

جامعة الجزائر (2) أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الأطفونيا

مطبوعة بيداغوجية  
تقييم وعلاج الاضطرابات  
النفس - حركية

موجهة لطلبة الماستر - 1 -

تخصص إعاقة سمعية

السنة الجامعية: 2021 - 2022

## الفهرس:

- 1.....مقدمة:
- 3..... المحور الأول: الخصائص النمائية ومميزاتها
- 3..... المحاضرة الأولى: - مراحل النمو ومميزاتها:
- 3..... 1- مرحلة الطفولة المبكرة: (من الولادة إلى سنتين)
- 5..... 2- مرحلة الطفولة المتوسطة (مرحلة ما قبل المدرسة): من 3-6 سنوات
- 11..... المحاضرة الثانية: مراحل النمو الحسي الحركي
- 13..... - حاسة السمع: ..
- 14..... - حاسة البصر: ..
- 14..... - حاسة الشم:
- 15..... - حاسة الذوق: ...
- 18..... المحاضرة الثالثة: مراحل النمو الحركي
- 18..... 1- مفهوم النمو الحركي:
- 18..... 2- العوامل المؤثرة في النمو الحركي:
- 21..... 3- المبادئ العامة للنمو الحركي:
- 24..... 4- نظريات النمو وعلاقتها بتفسير النمو الحركي:
- 30..... 5- تطور مظاهر النمو الحركي:
- 32..... المحور الثاني: النمو النفسي لطفل
- 32..... المحاضرة الرابعة: خصائص النمو النفسي
- 32..... 1- مفهوم النمو النفسي:
- 33..... 2- مظاهر النمو النفسي:

- 3- النمو الانفعالي والاجتماعي لطفل: ..... 38
- 4-المجال الانفعالي/الاجتماعي ..... 45
- المحور الثالث: مدخل إلى الإعاقة السمعية ..... 52
- المحاضرة الخامسة: الإعاقة السمعية ..... 52
- 1-تعريف الإعاقة السمعية: ..... 52
- 2- تصنيفات الإعاقة السمعية: ..... 52
- 3-أسباب الإعاقة السمعية: ..... 55
- 4-الأعراض الدالة على وجود فقدان السمع: ..... 56
- 5-خصائص المعاقين سمعياً: ..... 57
- 6-طرق تشخيص الإعاقة السمعية: ..... 58
- 7-أساليب الوقاية من الإعاقة السمعية: ..... 62
- المحور الرابع: تقييم نمو الطفل ..... 63
- المحاضرة السادسة: تقييم نمو الطفل في مختلف المجالات ..... 63
1. تقييم نمو الطفل ..... 63
- 1-الحسي/الحركي: ..... 63
- 2-المجال العقلي/المعرفي: ..... 63
- 3-الجانب الانفعالي/الاجتماعي: ..... 63
- 4-المجال التواصلّي/اللغوي: ..... 63
- المحور الخامس: أنواع الاضطرابات النفسية ..... 76
- المحاضرة السابعة: الاضطرابات النفسية لدى الطفل المعاق سمعياً: ..... 76
- 1- تعريف الاضطراب النفسي: ..... 76
- 2- أنواع الاضطرابات النفسية: ..... 76
- 3- المعاش النفسي للطفل المعاق سمعياً: ..... 76

77	4- التوافق النفسي للطفل المعاق سمعياً:
80	المحاضرة الثامنة: الخجل
80	1-تعريف الخجل:
80	2-نظريات الخجل:
82	3-أشكال الخجل:
85	4- مظاهر الخجل:
85	5-أعراض الخجل:
87	6- بروفييل الطفل الخجول:
88	7- أساليب علاج الخجل:
90	8- الوقاية من الخجل
91	المحاضرة التاسعة: القلق
91	1- تعريف القلق:
92	2- أسباب القلق:
93	3- أعراض القلق النفسي:
	4- أنواع القلق: 95
	5- علاج القلق: 96
98	المحاضرة العاشرة: الاكتئاب
98	1- مفهوم الاكتئاب:
100	2- الاكتئاب لدى الأطفال:
101	3- تصنيف الاكتئاب:
101	4- أنواع الاكتئاب:
102	5- أسباب الاكتئاب:
103	6- أعراض الاكتئاب:

105	7- علاج الاكتئاب: .....
108	المحور السادس: الاضطرابات السلوكية.....
108	المحاضرة الحادية العاشرة: السلوك العدواني .....
109	1- تعريف السلوك العدواني:.....
110	2- مظاهر السلوك العدواني:.....
111	3- تصنيف السلوك العدواني حسب الأسلوب:.....
111	4- أسباب السلوك العدواني:.....
115	5- النظريات المفسرة للسلوك العدواني:.....
117	6-العوامل المؤثرة في السلوك العدواني:.....
119	المحاضرة الثانية عشرة: السلوك العدواني لدى الطفل المعاق سمعيا:.....
119	1- تعريف السلوك العدواني لدى الطفل المعاق سمعيا:.....
119	2-أسباب السلوك العدواني لدى الطفل المعاق سمعيا: (الإعاقة أو البيئة) .....
123	3-أشكال السلوك العدواني لدى المعاق سمعيا:.....
124	4- دور المختص الأرتو فوني في علاج السلوك العدواني لطفل الأصم:.....
128	المحاضرة الثالثة عشرة: النشاط الحركي الزائد.....
128	1- مفهوم تشتت الانتباه والنشاط الزائد:.....
130	2- أسباب اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:.....
133	3- مظاهر وخصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد: .....
137	4-علاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:.....
142	5- العلاج الأرتو فوني لفرط النشاط لدى المعاقين سمعيا:.....
143	6-توصيات للتخفيف من النشاط الزائد عند الأطفال المعاقين سمعيا: .....
144	المحور السابع: خصائص التربية النفسية والإدراك الحركي .....
144	المحاضرة الرابعة عشرة: التربية النفسية الحركية.....

144	1- مفهوم التربية النفسية الحركية:
145	2-المجال النفسي حركي:
147	3-أهداف التربية النفسية الحركية:
148	4- خصائص النمو النفسي حركي:
151	5-المقاييس النفسية الحركية:
152	المحاضرة الخامسة عشرة: الإدراك الحركي:
152	1- برنامج الإدراك الحركي:
153	2- الأنشطة المقترحة لبرنامج الإدراك الحركي:
156	3-أنشطة الحركية الخاصة بطفل في سن 5 سنوات:
157	4 - أنشطة الحركية الخاصة بطفل في سن 6 إلى 7 سنوات:
159	5- أنشطة الحركية الخاصة بطفل في سن 8 - 9 سنوات:
160	قائمة المراجع:
160	المراجع باللغة العربية
165	المراجع باللغة الأجنبية

## مقدمة:

تعتبر الإعاقة السمعية من بين الإعاقات المنتشرة في كل المجتمعات، فلا يكاد يخلو مجتمع إنساني منها مهما بلغت درجة تحضره ومهما ارتفعت فيه وسائل الوقاية الصحية والاجتماعية وعليه اهتم المختصين والممارسين بهذه الإعاقة.

تؤثر الإعاقة السمعية على الخصائص النمائية باعتبار النمو متداخل ومترابط ومنها: النمو الحسي - الحركي والنمو النفسي - المعرفي والنمو اللغوي - التواصل.

وعليه يعاني الطفل المعاق سمعياً من مشاكل في التكيف الاجتماعي بسبب الاضطرابات على مستوى القدرات اللغوية والتي تؤثر بصفة مباشرة على تطور النمو في المجالات الأخرى. الحسي - الحركي، النمو النفسي.

وبناء على ذلك يتمحور موضوع هذه المطبوعة حول محاضرات في وحدة تقييم وعلاج الاضطرابات النفس - حركية لطفل المعاق سمعياً، وهو موجه لطلبة مستوى الماستر 1 نظام DML.

وتهدف هذه المطبوعة من الناحية التعليمية إلى:

### 1- التعرف على مفهوم الإعاقة السمعية

- التعرف على الخصائص النمائية ومميزاتها بالنسبة لكل مرحلة من مراحل النمو للطفل.
- تقييم مراحل نمو الطفل في كل المجالات.
- تحديد الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الطفل وكيفية التكفل والعلاج.
- التعرف على الاضطرابات الحركية والسلوكية لطفل وكيفية التكفل والعلاج.

ومن الناحية التكوينية إلى:

■ القدرة على البحث في مجال الإعاقة السمعية مع تحديد المراكز والجهات الخاصة بهاته الفئة والخدمات المقدمة لهم.

■ القدرة على التعرف على مجمل الاضطرابات النفسية لطفل المعاق سمعيا وطرق التكفل.

■ التعرف على الاضطرابات السلوكية والحركية لطفل المعاق سمعيا وكيفية العناية وتقديم الخدمات التأهيلية اللازمة.

■ التقييم العام لنمو وتطور الخصائص النمائية لطفل من سنتين إلى 6 سنوات.

وعليه تضمنت المحاور الآتية:

المحور الأول: الخصائص النمائية ومميزاتها لطفل.

المحور الثاني: يتمحور حول النمو النفسي لطفل في كل المجالات.

المحور الثالث: مدخل إلى الإعاقة السمعية وتصنيفاتها وطرق الوقاية منها.

المحور الرابع: يتضمن طريقة التقييم للخصائص النمائية لطفل في جميع المجالات.

المحور الخامس: يدور حول الاضطرابات النفسية لطفل بصفة عامة والطفل المعاق سمعيا بصفة خاصة وطرق العلاج.

المحور السادس: يتمركز حول الاضطرابات الحركية لطفل بصفة عامة والمعاق سمعيا بصفة خاصة وكيفية التكفل بها.

المحور السابع: يتعلق بالتربية النفسية الحركية لطفل.

## المحور الأول: الخصائص النمائية ومميزاتها

### المحاضرة الأولى: - مراحل النمو ومميزاتها:

#### 1- مرحلة الطفولة المبكرة: (من الولادة إلى سنتين)

##### 1-1 - النمو النفسي: (علاقة أم طفل)

تتركز خصائص النمو النفسي للطفل في هذه المرحلة من خلال إشباع حاجاته الأساسية، والمتمثلة في حاجاته للراحة والاستقرار في البيئة المحيطة به، كما أن من أهم حاجاته وهي الحاجة إلى التعلق والعاطفة والحنان والرعاية وكذلك الشعور بالإشباع من خلال اندماجه في المحيط بواسطة انفعالاته.

يتحدد دور الوالدين من خلال الفورية والثبات في الاستجابة بشكل عام إلى مؤشرات التوتر التي تصدر عن الطفل، لقد وجد أن الطفل الذي لم تكن أمه تستجيب إلى حاجاته بشكل فوري في الأشهر الأولى يميل بعد ذلك إلى أن يصبح سريع الغضب وأقل طاعة لأوامر أمه عندما يصبح أكبر سناً.

فعلاقة أم-طفل لها أهمية بالغة في الأشهر الأولى فهي لها تأثير قوي على شخصية الطفل ومستقبله فكل ما يعيشه من مستحب ومكروه، من إشباع و خيبة الأمل، وتجارب سارة ومحزنة، ومحاولات فاشلة وناجحة كلها يختزن ويؤثر فيه لاحقاً.

##### 1-2- النمو الجسمي:

عوامل النمو الجسمي عديدة أهمها الوراثة، فنمو الطول والقامة النهائية للفرد يحددها العديد من الخصائص الوراثية أهمها التغذية ويوجد علاقة وثيقة بين قامة الطفل وقامة والديه وبوجه عام يجب مراقبة وزن الطفل وطوله بانتظام.

بعد الولادة يكون طول المولود 50 سم، وفي مرحلة الرضاعة يبدأ الطول بالزيادة المستمرة إلى أن تصل (70-80) في نهاية السنة الثانية، أما وزن الطفل في المتوسط عند الولادة (3 كغم) تقريبا ثم يشهد زيادة. وفي نهاية هذه المرحلة يتناقص حيث تكون الزيادة في الوزن أكثر من الطول ففي الشهر الرابع يصل وزن الطفل إلى ضعف ما كان عليه عند الولادة (6 كغم) وفي نهاية السنة الأولى يصبح ثلاث أضعاف ما كان عليه عند الولادة (9 كغم)، وفي نهاية السنة الثانية يصل وزن الطفل إلى (12 كغم) في المتوسط.

### 1-3- النمو الحركي:

تكون حركات الطفل عشوائية عند الولادة وذلك بسبب عدم نضج الجهاز العصبي، ويعتبر النمو الحركي المعيار الأساسي لنمو الطفل النفسي ويعتبر المشي بصفة خاصة أهم نواحي النمو الحركي وأكثرها اتصالا بالنمو العقلي والاجتماعي، ويختلف العمر الذي يتعلم فيه الأطفال المشي باختلاف الصحة والتغذية والوزن والذكاء.

### 1-4- النمو الاجتماعي:

يتصل نمو الطفل الاجتماعي اتصالا وثيقا بنموه الجسدي والعقلي والعاطفي، فعندما يولد الطفل في وسط يحبونه ويرغبون به فإنه سوف يألف الناس ويقبل عليهم ويستمتع بصحبتهم، مما يمهد لنمو اجتماعي بصورة سليمة وسهولة إقامة علاقات مع الغير، فلكذلك فإن صحة الطفل الجيدة والعناية بملبسه، ومظهره ذات دور في إقبال الناس عليه، أما الطفل ضعيف البنية والذي لا يتمتع بحسن المظهر فإنه يعزل عن الناس مما يقلل من فرص نموه الاجتماعي.

### 1-5- النمو العقلي:

يولد الطفل وهو مزود ببعض الأفعال المنعكسة كالمص والقبض والنظر ويتعلم بالتدرج أن يصل إلى الأشياء وأن يتناولها ويرافق النمو الحركي النمو المعرفي أي قدرة الطفل على معرفة العالم الخارجي وفهمه، كما تنمو لديه القدرة على التعامل مع البيئة، ويسمى "بياجيه" هذه المرحلة من النمو المعرفي بالنمو الحس-الحركي ويميز فيها المظاهر التالية:

- الشهر الأول: يبدأ الطفل بمتابعة النظر إلى الأشياء التي تتحرك أمامه.  
- بين 3-6 أشهر: يكتسب الطفل مهارة الربط بين ما يراه وحركة يديه، (فيستطيع أن يلتقط ما يراه وينسق بين نظره وحركة المسك)، عند غياب الأشياء عن نظره فإن وجودها ينعدم بالنسبة له .

- الشهر التاسع: يكتسب الطفل القدرة على التفتيش عن الأشياء المخبأة خلف حاجز وهذا ما يسمى بديمومة الشيء، وإيجاد الوسائل التي تمكنه من إيجاد الشيء.  
- في الشهر العاشر: يكشف الطفل القيمة الوسائل التي توصله للأشياء (العصا تمكنه من الوصول إلى الأشياء البعيدة) .

في نهاية السنة الثانية: يصبح الطفل قادرا على إيجاد الوسائل التي توصله إلى أهدافه في مواقف عديدة للحصول على قطعة الحلوى في مكان مرتفع فإنه يصعد على الكرسي.

## 2- مرحلة الطفولة المتوسطة (مرحلة ما قبل المدرسة): من 3-6 سنوات 1-2 النمو الجسمي:

يستمر ازدياد الطول والوزن سريعا وذلك بتأثير الهرمونات وخاصة هرمون الغدة النخامية إلا أن هذا المعدل تقل سرعته عما كانت عليه في المرحلة السابقة، كما يلاحظ أن الفروق الفردية بين أبناء العمر الواحد بالنمو في الحجم تأخذ في الظهور وترجع إلى (طبيعة الطفل، الوراثة، البيئة، الصحة، التغذية). وعلى الرغم من وصول أطفال هذه المرحلة إلى مستوى مناسب في نضج العضلات الكبيرة، إلا أن هناك قصورا في نمو العضلات الصغيرة التي تتحكم في اليد والأصابع مما لا يمكنهم من الكتابة أو ربط أحذيتهم، يكون الطفل في هذه المرحلة يكتسب إدراك وصور على جسمه وذاته ويميز جسمه عما يحيط به وتنمو الصورة الجسمية من خلال انطباعات الاخرين وتفاعلاته معهم.

## 2-2 - النمو الحركي:

في هذا السن يستطيع الطفل الركض بسهولة والقفز وركوب الدراجة ويتمكن في نهاية المرحلة من ربط شريط حذائه و تزرير ثيابه، كذلك مع ثبات استخدام إحدى يديه دون الأخرى، وعادة ما يستخدم 90% من الأطفال اليد اليمنى، في هذه المرحلة يجب إتاحة للطفل فرص الركض واللعب في الهواء الطلق ليحقق مطالب النمو الجسمي.

## 2-3 - النمو اللغوي:

في نهاية العام الثاني يبلغ حجم القاموس اللغوي للطفل حوالي 50 كلمة وتصل إلى 2000 كلمة في السنة الخامسة، ويكون قد سيطر على مجمل الأصوات الأساسية وتكتمل جمل الطفل، بمعنى أنه يرتبط أجزاء الجملة بالضمائر والأفعال المناسبة، وتعد هذه بدايته الصحيحة في استخدام لغة الكبار.

يدرك الطفل المعاني وبهذا يتمكن من التعبير عن نفسه، ويتصل بالآخرين وللاستطلاع فيطرح الكثير من الأسئلة الاستفهامية مثل لماذا؟ كيف؟ أين؟ من؟، ففي هذه المرحلة يحدب قراءة القصص للطفل وتوفير القصص التي تحتوي على مفردات تتناسب مع عمره.

## 2-4 - النمو العقلي المعرفي:

في نهاية السنة الثانية:

يبدأ الطفل باستخدام لغة الأم وتكون لديه الصور العقلية و التمثيلات الذهنية ويسمي بياجيه هذه المرحلة باسم مرحلة العمليات ما قبل الإجرائية"  
تعني عمليات التفكير التي تحكمها قوانين المنطق والطفل لا يستطيع أن يقوم بعمليات عقلية منطقية تعوض إدراك الحواس المباشر، ويبدأ ظهور مرحلة ما قبل العمليات الإجرائية أو ما قبل العمليات العقلية العليا في نهاية السنة الثانية وتمتد حتى نهاية السنة السابعة، ولكن هذا لا يعني أن درجة التفكير واحدة من بداية المرحلة حتى نهايتها.

## 2-5- النمو الانفعالي:

تتميز الانفعالات في هذه المرحلة بالحدة والقوة كما يستمر نمو الاستجابات الانفعالية بشكل تدريجي ومتميز وتطور معظمها حول الذات مثل الخجل، الخوف، ويرى علماء النفس بأن مطالب النمو ، ومعرفة اللغة، وزيادة القدرة على التغيير، والقدرة على الحركة والتنقل والرغبة في التعرف على الأشياء وفحصها، وتجربتها، والرغبة في الشعور بالاستقلال، تصطم جميعها بالبيئة التي يعيش فيها الطفل، مما يؤدي إلى ظهور تلك الانفعالات الحادة.

- يزداد تمايز الاستجابات الانفعالية وخاصة الاستجابات الانفعالية اللفظية لتحل تدريجيا محل الاستجابات الانفعالية الجسمية.

- تتميز الانفعالات هنا بالشدّة والمبالغة فيها (غضب شديد، حب كبير).

- تظهر الانفعالات المتمركزة حول الذات مثل الخجل، والإحساس بالذنب، ومشاعر الثقة بالنفس، كما تظهر نويات الغضب المصحوبة بالاحتجاج اللفظي والآخذ بالتأثر أحيانا ويصاحبها العناد والمقاومة والعدوان خاصة عند حرمان الطفل من إشباع حاجاته.

- تتأجج نار الغيرة عند ميلاد طفل آخر وتظهر عقدة قابيل، أو عقدة الأخ، فعند ميلاد أخ جديد يشعر الطفل بتهديد رهيب، يهدد مكانته ويشعر كأنه عزل من عرشه الذي كان يتربع عليه وحده دون سواه.

## 3- مرحلة الطفولة المتأخرة: من 6 إلى 9 سنوات

### 3-1- النمو الجسمي:

- يستمر نمو الطول والوزن بمعدل سريع ولكنه أقل من سرعة المرحلة السابقة.
- يتعرض الطفل لتسوس الأسنان.
- يتميز نموه بالنشاط الحركي الفائق والحيوية المستمرة.
- يتميز النشاط الحركي بالسرعة والدقة والقوة لنمو العضلات الدقيقة.

### 3-2- النمو الانفعالي:

يسير النمو في هذه المرحلة بشكل بطيء ويظهر في بداية المرحلة على شكل انتقال الطفل من حالة انفعالية إلى أخرى، وذلك بسبب عدم نضج الطفل من الناحية الانفعالية من جهة أخرى، وقابليته للاستثارة مع تميزه بسمات عديدة مثل العناد والميل إلى التحدي، مع تقدم الطفل في السن يرتفع مستوى الثبات الانفعالي لديه، حيث يصبح مستقرا من الناحية الانفعالية في نفس الوقت الذي تزداد قدرته على السيطرة على دوافعه الفطرية. و يقترن كل ذلك بتوجيه الطاقة الانفعالية نحو الخارج بعد أن كانت توجه إلى الأسرة فيما سبق. كما يستطيع الطفل إشباع حاجاته بطرق أكثر فعالية عن ذي قبل واستعمال طرق جديدة إيجابية بدل الاعتماد على الانفعال والغضب.

### 3-3- النمو الاجتماعي:

تتسع دائرة العلاقات الاجتماعية لدى الطفل في هذا السن وهذا لدخوله المدرسة وتتصف هذه المرحلة بالنشاط والطاقة عند الطفل وكذلك زيادة الاعتماد على النفس والاستقلال عن الوالدين لتحقيق الذات، كذلك الاهتمام بتكوين صداقات، وقد يهتم بأصدقائه أكثر من اهتمامه بأفراد أسرته، يأخذ الأطفال في هذا السن الأمور بجدية ويتوقعون الجدية من الكبار، لذلك يجب معاملتهم معاملة تتصف بالثبات وتخلو من التذبذب.

### 3-4- النمو اللغوي:

في هذا السن من السادسة إلى التاسعة يلتحق الطفل بالمدرسة ويبدأ باستخدام الجمل الطويلة، متأثرا بنضجه وتدريبه، وكذلك تعلم القراءة والكتابة، وتزداد حصيلته اللغوية باكتسابه المهارات التعليمية وباحتكاكه بالتلاميذ داخل القسم.

إن الحصيلة اللغوية عند الأطفال في المدرسة الابتدائية تزيد زيادة كبيرة بفعل ما يسمعه من المفردات وما يتعلمه من مصطلحات من طرف المعلمين ويفعل ما يقرأه في كتبه المدرسية أو في قراءاته الحرة، كما يحسنون فهم معاني الكلمات، ويعرف الطفل بعض

أسرار التركيب اللغوي والاشتقاقات اللغوية حيث وجد أن الحصيلة اللغوية عند الطفل يكون في حدود 2500 كلمة.

#### 4- مرحلة الطفولة المتأخرة: من 9 إلى 12 سنة:

##### 4-1- النمو الجسمي:

- استمرار ضعف السيطرة في بداية هذه المرحلة على الحركات الدقيقة.
- يتم النضج للمهارات العقلية وهذا ابتداء من سن الثامنة، إذ يحدث تناسق في الحركة وتتم السيطرة على الحركات الدقيقة.
- يغلب على الطفل في هذه الفترة النشاط العملي نتيجة لرغبته الشديدة في استعمال حواسه كلها.
- يسير النشاط الحركي من المجرى غير المحدد إلى النشاط المفصل المحدد.
- يتم النضج الحسي عند بلوغ الطفل السن التاسعة.

##### 4-2- النمو الحركي:

يمارس الطفل نشاطات حركية معقدة من الألعاب التي تشتمل على الجري والمطاردة وركوب الدراجات، كما يمارس الألعاب الرياضية المنظمة، وذلك بسبب زيادة مستوى توافقه الحركي العضلي.

