والتعزيز مصطلح عام يشير إلى عملية التعلم التي تشمل تقديم أو إزالة مثير معين بعد حدوث الاستجابة، الأمر الذي يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة، ويسمى المثير الذي يؤدي ظهوره إلى تقوية السلوك ، معززا موجبا، في حين يسمى المثير الذي يؤدي اختفاؤه إلى تقوية السلوك بالمعزز السالب (الخطيب، 2012، ص25). وهناك نوعان من التعزيز هما:

1. التعزيز الإيجابي: Positive Reinforcement

يشير مبدأ التعزيز إلى زيادة تكرار ظهور الاستجابة حين تتبع مباشرة بنتائج معينة، ويطلق عليها اسم المعززات، ومنها المعززات المادية المتعلقة بالأطعمة والشراب والأشياء الأخرى المستهلكة والمعززات الاجتماعية كالمديح اللفظي والانتباه أو تعبيرات الوجه، والمعززات الرمزية، وتعمل المعززات الايجابية أيا كانت، وإذا ما تم توظيفها بالطريقة المناسبة على تثبيت على أشكال السلوك المرغوب فيها(الروسان، 2000).

2. التعزيز السلبي: Negative Reinforcemen

يشير التعزيز السلبي إلى زيادة قوة الاستجابة بعد حدوثها، ويتطلب التعزيز السلبي وجود أحداث مؤلمة أو غير مرغوب فيها والتي يمكن إزالتها أو التخلص منها بعد حدوث إستجابات معينة من قبل الفرد، والأمثلة كثير عن توظيف التعزيز السلبي في المواقف الحياة اليومية والأكاديمية مثل تشجيع الأطفال على الحديث أمام الآخرين وذلك لتجنب المواقف الانطوائية.

✓ مبدأ العقاب: (Punishment)

هو الحادث أو المثير الذي يؤدي إلى أضعاف بعض الأنماط السلوكية أو كفها، ويسمى هذا المثير الذي يضعف السلوك إذا حدث بعده بالمثير العقابي، والعقاب يكون إما بتطبيق مثيرات منفرة غير مرغوب فيها على هذه الأنماط، أو بحذف مثيرات مرغوب فيها (معززات إيجابية) من السياق السلوكي بحيث ينزع السلوك موضع الاهتمام إلى الزوال.

ومن أشكال العقاب: العبارات الكلامية، العزل، وثنم الاستجابة، التصحيح الزائد

1- العزل: Time-Out

وهو شكل من أشكال العقاب، وتزال فيه كافة المدعمات الإيجابية فترة من الوقت، ولا يكون لدى الطفل أية مدعمات مألوفة تكمن عنده خلال هذه الفترة، مثلاً يعزل الطفل مدة 5 دقائق بحيث لا يستطيع الاختلاط بغيره، وهناك طريقة أخرى بحيث لا يؤخذ الطفل من الموقف، بل يعزل جانبا ليراقب الأطفال الآخرين. واستخدمت هذه الطريقة للتخفيف من السلوك الفوضوي بين الأطفال من سن سنة إلى ثلاث سنوات، حيث ينقل الطفل الذي يصدر عنه مثل هذا السلوك خارج محيط اللعب حتى يراقب الأطفال الآخرين، لفترة زمنية أقل من دقيقة عادة. غير أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار أن أسلوب العزل غير فعال للأشخاص الإنسحابيين بطبيعتهم، ومن المحتمل أن يزيد من انسحابهم.

2- ثمن الاستجابة: Response Cost

يثير مصطلح ثمن الاستجابة إلى فقدان مدعم إيجابي أو إلى عقوبة تتضمن بعض العمل والجهد، ويتطلب ثمن الاستجابة دفع مثل الغرامات في حالة مخالقات السير، فالعقاب هنا دفع ثمن للاستجابة غير المناسبة، وقد لاحظ الباحثون أن هذه الطريقة يستعملها الآباء مع أطفالهم عند الشراء، وقد أخبر الآباء أطفالهم أنهم سيعطون مبلغاً من المال إذا التزموا

الهدوء داخل المحل، ويخسرون مبلغاً معيناً من المال على كل سلوك فوضوي، وقد أظهرت النتائج أن دفع الغرامات قد قل، وأن السلوك غير الملائم داخل المحلات قد قل تدريجياً.