##### 4-3- النمو العقلي:

في هذه المرحلة يطرأ على الطفل تطور في:

- الملاحظة والإدراك: تطور إدراك الطفل وملاحظته الدقيقة يدل على تطور نموه العقلي وزيادة نسبة ذكائه، يصبح قادراً على الربط بين العناصر على أساس العلة والمعلول في نهاية المرحلة، مثلاً إذا عرضت على طفل في سن الثالثة لوحة تتألف من عناصر متعددة فإن الطفل في هذا السن يعيده ما رآه دون تغيير، عكس الطفل ذو سبع سنوات فهذا الأخير يربط وينسق ما تحويه تلك الصور.

- الانتباه: إن الانتباه وتركيز وحصر النشاط الذهني في اتجاه معين ومدة الإنتباه تختلف من شخص إلى آخر.

- التذكر: يرتبط التذكر بالقدرة على الانتباه والاهتمام، بنمو الفرد تزداد قدرته على التذكر، ففي البداية يكون آليا أما في مرحلة الطفولة يميل الطفل إلى حفظ وتذكر الموضوعات التي تقوم على الفهم والإدراك.

- أما عن العمليات العقلية الأخرى مثل التفكير والتخيل والذكاء تزداد وتنمو بنمو الطفل ومع خبراته.

#### 4-4- النمو الانفعالي:

تتميز هذه المرحلة بالثبات الانفعالي، حيث لا يطلق العنان لانفعالاته، كما تتميز بقدرة الطفل على السيطرة على النفس والميل إلى المرح، كما أن التعبير الانفعالي يتأثر بالثقافة التي يعيش فيها الطفل ونوع التربية التي يتلقاها، وينمو إدراكه، لذلك نجدها انفعالات متنوعة بالهدوء، لأنه يكون بلغ درجة النمو العقلي التي تمكنه من فهم المواقف الاجتماعية والتحكم في تعبيراته الانفعالية.

يتسع مجال حياته الانفعالية فينتقل من الأسرة إلى الأقارب، ويتأثر بالنضج والتعلم، واتجاهاته العاطفية تكون نحو المدرسة ورفقائه بصفة خاصة وفي السنتين الأخيرة من هذه المرحلة تتركز الانفعالات من عطف وحنان إلى الزملاء من نفس الجنس، أي أن البنات تنجذب إلى صديقتها، وكذلك الذكر ينجذب للذكر وتسمى هذه العلاقة بالعلاقة المثلية.

## المحاضرة الثانية: مراحل النمو الحسي الحركي

### تمهيد:

يرتبط النمو الحسي-الحركي لدى- بياجيه- بالنمو العقلي ويتم ذلك بثلاث مراحل و هي:

- مرحلة النشاط الحسي-الحركي، - مرحلة العمليات المحسوسة، - مرحلة العمليات الصورية، أما إذا ما أردنا التعرف على مراحل تطور النمو الحسي والحركي كل على حدى فهنا يتعلق الأمر بالنمو الجسمي العضوي والوظيفي للأعضاء الحسية وكذا الأعضاء الحركية ومختلف وظائف كل منها، وبهذا سنتطرق لكلا الجانبين.

### 1- تطور النمو الحسي-الحركي:

تبدأ هذه المرحلة من الولادة وحتى نهاية السنة الثانية من العمر وتمثل الصورة المبكرة للنشاط العقلي للطفل، ويحدث التعلم بشكل رئيسي في هذه المرحلة عبر الإحساسات والمعالجات اليدوية وهي عبارة عن أفعال انعكاسية فطرية لا إرادية كظاهرة المص ثم تتحول تدريجياً إلى السلوك الإرادي.

وتتكون من ستة مراحل فرعية وهي:

(1) من الميلاد حتى نهاية الشهر الأول ، فيها يمارس الطفل العمليات الآتية (المص، الرضاعة، الإخراج، النشاط البدني) وتظهر فيها بعض صور الاشتراط بين استجابات ومثيرات جديدة، كما تظهر بوادر تعديل الأفعال المنعكسة الفطرية وتصبح أكثر فعالية بالتعلم، تتميز هذه المرحلة بالتدريب على ذخيرة حسية حركية جاهزة، وفيها لا يتم التمايز بين التمثيل والمواءمة.

(2) من بداية الشهر الثاني حتى نهاية الشهر الرابع ، وهي مرحلة التكرار الآلي للاستجابات أو الإرجاع، فيها يكرر الطفل الفعل عدة مرات، ويظهر التأزر بين الأشياء التي يراها والتي يمكنه أن يصل إليها والأصوات التي يسمعها وينظر إلى

مصدرها، وكذا الأشياء التي تلمسها اليد ينظر إليها وفي هذه المرحلة تبدأ عملية التمثيل والمواءمة في التمايز.

(3) من بداية الشهر الخامس حتى نهاية الشهر الثامن، وهي مرحلة الإرجاع الدائرية الثانوية، أو التكرار الذي يهدف إلى بقاء شيء معين حيث يضغط على اللعبة وينتظر حدوث صوت معين ويستطيع الطفل أن يميز بين بعض الأشياء المألوفة وغير المألوفة، ويتوفر لديه بعض المفهوم عن استمرار وبقاء الأشياء فإذا سقطت مثلاً اللعبة ينظر إليها، وتنمو لديه مفاهيم المكان كما ينمو لديه إدراك العمق، وتظهر بداية المحاكاة.

(4) تبدأ من الشهر التاسع حتى نهاية الشهر الثاني عشر، يكتسب فيها الطفل تمييزات إضافية بين الوسائل والغايات، فإذا ظهر عائق أمام الطفل يمنعه من الوصول إلى لعبته فإنه قد يتعلم دفع هذا العائق من طريقه أو الدوران حوله للحصول على اللعبة. وفي هذه المرحلة تظهر بداية مفهوم الواقع والحقيقة والبعد عن التمرکز الشديد حول الذات.

(5) تبدأ من بداية الشهر الثالث عشر حتى نهاية الشهر الثامن عشر، وهي مرحلة الإرجاع الدائرية، وتعني التكرار الذي يهدف إلى التجريب وفيها ينوع الطفل حركاته ويراقبها ويوجه نشاطاته عن قصد فهو يستطلع الأشياء بحثاً عن الجوانب الجادة فيها، ويتعلم استخدام الوسائل للوصول إلى الهدف.

(6) وتبدأ من بداية الشهر التاسع عشر وحتى نهاية الشهر الرابع والعشرين، تنمو في هذه المرحلة اللغة بناء على المراحل السابقة سيصل الطفل إلى تكوين الكثير من المفاهيم اللفظية ويمتد التوجه المكاني إلى إطار أكبر ومدى أوسع ومن مظاهر هذه المرحلة:

- سلوك انعكاسي فطري.

- التعرف على البيئة من خلال الحواس.

- التركيز على الأحداث الظاهرة دون الماضي والمستقبل.
- اختفاء الشيء يعني عدم وجوده أي إدراك مفهوم ثبات أو بقاء الأشياء فيبحثون عنها بعد اختفاءها من أمام أعينهم.
- تحسن قدرته على تنسيق حواسه المختلفة، حيث يحدث نوع من التآزر السمعي-البصري، اللمسي، كما تتحسن قدرته على إنجاز التناسق الحسي الحركي على نمو جيد، الأمر الذي يمكنه من أداء الحركات الجسمية بسهولة وبدقة.

## 2- تطور النمو الحسي-الحركي وظيفيا:

### 1-2- النمو الحسي:

إن الإحساس هو الدعامة الأولى لصلة الفرد بنفسه وبعالمه الخارجي، حيث يستقبل تنبيهاته وينقلها إلى الجهاز العصبي الذي بدوره يفسرها ويصدر أوامر للاستجابة وفقها بطرق مختلفة وتقسّم إلى السمع والبصر والشم والذوق واللمس.

- **حاسة السمع:** يكتمل نمو الجهاز السمعي خلال الفترة الجنينية خلال الأسبوع الثاني والثلاثين، إذ يمكن الجنين أن يسمع الأصوات في الشهر الخامس، وبعد الولادة قد ثبتت أن المناطق السمعية المخية تتطور وتتكامل وظائفها قبل المناطق البصرية وذلك لأن الجهاز السمعي يقوم بوظيفته مبكرا في الرحم، وتحفز الأصوات التي يسمعها الجنين خلال النصف الثاني من حياته الجنينية، لذا نجد المولود الجديد تجذبه الأصوات المختلفة أكثر من الألوان، ويتعرف على صوت أمه قبل أن يتعرف على صورتها بحيث يستطيع تمييز صوتها عن باقي الأصوات في حوالي الشهر الثالث.

كما أن الرضع ذو شهور قادرين على تمييز بعض الأصوات اللغوية مثل -ba - ma- وفي حوالي الشهر الثاني يستطيع الرضيع بالإضافة إلى التمييز بين الأصوات يمكنه تحديد مصدرها.

إن تطور القدرة على التمييز السمعي مرتبط ارتباطا وثيقا بالتطور اللغوي فبعد أن يكون

الطفل قادرا على التمييز بين الأصوات المختلفة في محيطه، يأتي إدراكه للأصوات التي يصدرها، فتظهر المناغاة ويتطور هذا الإدراك للأصوات اللغوية البسيطة إلى المركبة فيبدأ في إصدار أول الكلمات تم التقليد وهكذا إلى إدراك وفهم اللغة، هذه القدرات تكون من الفترة بين سبعة شهور إلى عامين وتتطور بالتدرج في مراحل العمر اللاحقة.

- **حاسة البصر:** تنمو الجفون والحواجب خلال المرحلة الجنينية في الأسبوع 22، وفي حوالي الشهر السابع من الحمل يستطيع الجنين فتح عينيه وإغلاقهما، إلا أنه لا يستطيع الإبصار نظرا للظلام الذي يحيط به، وعدم نضج الشبكية، وعدم اكتمال نمو العصب البصري، وبعد الولادة تكون حاسة البصر ضعيفة جدا تقدر حدثها ب: 10/1، وتكون الشبكية حساسة للضوء في اليوم الثالث أو الرابع ثم تزداد حساسيتها في الشهر الثالث إلى الخامس، وتبلغ قدرتها على الرؤية في نهاية العام الأول.

لا يتحكم الرضيع في حركة عينية فتبدو بها حول ولا يستطيع تثبيت بصره على نقاط محددة، ويمكنه ذلك في حوالي اليوم العاشر أو أكثر ونقول عنه أنه نوع من التآزر الحسي الحركي، في حوالي الشهر الأول يستطيع الوليد تتبع الأشياء القريبة وذات الأحجام الكبيرة، وفي الشهر الثاني يرى الألوان بشكل فاتح وينجذب للوجوه البشرية، ومن الشهر الرابع إلى السادس تتطور الرؤية الثنائية، والثلاثية الأبعاد وتكون الصورة واضحة في عين الطفل في الشهر السادس، ومن الشهر التاسع إلى العامين، تتطور الرؤية الدقيقة للأشياء، والتآزر البصري، الحركي، الرؤية الجانبية وتكون حدة البصر 10/10.

أهم ما يميز بصر الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة وبداية الطفولة المتوسطة ظاهرة طول النظر، ويميز ويقراً الحروف أو الكلمات الكبيرة، ثم تتطور كفاءة العين شيئاً فشيئاً مع العمر ويستطيع الطفل التحكم أكثر في عضلات عينيه.

- **حاسة الشم:** عند الولادة تكون هذه الحاسة متطورة لدى الرضيع، فبعد زوال السوائل الجنينية من الأنف في اليومين الأولين، يمكن للرضيع تمييز رائحة أمه عن غيرها، ويؤكد

العلماء أن حاسة الشم ترتبط بقوة الذاكرة، وتلعب دورا مهما في التعلم المبكر للطفل، ولا يستجيب الرضيع استجابة واضحة للروائح إلا بعد فترة من التعلم والخبرة ويحددها العلماء بالشهر السادس.

- **حاسة الذوق:** ترتبط حاسة الذوق بحاسة الشم وظيفيا، فيساعد الشم براعم الذوق لإدراك الأذواق في الأسبوع الأول بحيث يستجيب الرضيع للمذاق المر والحامض بحركات عضلية في الوجنتين والفم والأنف تشير لامتعاضه، ويستجيب الطفل منذ الميلاد بشكل مختلف لكل الأذواق ويفضل الحلو منها، وفي بداية الشهر التاسع يبدأ بقبول الأذواق مختلفة وعند بلوغه السنة يمكن أن يميز بين مختلف الأذواق.

- **حاسة اللمس:** تنمو أعضاء الحس بسرعة إذ تنتشر على الجلد مستقبلات حسية كثيرة منها

مستقبلات الحرارة والبرودة، الألم، وتختلف حساسية الأعضاء التي تنتشر بها حسب مراحل النمو المختلفة وتخضع في توزيعها هذا للاتجاهات الرئيسية للنمو، فتبدأ من الرأس وتنتهي بالقدمين ومن الجذع إلى الأطراف، ولهذا فوجه الرضيع أكثر حساسية من ظهره وبطنه وقدميه، وعضلات الوجه أكثر استجابة لإحساسات البرودة والحرارة والألم من باقي مناطق الوجه، وأسرع الإحساسات تطورا هي الإحساس بالحرارة.

**2-2- المنعكسات القوامية:** تعتبر نموذجا للأفعال اللاإرادية وخاصة لأداء الحركات الأساسية

مثل: التحرك المكاني والتحكم و السيطرة، الثبات والاتزان ويمكن تقسيم هذه المرحلة إلى مرحلتين هما:

- **المرحلة الأولى:** مرحلة النشاط الحركي اللاإرادي وتظهر خلال 4 أشهر الأولى من العمر وتخدم هذه المنعكسات حاجات الرضيع من الغذاء والحماية.

- **المرحلة الثانية:** يحدث أثناء هذه المرحلة كف تدريجي للعديد من المنعكسات، ويحل محلها نشاط حركي إرادي، والذي يشتمل عملية المثير الحسي مع تخزين للمعلومات وليس رد فعل للمثير الحسي فقط.

**2-3- مرحلة الحركات الأولية أو العشوائية:** وتمتد من الميلاد إلى عامين ويكون الرضيع غير مسيطر على حركة العينين واليدين والرجلين، وتتطور الحركة لديه تدريجيا، ويتمكن الطفل من السيطرة تدريجيا على حركات كثيرة وتصبح إرادية، وهي أساس حركاته الأساسية وهي:

- **حركات الاتزان أو الثبات:** مثل السيطرة على عضلات الرأس والرقبة والجزع وحركات التحكم مثل الوصول للأشياء والإمساك بها، الحبو والمشي، وتقسم هذه المرحلة إلى مرحلتين هما:

- **مرحلة انطفاء الفعل المنعكس:** حيث يزداد انطفاء العديد من الأفعال المنعكسة واختفائها تدريجيا، وجدير بالذكر أن الحركة الإرادية في هذه المرحلة يعوزها التميز والتكامل، لأن الأجهزة العصبية لدى الرضيع ما زالت في بداية النمو.

- **مرحلة ما قبل السيطرة:** عندما يبلغ الرضيع السنة تتسم حركاته بالمزيد والدقة والتحكم، تظهر عالية التميز فيما بين الأجهزة الحسية الحركية كما تنمو لديه القدرة على التحكم على حركاته، فضلا عن الانتقال والتحرك المكاني.

**2-4- مرحلة الحركات الأساسية:** وتمتد من سن الثانية إلى سبع سنوات، في هذه المرحلة يتعلم الطفل حركات متنوعة سواء من حيث احتفاظ الجسم بالاتزان والثبات أو من حيث السيطرة والتحكم وقد قسمت هذه المرحلة أيضا إلى مراحل هي:

- **المرحلة المبدئية:** من عامين إلى ثلاث سنوات، تستمر فيها الحركات المبكرة واستخدام أجزاء الجسم ككل وينقصها التوافق والانسيابية.

- **المرحلة الأولية:** من 3 إلى 4 سنوات، تتميز بالتحسن في أداء المهارات الحركية الأساسية من حيث التحكم والتوافق لعناصر الحركة من حيث الإيقاع المكاني و الزماني.

-مرحلة النضج: من 5 إلى 6 سنوات، تتميز بالتوافق والسيطرة الجيدة لأداء المهارات الأساسية بمستوى جيد.

2-5- مرحلة الحركة الرياضية: في هذه المرحلة تصبح الحركة وسيلة تستخدم في الأنشطة والألعاب وتتطلب هذه المرحلة أن يكتسب الطفل التآزر والتزواج بين المهارات الحركية الأساسية حتى يتمكن من توظيفها كمتطلبات لأداء الأنشطة الرياضية، وتتحدد فترة بداية واستمرار نمو المهارات الحركية وفقا لعوامل عديدة منها ما يتعلق بالجانب المعرفي والانفعالي والنفسي الحركي.

## المحاضرة الثالثة: مراحل النمو الحركي

### 1- مفهوم النمو الحركي:

جاء في تعريف النمو الحركي أن الطفل الحديث الولادة يستطيع أن يؤدي عددا من الاستجابات الحركية، وهي في مجملها حركات ذات طابع تكيفي. كما جاء في تعريف أكاديمية النمو الحركي المنبثقة عن الجمعية الأمريكية للصحة أن النمو الحركي عبارة عن التغيرات في السلوك الحركي خلال حياة الإنسان. يتأثر النمو الحركي بالعوامل البيئية والوراثية، ويقترن بالتغيرات التي ترجع إلى النضج الناتجة عن الخبرة والتعلم، ويقتصر دور العوامل البيئية على تدعيمها وتوجيهها، فالطفل لا يستطيع تعلم مهارة حركية إلا عندما يكون مستعدا لذلك. فالعلاقة وثيقة بين كل من النضج والخبرة وأنها يؤثران معا في عملية النمو عامة والنمو الحركي خاصة، غير انه من الصعب تحديد نسبة تأثير كل منهما. وتفسير طبيعة هذه العلاقة المتفاعلة بين عوامل النمو والنضج والخبرة بالتكيف.

### 2- العوامل المؤثرة في النمو الحركي:

تعتبر العوامل البيئية والوراثية أساس تكوين شخصية الطفل ولكل منهما دور في دفع النمو في مساره السليم، إذ أنهما المحددان الرئيسيان في نمو الطفل. وتعدد هذه العوامل وصعوبة ضبطها أحيانا يثبت أن النمو عملية معقدة ويصير التنبؤ بظواهرها ومحاولة ضبطها أكثر صعوبة، وقد صنف العلماء العوامل المؤثرة في النمو الحركي لطفل إلى ثلاث عوامل هي:

#### 2-1-العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دورا رئيسيا في النمو المستقبلي للطفل وقد كشفت الدراسات الحديثة في العلم الوراثي عن بعض هذه الأدوار.

إن العوامل الوراثية تحدد للفرد خصائصه البنائية ونوعية هذه الخصائص. حيث يتشارك مع أفراد نوعه ويتميز عنهم في آن واحد كما أنها تحدد السقف الأقصى الممكن لهذه

الخصائص وهي كذلك مسؤولة عن جنسه، وما يمكن أن يصاب به من أمراض معينة تعرف باسم الأمراض الوراثية.

❖ **وراثة الخصائص البنائية:** هي انتقال خصائص وصفات الآباء إلى الأبناء حيث يمتلكون السمات الرئيسية للنوع الواحد في نفس الوقت يكون كل فرد مختلف عن الآخر. وعند الإنسان توجد آلاف الصفات الوراثية تحدد تقريبا كل شيء عن الشخص بدءا بلون شعره إلى طوله وكل الخصائص البيولوجية الأخرى. هذه المورثات تنقلها المورثات أو ما يعرف الجينات (Genes) الحاملة للشفرة الوراثية (ADN)

❖ **وراثة الجنس:** أثبتت الدراسات أن هناك زوجا واحدا من الكروموزومات (الصبغيات) تحمل أزواجا من الجينات غير المتطابقة بخلاف الأزواج الاثنتين والعشرين الأخرى وتعرف باسم الكروموزوم الجنسي وهو المسؤول عن تحديد الجنس.

فالسماة التي تحددها هذه الجينات تعرف باسم الجينات المرتبطة بالجنس، فالصفة مثلا تحددها الوراثة والبيئة تساهم في تحقيقها. فالطفل يرث هذه الصفة، ولن تتحقق في حدها الأقصى عند البلوغ ما لم يحصل الطفل على المقدار الكافي من ذلك من الغذاء، وهذا يشير إلى التفاعل بين الوراثة والبيئة لإحداث النمو.

## 2-2-العوامل البيولوجية:

يقصد بالعوامل البيولوجية وظائف الأجهزة الجسمية ونضجها، والمهم أن نتناول جهازين على درجة كبيرة من الأهمية في مجال النمو وهما:

### ❖ الجهاز الغدي:

يختص هذا الجهاز أساسا بوظائف التمثيل الغذائي المختلفة للجسم، فيضبط معدلات التفاعلات الكيميائية في الخلايا، وغير ذلك من جوانب التمثيل الغذائي ويتكون من عدد من الغدد أهمها الغدة النخامية التي توجد في الرأس وتنتزع من سقف الدماغ، وتفرز هرمون النمو وتتحكم في تنظيم عمليات النمو في السنوات الأولى من العمر كما تفرز هرمون آخر

عند البلوغ فتتحكم في النمو الجنسي. وتتحكم في وظائف عدد كبير من الغدد كالدرقية، والتناسلية .

ونقص إفرازها يؤدي إلى التأخر في النمو أما الزيادة في إفرازها فيؤدي إلى العملاقة بالإضافة إلى هذه الغدة نجد الغدة الدرقية، الغدد جارات الدرقية، الغدة الكظرية، الغدد التناسلية .

### ❖ الجهاز العصبي:

يتكون الجهاز العصبي للإنسان من الجهاز العصبي المركزي (المخ) الحبل الشوكي والجهاز العصبي الطرفي، الأعصاب المخية والأعصاب الشوكية، والجهاز العصبي الذاتي. الدراسات الحديثة المتصلة بالجهاز العصبي تقسم هذا الأخير إلى مناطق، وكل منطقة مسئولة عن وظائف معينة، فهناك مثلا مناطق معينة في اللحاء تختص ببعض الوظائف كالمناطق الحسية الأولية، ومنطقة الحركة اللاإرادية.

كما أن لكل حاسة مركز خاص في الدماغ، بواسطتها يفرق الفرد بين درجة الشدة النسبي للمنبهات المختلفة، ويتعرف على العلاقات المكانية، ويدرك المحسوسات.

### 2-3- العوامل البيئية:

تلعب دورا أساسيا في توفير الشروط الأفضل لنمو الطفل بعد الولادة، فالبيئة الاجتماعية تساعد في إشباع حاجات الطفل ومطالب نموه البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومن خلالها يتعلم الطفل المشي والكلام، واكتساب مختلف المهارات.

وقد أثبتت الدراسات أن الخبرات الحسية المبكرة والمتنوعة لها أهمية قصوى في النمو بصفة عامة والنمو الحسي-الحركي بصفة خاصة.

إن البيئة الاجتماعية الفقيرة والتي لا تتوفر فيها الإمكانيات لرعاية الأطفال و الرعاية الجسدية والنفسية اللازمة، تشكل عائقا لأطفالها.

### 3- المبادئ العامة للنمو الحركي:

يخضع النمو الحركي إلى مميزات ومبادئ عامة تميزه عن غيره من ظواهر النمو وتتمثل في:

#### 3-1- مبدأ الاستمرار والتتابع:

يعتبر النمو عملية متسلسلة ومتتابعة رغم أن حياة الطفل تشكل وحدة واحدة، إلا أن النمو يسير في مراحل يتميز كل منها بسمات وخصائص واضحة ويظهر الجدول (5) تقسيم مراحل النمو الحركي والعمر الزمني المتوقع لكل مرحلة.

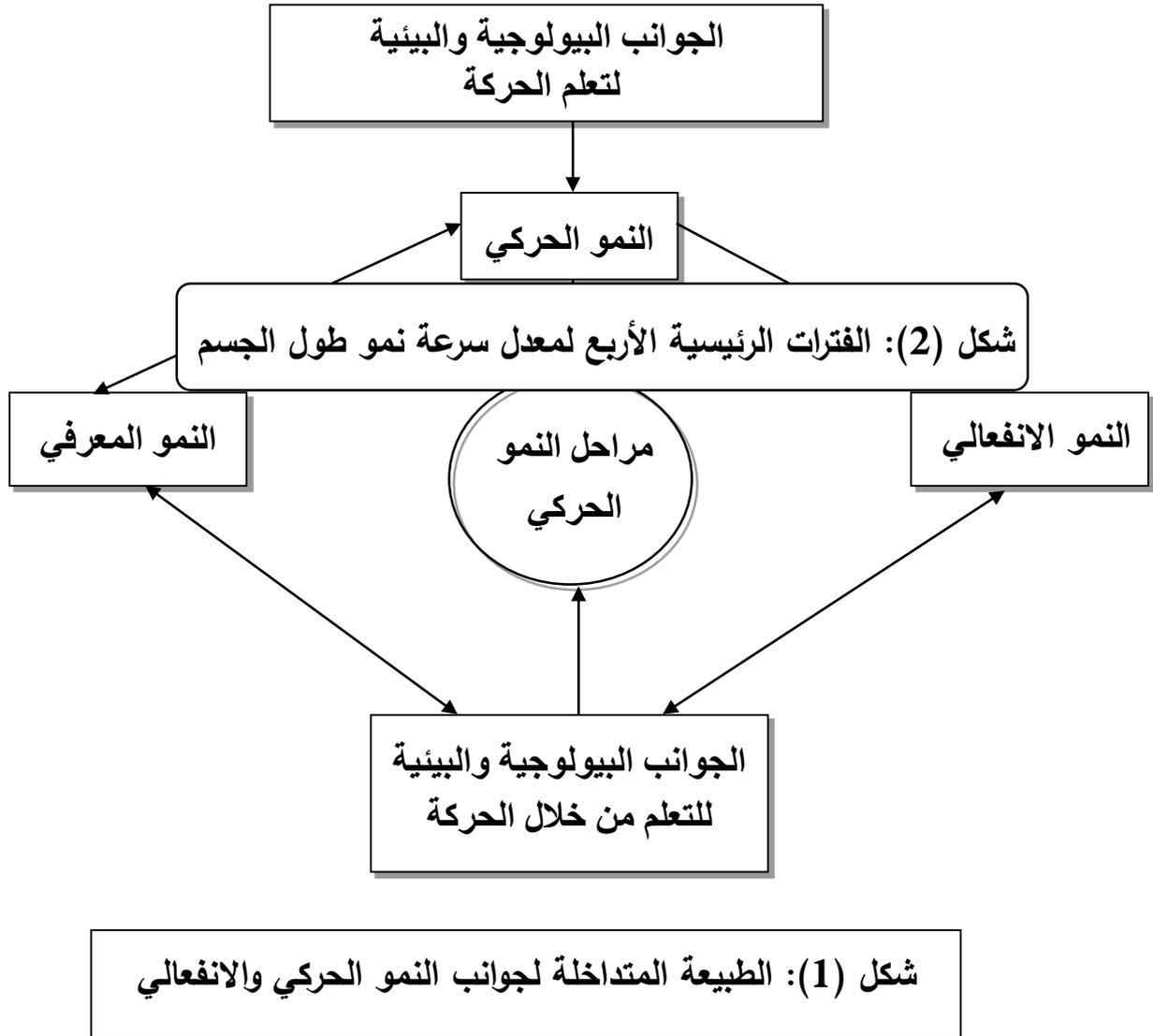
الجدول(1): تقسيم مراحل النمو الحركي والعمر الزمني المتوقع لكل مرحلة

العمر التقريبي بالسنوات	مراحل النمو الحركي	مراحل النمو
5 أشهر-1 سنة	السلوك الانعكاس	سن المهد
الميلاد-2 سنة	القدرات الحركية الأولية	سن المهد
2-7 سنوات	القدرات الحركية الأساسية	الطفولة المبكرة
7-10 سنوات	القدرات الحركية العامة	الطفولة المتوسطة
11-13 سنة	القدرات الحركية الخاصة	الطفولة المتأخرة
14 سنة فأكثر	القدرات الحركية المتميزة	المراهقة

#### 3-2- مبدأ التكامل:

يعتبر نمو الطفل عملية متكاملة حيث أن النمو العقلي والنمو الحركي والنمو الانفعالي يتأثر كل منها بالآخر ويؤثر فيه، ولفهم النمو في مظهر سلوكي معين، يجب فهم النمو في المظاهر الأخرى، فمثلا مهارة المشي تعتبر في حد ذاتها نموا حركيا ولكنها تجعل الطفل

يساهم في تطور نموه العقلي واتساع مداركه كما أنها تؤثر في سلوكه من الجانب الاجتماعي كما يمتد تأثيرها على النمو من الناحية الفعلية.  
كما يوضح الشكل (1).



### 3-3- مبدأ اختلاف سرعة النمو:

يعبر هذا المبدأ على وجود اختلاف في سرعة النمو البدني والحركي عبر مراحل العمر المختلفة كما هو الاختلاف القائم فيما بين المكونات البدنية والحركية في معدل سرعة نموها، ويشير إلى أن هناك فترات نمو سريعة يمر بها الطفل، كما أن هناك فترات نمو

بطيئة يمر بها الطفل، حيث تختلف سرعة نمو القدرات الحركية فيما بينها بمعنى أن مرحلة الطفولة والمراهقة قد تشهد نموا واضحا لبعض القدرات الحركية بينما لا يكون كذلك بالنسبة للبعض الأخرى . كما يوضح الشكل رقم (2).

تغير النمو	تغير سريع جدا	التغيير بطئ وانتظام	تغير سريع جدا	عدم التغيير
الجسمي	الميلاد	03 سنوات	البلوغ	سن الرشد

### 3-4- مبدأ اتجاه النمو:

يتم اتجاه النمو الحركي وفقا لاتجاهين مختلفين:

- \* الأول ما يسمى بالاتجاه الطولي للنمو ويعني أنه يبدأ في المناطق العليا قبل أن يبدأ في المناطق السفلى، ثم يكتمل في المناطق العليا قبل أن يكتمل في المناطق السفلى.
- \* أما الاتجاه الثاني للنمو الحركي فهو الاتجاه المستعرض الأفقي وبناء عليه يتجه النمو من المحور الرأسي للجسم (مركز البدن) إلى الأطراف الخارجية.

### 3-5- مبدأ الانتقال من العام إلى الخاص وبالعكس:

يتم النمو الحركي من العام إلى الخاص ومن المجرى إلى المفصل ومن عدم التحديد إلى التحديد وباختصار فإن النمو الحركي وهو يسير في خطين متكاملين من العام غير المميز، أو من الكل غير المتخصص إلى الجزء المتخصص، ومن مجموع جزئيات أخص إلى كليات أعم، أو من مجموع حركات متخصصة إلى مهارات كلية أكبر وأكثر تعقيدا.

### 3-6- مبدأ الفروق الفردية:

يخضع الأطفال في نموهم الجسمي والحركي لتتابع منتظم، إلا أنهم يختلفون فيما بينهم من حيث سرعة النمو كما وكيفا، وتشير نتائج الدراسات الخاصة بالنمو الجسمي والحركي إلى

أنه لا يشترط أن تكون الخصائص المميزة للطفل المتوسط في سن معينة أن تنطبق على كل طفل من نفس العمر.

#### **4-نظريات النمو وعلاقتها بتفسير النمو الحركي:**

يرى عالم النفس فرويد (Freud) أن أساس نظرية التحليل النفسي هو افتراض وجود دوافع أساسية لا بد من إشباعها في كل مرحلة من مراحل النمو انطلاقاً من مرحلة الطفولة. فالطفل على حد قوله يمر بأربع مراحل:

##### **❖ -المرحلة الفمية:**

ويكون فيها الامتصاص هو أعظم المصادر تنظيماً.

##### **❖ -المرحلة الشرجية:**

وتحدث عندما يكون الطفل متحكماً في وظائفه الإخراجية.

##### **❖ -المرحلة الأمامية (الأوديوية):**

وفيها يصبح الطفل واعياً بالفروق الجنسية.

##### **❖ -مرحلة الكمون:**

وتوصف بأنها الوقت الذي يميل فيه الطفل أكثر إلى جماعة الرفاق.

أما إريكسون (Erickson): فيرى أنه بالإضافة إلى العامل النفسي، فإن العوامل الاجتماعية لها الدور الفاعل في تكوين شخصية الطفل، حيث أنه جسد للنمو النفسي والاجتماعي ثمانية مراحل يقابلها العمر الزمني على وجه التقريب في الجدول التالي:

الجدول (2): مراحل النمو النفسي والاجتماعي والعمر التقريبي لإريكسون

المراحل	السن على وجه التقريب
الثقة في مقابل عدم الثقة	المهد
التقائية في مقابل الشك	(3-1.5)
المبالاة في مقابل الذنب	(6-3)
التمكن في مقابل النقص	(12-6)
الذاتية في مقابل اضطراب الذات	المراهقة
الألفة في مقابل الانعزال	الشباب
الإنتاج في مقابل الانطواء على الذات	الرجولة (الأنوثة)
التكامل في مقابل اليأس	النضج

\* كما يرى جيزل (GESLL): أن لا يوجد أثر للعوامل البيئية في النمو حيث يؤكد أن نظرية النضج تؤثر تأثيرا كبيرا على نمو الطفل، أما العوامل البيئية فهي تكيف مع الطفل.

\* أما روبرت هافيجرست (ROBERT HAVIGHURST) فيرى من خلال ما سماه بمطلب النمو أن إشباع المطالب التي تظهر في فترة ما من حياة الطفل هو السبب الرئيسي في نمو سليم يحقق من خلاله النجاح في المراحل التالية من الحياة، مثلا تعلم المثني في سن معينة من حياة الطفل ويعتقد أن النمو بمثابة عملية التعلم خلال الحياة، كما قسم النمو إلى ستة مراحل رئيسية على النحو التالي:

- مرحلة المهد والطفولة المبكرة (الميلاد-5 سنوات)
- مرحلة الطفولة المتوسطة (6-12)
- مرحلة المراهقة (13-18 سنة)

- مرحلة الرشد المبكرة (19-29 سنة)

- مرحلة الرشد المتوسطة (30-60 سنة)

- مرحلة الشيخوخة (61 سنة فأكثر)

و يباجيه له في هذا المجال وجهة أخرى معتمدا في ذلك على نظرية النمو العقلي، مقترحا أربع مراحل أساسية متتابعة من الولادة إلى المراهقة وهي:

1- **المرحلة الحسية الحركية:** في هذه المرحلة والتي تستمر عامين ابتداء من الولادة فإن الطفل كل ما يستطيع فعله هو الإحساس والحركة والتي تكون غير إرادية، وكما يرى أن هذه المرحلة تنقسم إلى ستة مراحل ثانوية: - **مرحلة الأفعال غير المكتسبة:** مثل التشبث بالإصبع عند ملامسة كفه، - **مرحلة الاستجابة الدائرية الأساسية:** تميز بتكرار أفعال لا مغزى منها، و- **مرحلة الاستجابة الدائرية الثانوية:** حيث تمتاز هذه المرحلة بتكرار كل استجابة أدت في نفسه شعورا بالفرح، - **مرحلة التنسيق بين الاستجابات الثانوية:** حيث يقوم الطفل بالحركة للوصول إلى غاية ما، - **ومرحلة الاستجابات الأكثر قصدا:** من ذي قبل، وأخر - **مرحلة هي التجديد عن طرق التأليف:** والمزج العقلي.

2- **المرحلة قبل الإجرائية (المرحلة التصويرية):** تبدأ هذه المرحلة في حوالي سن السنتين إلى حوالي سن السابعة أو الثامنة، ويتعلم فيها الطفل إلى أن يشير إلى عالم كامل من الأشياء والعلاقات بينها من وجهة نظره هو لا من وجهة نظر أخرى.

3- **مرحلة العمليات المحسوسة:** تسمى هذه المرحلة بمرحلة التفكير المحسوس تبدأ هذه المرحلة من 8 سنوات إلى سن الحادية عشر أو الثانية عشر يقوم فيها الطفل بعملية الاستنباط والاستدلال تدريجيا مادامت ترتبط بكل ما هو محسوس من الأشياء والوقائع.

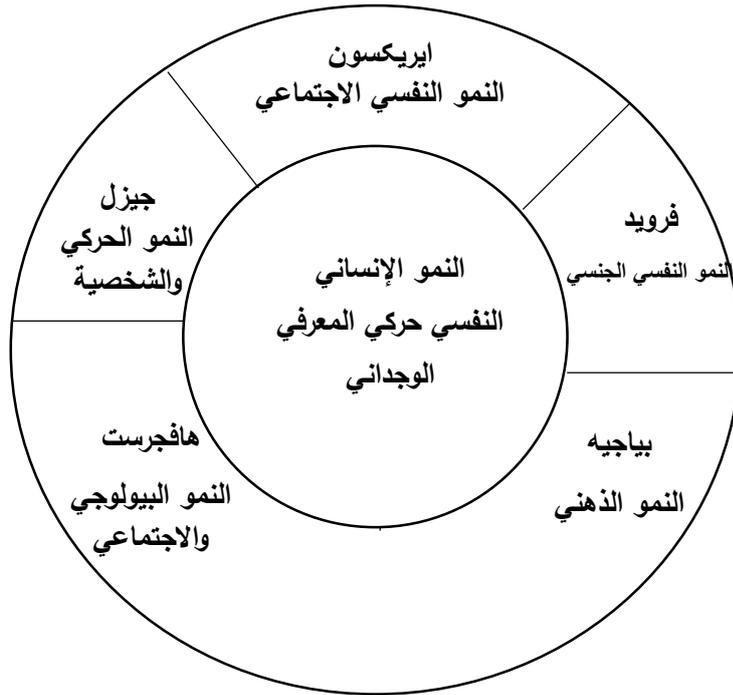
4- **مرحلة العمليات المجردة:** تبدأ هذه المرحلة في سن المراهقة المبكرة حيث يعتمد في تفكيره على التجريد، ويصبح قادرا على استنباط الأفكار ذاتها، كما كان قادرا على استنباط الأشياء المحسوسة.

أما أولسن (Olson): فيفتتح في نظريته دراسة العمر العضوي من خلال افتراضه أن أداء الطفل له عوامل معينة مرتبطة بنموه وتطوره الحركي والانفعالي والاجتماعي والعقلي، ويقدر عمر الطفل العضوي في نظره باستخدام عدد من أعمار النمو والتطور مثل عمر الطول، عمر العقل، عمر القراءة، وقد افترض أن أي مقياس متوفر للنمو يمكن أن يستخدم في حساب العمر العضوي، ولا يعرف بعد أي من هذه القياسات الأفضل في ذلك، هذا وقد وجد (أولسن) أن فكرة العمر العضوي مفيدة في التوقع بالأداء العقلي وخاصة محددات هذا التوقع.

### 5- الاستفادة من نظريات النمو في مجال النمو الحركي:

يمكن من خلال العرض السابق استخلاص جملة مما جاء فيه والتي تعم الفائدة ونصل إلى هدفنا المنشود وهو اقتراح إطار نظري يفسر من خلاله النمو الحركي للطفل، يمكن أن ندرجه في النقاط التالية:

يتفاوت اهتمام نظريات النمو ببعض مظاهر السلوك، حيث مثلاً يطلق على نظرية فرويد اسم النظرية النفسية الجنسية، وتعتبر النمو النفسي مظهر من مظاهر تطور الغريزة الجنسية، بينما يطلق على نظرية أريكسون بالنظرية الاجتماعية النفسية، حيث يربط نمو الطفل النفسي بعلاقته بالمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، أما (بياجيه) فيهتم بالنمو العقلي، وهاجرست يركز في نظريته على النمو البيولوجي والاجتماعي بينما يهتم جيزل بالنمو الحركي والشخصية. كما يوضح الشكل التالي:

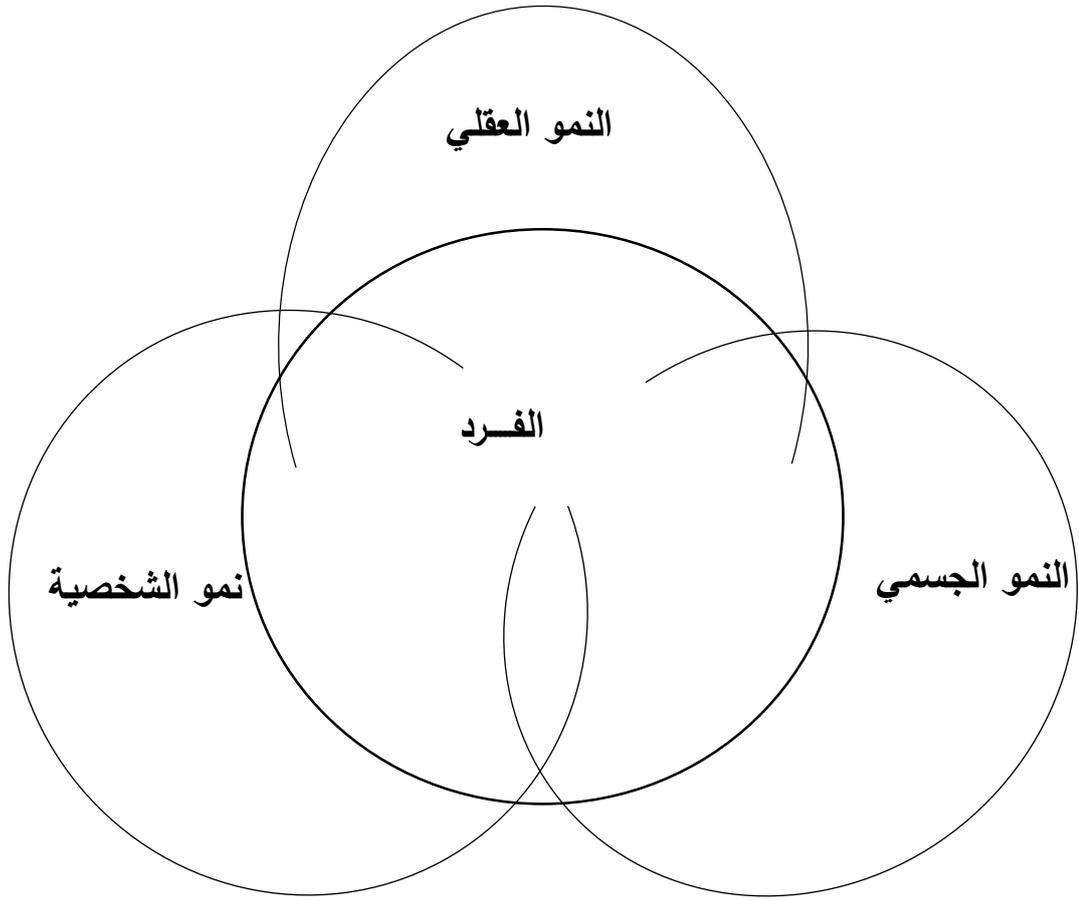


شكل (3): العلاقة المتداخلة لنظريات النمو

تعتبر علاقة هذه النظريات علاقة تكامل فيما بينها، فكل نظرية تبدي جانباً إيجابياً في الواقع من الواجب الاستفادة منه رغم تعارضها فيما بينها.

#### ❖ -أهمية النظرية المتكاملة للنمو:

يحدث نمو الإنسان في كافة مجالاته وأجزائه في تناسق وتوافق بينها، فسلوك الشخص بشتى أشكاله نتيجة اشتراك الجوانب البدنية والوظيفية والنفسية والعقلية معاً. وبفضل هذا الاشتراك ينتج السلوك المطلوب، فهذه الجوانب تشكل لنا إنساناً، فعندما ننظر فإننا لا ننظر إلى جانب واحد من هذه الجوانب إنما إلى الإنسان كجزء لا يتجزأ له خصائص تختلف عن خصائص أجزائه، والشكل رقم (5) يوضح التداخل بين مظاهر النمو المختلفة للفرد.



الشكل (4): يوضح التداخل بين مظاهر النمو المختلفة

وما يلاحظ في ضوء نظريات النمو، هو أنها تناولت جميعها النمو الحركي واللعب والنشاط الحركي كونها أهم العوامل دعماً للناحية الوظيفية لسلوك الطفل.

#### -اختلاف نظريات النمو في تصنيف مراحل النمو:

من خلال دراسة نظريات النمو يتبين أن هناك اختلاف فيما بينها من حيث الأساس النظري الذي يشتمل على ثلاث مفاهيم:

#### \* مفهوم مراحل العمر:

إن اعتراف الباحثين بالطبيعة المتصلة بمختلف جوانب النمو، جعلهم يلاحظوا أن هذا النمو يأخذ في كل جانب من جوانبه سمات معينة تختلف في الشدة والعدد والنوع والشكل مع اختلاف الزمن، ولذا قسموا دورة العمر إلى مراحل تبعاً للسمات الغالبة، وقدّر بعض العلماء تصنيف مراحل العمر بعشر مراحل. حيث يمكن أن نعتمد على نظرية مراحل العمر في

مجال النمو الحركي مع أهمية تناول ذلك بشيء من المرونة، دون إغفال مكونات الحركة، وليس الاقتصار على شكل الجسم فحسب.

#### \* مفهوم مطلب النمو:

تكون مراحل التطور هنا تابعة أحداها الأخرى بنفس النظام والترتيب، فمثلا لا مجال لنمو عضو ما في حين العضو الذي يجب أن ينمو قبله لم ينمو بعد.

#### \* مفهوم معلم النمو:

يتشابه مفهوم مطلب النمو ومفهوم معلم النمو في كون الاثنين يعتمدان على توقع انجاز الفرد لواجبات معينة في إطار زمني معين لكن يختلفان في شيء هو أن مفهوم معلم النمو يركز أكثر على الخصائص العامة لمعرفة معدل تقدم النمو، دون النظر في علاقة ذلك بتكيف فرد مع بيئة كما يكون في مفهوم مطلب النمو يتشابه مع مراحل العمر من حيث أنه توصيفي أكثر منه تنبئي، لكن يختلف معه في كون مفهوم معلم النمو ينظر إلى مراحل النمو كعملية مستمرة، متداخلة فيما بينها ويعد كل هذا نجد أن كل مفهوم من هذه المفاهيم إسهامه الخاص في دورة النمو.

#### 5-تطور مظاهر النمو الحركي:

يرتبط النمو الحركي إلى حد كبير بتطور النمو المهاري للطفل، حيث يظهر اتساق في الحركات مهارية الصغيرة وذلك لتحصيل المهارات الكبيرة، فالمشي مثلا يعتمد على مهارة الوقوف، ومهارة حركة الأرجل، ومهارة الاتزان العام للجسم، حيث تعتبر المهارة الخاصة (مثل القبض على الأشياء) جزء من المهارة العامة (المهارة اليدوية) وهي مشتقة منها وقد تكون بسيطة أو مركبة، فالبسيطة تعتمد على عدد قليل من العضلات بينما تعتمد المركبة على عدد كبير من العضلات وتحتاج إلى نضج جسمي وحركي كبير ويتطلب إتقانها وقت طويل. والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول (3): يمثل تطور أهم مظاهر النمو الحركي للطفل والعمر الزمني  
الموافق لكل مرحلة من مراحل نموه.