3- التصحيح الزائد: Over Correction

ويكون العقاب هنا لممارسة سلوك غير مرغوب فيه هو إظهار سلوك آخر في المواقف، مثال كتابة الأغلاط الإملائية عدة مرات، ترتيب غرفة النوم كل يوم في حالة حدوث سلوك فوضوي فيها...إلخ.

✓ مبدأ المحو أو الإطفاء: (Extinction)

وينص هذا المبدأ على إلغاء التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوث السلوك سيؤدي إلى إيقاف ذلك السلوك، وبناء على ذلك فإن تجاهل سلوك الفرد الذي كان يحظى بالانتباه في الماضي هو شكل من أشكال المحو. لذلك يسمى هذا المبدأ أيضاً بمبدأ التجاهل.

✓ مبدأ التمييز: (Discrimination)

يشمل هذا المبدأ على تعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط، بمعنى آخر، يتضمن التعزيز ضبط السلوك من خلال مثيرات محددة دون غيرها.

✓ مبدأ التعميم: (Generalization)

ينص هذا المبدأ على تعلم الفرد سلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي، وذلك دون تعلم إضافي، بمعنى آخر إن التدريب ينتقل أتوماً تيكياً إلى المواقف المشابهة للموقف الأصلي.

المحاضرة الثالثة عشر:

استراتيجيات لتعديل السلوك:

النمذجة:

تعتبر النمذجة واحدة من طرق التعلم الرئيسية للفرد، فهي تعتمد على تقليد السلوك المرغوب فيه اجتماعيا، ولتوظيف هذا الأسلوب في تعديل السلوك يرى الروسان بأنه لا بد من توفر النقاط التالية: (الروسان، 2000، ص211).

1. مكانة النموذج، فقد يكون هذا النموذج أبا أو معلما أو قائدا...
2. نوع السلوك المقلد، ويتعلق السلوك المقلد بمظاهر السلوك الاجتماعي
3. مكافئة السلوك المقلد، ويتعلم الطفل الكثير من أشكال السلوك المتعلقة بالنظافة والرعاية الصحية، والمظهر العام، وطريقة الحديث مع الآخرين، وأساليب التعامل الاجتماعي، وفق هذا الأسلوب، ومنه تأتي أهمية تقديم النماذج السلوكية المناسبة للأطفال حتى يتم تقليدها.

تشكيل السلوك:

يتضمن هذا الأسلوب تحليل الهدف السلوكي إلى مجموعة من الخطوات الفرعية أو ما يسمى بأسلوب تحليل المهمات ثم يتم تعزيز كل خطوة فرعية ناجحة، حتى يقترب الطفل من السلوك النهائي المتوقع تحقيقه. ويوضح المثال التالي كيفية أسلوب تشكيل السلوك في تعديل السلوك، فإن كان الهدف السلوكي هو تنظيف الطفل لأسنانه، فيمكن تحليل هذا الهدف إلى مجموعة من الخطوات الفرعية تبدأ بالتوجه نحو المغسلة، وتنتهي بتنظيف الأسنان بطريقة معينة، وبعد ذلك يقوم الأخصائي بتعزيز كل خطوة ناجحة (الروسان، 2000).

و ففي هذا الأسلوب يتم تعديل سلوك الفرد تدريجيا حتى يحقق الفرد السلوك النهائي المتوقع منه.

التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجي:

يتم في الحالات التي يكون فيها الخوف مرتبط بحادثة معينة، فتستخدم طريقة التعويد التدريجي المنظم، وذلك بالتعرف على المثيرات التي تثير الإستجابات الشاذة، يقوم المرشد بعرض هذه المثيرات المحدثة للخوف وتكرارها بالتدرج في ظروف يحس فيها المسترشد بأقل درجة من الخوف، وهو في حالة الإسترخاء، بحيث لا تنتج إستجابة شاذة ، ثم يستمر التعريض على مستوى متدرج في الشدة، وتستخدم هذه الطريقة لإرشاد حالات الخوف-القلق- المخاوف المرضية.