العمر بالسنة	مظاهر النمو الحركي
2.5	يصعد وينزل السلالم وحده + يبني برجاً من 8 مكعبات + يقف على رجل واحدة + يقلد خطاً أفقياً.
3	يستخدم القلم + تقليد رسم الدائرة + يطوي قطعة ورق رأسياً وأفقياً + يجري بسرعة يستدير بزواوية حادة + يقف وقوفاً مفاجئاً + يمشي على أطراف الأصابع + يركب الدراجات ذات 3 عجلات + يبني برجاً من 10 مكعبات.
4	يقلد الرسم + يتبع ممرات الطرق المرسومة + يزر الأزرار + يقف أثناء الجري + يطوي قطعة ورق رأسياً وأفقياً + يجري بسرعة + يسير بزواوية حادة + يقف وقوفاً مفاجئاً + يمشي على أطراف أصابعه + يركب الدراجة ذات ثلاث عجلات + يبني برجاً من 12 مكعب.
5	يقلد رسم مثلث + يقلد رسم مربع + يربط الحذاء + يرسم صورة إنسان بسيطة.
6	يقلد رسم معين.

## المحور الثاني: النمو النفسي لطفل

### المحاضرة الرابعة: خصائص النمو النفسي

#### 1- مفهوم النمو النفسي:

بين الحياة الانفعالية والحياة الاجتماعية للطفل تداخل كبير وترابط، فالتفاعل الاجتماعي بين الطفل وأبويه اللذين يقومان على أمره هو عبارة عن علاقات من المشاعر القوية والود والتأثير والتأثر المتبادلين.

تتميز الحياة الانفعالية الوجدانية للطفل فيما بين السنة الثالثة والرابعة من العمر بثلاث خصائص هي: شدة التأثير والتطرف وعدم الثبات. نعني بشدة التأثير أن انفعالات الطفل من فرح وسرور وخوف وقلق وغضب وبكاء وارتياح تتهيج وتتأثر بسرعة.

يقصد بالتطرف أن الطفل لا يقدر على ضبط انفعالاته ولا التحكم فيها، ولذا إذا سر يبتهج ويطير فرحا إلى أقصى حد، وقد لا يتناسب الموضوع المبتهج به مع كمية الابتهاج ودرجته. كذلك إذا وجد حاجز بينه وبين تحقيق رغبة فإنه يثور ويندفع، وقد يخدش الشخص الذي كان حاجز بينه وبين رغبته. إنها انفعالات لا تعرف التوسط في هذه السن.

أما عدم ثبات الانفعالات فيظهر في تحول حالة الطفل بسرعة كبيرة من غضب وبكاء شديدين في حالة منعه من الاستحواذ على لعبة أخته إلى حالة من السرور لو يعطى في اللحظة نفسها حبة حلوى أو شيئا آخر مما يشتهيهِ وميل إليه.

يكون التركيز لدى الطفل على الانفعالات السائدة أكثر من غيرها وهي: التعلق، الخوف، القلق، الغضب، العدوانية، الغيرة، العناد.

## 2-مظاهر النمو النفسي:

### - التعلق:

يظهر التعلق في مشاعر قوية تعبر عن رغبة الطفل الشديدة في أن يكون قريبا من أشخاص معينين،(الأم في بداية الأمر) لأنهم يطعمونه، يبتسمون له، يحادثونه ويلعبونه، ويحققون له حاجاته ورغباته.

وقد لوحظ أن الطفل في سن الثالثة يتعلق بالشخص الذي يشاركه وجدانيا فيحبه ويلعبه أكثر من الشخص الذي يهتم فقط بتغذيته وتنظيفه ووضعه في الفراش أو مع لعبه ولا يقيم معه روابط عاطفية. كذلك فإن التعلق بالأم أو غيرها يحقق للطفل الشعور بالأمن ولذا يبكي إذا غابت أمه عنه وبيتهج إذا حضرت.

يبدأ **التعلق** في الظهور عند الطفل فيما بين الشهر السادس والشهر التاسع من عمره، ومع النمو يزداد حدة وتوسعا. ثم تخف حدته لما ينتقل الطفل إلى مرحلة استكشاف للبيئة وتفاعل مع الأقران. يؤثر التعلق على حياة الطفل المستقبلية، فإذا لم يتمكن من ذلك يكون من الصعوبة أن يكون الثقة والأمان اللازمين للنمو السوي في مراحل النمو الموالية. من المهم نفسيا أن يحب الطفل شخصا كالأم وأن يتعلق بها. لكن من الأهم أيضا أن يكون الطفل المتعلق قادرا على الانفصال عن الشخص المتعلق به حينما تدعو الضرورة إلى ذلك وفي الوقت المناسب.

### - الخوف:

يعتمد طفل السنة الثالثة من العمر على والديه في قضاء كثير من حاجاته ومطالبه، وإذا شعر بأي تهديد قد يمس العلاقة العاطفية بينه وبين أبويه كالتوبيخ أو العقاب أو الحرمان، فإن هذا يهدد كيانه وسلامته النفسية و يؤدي به إلى شعور الطفل بالقلق والخوف.

يكتسب الطفل الخوف في المنزل أو الشارع أو المؤسسة التربوية. بعض الآباء والأمهات وكذلك المربيات يخيفون الطفل "بالغول" أو الظلام لأنهم يرون في نشاط الطفل وحركته وأسئلته مصدر إزعاج وقلق، وبدل أن يساعد الطفل على التغلب على مخاوفه فإنهم

يغرسونها في نفسه، ولا يدركون أن هذا الفعل يعيق النمو السوي للطفل ويخلف تأثيرات سلبية على شخصيته.

إذا كانت المخاوف طبيعية كالخوف مما يلحق أضرارا بحياة الطفل وصحته فهذا أمر عادي لأنها تحفظ حياة الطفل، أما إذا خوف الطفل بأشياء لا تخيف وأصبح يخاف منها، أو إذا بالغ الكبار في تخويفه فهذا يعوق نمو عمليات نفسية أساسية كالإقدام والاستطلاع والاستقلالية.

يخاف الطفل في هذه السن من الأشياء الغريبة والجديدة، وقد تساعد قدرته على التصور واستخدام الرموز على استدعاء مخاوفه بنفسه والمخاوف ليست ثابتة، تزول مخاوف وتحل محلها مخاوف أخرى.

إذا كان الخوف من الأشياء التي تلحق ضررا بالطفل فهذا خوف طبيعي ينبغي تنبيه الطفل إلى كل ما يمكن أنه يلحق به ضررا لقلته خبرته بالأشياء. لكن من جهة أخرى ينبغي تجنب إخافة الطفل بأشياء غير موجودة أصلا "كالغول" مثلا، أو بشخص كالمعلمة أو الممرضة، حتى لا يخاف من المدرسة حينما يبلغ سن الدخول إليها أو يخاف من الذهاب إلى العلاج عند الطبيب أو في المستشفى.

إن بعض الأمهات والمربيات يلجأن إلى تخويف الطفل بأشياء لا تخيف فيصبح يخاف منها. ويعتبر الخوف في مثل هذه الحالة خوفا مرضيا.

#### - القلق:

هو خوف الطفل من شيء مجهول غير محدد أو واضح بشكل محسوس. ينصح الأبوان والمربيات والمعلمات بتجنيب الطفل المواقف التي قد تسبب له قلقا كالشجار بين الأبوين أمام الطفل، أو تهديده وإخافته، أو تسليط العقاب عليه. إن القلق يسبب اضطرابات في شخصية الطفل، ويعيق تكيفه في المجتمع.

## - الغضب:

غضب الطفل شيء طبيعي، ولكن أن يكون غضبا عنيفا ومتكررا ومستمرًا فهذا غير طبيعي.

يغضب الطفل نتيجة إحباط يعاني منه في المنزل أو في مؤسسات التربية التحضيرية بسبب الغيرة أو بسبب قيود أو عدم تحقيق حاجات ورغبات.

إن مقابلة الغضب بغضب أشد منه أو بالعقاب يؤدي إلى خلق توتر بين الطفل وأبويه أو المربية. ينبغي تفهم مشاعره والتصرف بهدوء ورزانة وحكمة.

لا نمنع الطفل من أن يغضب، ولكن يجنب الغضب الحاد أو المتكرر، ولا ينبغي أن يقابل الكبار غضب الطفل بغضب أشد منه أو بحرمانه من امتياز اعتاد الحصول عليه أو إنزال عقوبة به.

## - العدوان:

العدوان نوعان، نوع سوي ويتمثل في درء الأخطار التي تهدد حياة الفرد، ونوع غير سوي يصدر عن الفرد لفظيا أو بدنيا ويلحق أذى ببعض الأشخاص والموضوعات. وفيما يلي تلخيص لمظاهر العدوان عند الطفل خلال العام الثالث من عمره:

### في سن عامين:

يضرب غيره من الأطفال، يدمر الأشياء، يفسد نظام البيت، يعض.

### في سن عامين ونصف:

يتعمد ضرب الأطفال، شديد التدمير للأشياء، وخاصة لطلاء الجدران، يخطف الأشياء من الأطفال.

### في نهاية سن ثلاثة أعوام:

تكثر لديه نوبات الغضب، يدفع الآخرين ويضربهم أثناء هذه النوبات، يضرب الأرض بالقدمين، يرتمي على الأرض، يبكي ويصرخ.

## - العناد:

العناد أسلوب سلوكي متعلم، يكتسبه الطفل من خلال ملاحظته لردود أفعال الكبار الذين يتعامل معهم ولهم مكانة عنده، كالوالدين في المنزل والمربية في مؤسسات التربية التحضيرية أو المعلمة في المدرسة، وهو يبدأ في منتصف السنة الثانية من العمر، يصل ذروته فيما بين السنة الثالثة والرابعة من العمر.

إن معاملة الطفل بأسلوب يطغى عليه الحزم والشدة، وإرغامه على الطاعة العمياء لأوامر ونواهي الكبار، يجعله يلجأ إلى العناد مثلهم لاعتقاده أنه الأسلوب الوحيد لتحقيق حاجاته ومطالبه.

ورغم هذا المظهر "السلبى" للعناد فإن له مظهرا آخر إيجابيا، ذلك أن الطفل الذي يميل إلى العناد غير المبالغ فيه هو طفل ينزع إلى إثبات الذات وبناء نوع من الاستقلالية والفردية. ولمعالجة العناد "السلبى" أو غير السوي، ينبغي أن يتصف الأبوان بالمرونة والتفاهم والمودة في معاملة الطفل، وكذلك إتباع أسلوب الحوار معه وإشاعة جو من الدفء العاطفي داخل العائلة وفي مؤسسات التربية التحضيرية، وإعطاء بعض من الحرية للطفل وعدم التدخل في كل صغيرة وكبيرة مما يخصه.

## - الغيرة:

حالة انفعالية يشعر بها الطفل، وهذا الشعور قد يكون خفيفا وقد يكون حادا، وهو شعور مؤلم يظهر في الغضب، التخريب، العناد، الميل إلى الصمت، الانطواء على النفس، الامتناع عن الأكل.

أهم أسباب الغيرة هو أن يحصل الطفل على امتياز معين ثم يفقده جزئيا أو كليا ليحصل عليه طفل آخر وتظهر الغيرة عند الطفل عند بلوغه السنة الثانية من العمر أو قبل ذلك بقليل.

إن الأم التي كانت تمنح كل حبا واهتمامها وعنايتها لطفلها الأول ثم عند قدوم طفلها الثاني تحولت كليا إلى الاهتمام به فإنه لا شك سوف تلاحظ تغيرا في سلوك الطفل الأول،

من هذا التغيير شعوره بالغيرة نحو هذا القادم الجديد الذي استحوذ على حب أمه واهتمامها به. الأمر الذي قد يجعله يتحين أي فرصة تتاح له لإلحاق أذى به.

قد يتراجع في سلوكه ويعود إلى المراحل النمائية الأولى تجاوزها كالتبول على ثيابه، أو اضطراب النطق، أو الخوف وفقدان الثقة، أي سلوكيات أخرى نكوصية.

كما أن الأولياء الذي يميز في معاملتهم بين أبنائهم، فتعامل البعض بحب واهتمام، وتهمل البعض من تخلق الغيرة والكراهية بين أبنائهم وتساهم بشكل غير مقصود في النمو غير السوي لشخصياتهم.

للغيرة مظهر إيجابي وهو أن نربي طفلنا على أن يغار مما تجب الغيرة عنه حينما يكبر. لكن الغيرة التي يجب تجنب كل ما يثيرها هي الغيرة التي تنشأ عند الطفل بسبب التمييز في المعاملة أو في العطاء أو في الحب أو في الاهتمام بينه وبين غيره من إخوته أو زملائه في البيت أو المؤسسة التربوية.

إن الطفل يتعلم أن أشياء أخرى غير التي كانت تثيره من قبل تثير غضبه، أو ارتياحه كلما تقدم في السن وأنه يخاف ليس من القط مثلاً بل من الإخفاق في القيام بعمل داخل مؤسسات التربية التحضيرية، ويغضب ليس لحرمانه من قطعة حلوى بل يرفض قطعة الحلوى إذا أعطيت له بطريقة استشف منها ما بكرامته.

تقوم الحياة الاجتماعية داخل العائلة على مشاعر قوية من الحب والود المستمرين. يتشرب الطفل -حسب مراحل نمو- الثقافة السائدة داخل عائلته والتي يتشكل الجزء الأكبر منها من ثقافة المجتمع الذي تنتمي إليه.

فكون الطفل في السنة الثالثة من العمر قد كون رصيذا لغويا يسمح له بالتواصل والتعبير عن بعض حاجاته ومطالبه مع أفراد العائلة ومع الأقران في الحي أو المؤسسة التربوية، تنتج عملية اكتساب الطفل للغة إقامة نوع من التفاعلات الاجتماعية مع الغير، حتى ولو كانت محدودة بسبب خاصية التمرکز حول الذات في هذه السن.

كما يتعلم الطفل ثقافة المجتمع عن طريق التوجيه والتهديب الذي يتولاه الكبار، كما يتعلم بواسطة ملاحظاته لما يقومون به من سلوكيات لاسيما أولئك الأشخاص الذين يحبهم ويتعلق بهم كثيرا كالأم أو الأب أو المربية أو المعلمة. وهذا يساعده على الاندماج والتكيف الاجتماعي.

يحتاج الطفل إلى أن يحس أنه متقبل ومحبوب من طرف عائلته. كما يحتاج إلى أن يدرّب تدريجيا على القيام ببعض الأعمال والمهام المناسبة لسنه، كترتيب الأدوات وتجميع اللعب وحفظها لكي يتعود على المبادرة وتحمل المسؤولية والاعتماد على النفس. إن تربية الطفل بدءا من السنة الثالثة من العمر على بعض القيم الوطنية والعالمية أمر مطلوب وحيوي كالتعايش مع الغير، احترامه، تقبل الاختلاف معه.

### 3- النمو الانفعالي والاجتماعي لطفل:

#### 3-1- انفعالات الطفل:

تتعرض حالة النمو الجسمي البطيء في هذه المرحلة على النمو الانفعالي ولا سيما في سن 5/4 سنوات فعلى عكس ما كانت تتصف الاستجابات الانفعالية من حدة وشدة وانتشار واللاتمايز تصبح تتصف بالهدوء والتخصص والتمايز، بمعنى أن هناك نوعا من التمييز بين الحركات المرتبطة بالتعبير الانفعالي والموقف الذي يتطلب ردا واستجابة معينة. وهكذا فإن انفعالات الطفل تصبح مرتبطة بعلاقات أو مواقف معينة اتجاه أشخاص أو أشياء. يبدأ الطفل في ربط خبراته الانفعالية ببعضها البعض بعلاقات ثابتة مستمرة، فتتجمع عدة انفعالات حول موضوع معين قد يكون شخصا أو شيئا وهنا يبدأ الطفل في تكوين بعض العواطف التي تربطه بالبيئة التي يعيش فيها. وتتجلى انفعالات الطفل أساسا في: هو انفعال مشحون بعاطفة كبيرة اتجاه الذات والآخرين والأشياء والحيوانات في المحيط المعاش وقد يرافق هذا الانفعال -في فترة- سلوك التعلق.

تطور الحب نتيجة الشعور بالمتعة والاطمئنان وهو يتوسع في هذا السن في شكل دوائر احتوائية لبعضها على النحو التالي:

- حب الذات واستعراضها وامتداح قدراتها.
- حب الوالدين والانبساط لسرورهما.
- حب الإخوة والرغبة في المكوث والبقاء المستمر إلى جانبهم.
- حب الحيوانات الأليفة في المنزل والعطف عليها.
- حب الأقران الذين يعيشون في محيطه والذين يلتقي بهم باستمرار خصوصا إذا جمعهم نشاط اللعب.

أهم الانفعالات السائدة لدى الطفل في هذا السن الغيرة، وهي انفعال شائع غير أنه كثيرا ما تظهر في درجة من الشدة وتؤدي إلى صعوبة في توافق الطفل مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

الغيرة نتيجة للشعور بتهديد مباشر وفقدان الأمن والطمأنينة بين أفراد جماعته، ومن مظاهرها في هذا السن اللاإرادي، مص الأصابع، العدوان، التخريب، الصمت، الانزواء وفقدان الشهية واصفرار الوجه.

سلوك الغيرة يجب التنبيه إلى التدابير التالية:

#### - الخجل:

هو نوع من الخوف يدفع الطفل إلى الخلو بنفسه وتجنب الغير بمعنى الابتعاد عن الآخرين، وعليه فالطفل الخجول هو ذلك الطفل الذي يعاني من عدم القدرة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين أي يعاني من العجز في مجال الآخذ والعطاء مع أقرانه وهو الأمر الذي يؤدي به إلى الشعور بالنقص وإعاقته عن التفاعل الاجتماعي وحرمانه من فرص التعبير عن الذات.

ويظهر انفعال الخجل في السنة الرابعة من عمر الطفل بعد زوال أزمة المعارضة وفي هذا المستوى يتجلى الخجل في رد فعل متعلق "بإحساس وضعي" أي موقف ناتج عن وجود

انتباه الغير للطفل، ويمكن إرجاع أسباب وجوده إلى عوامل اجتماعية بالأساس وذلك كمنظرات الغير، أو كلماته أو حتى مجرد وجوده.

والخجل كالخوف يظهر على شكل اضطراب في التوازن أو الهيئة، تعكسه حالات الاحمرار أو الاصفرار أو النقصان والزيادة في الرغبة في الفرار أحيانا مما يؤدي إلى نوع من الارتباك وارتكاب الأخطاء عند القيام ببعض الأعمال أو الحركات.

ولمعالجة الخجل والحد من مفعوله في شخصية الطفل يجب العمل بالإجراءات التالية:

- تدريب الطفل على التحكم في الذات وذلك عن طريق التنفس الجيد والاسترخاء.
  - تنمية مشاعر تقدير الذات بواسطة إنماء الوعي بالقدرات.
  - إرساء قواعد الثقة بالنفس وذلك بتشجيع الشعور بالنجاح في ممارسة النشاطات.
  - تشجيع ونزع وبعث النزعة الإرادية في الطفل أي أن تكون أفعاله منطلقة من الإرادة.
  - العمل ما أمكن على جعل الطفل يعيش في وسط الجماعة عن طريق الاشتراك في الألعاب الجماعية، المسرح، المجموعة الموسيقية، والنشاطات بصفة عامة.
  - عدم مقارنة الطفل بمن هو أكثر منه امتيازاً أو تفوقاً سواء من الناحية الجسمية أو من الناحية العقلانية.
  - توفير العطف والرعاية والمحبة للطفل وعدم إهانته والسخرية أو نقده بشدة.
- **الخوف:**

يظهر الخوف نتيجة المثيرات العنيفة التي لا يستطيع الطفل الاستجابة لها إلا بالانسحاب ومحاولة تجنبها والفرار منها.

ومخاوف الطفل في هذا السن 5/4 سنوات من العمر يكون غالباً من الأصوات المروعة، والأشخاص الغرباء، والأشياء غير المألوفة والحيوانات.

ومن الناحية التربوية يجب الابتعاد عن الخوف لتأديب الطفل تقادياً لشل فعاليته.

ويمكن إجمال الأساليب الموصى بها لمعالجة الخوف في هذا السن بالعمل بما يلي:

- شرح الأمر للأطفال لإزالة الأوهام المتخيلة والأخذ بأيديهم نحو السلوك السليم بصورة تدريجية.

- يجب التعامل مع الخوف بإتباع أسلوب يعتمد على تقسيم الخوف إلى أقسام، والتغلب على كل جزء على حدة، فنبداً بأقل المواقف وأخفها فزعا للطفل حتى نصل تدريجياً إلى أصعبها وأخفها في نظره.

- أن يكون الأولياء إلى جانب الطفل في تنفيذ السلوك المطلوب باعتبارها الشخص الذي يطمئن إليه.

كما يجب على الأولياء أن يعلم أن عدوى الخوف تنتقل وأن البنات أكثر خوفاً من الأولاد.

#### - الكذب:

إذا كنا لا نزرع لما ينسجه خيال الطفل في سن دون الرابعة من قصص أو وقائع غير صحيحة، فإن في سن ما بين 4 / 5 سنوات ينبغي أن نحدثه بأهمية الصدق وفوائده بروح المحبة والعطف دون أن يتخذ أسلوبنا شكل النصيحة والتأديب واللوم والعقاب والسخرية. وفي حالة اعتراف الطفل بكذبه يجب عدم معاقبته فذلك يشجعه على قول الصدق ويشعره بالأمن والطمأنينة.

#### - العناد:

يصل العناد إلى ذروته في نهاية العام الرابع من عمر الطفل ويشهد هذا السن تحولاً تدريجياً يعترى سلوك الطفل الذي يشرع في التخلي عن النزعة الاعتمادية المطلقة ويتجه إلى النزعة الاستقلالية.

#### - الغضب:

الغضب ميل طبيعي عند الأطفال دون سن الخامسة وهو يتمثل عادة في ضرب الأرض بالقدمين والارتداء عليها أو البكاء والصراخ.

وقد يصحب تلك النوبات من الغضب تصلب أعضاء الجسم والتوتر الشديد.

وقد تكون تلك الأعراض في مجموعها محاولات لتأكيد الذات ومظهر من مظاهر النمو النفسي. ويرتبط الغضب في معظم الحالات بالقدرة على تجاوز المواقف الصعبة التي تحبطه وتجاوز المشاعر الناجمة عنها.

كما أن أغلب أسباب الغضب في هذا السن ترجع إلى طبيعة العلاقة الموجودة بين الطفل ومن هم أكبر منه سناً وخاصة الراشدين الذين يفرضون عليه عادات معينة.

#### - العدوان:

إن سلوك العدوان يظهر غالباً لدى جميع الأطفال وبدرجات متفاوتة، وغالباً ما يأخذ السلوك العدواني مظاهر شتى تبدأ من البكاء أو الصراخ وتمتد لتشمل الإيذاء عن طريق استخدام الحركات الجسمية كالركل والضرب والعض وكلها تصب في خانة الشجار، كما يحمل السلوك العدواني الضرر إلى كائنات أخرى كالحوانات مثلاً.

والعدوان وثيق الصلة بالغضب والميل إلى العناد والتشاجر ومن المواقف التي تستثير السلوك العدواني للطفل ما يلي:

- على الأولياء أن ينتبه لمشاعر النقص والدونية التي قد يتصف بها الطفل العدواني والمواقف العدوانية ومعالجتها بتحسين صورة الذات لديه وتوجيهه إلى القيام بنشاطات إيجابية إما في سياق العلاقة الثنائية بينه وبين زميل له وإما في سياق العلاقات الأوسع في إطار الجماعة وللحد من السلوك العدواني لدى الأطفال، في هذا السن يجب مراعاة التدابير التالية:

- احترام ممتلكات الطفل الخاصة في الأدوات وفي اللعب.
- عدم أخذ أشياء الطفل دون إذن منه وردها له حين يطلبها.
- تجنب أخذ الأشياء من الطفل غصباً.
- الاستجابة لطلبات الطفل المعقولة التي تطمئنه وتشعره بالمكانة.
- تقادي معاملة الطفل معاملة أدنى من غيره.
- تجنب تحقير الطفل أو ذكر عيوبه ونقائصه أمام الآخرين.

- عدم جعل تصرف الطفل محورا للحديث العلني في الجلسات.  
- في حالة اعتداء طفل على طفل يجب مطالبة المخطئ بالاعتذار وفرض التعويض اللازم إذا لزم الأمر ذلك، أما في الحالات التي يقع فيها عدوان الطفل على نفسه كأن يلقي بنفسه على الأرض أو البكاء الزائد والصياح أو صب عدوانه على ممتلكاته بالتكسير والتخريب يجب اتخاذ موقف الهدوء الكامل والثبات مع تنبيه الطفل إلى عدم جدوى ما يقوم به من تصرفات.

- توفير فرص التنفيس عن المشاعر العدوانية المكبوتة لدى الطفل خاصة من خلال الألعاب البدنية والجماعية.

ولتنمية المظاهر الإيجابية للانفعالات والحد من المظاهر السلبية لها ينبغي العمل بالمعطيات النفسية / الاجتماعية التالية:

#### - جماعة الأقران:

لجماعة الأقران أهمية قصوى في هذا السن إذ أن الطفل غالبا ما يتمشى مع معايير جماعة أقرانه. وفي امتثال الطفل لجماعة الرفاق ما يمنع النبذ أو الإبعاد من الجماعة، وتقبل الجماعة للطفل له تأثير قوي في نموه الاجتماعي.

وجدير بالذكر أنه من صالح الأطفال أن يمروا بخبرات العمل الجماعي وبخبرات التفاعل داخل المجموعة لأن الطفل المعزول كثيرا ما يشعر بالتعاسة علما أن شعور الطفل بالأمن مستمد من الجو الاجتماعي المحيط به.

ومع نهاية السنة الخامسة من عمر الطفل فإنه يساير الكبار في مراعاة الآداب الاجتماعية العامة مثل الشكر والاستئذان عند الخروج.

والطفل في سن الخامسة رغم ما يتميز به من صفات السلوك الاجتماعي إلا أنه يشعر بالتعب الانفعالي بسرعة إذا وجد في مكان خال من الأطفال أو إذا قيد بالجلوس في مكان معين لمدة طويلة.

ومن حاجات الطفل في هذه المرحلة تعلم القيم والآداب والمعايير الاجتماعية التي تساعد على ممارسة (الإدراك الاجتماعي) التي تظهر بشائره حينئذ ومن ثم يستطيع التمييز بين ما هو خير وما هو شر، بين ما هو صدق وما هو كذب، بين ما هو مباح وما هو ممنوع، مما يرسى قواعد الأنا الأعلى لديه.

وإذا كانت الجماعة مسالة حيوية بالنسبة للطفل في هذا السن إلا أن التعاون مازال هشاً لأنه يفترض تصوراً اجتماعياً لهدف ما.

#### - التفاعل مع الأقران:

عندما يصل الطفل في سن 5/4 سنوات يلتفت كلياً إلى أقرانه ويقل اهتمامه بالراشد، ويساعد التفاعل المتزايد مع الأقران على جعل الطفل أكثر وعياً باختلافه عن سواه من الأطفال، فيتمكن من التمييز بين من هم أكبر منه وأصغر منه وأقوى منه، ويكتشف أن الأطفال يأتون من أسر مختلفة.

كما نجد الطفل في هذا السن حريص على المكانة الاجتماعية التي يحظى بها وهو يحاول أن يستقطب انتباه الآخرين، كما نجده يبدي مشاعره في اللعب الدرامي.

ومن أبرز ميزات سلوك الطفل أيضاً ظهور رغبة الامتياز والتفوق على الآخرين. وإذا كانت قدرة الطفل على العمل في الجماعة والتعاون معها في لعبة مشتركة قائمة في هذا السن إلا أن حجم هذه الجماعة ينبغي ألا يتجاوز 4 أفراد.

#### - علاقات الصداقة:

في هذا السن يبدأ الطفل في تكوين صداقات مع أقرانه للعب وتساعد هذه الصداقات في زيادة التطبع الاجتماعي.

وإذا كان الطفل في هذا السن يحب اللعب مع الأصدقاء إلا أنه يكره الخسارة. ومن صور التنافس في هذا السن ميل الطفل لمقارنة نفسه بالآخرين وحيث تبدو الأناثية في سلوكه إذ يهتم أن يملك ما يملكه الآخرين وأكثر، ويحب أن يتفوق عليهم، ويتحمل المسؤولية ويقدم خدمات وكل هذا يصب في خانة إثبات الذات.

كما أنه باستطاعة الطفل القيام بلعب دور نشط في الجماعة وأن يقيم تدريجياً علاقة ما بين شخصية.

#### - أخذ الدور:

إن القدرة على أخذ الدور تنمو لدى الأطفال في السنة الثالثة أو الرابعة وتنتضح أكثر بين 5/4 سنوات وهي مرتبطة بنزعة التقليد والتقمص، والتقليد يتم نتيجة ملاحظة موجزة لسلوك وتصرف ما، بينما التقمص يحدث مبدئياً في سياق علاقة صداقة قائمة بين الطفل وشخص آخر.

ومع نهاية السنة الخامسة يرى الطفل نفسه والشخص الآخر على أنهما مستقلان ولكل منهما تفسيره المستقل لنفس الموقف الاجتماعي الذي يختلف عن تفسير الآخر. كما يستطيع الطفل إيجاد مكانة وتحديد دوره، ويتعامل بشكل ملائم مع الآخرين ويتفطن إلى أوضاع ووقائع ثقافية واجتماعية تتميز عن واقعه.

#### - روح المبادرة:

باعتبار أن سن 5/4 سنوات هو سن تأكيد الذات فإن ميول الطفل تتجه إلى استحداث مشاريع خاصة به وبالأخص خلال اللعب، وإذا وجد الطفل الفرصة لتحقيق المشاريع التي يقيمها فذلك يكسبه معنى المبادرة.

كما يشهد هذا السن بداية الإدراك الحقيقي للمحيط وبالتالي الزوال التدريجي لمشاعر الخوف وبداية الإرساء الفعلي للثقة بالنفس.

#### 4-المجال الانفعالي/الاجتماعي

الطفل في نهاية السنة الخامسة أكثر استقراراً في حياته الانفعالية ويكون لذلك الاستقرار أثره في التعامل مع غيره، فتصبح علاقاته الاجتماعية أكثر رسوخاً وثباتاً ورزاقاً. وهذه العلاقات الاجتماعية تساعده على التحرر من التبعية للكبار التي تبدو واضحة قبل هذا السن.

ويعود ضعف حدة المشاعر لطفل سن 5/6 سنوات إلى اتساع دائرة معارفه، وتنوع اتصالاته بالأشياء المادية أو الأشخاص أو الأفكار مما ينتج عنه ازدياد اهتماماته بالمحيط الخارجي أكثر من اهتماماته بذاته، كما يعود إلى نمو القدرة على التجمع واللعب الحر أو المنظم مما يتيح له تكوين صداقات ايجابية مع أقرانه.

فطفل هذا السن عموماً أكثر تعاوناً في علاقاته مع الكبار والصغار، يتداول معهم الأدوار فهو إما أن يكون رئيساً أو مرؤوساً، ويساهم مع غيره بدور في القيام بعمل ما، وبالتالي فهو يستطيع التوافق مع مجتمع الرفاق في حجرة النشاطات التربوية، وفي فضاء اللعب، كما أنه يكون أكثر ضبطاً لانفعالاته وأكثر قدرة على الاستقلال عن غيره. للأولياء دور مهم في مساعدة أطفال هذا السن على تعزيز الاستقرار الانفعالي، والتحرر من التبعية للكبار والتعاون مع الآخرين بمختلف الأنشطة التربوية التي يمارسها معهم، ومن ذلك على سبيل المثال في:

#### • نشاط اللغة:

- تداول الكلمات والعبارات المطمئنة التي توحى بالراحة النفسية، وتجنب عبارات التخويف والتهويل وتجنب عرض المشاهد والمناظر المرعبة والمخيفة كحوادث السيارات أو أشرطة المغامرات، والحكايات الخرافية كحكايات الغول، و الساحرة .

#### • نشاط التربية البدنية والرياضية:

- إتاحة الفرصة للعب الحر بين الأطفال للسماح لهم بتكوين علاقات وصداقات تبعاً لتوافق حالتهم النفسية.

- تنظيم ألعاب تنافسية تبرز فيها قيم الربح والخسارة، وقيمة الدور بتداول اللعب مع الآخر.

- توزيع أدوار القيادة بين الأطفال كأن يكون أحدهم رئيساً تارة ومرؤوساً تارة أخرى لكسب الثقة بالنفس والتدريب على تحمل المسؤولية والاعتماد على الذات.

## • نشاط التربية التشكيلية:

- توزيع موضوع الأشغال اليدوية على مجموعة من الأطفال، كل طفل يقوم بإنجاز جزء منه، مثل تشكيل منظر طبيعي على لوحة، حيث يقوم أطفال بقص مجسمات أشجار، وآخرون مجسمات سحب وشمس، وآخرون يخططون اللوحة. فيشعر الأطفال بأهمية التعاون والتنسيق فيما بينهم في إنجاز هذا المنظر الطبيعي.

### 1. انفعال الحب:

انفعال الحب هو تركيز مشاعر الطفل نحو شخص أو شيء معين، ويؤدي به إلى التقرب منه أو الحصول عليه.

ويمر انفعال الحب بمراحل هي:

- حب الذات فهو يشعر باللذة من الإحساسات المختلفة الصادرة من بدنه.
- حب الأم وهي أول من يتجه إليها حب الطفل لأنها مصدر تغذيته والعناية به ومصدر سروره وراحته ثم يتدرج في حبه إلى بقية أفراد العائلة: كالأب، والأشقاء.
- حب الأشياء المادية كالأدوات التي تستخدم في تغذيته ولعبه وملابسه وغير ذلك من الأشياء الخاصة به وتكون هذه المراحل خاصة بأطفال سن ما قبل 5 سنوات.
- ثم يتوسع في حبه إلى حب الآخرين. وحب الغير وحب الذات يسيران جنبا إلى جنب من معظم الأوقات ولكن بدرجات مختلفة، فقد يكون حب الغير أكثر وقد يكون حب الذات أقل كما يمكن أن يكون حب الذات أكثر ويكون حب الغير أقل.

- وعلى العموم فإن الإسراف في حب الطفل وتدليله قد يؤثران عليه تأثيرا سلبيا، لأنه يضعف شخصيته واستقلاله عن الآخرين وتحمل المسؤوليات، ومواجهته لحل مشكلاته العملية وعلى تكوين علاقاته الاجتماعية السليمة، كما يؤدي حرمانه من الحب الذي قد يؤدي إلى الغضب والعدوان، أو إلى الانعزال والانطواء.

## 2. انفعال الغضب:

الغضب يزيد من نشاط الفرد ويدفعه إلى القيام بالأعمال التي تزيل الصعوبات التي تعترضه أو التي تهدده، ويظهر انفعال الغضب نتيجة الحرمان أو المنع. ويتطور الغضب لأطفال سن 5 سنوات من غضب ناتج عن تقييد الحركات البدنية، إلى الغضب الناتج عن الحرمان من طعام يحبه أو المنع من اللعب، أو نقود لشراء لعبة. إن انفعال الغضب قابل للتحويل، فقد يغضب الطفل من والديه اللذين لا يستطيع توجيه غضبه نحوهما، فيحوله نحو أشخاص آخرين، كضرب أشقائه الصغار، أو أطفال الجيران، أو إيذاء الحيوانات الأليفة في البيت. وظاهرة ضرب بعض الأطفال لرفاقهم ظاهرة معروفة قد يكون من أسبابها سبب تحويل الغضب.

- أن ينمي لديه روح المشاركة وذلك باللعب المشترك بألعاب جماعية.
- أن يعمل على تغيير حالتهم النفسية كتحويل انتباه الطفل الغاضب من الشيء المغضب إلى شيء سار.

## 3. انفعال الغيرة:

الغيرة انفعال مركب فهو مزيج من انفعال الغضب والحسد والخوف، وهو شائع بين الأطفال فالغيرة انفعال ينشأ في الحالات التي يشعر فيها الطفل بأن هناك طفلاً آخر ينافسه في الحصول على مكانته ومركزه أو استفراده بحب وعطف والديه.

إذا أحس الطفل بنقص حب والديه وانصرافهما إلى الاهتمام بمولود جديد يجعله يشعر أن مكانته الممتازة قد أخذت تنتزع.

يكون انفعال الغيرة من عناصر كالشعور بالنقص والكآبة والحزن، وإذا تعززت هذه العناصر بتصرفات الوالدين وهي العطف والحنان نحو طفل آخر، أو يعاملانه بقسوة في نفس الوقت الذي يعاملان فيه الآخر معاملة رقيقة وحسنة.

التمييز في المعاملة تثير لدى الطفل مشاعر الكآبة والحزن والشعور بالنقص، وقد تدفعه إلى الاعتداء على الأطفال الصغار في البيت أو المؤسسة التربوية، كما قد يجعله ينطوي

وينعزل. يساعد المختص الأطفال الذين يتميزون بالانفعال الحاد للغيرة على تجاوز جوانبها السلبية ب:

- تجنب تفضيل طفل على طفل أثناء قيامهم بنشاطاتهم أو تعامله معهم، وكذا مدح طفل في حضور طفل آخر بل عليه أن يمدحهما معا وإظهار جوانب النجاح لكل منهم.
- الابتعاد عن مقارنة منجزاتهم، ومشاركتهم لأن ذلك يشعر الطفل المتعثر بالإحباط والفضل.
- إشراك الأطفال في اللعب بألعاب مشتركة قد تكون لأحدهم مما يضعف أنانيته وتمركزه حول ذاته.
- توفير الألعاب والأدوات الفردية لكل الأطفال ليشعروا بالمساواة فيما بينهم.
- أن يكون عادات التعاون، والمشاركة بين الأطفال فيتدربون على التشارك في اللعب فيما بينهم، وهذا التعاون والتشارك مظهر متميز لدى أطفال سن 5/6 سنوات خلافا لأطفال ما قبل هذا السن.

#### 4. انفعال الخوف:

يحفظ الخوف الطفل من الخطر وكل ما يهدد ذاته بالهرب والحذر يساعد المختص الطفل الذي يخاف على التغلب على خوفه ب:

-إبعاد الشيء المخيف.

-التوبيخ والسخرية:

التوبيخ والسخرية غير مجدين وأكثر من ذلك فهما مضران، وكثرة التوبيخ والسخرية قد يدفعان الطفل إلى الكره والحقد على الذين يسخرون منه وتزداد حالته سوءا.

- التقليد:

يعتبر تقليد الطفل الذي يخاف للأطفال الآخرين الذين هم من سنه من الوسائل الناجحة في إزالة خوفه، فهو قد يقترب من الأشياء التي يخافها إذا شاهد أطفالا آخرين يقتربون

منها أو يلمسونها. تقليد الآخرين وتقبل الإيحاء منهم يجعله يترك عن بعض مخاوفه تدريجياً.

### 5. انفعال العناد:

العناد مظهر من مظاهر النفور كالمكايبة، والتعذيب، ويضعف العناد في سن 6/5 سنوات إلى درجة كبيرة حيث يصبح أطفال هذا السن يتكيفون مع النظام العائلي، ولا يثورون عليه، فيعملون بتوجيهات الكبار، ويطيعون أوامرهم.

والتربية السليمة تنمي هذه المظاهر لكن لا أن تعمل على محو الذات بل عليها أن تعمل على إنماء ذاتية الطفل وتجعله يقبل على الفعل الحسن ويتجنب الفعل القبيح من تلقاء نفسه وليس بأمر الآخرين فقط، وبذلك يمتص قواعد وضوابط الجماعة، فيتعلم كيف يعمل وكيف يفكر، كما تعمل الجماعة وتفكر.

### 6. انفعال العدوان:

للسلوك العدوانى مظهران قد يبدوان متناقضين وهما:

1- المظهر الإيجابى له دلالة صحيحة وسليمة عندما يدل على طموح الطفل ومبادرته.

2- المظهر السلبى عندما يتخذ طابع العداة والحقد والكراهية.

يظهر العدوان لدى صغار الولد عندما يحتاجون إلى الحماية، أو الدفاع عن الذات وبالتالي فهو يساعد على فرض الذات أو الاعتماد عليها واستقلاليتها عن الآخرين، ويكسب الثقة بالنفس.

أما إذا تجاوز السلوك العدوانى حماية الذات والدفاع عنها فإنه يؤدي إلى إلحاق الأذى بالغير. ويستطيع المختص أن يفهم عدوانية الأطفال ويقرر ما إذا كانت ذات مظهر إيجابى وعندها يقوم بتشجيعها وتوجيهها، أو كانت ذات مظهر سلبى وعندها يقوم بمساعدة الطفل على تفريغ تلك المشاعر العدوانية.

يمكن أن يقوم بعملية التفريغ للمشاعر السلبية لدى الأطفال العدوانيين في مختلف الأنشطة ويكون ذلك أكثر في نشاطى:

## • التربية البدنية والرياضية:

وذلك بقيام الطفل بالأعمال التنافسية والألعاب الحرة والفردية من أجل صرف الطاقة البدنية الزائدة ومساعدته بعدها على الاسترخاء.

## • التربية التشكيلية:

الأطفال العدوانيون كالأطفال المحرومين يظهرن مشاعرهم في رسوماتهم واختياراتهم للأشياء التي يشكلون كرسن أو تشكيل الحيوانات القوية التي تفترس الحيوانات الضعيفة.

## • نشاط اللغة:

هؤلاء الأطفال أيضا إلى سرد وحكي القصص التي تتماشى مع مشاعرهم كالحكايات التي تبرز القوة في الشجار، والتصارع.

وفي العموم على المختص ألا يفرض النظام الصارم والقاسي لأن هذا النظام ينمي لديهم الروح العدوانية، ويحيط مثل هؤلاء الأطفال بالحب والعطف والتقبل، ويحملهم المسؤولية، كأن يكونوا رؤساء فرق، ويتم توزيع الأدوات على أقرانهم، ويكثر من النشاط الفني والموسيقي، فالموسيقى تهدئ النزعات وتهدب المشاعر العنيفة.

وإجمالاً يكون أطفال سن 6/5 سنوات أكثر ضبطاً لانفعالاتهم، ويخف لديهم انفعال الغيرة لإدراكهم للغير وإدراك ملكية أن يكونون أيضاً أكثر قدرة على الاستقلالية والتوافق مع الأفراد الآخرين كباراً وصغاراً، ويتنافسون مع أقرانهم ويعملون مع أكثر عدداً ويتعاونون معهم لمدة أطول، كما يميلون إلى ألعاب التمثيل وتوزيع الأدوار.

6/5 سنوات هو سن التفتح على الحياة الجماعية وتقلص حالة التمرکز حول الذات.

## المحور الثالث: مدخل إلى الإعاقة السمعية

### المحاضرة الخامسة: الإعاقة السمعية

#### 1- تعريف الإعاقة السمعية:

تعددت تعريف الباحثين للإعاقة السمعية كلا حسب مجال تخصصه ودراسته ومستوى

الإعاقة ضعيف أم قوي وفيما يلي إجراء لبعض التعاريف:

كما تعرف بأنها عجز في القدرة السمعية لسبب وجود مشكلة في مكان ما في الجهاز السمعي، فقد تحدث هذه المشكلة في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية أو في العصب السمعي الموصل إلى المخ، والفقدان السمعي قد يتراوح الفقدان السمعي من الحالة المعتدلة إلى أقصى حالة من العمق والتي يطلق عليها الصم.

- **تعريف الصم:** يعرف مصطلح الصم عن تلك الحالة من فقدان السمع الجزئي أو الكلي المكتسب أو الفطري، والذي يحول دون وصول الطفل الأصم إلى المستوى المرجو ممن هم في نفس عمره على مستوى أدائه في الحياة اليومية مما يستدعي تدخل خدمات تربوية خاصة لتدارك هذا العجز.

- **تعريف ضعف السمع:** هو أولئك الأفراد الذين يكون لديهم قصور سمعي أو بقايا السمع ضعيفة .

- **تعريف المعاق سمعياً:** يعرف بأنه كل فرد يعاني قصوراً أو عجزاً في قدرته السمعية فيعوق أدائه التعليمي أو المهني أو فرص تفاعله مع المثيرات البيئية والاجتماعية.

#### 2- تصنيفات الإعاقة السمعية:

يتم تصنيف الإعاقة السمعية حسب معايير معينة وهي كالتالي:

## 2-1: التصنيف حسب درجة فقدان السمع:

يتم تحديد درجة فقدان السمع على مدى استقبال الفرد للصوت مقدرًا بوحدات قياس ديسبل (Décibels) ومختصرها (db)

وتقسم الإعاقة السمعية حسب هذا البعد إلى أربعة أقسام:

2-1-1-1- الإعاقة السمعية الخفيفة: (20-40) ديسبل والفرد هنا يفهم كلام المحادثة على بعد (3-5) متر وجها لوجه.

2-1-2- الإعاقة السمعية المتوسطة: (40-70) ديسبل والفرد هنا يفهم كلام المحادثة العالية وجها لوجه فقط.

2-1-3- الإعاقة السمعية الحادة: (70-90) ديسبل والفرد هنا قادر على سماع الأصوات العالية، كما أنه يعاني من اضطرابات بالغة في اللغة.

2-1-4- الإعاقة السمعية العميقة: (90 فما فوق) ديسبل ويعتمد الأفراد في هذه الفئة على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع، كما أن لغتهم تكون ضعيفة جدا.

## 2-2- التصنيف وفق عمر الإصابة بالإعاقة السمعية:

2-2-1- الصمم قبل اكتساب اللغة: يحدث هذا النوع من الصمم قبل أن يتكلم الطفل أي قبل مرحلة اكتسابه اللغة قبل ثلاث سنوات، ويقسم هذا النوع إلى قسمين هما:

- صمم منذ الولادة: أي الطفل يولد وهو أصم.

- صمم بعد الولادة: أي الطفل يصاب بالصمم بعد الولادة مباشرة أي قبل أن يتعلم اللغة.

2-2-2- الصمم بعد اكتساب اللغة: يظهر هذا النوع من الصمم بعد أن يتعلم الطفل اللغة وهذه الفئة من الأفراد قادرون على الكلام لأن الإصابة تحدث بعد تطور اللغة لديهم وينقسم هذا النوع بدوره إلى قسمين:

- الصمم المفاجئ: حيث يصاب الشخص بالصمم فجأة والسبب يمكن أن يكون مرض أو حادث أو جراحة أو تسمم طبي وأحيانا يكون السبب مجهولا والصمم المفاجئ يعد ظاهرة نادرة.

- **الصمم المتأخر:** يحدث هذا النوع من ضعف السمع بشكل تدريجي خلال عدة سنوات.

### **2-3- تصنيف الإعاقة السمعية حسب طبيعة الإعاقة:**

وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى أربع فئات:

#### **2-3-1- فقدان السمع التواصلي:**

تستقبل الأذن الخارجية الموجات الصوتية من البيئة وترسلها إلى قناة الأذن ثم تنتقل إلى الموجات إلى طبلة الأذن مسببة تذبذبها، ثم تنتقل إلى العظيومات الثلاث في الأذن الوسطى (المطرقة، السندان، الركاب) ثم تنتقل الاهتزازات من طبلة الأذن إلى القوقعة في الأذن الداخلية، إن أي خلل تحد من وصول الاهتزازات إلى العصب السمعي قد يؤدي إلى ما يسمى بفقدان السمع التوصيلي حيث تصبح الأصوات وكأنها أمام عائق وهو يتضمن تخفيض في مستوى الصوت وفي القدرة على سماع الأصوات الضعيفة، وهذا النوع من فقدان السمع يمكن أن يعالج طبيا أو جراحيا أو باستخدام مضخات الصوت.

#### **2-3-2- فقدان السمع الحسي العصبي:**

تكون الأذن الداخلية غير قادرة على التقاط الاهتزازات أو غير قادرة على إرسال الاهتزازات إلى الدماغ ، وهذا النوع يصيب الأذن الداخلية و يؤثر في القدرة على فهم الكلام والقدرة على السمع بشكل واضح.