السحب التدريجي أو التلاشي:

وهو يعتمد على جعل السلوك يحدث في موقف ما يحدث في موقف آخر، عن طريق التغيير التدريجي من الموقف الأول إلى الموقف الثاني، على سبيل المثال فقد يكون الطفل متعاون وهادئ في البيت لكن خائف ومنسحب إذا وضع في حجرة الدراسة الغريبة عنه، ويمكن القضاء على مثل هذا الخوف إذا عرضنا الطفل بالتدرج إلى مواقف تنسيه حجرة الدراسة داخل البيت، فهنا يزول الخوف من الدراسة ويعتبر التلاشي أو السحب التدريجي هاماً بصفة خاصة إذا تعلم العميل سلوكات جديدة في بيئة مقيدة مثل عيادة أو مؤسسة فإذا أخذنا العميل فجأة من هذه الأماكن و وضعناه في بيئة المنزل فقد ينتج عن ذلك فقدان الكثير من السلوكات والمهارات التي اكتسبها، ولهذا يكون من الأفضل أن يتم السحب التدريجي من بيئة العلاج إلى بيئة المنزل.

الكف المتبادل:

يقوم أساساً على وجود أنماط في الاستجابات المتنافرة وغير متوافقة مع بعضها البعض، مثل الإسترخاء والعنف، ويمكن استخدامه في إرشاد حالات التبول اللاإرادي، حيث أن التبول يحدث لعدم الاستيقاظ أو الذهاب إلى دورة المياه، لذا فإن الطفل يتبول وهو نائم في فراشه، والمطلوب

كف النوم ويحدث الاستيقاظ والتبول ، لذا فإن كف النوم يؤدي إلى كف التبول بالتبادل، ولا بد من تهيئة الظروف المناسبة لتعليم هذا النمط السلوكي.

التعاقد السلوكي أو الاتفاقية السلوكية:

يقوم هذا الأسلوب على فكرة أن من الأفضل للمسترشد أن يحدد لنفسه التغيير السلوكي المرغوب، ويتم من خلال عقد يكون بين طرفين هما المرشد والمسترشد، يحصل بمقتضاه كل واحد منهما على شيء من الآخر، مقابل ما يعطيه له مثال: المسترشد الذي يعاني من السمنة ويريد إنقاص وزنه، فيتم العقد بينه وبين المرشد على أن يودع مبلغ من المال لافتراض أنه 8000 دج، على أن يعاد إليه كل 1000 دج إذا نقص وزنه مثلا 10 كغ وأنه يفقدها في حالة زيادة وزنه 10 كغ.

الضبط الذاتي:

يعرف عادل عبد الله الضبط الذاتي للسلوك بأنه: " تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغيير في سلوك الفرد والتي تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك " (عادل، 2004، ص136).

وهناك برنامج مقترح يتضمن ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتي أو الضبط الذاتي، ويمكن عرض هذه الخطوات كالتالي:

1- الشرح والتفسير والمناقشة:

ويعني مناقشة السبب الذي من أجله تعتبر نمطا سلوكيا معيناً أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية.

2- التعيين:

ويعني مساعدة الطفل على التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذي يتم تدريبيه عليه.

3- النمذجة:

ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوبة تعلمها أو السلوك المستهدف.

4- التمييز:

ويعني تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج الملائمة وغير الملائمة من السلوك.

5- لعب الدور:

ويعني ممارسة الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية راجعة أو مرتدة.

6- التقييم:

ويتم التأكد على فترات منتظمة من أن الطفل قد إكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت .

خاتمة:

إن دراسة النمو الإنساني بشتى جوانبه وأبعاده (السلوكية، الانفعالية، العقلية، المعرفية، الجسمية...) مهم جدا للمختصين في علم النفس بمختلف تخصصاتهم، ولقد حاولنا في هذه المطبوعة عرض أهم الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأطفال والمراهقين، ونظرا لكون هذه الاضطرابات كثيرة ومتشعبة، فإننا حاولنا تناولها من الجانب الذي يدرسه هذا المقياس، لأن هذه الاضطرابات تتناولها مقاييس أخرى في علم النفس لكن من جوانب مختلفة، ولقد حاولنا تكبير حجم المطبوعة بالحجم الساعي المخصص للمقياس وهو السداسي الأول، (ويتجلى ذلك مثلا في تأجيل تناول بعض نماذج عن اضطرابات سلوكية وانفعالية بمرحلة الطفولة والمراهقة لحصة الأعمال الموجهة)، ونتمنى أننا وفقنا في ذلك.