#### **2-3-3- فقدان السمع المختلط:**

يكون الفرد مصابا بالنوعين السابقين من فقدان السمع (فقدان السمع الحسي وفقدان السمع التوصيلي) بمعنى أن الفرد يعاني من إصابة في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى وفي الأذن الداخلية وفي العصب السمعي.

وتتضمن أعراض وأسباب فقدان السمع المختلط أعراض وأسباب كل من فقدان السمع الحسي العصبي وفقدان السمع التوصيلي.

## 2-3-4- فقدان السمع المركزي:

فقدان السمع المركزي يكون بحدوث إصابة في العصب السمعي أو المراكز السمعية فالعصب السمعي قد لا يستطيع إرسال الموجات الكهربائية إلى الدماغ وأن المراكز السمعية في الفص الصدغي في الدماغ تكون مصابة. كما أن المعينات السمعية في هذا النوع من الإعاقة ليس لها أي أهمية.

## 3- أسباب الإعاقة السمعية:

هناك أسباب عديدة للإعاقة السمعية من بينها:

### 3-1- أسباب وراثية:

تعد الوراثة من الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقة السمعية فكثيرا ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية، أو الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهم عن طريق الوراثة، من خلال الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات، كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، ويقوى ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات.

### 3-2- أسباب بيئية (مكتسبة):

ندرج خلالها ثلاث عوامل رئيسية:

### 3-2-1- أسباب تحدث قبل الولادة: نلخصها فيما يلي:

- إصابة الأم في الشهور الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية.
- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالزهري.
- تعارض عامل (Rh) في دم الأم والجنين يمكن أن يسبب الصمم خاصة عندما يكون (Rh) للجنين ايجابيا (Rh) للأم سلبيا.
- تناول الأم لبعض العقاقير، أو التعرض لأشعة أكس أثناء الشهور الأولى من الحمل.

### 3-2-2- أسباب تحدث أثناء الولادة: نلخصها فيما يلي:

- ولادة الطفل قبل اكتمال نموه.
- تعرض الطفل لاختناق أو نقص الأوكسجين بسبب عسر الولادة أو مشاكل الحبل السري أو إصابة المخ بنزيف، مما يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ.
- استخدام الطبيب لآلات مثل الملقط بطريقة غير سليمة أثناء عملية الولادة.

### 3-2-3- أسباب تحدث بعد عملية الولادة: نلخصها فيما يلي:

- إصابة الطفل بالالتهاب السحائي.
- إصابة الطفل بالتهاب الغدة النكافية والحمى القرمزية أو الحصبة ومضاعفاتها.
- إصابة الطفل بالحمى الشوكية التي تصيب العصب السمعي بالالتهابات والضمور.
- التهاب في اللوزتين، مما يؤثر على الأذن الوسطى التي قد يحدث بها التهاب صديدي قد يؤدي إلى حدوث ثقب في طبلة الأذن.
- تعرض الطفل لضربة شديدة أو حادثة تؤدي إلى إصابة مركز السمع في المخ.
- تعرض الطفل لسماع أصوات شديدة الارتفاع لفترة طويلة.

### 4-الأعراض الدالة على وجود فقدان السمع:

هناك مجموعة من المؤشرات التي يمكن أن تظهر على الفرد وهو في عمر مبكر أو في بدايات إصابته بفقدان السمع وجدير بالإشارة بأنه لا يوجد فرد تظهر عليه جميع هذه الأعراض وبكفي أن تظهر عليه بعضها حتى يكون تحت خطر الإصابة بفقدان السمع من بينها:

- لا يجفل من الأصوات العالية (0-4 أشهر)
- لا يستجيب للأصوات الخارجية وخاصة صوت الأم (0-4 شهور)
- لا يدير رأسه نحو الصوت أو عندما يذكر اسمه (4-8 أشهر)

- لا يتمتع بالألعاب التي تخرج أصوات (4-8 شهور)
- لا يثرثر أو يتكلم مع الآخرين عندما يتكلمون معه (8-12 شهر)
- يتعرض للإجهاد وهو يراقب من يتكلم معه.
- لا ينتبه لمن يتكلم معه.
- يعاني من مشكلات سلوكية.
- كلامه غير واضح.
- يرفع صوت الأجهزة الالكترونية أعلى من العادي مثل: (راديو، تلفزيون...)
- لا يتجاوب مع الأصوات المنخفضة.
- كثيرا ما يطلب من الآخرين تكرار الكلام.
- الشعور بوجود الضوضاء في الرأس مثل الرنين أو الطنين.

## 5-خصائص المعاقين سمعيا: يتصف المعاقين سمعيا بمجموعة من الخصائص

نوجزها فيما يلي:

### 5-1-الخصائص المعرفية:

يتميزون بذكاء عادي حيث أن الإعاقة لا تؤثر على الذكاء بينما تؤثر على اللغة مما يجعلها أضعف من لغة العاديين ويعد هذا الضعف اللغوي من المؤثرات على التحصيل العام وأن تحصيل المعاقين سمعيا يضعف كلما زادت المتطلبات اللغوية ومستوى تعقدها.

### 5-2-الخصائص اللغوية:

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثرا بالإعاقة السمعية، فالإعاقة السمعية تؤثر سلبا على جميع جوانب النمو اللغوي وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الطفل المعاق سمعيا مظاهر النمو اللغوي الطبيعي ومع أن الأطفال ذوي السمع العادي يتعلمون اللغة والكلام دون تعلم مبرمج ومخطط له مسبقا فإن المعاقين سمعيا بحاجة إلى تعليم هادف ومتكرر فالشخص المعاق سمعيا سيصبح أبكم إذا لم تتوفر له فرص التدريب

الخاص وفي حالة اكتسابه للمهارات اللغوية فإن لغته تتصف بالتمركز حول الملموس وجملهم قصيرة وأقل تعقيدا أما كلامهم فيه بطيئا ونبرته غير عادية.

### 5-3- الخصائص الجسمية والحركية:

يعاني الأفراد ذوي الإعاقة السمعية من مشكلات في الاتصال و تحول دون اكتشافهم للبيئة من حولهم أو التفاعل معها وهذا له تأثير على النمو الحركي لديهم، كما أن الإعاقة السمعية قد تفرض قيودا على النمو الحركي لدى الأفراد، فهؤلاء الأفراد محرومون من الحصول على التغذية الرجعية السمعية، الأمر الذي يطور لديهم أوضاعا جسمية خاطئة كذلك هؤلاء الأفراد لا يسمعون تحركاتهم أو تحركات الآخرين من حولهم كما أن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة العاديين ويمتازون بحركة جسمية أقل مما يجعل نموهم الحركي متأخرا قياسا مع الأسوياء.

### 5-4- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تعد اللغة وسيلة أساسية في وسائل الاتصال الاجتماعي ولذلك يعاني المعاقون سمعيا من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي حيث يقل النضج الاجتماعي للمعاقين سمعيا عن الأشخاص العاديين بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية وصعوبة التعبير عن أنفسهم وصعوبة فهمهم للآخرين، فهم يميلون إلى الخجل والانطواء ويفتقرون إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين وكذلك أنماط التنشئة الأسرية قد تعود إلى عدم النضج الاجتماعي والاعتيادية.

### 6- طرق تشخيص الإعاقة السمعية:

إن الكشف والتشخيص في الإعاقة السمعية يخضع إلى ثلاث هيئات أساسية فهو يكون من طرف العائلة ثم من طرف القطاع الصحي المتخصص وأخيرا تأتي القطاعات التي تكون قريبة من الطفل كالمدرسة أو دور الحضانة.

بالنسبة للعائلة يمكنها أن تفحص المؤشرات التالية:

- خروج صديد من أذن المريض.
- شكوى الطفل من ألم في إحدى أذنيه.
- صوت الطفل عالي جدا أو منخفض جدا.
- لا يهتم الطفل بما يحيط به ولا يتبع التعليمات اللفظية الموجهة له.
- لا يلتفت إلى مصدر الصوت.
- بالنسبة للمعلمين في المدرسة ملاحظة الصمم عن طريق ملاحظة المظاهر:
- أداء الطفل على الاختبارات اللفظية أقل من أدائه على بقية الاختبارات.
- يراقب زملائه قبل البدء في العمل الصفي.
- لا يستطيع انجاز عمله في أغلب الأحيان.
- الحرص على الاقتراب من مصدر الصوت.
- بالنسبة للأخصائيين في تقويم السمع هناك عدة أساليب وأجهزة يمكن استعمالها في تقويم وظيفة السمع والتي من أهمها:
- قياس السمع بالانغمات.
- اختبار السمع الكلامي.
- تقدير الاستجابة المستشارة.
- اختبار السمع متبع برد الفعل.
- اختبار السمع عن طريق اللعب.
- دور الأخصائيين في اكتشاف والتكفل بالإعاقة:
- يقوم الأخصائيون في اكتشاف الإعاقة والتكفل بها بمختلف الطرق من بين الأخصائيين:
- 1- أخصائي العلاج الطبي:**
- وهو يقوم باكتشاف المنطقة المصابة والمرتبطة بالجهاز السمعي وبعملية السمع ويقوم بالعلاج الطبي الملائم.

## 2- أخصائي الجينات:

يزود الأخصائي الإرشاد الوراثي وطرق العلاج للعائلة إضافة إلى مخاطر تكرار حدوث الإعاقة السمعية في المستقبل.

## 3- أخصائي الصوت:

يساعد أخصائي الصوت في اختيار سماعة الأذن الأكثر ملائمة للمريض إضافة إلى المراقبة المنتظمة للسماعات الضرورية لضمان الوظيفة الصحيحة للسماعات في تطور اللغة والكلام.

## 4- أخصائي أمراض اللغة والكلام:

يساعد في تحليل المهارات اللغوية للأفراد وفي تحديد قابليتهم لفهم اللغة المنطوقة والمساعدة في تقديم المنثيرات اللسانية والبصرية والسمعية.

## 5- أخصائي العيون:

ومهمته تقييم الحدة البصرية ولتقييم العيوب البصرية المحتملة و المرفقة لفقدان السمع.

## 6- أخصائي الأذن:

يقوم بمتابعة الحالة واحتياجاتها والتعرف على المشاكل المحتملة في السماعات وأمراض الأذن الخارجية أو الوسطى والتهابات الأذن.

## - أنواع سماعات الأذن:

هناك العديد من سماعات الأذن المتاحة لفاقد السمع وهي على أشكال مختلفة:

## 1- سماعة خلف الأذن:

توضع السماعات وراء الأذن وهي أرخص وأسهل استعمالا مقارنة بالأدوات الأخرى وهي مرئية وقوية ومشاكلها أقل من ناحية الالتهابات وتستعمل من قبل كل الأعمار ومن قبل فاقد السمع معتدل إلى العميق.

## 2-سماعة في قناة مجرى الأذن:

تتميز بسهولة إخفائها وهي ملائمة للبقاء مدة طويلة.

## 3-سماعة في الأذن:

توضع سماعات الأذن بالكامل في الأذن الخارجية ويتميز هذا النوع بأنه ملائم لدرجات مختلفة من فقدان السمع، فهو ملائم حتى فاقد السمع الحاد.

## 4-سماعة في القناة السمعية:

تعتبر من السماعات أقل قوة لذا فهي غير مناسبة للأشخاص ذوي المشاكل السمعية الحادة، وغير مناسبة أيضا لمرضى الرعاشي وضعيفي النظر.

## 5-سماعة بالكامل في القناة:

وهو جهاز السمع الأصغر المتوفر اليوم وهو غير مناسب لمرضى الرعاشي وضعيفي النظر ومناسب أكثر لفاقد السمع المعتدل.

## -الصعوبات التي تواجه الطفل المعاق سمعيا:

يواجه الطفل المعاق سمعيا مجموعة من الصعوبات على المستوى الشخصي والاجتماعي وفيما يلي ذكر لبعض هذه الصعوبات:

- صعوبة في التعرف على المحيط وإدراك العلاقات بين أجزائه لأن تطور تكوين صورة العالم الخارجي بالنسبة للطفل الأصم غير واضحة.
- صعوبة في فهم الأشياء الموجودة فهو يعتمد أكثر على الأشياء الملموسة والمحسوسة.
- صعوبة في تقدير الأبعاد والمسافات.
- صعوبة في التواصل مع المحيط.
- صعوبة بالنسبة للتنظيم الزمني.

## 7-أساليب الوقاية من الإعاقة السمعية:

تمثل الإعاقة السمعية تحدياً لنمو اللغة الطبيعي ولذلك فإن التشخيص المبكر والتدخل المبكر يؤدي إلى أفضل النتائج .

وهذه بعض الطرق التي يمكن أن تساعد في تجنب حدوث الإعاقة:

- الوقاية من الصمم الوراثي بعدم تشجيع زواج الأقارب في العوامل المعروفة فيها تواجد الصم وتوعيتهم لمنع الحمل في إنجاب الأطفال.
- العناية بصحة الأم الحامل ووقايتها من الأمراض وامتناعها عن تناول العقاقير الضارة بالجنين والمخدرات والمسكرات وتوفير التغذية الضرورية الواقية لها واتخاذ الإجراءات الحديثة لمعالجة تناثر فصائل الدم في الوالدين.
- العناية في الولادة العسيرة وإتباع الطرق الصحيحة لتجنب كل ما يعرض المولود للشدة والاختناق عند المحاولة لإنقاذ الأم.
- الوقاية من أمراض الطفولة بالتحصين ضد الأمراض باللقاح اللازم.
- منع الشدة على الأذنين ووقاية السمع من التعرض لصوت الانفجار والضجيج المتواصل أثناء العمل اليومي.
- توعية الآباء وتوجيه المعلمين لاكتشاف حالات ضعف السمع أو الصمم وتوفير العلاج اللازم في المرحلة المبكرة من الإصابة بأمراض الأذن.

## المحور الرابع: تقييم نمو الطفل

### المحاضرة السادسة: تقييم نمو الطفل في مختلف المجالات

يقصد بالتقييم ملاحظة نماء الأطفال في المجال (الحسي/الحركي، العقلي/المعرفي، الانفعالي/الاجتماعي، التواصل/اللغوي) من أجل كشف نقائص الاستعدادات في هذه المجالات والتعرف على كيفية استجابة كل طفل للوضعية التعليمية المقترحة وكيفية إنجاز المهمة أو حل المشكلة، وبالتالي فإن التقييم يتمثل في جمع معلومات كافية عن نمو ونضج استعدادات وقدرات الأطفال في تلك المجالات كما تسمح تلك المعلومات بتقدير فعالية الطفل في القيام بنشاطات تربوية من أجل نمو وضبط وتعديل الأداء للقيام بهذه النشاطات لجعله أكثر استجابة للخصائص النمائية والتعليمية لسن الطفل. ويهدف التقييم إلى إبراز النواحي الإيجابية والنواحي السلبية حتى يمكن تدارك مواطن الضعف والعمل على علاجها ومواصلة إنماء النواحي الإيجابية. ينصب التقييم بالدرجة الأولى على:

#### I. تقييم نمو الطفل ونضج أعضائه في مختلف المجالات:

- 1- الحسي/الحركي: ملاحظة الجلوس، الكتابة، التخطيط، الاستماع، النطق، الرؤية أي ملاحظة الطفل كيف يجلس، يرسم، ينظر، يستمع، ينطق، يحفظ توازنه.
- 2- المجال العقلي/المعرفي: ملاحظة كيفية بناء المفاهيم الزمنية والمكانية، تتابع الأحداث وتسلسلها، يستعمل الزمن الحاضر، الماضي، المستقبل.
- 3- الجانب الانفعالي/الاجتماعي: ملاحظة الصفات الانفعالية والاجتماعية: ينفعل بحدة، يتحكم في انفعالاته، يغضب، يغير، يعتدي، يشارك، يتعاون.
- 4- المجال التواصل/اللغوي: ملاحظة كيفية التواصل مع الآخرين وكيفية استعمال اللغة، يستعمل جملاً كاملة، يستعمل جملاً اسمية، يستعمل جملاً فعلية، يستعمل

متممات الجملة بحروف الجر والأوصاف وأسماء الإشارة والأسماء  
الموصولة...الخ، يتساءل عن معاني الكلمات.

### كيفية استغلال بطاقة المتابعة:

تشتمل بطاقة المتابعة على معطيات المجالات المكونة لشخصية الطفل، وتستغل بالطريقة  
التالية:

#### 1- طريقة ملئ البطاقة:

تملأ البطاقة بمعطيات محددة يتحصل عليها المختص عن طريق الملف الإداري للطفل  
وملاحظات الطبيب المدرسي، وملاحظته الشخصية إجابة عن أسئلة مظاهر النمو  
المختلفة سواء كانت مظاهر النمو الحسي/الحركي أو العقلي/المعرفي أو  
الانفعالي/الاجتماعي أو التواصلية/اللغوية وذلك بوضع:

+ للدلالة على القدرة

⊥ للدلالة على ضعف القدرة

- للدلالة على عدم وجود القدرة

#### استغلال البطاقة:

تستثمر البطاقة شهريا في أوقات منتظمة مثل ملئها في العشر الأواخر من كل شهر ثم

تحسب عدد مرات كل إشارة (+، ⊥، -)

$0 = (-)$ ،  $15 = (\perp)$ ،  $25 = (+)$

يكون حكم المختص وتقديره على أساس التقدير الأكثر عدداً أن ك (+ 25) الذي يعني  
للطفل القدرات في مجال التقييم.

يجب الأخذ به عند التقدير للقدرات التي تحدها أسئلة البطاقة هو أن يصنف الأطفال على  
مدى زمني متقارب كأن يكون الشهر مثلا لأن المدى الزمني الطويل يؤثر على النتائج  
نظرا لاختلاف نمو ونضج الأطفال ففرق 5 أو 6 أشهر بين طفل وآخر لن تجعل النتائج  
متباينة جدا وبالتالي يمكن الوقوع في الخطأ نتيجة مقارنة قدرات طفل شهر جانفي بقدرات

طفل شهر جوان من نفس هذا خطأ في القياس، وهذه بطاقة المتابعة التي يمكن أن تستعمل مع مختلف السنوات العمرية سن 4/3، 5/4، 6/5.

### بطاقة المتابعة:

الاسم: ..... اللقب: .....

الجنس: ذكر: ..... أنثى: .....

تاريخ الميلاد: ..... / ..... / .....

عدد الإخوة والأخوات: .....

ترتيب الطفل في الأسرة: .....

السنة الدراسية	السن	اسم المؤسسة وعنوانها	روضة أو قسم تحضير
	سن ..... / .....		

### بيانات عن الوالدين:

(1) الأب: على قيد الحياة: ..... متوفي: .....

الاسم: .....

المهنة: .....

العنوان: ..... الهاتف: .....

(2) الأم: على قيد الحياة: ..... متوفية: ..... مطلقة: .....

الاسم: .....

المهنة: .....

العنوان: ..... الهاتف: .....

### (3) والي الطفل:

الاسم: .....اللقب:.....

العنوان: ..... الهاتف:.....

صفة القرابة:.....

### معلومات صحية عن الطفل:

نوع التلقيح	التلقيح الأول	التلقيح الثاني	التلقيح الثالث	التذكير	الملاحظات

### ملاحظات عن مظاهر صحة الطفل العامة: (بيديها الطبيب)

في سن ..... / ..... سنوات:.....

.....

.....

في سن ..... / ..... سنوات:.....

.....

.....

### صعوبات صحية مزمنة يعاني منها الطفل: (ملاحظات وتوصيات الطبيب)

ملاحظات عن صحة الطفل:

في سن ..... / ..... سنوات:.....  
 .....  
 .....

## 1- تقييم نمو الطفل في المجال الحسي الحركي:

### - المجال الحسي الحركي:

سن .../...			مظاهر النمو						
الفصل الأول			الفصل الثاني			الفصل الثالث			
									(1) هل طول الطفل يزداد بصفة طبيعية مقارنة بأقرانه؟
									(2) هل يعاني الطفل من إعاقة: *حركية ؟ *سمعية ؟ *بصرية ؟
									(3) هل يمسك الطفل الأدوات بصورة صحيحة؟
									(4) هل بإمكان الطفل أن يرسم بعض الأشكال الهندسية (دائرة، مستطيل، خطوط مستقيمة، خطوط مائلة) ؟
									(5) هل يتحكم الطفل في مسك القلم؟
									(6) هل يضبط الطفل اتجاه القلم؟
									(7) هل بإمكان الطفل أن يلون حيزا محددًا دون الخروج عنه؟
									(8) هل بإمكان الطفل استعمال المقص استعمالًا صحيحًا لقص بعض الأشكال؟
									(9) هل يستطيع الطفل أن يمشي فوق حافة رصيف أو خشبة بكيفية متوازنة؟
									(10) هل يميل الطفل إلى الألعاب التي تتطلب الجري؟

										11) هل يميل الطفل إلى الألعاب الهادئة،(ألعاب الترتيب والتصنيف أو المكعبات مثلا)؟
										12) هل يميل الطفل إلى الألعاب التي تتطلب نشاط حركيا؟
										13) هل يستطيع الطفل أن يتلقف الكرة أو يرميها بذراع مستقلة، (أي لا يستعمل كل جسمه أثناء رمي الكرة تلقفها)؟
										نتيجة التقدير

### التقدير:

- جوانب التفوق:.....

.....

- جوانب التوجيه:.....

.....

## 2- تقييم نمو الطفل في المجال العقلي المعرفي:

### المجال العقلي/المعرفي:

سن .../...										مظاهر النمو
الفصل الأول			الفصل الثاني			الفصل الثالث				
										1) إذا سقطت لعبة من يدي الطفل واخترقت عن نظره فهل: يسأل عنها؟ يبحث عنها؟
										2) هل يفرق الطفل بين يده اليمنى ويده اليسرى؟
										3) هل يطرح الطفل تساؤلات متكررة مثل: ما هذا؟، لماذا نفعل هكذا؟...؟

										4) هل يتعرف الطفل على الألوان الأساسية الأبيض، الأسود، الأزرق، الأحمر، الأخضر؟
										5) هل يتعرف الطفل على ألوان أخرى؟
										هي: .....
										.....
										6) هل بإمكان الطفل أن يصنف الأشياء إسنادا خاصة واحدة مثل: الشكل أو اللون أو الحجم؟ عدة خصائص (الشكل واللون، اللون والحجم)؟
										7) هل يدرك الطفل العلاقة المكانية انطلاقا من جسمه كمعلم: خلف / أمام؟ أعلى / أسفل؟ يمين / يسار؟ أقرب من / أبعد من؟
										8) هل يفرق الطفل بين وقت الفطور والغداء والعشاء قبل، بعد؟
										9) هل يستطيع الطفل التمييز بين أشياء عديدة عن طريق رائحتها؟
										10) هل يبدي الطفل انتباها إذا قصّت عليه قصة تجمع بين الواقع والخيال؟
										11) هل يبدي الطفل اهتماما أكثر إذا ما تعلق الأمر بقصة خيالية غير مخيفة؟
										12) هل يستطيع الطفل أن يعد حتى العشرة، 10، عدا متسلسلا ومنظما؟
										13) هل يميز الطفل بين المفاهيم التالية:
										X أقرب من ..... وأبعد من .....

									X أطول من ..... وأقصر من .....
									X أكبر من ..... وأصغر من .....
									X أكثر من ..... وأقل من .....
									14 هل بإمكان الطفل التعرف على أسماء بعض القطع من العملة؟
									15 هل يعرف الطفل أيام الأسبوع؟
									16 هل بإمكان الطفل أن يرتب مجموعة صور (قصة مصورة) حسب تسلسلها؟
									17 هل يبدي الطفل اهتماما بالأشياء الجميلة؟
									نتيجة التقدير

### التقدير:

- جوانب التفوق: .....

.....

- جوانب التوجيه: .....

.....

### 3- تقييم نمو الطفل في المجال الانفعالي الاجتماعي:

#### - المجال الانفعالي / الاجتماعي

سن .../...			مظاهر النمو		
الفصل الثالث	الفصل الثاني	الفصل الأول			
			1) هل تتتاب الطفل حالات غضب في أوقات معينة ، مثلا / إذا أخذ منه شيء خاص به؟		
			2) هل ميل الطفل إلى المرح «لا يبدو مكتبا في غالب الأوقات ؟		
			3) هل يبكي الطفل بسهولة؟		
			4) هل يستطيع الطفل ضبط غضبه ولا يلجا لاستخدام يديه؟		
			لسانه؟		
			5) هل يلجا الطفل إلى قطع أظافره؟		
			6) ارتكاب الطفل خطأ ما، هل يكفي النظر إليه ليعرف خطأه؟		
			7) هل يخاف الطفل من أشياء ومواقف وحيوانات و ... ، لا تستدعي الخوف؟		
			الإجابة بنعم؟ ماهي؟ .....		
			8) خلال الأيام الأولى لدخول الطفل لمؤسسات التربية التحضيرية: هل كانت صعوبة الاتصال مع الطفل عند بقاءه في مؤسسات التربية التحضيرية؟		
			ابداً الطفل رغبته في البقاء في مؤسسات التربية التحضيرية من البداية؟		
			هل تطلب ذلك مدة طويلة؟		

									هل تطلب ذلك مدة قصيرة؟
									وهل اندمج الطفل بسهولة؟
									9) يعتمد الطفل على نفسه في تسيير أموره و معطفه ويعلقه، يرتب الألعاب في مكانها؟
									10) هل يعتمد الطفل على نفسه في ترتيب أدواته المدرسية؟
									11) هل يعتمد الطفل على نفسه أثناء تنظيف يديه وفمه بعد الأكل؟
									12) هي بيدي الطفل رغبة في القيام بأداء مهمة ما بنفسه(تحضير المائدة_ مساعدة الأطفال الآخرين-تركيب وتفكيك لعبة؟)
									13) هل يحب الطفل أن يشارك زميله في لعبة ما؟
									14) هل ميل الطفل إلى اللعب بلعب الآخرين وممتلكاتهم؟
									15) هل يتقبل الطفل أن يلعب الآخرون بلعبه(ممتلكاته)؟
									16) هل تظهر لدى الطفل سلوكيات، تدل على أنه بحاجة لمساعدة الكبار؟
									17) هل يترك الطفل المجموعة إذا لم يجد مكانه فيها؟
									18) هل يتعارك الطفل مع المجموعة إذا لم يجد مكانه فيها؟
									19) منذ دخول الطفل، هل سلك سلوكا غير خلقي مثلا: السرقة، السب، الكذب، .....؟
									20) هل بقي الطفل يكرر السلوك غير الخلقي؟
									21) هل يحافظ الطفل على أدواته المختلفة؟
									22) هل يحافظ الطفل على أدوات الآخرين (المجموعة)؟
									23) هل يستمع الطفل إلى آراء الآخرين ويحترمهم؟
									24) هل يذكر الطفل لفظة «شكرا أو...» مقابل خدمة أو مجاملة؟

										25) هل يعتذر الطفل عندما تصدر منه إساءة لغيره؟
										26) هل يميل إلى التسامح إذا أساء إليه أحد؟
										27) هل يقول «من فضلك» عند طلب شيء ما؟
										28) هل يلقي التحية عند دخوله القاعة أو أي مكان آخر؟
										29) هل يطبق قوانين اللعبة في اللعب؟
										نتيجة التقدير

- جوانب التفوق:.....

.....

- جوانب التوجيه:.....

.....

#### 4- تقييم نمو الطفل في المجال اللغوي التواصلي

المجال التواصلي / اللغوي:

سن .../...										مظاهر النمو
الفصل الأول			الفصل الثاني			الفصل الثالث				
										1) هل يعبر الطفل عن مدلولات بواسطة رموز (اسم أو إشارة ... )؟
										2) هل يعبر الطفل عن حاجاته ومطالبه بوضوح؟
										3) هل يطرح أسئلة باستخدام أدوات الاستفهام:
										* متى؟
										* كيف؟
										* أين؟

									* لماذا؟
									4) هل هناك صعوبة في نطق بعض الحروف؟
									5) إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ما هي الحروف التي بنطقها بصعوبة؟
									6) إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ما هي الحروف التي لا يستطيع نطقها؟
									7) هل الأغاني التي يحفظها الطفل يؤديها أداء مناسباً؟
									8) هل يحفظ الطفل بعض السور القرآنية بصفة جيدة؟
									9) ما عدد سور القرآنية التي يحفظها الطفل حفظاً جيداً؟
									10) إذا كان الطفل يتكلم عما حدث له أو للآخرين، هل يجد صعوبة في نقل المعلومات؟
									11) هل بإمكان الطفل ذكر الأحداث والخبرات القريبة حسب ترتيب حدوثها؟
									12) هل يستعمل الطفل بصفة أكثر؟
									* الضمائر
									* الأسماء
									* الصفات
									13) هل يفهم الطفل القصص والمحاكاة ويستطيع إعادتها؟
									14) هل يعبر الطفل عن الماضي، الحاضر، والمستقبل؟
									15) هل يعاني الطفل من صعوبات في نطق بعض الأصوات؟
									إذا كان الجواب بنعم فما هي؟
									نتيجة التقدير

جوانب التفوق: .....

.....

جوانب التوجيه: .....

.....

سبر عام (للمجالات الأربعة): .....

.....

### تقييم المكتسبات:

يتطلب تقييم المكتسبات تقديم محتوى تعليمي مسطر مسبقا لمعرفة مدى اكتساب هذا المحتوى المعرفي، بينما في مرحلة التربية المصيرية لا يركز أساسا على تقييم هذه المعارف والخبرات، فهو تقييم ثانوي، وإنما يركز فيه على متابعة نمو ونضج المجالات المختلفة للطفل.

## المحور الخامس: أنواع الاضطرابات النفسية

### المحاضرة السابعة: الاضطرابات النفسية لدى الطفل المعاق سمعيا:

#### 1- تعريف الاضطراب النفسي:

الاضطراب النفسي هو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضييق أو العجز الذي يصيب الفرد ولا يعد جزءا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية.

#### 2- أنواع الاضطرابات النفسية:

توجد أنواع عديدة من الاضطرابات النفسية وهناك أيضا جوانب عديدة مختلفة في السلوك البشري والسمات الشخصية التي يمكن أن تصبح مضطربة. يمكن تصنيف القلق أو الخوف الذي يؤثر على السلوك السوي للفرد على أنه اضطراب نفسي. جدير بالذكر أن الأنواع الشائعة والمعروفة من الاضطرابات النفسية تتضمن أنواعا معينة من الفوبيا و الخجل واضطراب القلق العام واضطراب القلق الاجتماعي واضطراب الهلع وفوبيا الأماكن الفسيحة المفتوحة واضطراب الوسواس القهري واضطراب ضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب.

#### 3- المعاش النفسي للطفل المعاق سمعيا:

غالبا ما يعيش الطفل المعاق سمعيا نفسية صعبة، لانعدام المحيط الذي ينسجم فيه نفسيا واجتماعيا، نتيجة افتقاره أداة الاتصال اللغوي التي تساعد على فهم الطفل لمحيطه وتجاوبه مع مختلف المثيرات وبالتالي لا يمكنه إيصال أفكاره والتعبير عن كل مشاعره مما قد يؤثر على توازنه النفسي أثناء مراحل نموه، حيث يتعرض لمشاكل وصعوبات للاتصال مع محيطه، وبالتالي يعرف بتمركزه حول ذاته وشعوره بعدم الطمأنينة والقلق والعدوانية. فحسب "كولان COLIN" فإن "الطفل الأصم يكون شخصا حزينا أو على حافة الانهيار بسبب نقص الاتصال لديه وعدم اندماجه الإجتماعي في عالم السالمين سمعيا"

ولقد دلت الأبحاث حسب ما جاء به بدر الدين كمال عبده، "أن الأطفال الذين يعانون من الصمم منذ ولادتهم يظهرون انحرافا أكبر في النمو الانفعالي عن أولئك الذين يصابون بالصمم بعد فترة من النمو، ويظهر ذلك في الذكور أكثر منه في الإناث".

#### 4- التوافق النفسي للطفل المعاق سمعيا:

يعاني الطفل المعاق عامة والطفل الأصم خاصة من سوء توافق حياته، فهو يشعر أنه غير عادي وأنه مختلف عن الآخرين من إخوته وجيرانه وزملائه، فهو قد يعاني من سوء توافق ذاتي وأسري ومدرسي واجتماعي، لأنه يشعر بأنه غير مقبول في هذه الأوساط بسبب عاهته، فينظر إليه نظرة سلبية قد تكون أخطر وقعة من العاهة نفسها، فالمعاق سمعيا بحاجة إلى الرعاية الوالدية والاجتماعية بالدرجة التي تمكنه من الحياة بشكل عادي، وتشعره بأهميته وبوجوده الإنساني في مجتمعه مما يساعده على حل مشاكله النفسية وتكيفه وتوافقه نفسيا واجتماعيا.

فالطفل المعاق سمعيا في محاولته على التوافق مع العالم الذي يعيش فيه قد يتخذ تكيفه إحدى الصور التالية: إما أن يقبل أن يعيش كفرد ذو إعاقة وإما أن ينعزل عن أفراد المجتمع متجنباً أي تفاعل شخصي واجتماعي مع الآخرين فإذا اختار لنفسه الأسلوب الأول كان لزاماً عليه أن يواجه المجتمع وهو محروم من الوسائل التي تيسر له الاتصال، ويحدث نتيجة لذلك أن يعيش على هامش الجماعة وفي تلك الحالة يواجه الكثير من مواقف الشعور بعدم الأمن عندما يحاول الاختلاط بالغير فهو في حيرة دائمة لأنه لا يعرف ما إذا كان كلامه مفهوماً أو ما يقال له قد فهمه على حقيقته، أما إذا اختار الأسلوب الثاني-العزلة- فسوف يعيش طول حياته في فراغ لا يشعر بمتعة الحياة.

كذلك فإن "ليفين 1960؛ Levine 1936" قد وجدت من خلال استخدام مقياس الروشاخ على مجموعة مكونة من واحد وثلاثين (31) طفلاً أصم مقارنين بمائة طفل يسمعون،

وجدت أن الأطفال الصم لديهم اضطرابات في الشخصية والتوافق النفسي والاجتماعي وفي التحصيل الدراسي.

ويرى بعض الباحثين بخصوص دراسة شخصية المعاق سمعياً، أن أنسب وسيلة للكشف عن دوافعهم وصراعاتهم ومشكلاتهم النفسية عموماً، هي ملاحظتهم وهم يمارسون حياتهم بتلقائية من خلال مختصين مدربين على مثل هذا النوع من العمل، كما أن ملئ استمارة تاريخ الحالة مما يفيد في تقديم بيانات لها أهميتها في دراسة خصائص شخصية الطفل الأصم".

ولقد لخص "كليمك KLIEMKE" السمات السلوكية التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة في الآتي:

#### **أ/ الشعور الزائد بالنقص:**

وهو الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها لتتولد عند المعاق شعور بالدونية مما يعوق تكيفه الاجتماعي السليم.

#### **ب/ الشعور الزائد بالعجز:**

وهو الاستسلام للإعاقة وقبولها ليتولد لدى الفرد إحساس بالضعف والاستسلام له مع سلوك سلبي اعتمادي.

#### **ج/ عدم الشعور بالأمن:**

وهو إحساس بالقلق والخوف من المجهول، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر واللازمات الحركية والتقلب الانفعالي، أو أعراض غير ظاهرة كالاضطرابات السيكوسوماتية.

#### **د/ عدم الاتزان الانفعالي:**

وهو عدم تناسب الانفعال مع الموقف وقد يتطور هذا الشعور إلى توأد مخاوف وهمية تؤدي إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان.

ه/سيادة مظاهر السلوك الدفاعي:

كالإنكار والتعويض والإسقاط والتبرير، والسمة الدفاعية للمعاق تكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائما من الآخرين.

وأهم الاضطرابات النفسية نذكرها في المحاضرة الموالية كالتالي:

## المحاضرة الثامنة: الخجل

### 1-تعريف الخجل:

\*يعرف "Smith" 2005 الخجل على أنه "عدم الارتياح والكبت واستجابات القلق والشعور بالذات والكتمان في حضور الآخرين".

\*يعرفه "ستانكي" و "هاندرينج" 1999: "بأنه خوف غير واقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين".

\*حيث عرفته "مرتضى" 2002 "بأنه حالة نفسية تتجلى في الميل إلى الصمت والتباطؤ في الكلام والحياء الزائد، وتجنب الآخرين والابتعاد عن الأضرار قدر الإمكان".

\*تعرفه "كليبرت" 2003 "هو الشعور بعدم الراحة في المواقف الاجتماعية بحيث يسبب تجنب المواقف الاجتماعية كلياً".

### 2-نظريات الخجل:

#### 2-1 النظرية التحليلية:

ويفسر الخجل في ضوء انشغال الأنا بذاته ليأخذ شكل النرجسية، فضلا عن اتصاف الخجول بالعدائية والعدوان.

وضح رائد هذا الاتجاه "فرويد" إلى وجود ثلاث أنواع من الخجل (الخجل موضوعي، عصابي "مرضي"، خلقي) تختلف بحسب نوع الموقف الذي تولد عنه والخجل الموضوعي تمتد جذوره إلى مرحلة الطفولة في الصراع بين الإشباع الغريزي والواقع لمعاناة أغلب الأطفال على الأقل نوعا من العقوبة من الوالدين بسبب إشباع رغبات الهو.

أما الخجل الخلقي وينشأ عن الصراع بين الهو والانا الأعلى هو أساس خوف الفرد من ضميره عندما يكون مندفعاً للتعبير عن نزوة غريزية مضادة لدستورك الخلقي تنظيم الأنا الأعلى جعلك تشعر بالخجل أو الذنب في التعبير اليومي، يمكن أن تصف نفسك بأنك (معذب للضمير)، واضح أن الخجل الخلقي هو دالة لمدى نمو الأنا الأعلى، فالشخص

الذي يمتلك ضميراً قوياً متمسكاً بأهداف الفضيلة سيعاني ضميره من صراع أكبر بكثير من شخص آخر يملك مجموعة أقل من القيم الخلقية التي سترشد بها، والخجل الخلقى مثل الخجل العصابي له أسس واقعية مهما كان نوع الخجل فهو يعطي إشارة أو إنذار للشخص بأن ليس كل شيء على ما يرام، الخجل يسبب التوتر في الفرد وكذلك يصبح واقع تماماً وهذه المشاعر قد تسبب على جميع السلوكيات والتصرفات المنافية للمعايير الأخلاقية سواء كانت قد وقعت في الماضي أو الحاضر.

- أما "أدلر" فيعتمد أن مصدر الخجل والقلق كامن في الشعور بالدونية والبغض ومشاعر النقص تنشأ من العجز الذي يعانيها المرء ذاتياً سيكولوجية كانت، أو اجتماعية أو ضعف جسمي أو عجز ما.

- أما "كارني هورني" تعتبر الخجل صورة من صور القلق العصابي، ومن أسبابه ترجع إلى: الحرمان والمعاملة الوالدية والبيئة وما تحويه، تعرف "هورني" الخجل أنه شعور بالوحدة والعجز التام بشكل خفي وينتشر في عالم عدائي.

كما أشارت "هورني" أن الأفراد الخجولين ينسحبون من التفاعلات الاجتماعية من خلال اختيارهم، بينما يعتمد البعض الآخر وبشكل مفرط على الآخرين باختيارهم حل الخضوع الجدي، وكذلك هناك من يتأرجح بين الانسحاب المفرط.

ترى "هورني" أن الخجل الأولى يعود إلى الخبرات الطفولة المبكرة التي يكون بعضها شعوري وبعضها لاشعوري، والبيئة كذلك تؤثر في ذلك .

## 2-2 نظرية التعلم الاجتماعي:

يعزو الخجل القلق الاجتماعي والذي يثير أنماطاً من السلوك إنسحابي، ويمنع فرصة تعلم المهارات الاجتماعية، بل ويمتد ليكون عواقب معرفية تظهر في شكل توقع الفشل في الموقف الاجتماعي، وحساسية مفرطة للتقويم السلبي من قبل الآخرين وميل مزمن لتقويم الذات تقويماً سلبياً، إن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسابها أثناء مراحل نموه المختلفة فهم يرون أن الشعور بالخجل ناتج عن أحد العوامل

الآتية (فشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب، تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة، مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها الفرد اتخاذ القرار المناسب).

### 2-3 النظرية البيئية الأسرية:

يرجع البعض الخجل إلى عوامل بيئية أسرية متمثلة فيما يمارسه الوالدان من أساليب معاملة كالحماية الزائدة للطفل، والنقد المستمر إلى جانب التهديد الدائم بالعقاب المؤدي لتفاهم الخجل لدى الطفل، حيث يثير الخجل ويثار عن طريق إدراك البيئة.

### 2-4 النظرية الوراثية:

يعزي الخجل إلى شق وراثي تكويني، يستمر ملازما لسلوك الطفل طوال حياته في مراحل العمر التالية، ولذا فمعاملة الطفل الخجول وراثيا بطرق الممارسات الوالدية السالبة، قد يجعله معرضا للمعاناة من الخجل المزمن ولقد أسفرت دراسة "دانيلز وبلومين" 1985 عن ارتباطا جوهريا وموجبا لدى الأطفال بخجل الأمهات وذلك لدى عينة قوامها 152 من الأمهات وأطفالهن.

### 3- أشكال الخجل:

يعاني الطفل الخجول من عدم القدرة على الأخذ والعطاء مع أقرانه في المدرسة أو المجتمع، وبذلك يشعر بالمقارنة مع غيره بالضعف. والطفل الخجول يحمل في طبيئته نوعا من نم السلوك لأن الخجل بحد ذاته هو حالة عاطفية وانفعالية معقدة تتطوي على شعور بالنقص والعيب. وللخجل عدة أشكال منها:

### 3-1 خجل مخالطة الآخرين:

يأخذ الخجل في الأعم شكل نفور من الزملاء، أو الأقارب وامتناع أو تجنب الدخول في محاورات أو حديث، ويتعمد الابتعاد عن أماكن تواجدهم، وعادة يفضل الطفل الخجول أن يختلط بأطفال أصغر منه حيث لا يمثل مثل هؤلاء بالنسبة له أي إجهاد في التفاعل أو قيادتهم، وأحيانا يخالط أطفالا يشبهونه في الخجل، ويكون الحديث بينهم مقتضبا.

### 3-2 خجل الحديث:

يحبذ الطفل الخجول الالتزام بالصمت، وعدم التحدث مع غيره، وتقتصر إجاباته على القبول أو الرفض، أو إعلان عدم المعرفة للأمور التي يسأل عنها، ولا ينظر في الغالب إلى من يحدثه، وربما يبدي الانشغال عندما يوجه له الكلام أو يكون زائغ النظرات، ولا يحسن تنسيق ما يقوله أو ربطه، بالرغم من أنه يكون على علم بما يدور ويستطيع الرد، إلا أن الغالب عليه هو التلعثم والضعف، وهناك من الأطفال من يخجل أثناء حديثه عن بعض الموضوعات مثل الزواج.

### 3-3 خجل الاجتماعات:

يكتفي الطفل في حالات نادرة الحديث مع أفراد الأسرة وبعض زملائه في الحضانة أو المدرسة، ويبتعد عن المشاركة في أي اجتماعات أو رحلات أو أنشطة رياضية.

### 3-4 خجل المظهر:

هناك بعض المواقف التي يظهر فيها الخجل لدى بعض الأطفال، كأن يخجل الطفل عندما يرتدي ملابس جديدة، أو ارتداء ملابس البحر، أو الأكل في المطاعم العامة، أو أكل بعض الأشياء البسيطة في الشارع، أو حينما يقص شعره أو يغير طريقة تصفيفه، أو اللعب على مشهد من الكبار، أو عندما يأتي بحقيبة جديدة.

### 3-5 خجل التفاعل مع الكبار:

يخجل بعض الأطفال حينما يبدأ حوار بينه وبين المدرسين أو مدير المدرسة، أو عندما يبتاع الطفل أشياء من البائعين، أو عندما يستقبل أصدقاء الوالد، أو عند إبلاغ بعض الأمور للكبار بناء على طلب أحد الوالدين.

### 3-6 خجل حضور الاحتفالات والمناسبات:

هناك من الأطفال من يخجل من حضور الأفراح وأعياد الميلاد أو حفلات النجاح، ويكون تفضيل العزلة والابتعاد عن مواقع هذه المناسبات، وعدم الانخراط فيها خير مبادرة بالنسبة له.

ويرى الباحث أن الخجل ليس صفة فطرية لدى الطفل، لأنه مثل العديد من السلوكيات التي يكتسبها الفرد من المجتمع المحيط، حيث يتعلم الطفل العديد من سلوكه الاجتماعي من خلال الملاحظة والتقليد للآخرين المحيطين به، إنما يأتي الخجل كنتيجة لأساليب تربية بالخطأ من قبل الأسرة، أو بسبب عادات الأسرة التي تفضل أن تحد من علاقاتها مع الآخرين، فتكون الأسرة منغلقة على نفسها، وبطبيعة الحال ينشأ الطفل خجولا منذ صغره ويميز بين نوعين من الخجل هما:

\* **الخجل الاجتماعي الانطوائي:** ويتميز هذا النوع من الخجل بالعزلة، ولكن مع قدرة الطفل على العمل بكفاءة مع المجموعة إذا اضطر إلى ذلك.

\* **الخجل الاجتماعي العصابي:** ويميز صاحب هذا النوع من الخجل بالقلق الناتج عن الشعور بالحساسية المفرطة نحو الذات، وإحساس بالوحدة النفسية، وهذا النوع من الخجل يدفع صاحبه إلى الوقوع في صراعات نفسية بين رغبته في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخوفه منهم.

كما أشار "belcons and zimbaro" إلى نوعين آخرين للخجل هما:

\* **الخجل العام:** ويتميز صاحب هذا النوع من الخجل بعيوب في أداء المهارات: كالحرص والفتل في بعض الأحيان أثناء الاستجابة في الموقف الاجتماعي، وقد يظهر الخجل العام بوضوح في الجلسات الاجتماعية، والأماكن العامة.

\* **الخجل الخاص:** ينصب اهتمام صاحب هذا النوع من الخجل على الأحداث الذاتية، وغالبا ما يتعلق بالعلاقات الشخصية الحميمة وتذكر "النيل" 1999 نوعين آخرين من الخجل هما:

\* **الخجل كحالة:** وهو نوع من الخجل يزول بزوال الموقف الذي أدى إلى الخجل عند صاحبه.

\***الخلج كسمة:** وهذا النوع من الخجل متأصل في بناء الشخصية، حيث يقلق مزاج صاحبه، ويخفض مهاراته الاجتماعية، ويزيد من انطوائه، وقد يؤدي إلى مخاوف اجتماعية كثيرة.

#### 4- مظاهر الخجل:

إن الخجل لدى الأطفال يلاحظه الكبار بسهولة، ولكن كثرة من هؤلاء الكبار يسيئون فهم الخجل أو الحكم عليه فترى بعض الكبار يلومون النموذج الخجول من الأطفال، ويحبذ بعض الآخر من الكبار هذا النموذج من الأطفال ويرون فيه عاقلا ولا يثير ضجة. من مظاهر الشخص الخجول نجده بائسا ليس لديه القدرة على التفاعل الاجتماعي أو الأخذ والعطاء مع الزملاء ويعاني الشعور بالنقص، حينما ينظر إلى غيره أو يكون أمامه كذلك نجده يتردد كثيرا قبل الإقدام أو الاشتراك في عمل أو نشاط ما أو الرد على ما يواجهه من مواقف، وكذلك من مظاهره الخمول الظاهري الواضح في تجنب التواصل والارتباط بصداقات وكذلك الغيرة في الأعماق وإلى الحد النفسي، ويؤثر فيه عندما يجد أقرانه يتصرفون ويتكلمون ويلعبون بصورة طبيعية فينفر منهم وكذلك ينفر ممن يوجه إليه أي ملاحظات أو نقد ما عن تصرفاته. بمعنى أن الشخص الخجول يصبح أكثر حساسية من الأشخاص العاديين وأكثر عصبية مما يجعله سهل الاستثارة وكثير الحركة والتشاؤم والحذر، وإن كان أحيانا يظهر عدم المبالاة أو عدوانية لأتفه الأسباب.