- قائمة المراجع:

- إبراهيم، عبد الواحد سليمان (2013). الشخصية الإنسانية واضطرابات النفسية - رؤية في إطار علم النفس الايجابي. عمان: مؤسسة الوارف للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الواحد سليمان (2014). الشخصية الإنسانية واضطرابات النفسية - رؤية في إطار علم النفس الايجابي. (ط1) . عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- الجبوري، محمود علي والجبوري، فخري كريم (2014). الصحة النفسية علماً تطبيقياً.(ط1). الأردن: دار الرضوان للنشر والتوزيع.
- الخروصي، سعاد جمعة وآخرون (ب ت). تقنين مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية (SDQ) على الأطفال العمانيين. مجلة الطفولة العربية، العدد السادس والستون (ص ص 37-72).
- الخطيب، جمال محمد (2012). تعديل السلوك الإنساني. (ط 5). الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الروسان، فاروق(2000). تعديل وبناء السلوك الإنساني. (ط1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزغلول، عماد عبد الرحيم (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال.(ط1). عمان: دار الشروق.
- الصيخان، سالم إبراهيم (2014). الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج).(ط 2). الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الظاهر، قحطان أحمد (2005). مدخل إلى التربية الخاصة.(ط1). عمان: دار وائل للنشر.

- العزة، سعيد حسني (2002). المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة- المفهوم- التشخيص- أساليب التدريس. (ط1). عمان: دار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- القاسم، جمال وآخرون (2000). الاضطرابات السلوكية. (ط 1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- القبالي، أحمد يحيى (ب ت). المدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. دار الخليج
[https:// books.google.dz/books](https://books.google.dz/books) (20 :15 20/09/2018)
- القمش، نوري مصطفى والمعايطة، خليل عبد الرحمن (2014). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (ط1). الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- جبل، فوزي محمد (2001). علم النفس العام. مصر: المكتب الجامعي.
- صابر، عوض فاطمة وخواجة، علي ميرفت (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. (ط1). مصر: مكتبة الإشعاع الإسكندرية.
- عادل، محمد عبد الله (2004). الإعاقات العقلية. (ط1). القاهرة: دار الرشاد للنشر.
- عبد الباقي، إبراهيم علا (2000). الإعاقة العقلية، التعرف عليها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا. القاهرة: عالم الكتب للنشر.
- عبد الستار، إبراهيم وعسكر، عبد الله (2008). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. (ط4). مصر: مكتبة الانجلو مصرية.
- عبد العزيز، سعيد (2005). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبد المؤمن، معمر علي (2008). مناهج البحث في العلوم الاجتماعية الأساسية والتقنيات والأساليب. القاهرة: المجموعة العربية للتدريب والنشر.

- عسكر، رأفت (2004). علم النفس الإكلينيكي - التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- غانم، حسن محمد (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية- الوبائيات- التعريف- محكات التشخيص- الأسباب- العلاج- المآل والمسار. (ط 1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فيصل، عباس (1996). الاختبارات النفسية -تقنياتها وإجراءاتها. (ط1)، بيروت: دار الفكر العربي.
- فيصل، عباس (1997). الشخصية: دراسة حالات المناهج، التقنيات والإجراءات. (ط 1). بيروت: دار الفكر العربي.
- كامل، فؤاد محمد (2001). الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية - المعايير الشخصية. (ط1). كويت: مكتبة المنار الإسلامية.
- مصطفى، أسامة فاروق (2009). الاضطرابات السلوكية لدى الصم: المفاهيم-النظريات- العلاج. مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع.
- مصطفى، أسامة فاروق (2015). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية -الأسباب- التشخيص- العلاج. (ط4). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- معمريّة، بشير (2002). القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية. (ط 1). الجزائر: منشورات شركة باتنيت.
- يحي، أحمد خولة (2000). الاضطرابات السلوكية والإنفعالية. (ط 1). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- يوسف، سيد جمعة (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- Ehlers and walter et all.(1973), An Introduction to mental retardation a programmed text, Columbus, Merrill.

- Hallahan, D&Kauffman,J.(1991), Exceptional children : Introduction to special education.(5th ed). Prentic-hall.Inc,Englewood cliffs,New Jersey.

- Jean. Adolphe Randal.(2003), L'évaluation du langage, Mardaga, Belgique 2 iem édition.

_ [https:// www.almaany.com](https://www.almaany.com) (11.30 23/09/2018)