#### 5- أعراض الخجل:

للخلج أعراض عديدة نوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم (4) يوضح أعراض الخجل.

*الأعراض الاجتماعية	*الأعراض الفيزيولوجية
وتشمل:	تشمل:
-قلة التحدث والكلام بحضور الغرباء.	-زيادة النبض.
-النظر دائما لأي شيء عدا من يتحدث معه.	-مشاكل وآلام في المعدة.
-تجنب لقاء الغرباء أو الأفراد غير المعروفين له.	-رطوبة وعرق زائد في اليدين
-مشاعر الضيق عند الاضطرار للبدء بالحديث أولا.	والكفين.
-عدم القدرة على الحديث والتكلم في المناسبات	-دقات القلب قوية وبسرعة.
الاجتماعية والشعور بالإحراج الشديد إذا تم تكليفه	-الجفاف في الفم والحلق.
بذلك.	-الارتجاف و الارتعاش
-التردد الشديد في التطوع لأداء مهام فردية أو	اللاإرادي.
اجتماعية أي مع الآخرين (الانزواء والانطواء)	- احمرار الوجه والأذن.
- أحلام اليقظة.	-غصة في الحلق.
-توقع الخطر وإن كان بعيدا عنه.	-شحوب لون الوجه.
-الخوف من نقد الغير له.	-ارتعاش الوجنت والأطراف
-الامتناع عن الاشتراك مع الأقران.	والجفون.
-الجمود وخمول في الوسط المدرسي	-دمع العينين أحيانا.
-الأناية ومحاولة فرض رغباته على من حوله.	
-اللامبالاة في بعض الأحيان.	

## 6- بروفييل الطفل الخجول:

تتحدد بعض ملامح بروفييل الخجول كما يلي:

\*ينقل "واين ويتن" 1983 عن "فيليب زيمباردو" 1988 بعض ملامح بروفييل الخجول منها:

- لديه مستوى عال من الوعي الذاتي الظاهري عن كيفية تصور الآخرين له.
- يرتبك بسهولة وهو غير راضي عن كونه خجولا.
- غير قادر على تكوين صداقات بسهولة.
- لديه كف جنسي، وأكثر شعورا بالوحدة.
- أكثر استهدافا للاكتئاب.

\*ويعرض بروفييل الخجول من خلال الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الخجل على النحو التالي:

- يميل إلى إظهار عزلة كبيرة خاصة في العلاقات بين الشخصية والجنس الآخر.
  - لديه بطء في الحديث مع الآخرين، والتزام الصمت، والخجل يعيقه من إظهار كفاءته الحقيقية عند التعامل مع الآخرين.
  - لديه انشغال كبير بالذات وأكثر مبالغة في التأمل، وتقويم الذات.
  - يحكم عليه الآخرين بأنه أكثر قلقا، ومتوترا وكبتا، وأقل قدرة على تكوين صداقات.
  - لا يصلح أن يكون قائدا لجماعة إلا عند التخلص من الخجل.
  - أقل لباقة، أضعف ثقة في قدرته على التداخل والتفاعل الاجتماعي.
- \*كما يحدد "جيلفورد" بروفييل الخجول بما يلي:
- الميل إلى تحديد المعارف مع صعوبة مبادأة التعرف على أغلب الناس.
  - تفضيل عدم التزعم في النشاط الاجتماعي.

## 7- أساليب علاج الخجل:

تتمثل في:

7-1- تأكيد الذات والتعبير عن المشاعر: تستخدم هذه الطريقة لعلاج حالات القلق أو العجز عن التعبير في المواقف الاجتماعية ويستخدم من أجل تدريب الفرد على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم بنبرة الصوت والاحتكاك البصري المناسب وتدريبه على أن يعبر بحرية عن مشاعره وأفكاره حسب متطلبات الموقف وتدريبه على الدفاع عن حقوقه.

7-2- التعلم بالقدوة والملاحظة: تنتمي هذه الطريقة إلى نظرية التعلم الاجتماعي والتي تستند إلى أحد مبادئ التعليم الذي يقول إن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم لنماذج وأشكال القدوة التي يفتنون بها، فيعطي الشخص الفرصة لملاحظة نموذج ويطلب فيه أداء نفس العمل.

7-3- تشجيع الجرأة: ينبغي تشجيع الجرأة عند الخجل بتشجيعه على أن يطلب ما يريد بصراحة ويجب أن يتعلم التغلب على الخوف أو الحرج من التعبير عن نفسه، لأنه من الأهمية أن يقول "لا" عندما لا يكون راغبا في عمل شيء ما.

7-4- مكافئة المهارات الاجتماعية: أن أية محاولة لإقامة علاقة مع الآخرين يجب أن تمتدح وتكافئ بطريقة ما، ويمكن للأولاد اكتساب نقاط لانخراطهم في أي سلوك اجتماعي.

7-5- إشراك الولد في مجموعات اللعب الموجه أو التدريب على المهارات: عندما ينخرط الأولاد الخجولين في نشاطات جماعية فإن الحديث والتفاعل يحدث بشكل طبيعي، ووجود قائد حساس للمجموعة أمر ضروري، وضروري أيضا أن يكون الوالدان جريئان بما فيه الكفاية للتحدث مع قائد المجموعة عن ولدهما ولتقديم المقترحات.

7-6- استخدام إجراءات العلاج النفسي الجماعي: تقوم فكرة هذا العلاج على تشكيل مجموعات من الأفراد الذين يعانون من مشكلة نفسية مماثلة يعالج مشاعرهم ومشكلاتهم، مما يعزز الشعور بالثقة لدى الأفراد ويخلصهم من المشكلة التي يعانون منها، فعند إشراك

الفرد الخجول في جماعة أفراد خجولين فان هذا الإجراء يمكنه من التعرف على مشكلته ويساعده في التخلص منها.

بالإضافة لهذه الأساليب هناك أساليب علاجية أخرى لمشكلة الخجل متمثلة في:

- تحديد المواقف التي يخجل فيها التلميذ.
- عدم توجيه النقد أو اللوم له سواء كان ذلك على انفراد أو أمام الآخرين واللجوء إلى التشجيع الدائم ومنحه الاهتمام والرعاية.
- مساعدة الطفل الخجول في امتلاك الثقة الذاتية التي تزوده بالشجاعة للاتصال بالآخرين.
- تشجيع هوايات الخجول والإشادة بإنجازاته مهما كانت بسيطة.
- اكتشاف مواهب الطفل الخجول ودفعه إلى الفخر بمواهبه مما يعيد إليه الثقة في نفسه.
- تهيئة الجو الودي وخلق نوع من الألفة والطمأنينة بينه وبين الكبار.
- كما يمكن للأهل تعليمهم الفرق بين الخجل الشديد والحياء وعدم التحدث عن سلوك الخجل الزائد أنه سلوك محبب ومهذب.
- أيضا لابد من استخدام ألعاب مثل الورق والرسومات فهي مثيرة ومشجعة للأطفال في التعبير عن أنفسهم وتطوير مهارات الاتصال لديهم، أو اللعب بتمثيل الأدوار ليحرب بشكل مباشر طرق جديدة للتفاعل مع من حوله.
- وعليه فإن علاج الخجل هو ألا يعطى الطفل حماية أكثر من اللازم من والديه وأن يشجع على الاختلاط واللعب مع غيره من أقرانه، وأن يعطى أيضا قدرا أكبر من الحب والتشجيع وفرص الاعتماد على النفس، ومن الخطأ البالغ لوم الطفل الخجول أو الحديث عن خجله أمامه لأن هذه الأمور تزيد من انطوائية الطفل وشعوره بالخجل.

## 8- الوقاية من الخجل

للوفاية من الخجل لابد من:

1. **شجع النشاطات الاجتماعية وكافئها:** اعمل على أن يحصل الطفل في عمر مبكر على أكثر ما يمكن من الخبرات السعيدة والمبهجة في علاقاته مع رفاق من عمره، فقد تكون الزيارات لرفاقه أو الرحلات الخاصة التي يشارك فيها ولد أو أكثر من الخبرات الممتعة وأن أي محاولة يقوم بها الأولاد الخجولين لكي يكونوا اجتماعيين يجب أن تكافئ بالابتسامة أو بالكلمة الطيبة، وإرشادهم وتوجيههم كيف يتصرفون بطريقة اجتماعية مناسبة لأعمارهم.

2. **شجع الثقة بالذات والتصرف الطبيعي:** ينبغي أن يشجع الأولاد ويمتدحوا لاعتمادهم على الذات ولتصرفهم على نحو طبيعي، فليس من الضروري أن تتظاهر بأنك مختلف أو كامل مادام بوسعك أن تكون ذاتك وأن تعبر عن آرائك بصراحة، وينبغي تعليم الأولاد كيفية التعامل مع الصراعات والتوترات ومواجهتها وليس الهرب منها.

3. **شجع تطوير المهارات والتمكن منها:** ينبغي مساعدة الطفل بالكفاءة والمقدرة والأهمية إذ أن اعتبار الذات ينمو لدى الطفل من خلال قدرته على التحكم الفعال بالبيئة، وينبغي أن يعطى الطفل مهمات يكرر شعورهم بالنجاح ويشجعهم على المحاولة وعلى أن يكونوا فعالين في الوصول إلى ما يرغبون به.

4. **زود الولد بجو من التقبل والدفئ:** إن الحب والانتباه لا يفسد صغار الأولاد وكل زيادة في التقبل تعتبر أفضل، يجب أن يسمح للطفل بأن يقول "لا" في المواقف التي لا يستطيعون ممارسة الاختيار فيها، لأن هذا يشعرهم بأن استقلالهم موضع احترام وأنهم مقبلون حتى لو لم يتفقوا معك فأنت توصل الطفل تقبلك الأساسي لهم كأناس حتى لو كنت لا تحب بعض سلوكياتهم، والولد ينبغي أن يشعر بأنه منتمي إلى الأسرة وأن بإمكانه أن يلجأ إليها للحصول على الدعم كلما كان ذلك ضرورياً.

## المحاضرة التاسعة: القلق

### مقدمة:

يعد الشعور بالقلق أمرا طبيعيا إن كان لسبب واضح ينتهي بانتهائه، ولكن قد ينتاب الفرد قلقا دون سبب محدد يمتلك كيانه ويشل أدائه وتفكيره، مما يشكل لديه اضطرابا "يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في أي مجتمع، والبعض يقول إن الحضارة الحديثة مسئولة عن كثرة حالات الإصابة به" وهو أساس لكل الإختلالات الشخصية واضطرابات السلوك. ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالماضي، حيث الطفولة بأحداثها، ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالحاضر كضغوطه ومشكلاته، ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالمستقبل وتغييراته المتلاحقة التي تفوق قدراتنا على التنبؤ، ومن ثم التهيؤ والاستعداد، وعندما يقلق الإنسان يتوتر ويود لو أنه استطاع أن يصرخ ويبكي كلما استحال عليه أن يزيل هذا القلق، أو يخفضه.

### 1- تعريف القلق:

القلق خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية، مثل ازدياد ضربات القلب، الغثيان، عدم القدرة على النوم، وقد تصاحب القلق توتر عضلي وازدياد في النشاط الحركي، عدم القدرة على التفكير بصورة مناسبة. ولقد عرفته (بخش، 2004) بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال ومحاولات الفرد للتكيف.

لكن يعرفه (محمد، 2004) كخبرة ذاتية يتميز بها مشاعر الخوف من شر مرتقب، والشك والعجز والمشاعر التي تتعلق بخطر خارجي حقيقي، بالإضافة إلى الوعي الذاتي لعدد من المتغيرات الفسيولوجية، تتضمن هذه التغيرات توترا متزايدا في العضلات الخارجية في الهيكل العظمي كالتيبس أو التصلب والارتعاش والوهن، وتقلب الصوت، وعدم استقراره.

ويضيفا كلا من (شحادة والنجار، 2003: 239) ويعرفانه بأنه حالة انفعالية تتميز بالخوف قد يحدث في المستقبل.

ويعرفه (موسى، 2000) بأنه حالة من الخوف الدائم غير معروف السبب والحدود، يؤدي إلى حدوث استجابات سلوكية وفسولوجية تؤثر في النشاط العام للفرد. ويذكر (زهران، 1995) بأنه مركب انفعالي من الخوف المستمر بدون مثير ظاهر والتوتر والانقباض.

هو حالة من توتر شامل تتميز بالضيق وفقدان الأمن وتوقع خطر غير محدد يقف المرء أمامه عاجزا عن التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك أعراض جسدية ونفسية.

## 2- أسباب القلق:

1. الإستعداد النفسي: كالشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.

2. مواقف الحياة الضاغطة والضغط الثقافي و الحضارية الحديثة.

3. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

4. التعرض للخبرات الحادة (عاطفيا، تربويا، واقتصاديا) كذلك الخبرات الجنسية الصادمة، خاصة في الطفولة والمراهقة.

5. الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين أو المعلمين أو الأقارب وخاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة.

6. الاستعداد الوراثي: وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية فلقد أثبتت دراسات

التوائم المتشابهة عن مشابهة الجهاز العصبي اللاإرادي، واستجابة للمنبهات

الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة مرضى

القلق يعانون من نفس المرض، وقد وجد (سليتر وشيلدرز) أن نسبة القلق في التوائم

المتشابهة تصل إلى 50% و أن حوالي 15% يعانون من بعض سمات القلق، وقد

اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة، فوصلت إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دورا هاما في الاستعداد للمرض، وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال، والقلق من أكثر الأمراض شيوعا في العالم أجمعه.

وما أشد تأثير القلق على سلوك الأطفال الصم، فالتحديات التي تحيط بهم لقصور اتصالهم مع العالم من حولهم كثيرة ومتعددة، حيث يمكن أن يشكل انفصالهم الجزئي عن العالم واتصالهم المنقوص بالبيئة حافزا شديدا لظهور هذا الاضطراب لديهم، سواء كان من الشدة بمكان ليصبح اضطرابا أو يهدد لحظات من حياتهم ليتمكنوا بعدها من استعادة نشاطهم و دافعيتهم لمقاومته.

### 3- أعراض القلق النفسي:

أما أعراضه عند (آدم، 2003) فضمت كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء واضطراب واضح في النوم، ويظهر عادة عند شعور الطفل بالخطر من تهديد خارجي (الخوف من فقدان شيء) وتتسم تلك الأعراض بالاستمرار والشدة. وسنفصل في هذه الأعراض على النحو التالي:

#### - أعراض القلق بشكل عام:

يعرف القلق بأن تكون أعراضه سائدة، وهو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة، ويكون مصحوبا بإحساسات جسمانية مختلفة واستجابات، مثل سرعة دقات القلب والخفقان والعرق، الارتعاش واضطرابات المعدة، والشعور بالافتقار لمزيد من الهواء في الرئتين وآلام في الصدر.

وأعراض القلق النفسي بشكل عام التوتر العام، والقلق على الصحة والعمل، وعدم الاستقرار والخوف، حيث يكون الفرد خائفا، ولكنه لا يعرف مصدر الخوف، ويكون متوقعا لحدوث شيء ما دون أن يعرف ما هو هذا الشيء، هذا إلى جانب الشك والتردد والاكتئاب، والضيق

وترقب المستقبل، بالإضافة إلى توهم المرض، وبطبيعة الحال فإن هذه الأعراض تؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الإنجاز والعمل، كما تؤثر على توافقه الاجتماعي والمهني والأسري.

### ب-الأعراض النفسية للقلق:

الخوف والتوتر والتهيج العصبي، وعدم القدرة على التركيز، وفقد الشهية للطعام، وشرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة والمهدئة.

### ج-الأعراض السريرية للقلق:

1. الخوف الهائم المبهم الذي لا مصدر له ولا مبرر ولا تفسير له.
  2. صداع وتوتر وغالبا ما يكون موضع الصداع مؤخرة الرأس، وقد يصحب ذلك شعور الفرد بالدوار وعدم التوازن .
  3. الطفل القلق حساس جدا أو يهيج بسرعة ولأتفه الأسباب، وربما يفزع جدا من الأصوات والضوضاء والأضواء الساطعة.
  4. ضعف عام في الجسم، وشعور بضيق بالصدر، وزيادة في وتيرة التنفس وعمقه مع شعور بالاختناق.
  5. ارتفاع في ضغط الدم وزيادة في عدد ضربات القلب.
  6. الزيادة في عدد مرات التبول أو إفراز السكر في البول، ولعل ذلك يفسر علاقة التبول السكري بالحالات النفسية.
  7. اضطراب في النوم يمتاز بصعوبة في النوم في ساعات الليل الأولى، وتتخلل النوم أحلام مزعجة.
- وفي الحقيقة أن للقلق مجموعة من الأعراض الفسيولوجية التي تميزه، وتدفعنا للاستدلال عليه من خلال هذه الأعراض التي يمكننا ملاحظتها عند الكشف على المريض، وهذه الأعراض لا تحدث جميعها في وقت واحد، كما وأنها إذا وجدت فإنها لا تكون الدرجة واحدة، أي أن الاختلاف ليس في المنحى ولكنه في الدرجة التي تعتمد على نوع الموقع وشدة الباعث على القلق.

#### د-الأعراض الجسمية للقلق:

صب العرق وارتعاش اليدين، وارتفاع ضغط الدم وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، والدوار والغثيان، والقيء، وفقد الشهية وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق، واضطراب التنفس ونوبات التنهد والشعور بالضيق في الصدر، والتعب والصداع المستمر والأزمات العصبية مثل مص الأصابع، وهز الكتفين . الخ

#### 4- أنواع القلق:

حدد (بلان)، ثلاثة أنواع للقلق كالتالي:

**4-1-القلق المطلوب:** ليس كل قلق يعتبر سيء، بل هناك قلق طبيعي، فالإنسان

لا بد لأن يكون قلقا من سقوطه من أعلى مبنى أو مرتفع، أو المشي في شارع تجوبه السيارات السريعة، فهذا القلق طبيعي.

**4-2-القلق المقبول:** هناك قلق يعتري جميع الناس من الحروب أو القلق على صديق

مسافر أو ولد مريض، فهذا مقبول ما لم يصل حد التأثير المستمر على دورة الحياة.

**4-3-القلق المرفوض:** هو الهم على الحاضر، والخوف الدائم على المستقبل، فهذا

إذا أصبح مرفوضا، ومنه الوسواس المستمرة في عقل الإنسان.

وهناك أنواع أخرى للقلق نذكرها كالتالي:

**-القلق الظاهر:** يقصد به بصورة أساسية وجود علاقات فسيولوجية مميزة مع وجود

سلوك التجنب والتفادي، كذلك أنه القلق الذي يمكن للآخرين إدراكه.

**- القلق الخفي الكامل:** وهو القلق غير الفعال أو غير القائم بالفعل، ولكن إذا قوبل

بالقلق الظاهر فإنه يحمل دلالات القلق، أي أن انفعالا من المستحيل بالنسبة له أن

يكون فعالا وقائما بالفعل، ولا يمكن أن يرى أو يجرب.

**- القلق الحاد:** يحدث في القلق الحاد نوبات فجائية في الأعراض الحادة التي تسيطر

على المريض لعدة دقائق في المرة الواحدة تبعث فيه حالة من الرعب المرضي.

- **القلق المزمن:** يحتوي على أعراض أقل حدة، وقد يكون الشكلا ن من المعوقات مما تستدعي إلى زيارة الطبيب.

### **5- علاج القلق:**

يتوزع علاج حالات القلق كما هو الحال في علاج الأمراض النفسية، وسنوردها بشكل بسيط كالتالي:

#### **5-1-العلاج النفسي:**

لقد اتفق علماء الصحة النفسية على حقيقة هامة في العلاج النفسي وهي أن الطريق غير المباشر في العلاج أفضل بكثير من الطريق المباشر، سواء قام أحد بمهمة العلاج أم قام الشخص نفسه بعلاج نفسه، فإن الطريق المباشر والمفضل إلى العلاج الناجح والسريع هو الطريق غير المباشر.

#### **5-2-الإرشاد النفسي:**

ويشمل الإرشاد العلاجي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها.

#### **5-3-العلاج الاجتماعي:**

بعد دراسة حالة المريض وظروفه الحياتية المختلفة يمكن تشخيص أسباب القلق إن وجدت، ويمكن تغيير تلك بتغيير الوضع الأسري والمحيط الاجتماعي، أو ظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يسيء إلى راحة وطمأنينة المريض.

#### **5-4-العلاج الجشثالطي:**

ويركز هذا العلاج على خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته، باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض على مقعد وأمامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص آخر عليه، ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، وكذلك

فنية الاسترخاء، والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلى الفرد، وغير ذلك من الفنيات  
المختلفة.

## المحاضرة العاشرة: الاكتئاب

### مقدمة:

إن طبيعة الحياة وما فيها من تباينات يجعل من وجود المتناقضات في المشاعر سمة الحياة الإنسان، فكما يمكن أن تمر عليه أوقات من السعادة فيمكن أن ترد في مذكراته لحظات من الحزن والكدر (مما يدل على سلامة بناؤه النفسي)، ولكن الخطر في امتداد تلك اللحظات لتصبح بكل تبعاتها سمة مميزة لسلوكه، فتراه يتهاوى بين أنياب داء الاكتئاب فيظهر إما بسيطاً كمشكلة توسم سلوكه أو اضطراب يلزمه إلى حد كبير وفي أسوأ الأحوال مرضاً لا ينفك عنه بسهولة فيؤدي بحياته إن استسلم له ولم يقاومه، وقد يكون الاكتئاب في حد ذاته عرضاً لاضطرابات انفعالية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية، ومن الملاحظ أنه يرتبط في عقول غالبية الناس بالمرهقين، فيعتقدون أنه من الصعب الربط بينه وبين الأطفال، وفي الحقيقة إن معظم صغار السن يعانون منه، ولا يدرك أي من الآباء والأمهات والأطفال أنفسهم شيئاً مما يتعلق به.

ولأهميته وأثره على سلوك الأطفال وجد بين هذه الأبعاد، وذلك محاولة للكشف عن مدى ظهوره لدى الأطفال الصم، وخاصة في ظل الضغوط والصراعات المحيطة بهم، وما إن كان ذا أثر فعلي على توافقه الأسري أم لا، وستتناول هذه الزاوية عرضاً لبعض ما تناوله الباحثين عنه، لوضع تصور ميسر له ولجوانبه المختلفة.

### 1- مفهوم الاكتئاب:

يعرفه (مراد، 2005) بأنه حالة من الحزن والهم ينسحب معها الفرح والسرور تدريجياً ويصيب الفكر حالة من البلادة والسكون ويقل النشاط والحيوية ويبعد الإنسان عن المجتمع والناس.

وفي نفس الاتجاه أشار (الخطيب، 2004) إلى أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب

الاجتماعي، لتراكم العديد من الاضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة وفشله في تحقيق رغباته وإحساسه بالعجز والتشاؤم.

وعرفه (ملحم، 2001) بأنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم، وغالباً ما يشعر بالذنب كما يقلل من ذاته.

ويقول (العيسوي، 1990: 149) أنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والشعور بانعدام القيمة.

ويشير (محمد، 2005) أن الاكتئاب مرض نفسي يصيب الشخصية وهو حالة نفسية لها تعبيراتها الخارجية المتعددة التي يضمنها العبوس، إلى جانب ارتسام علامات الحزن والأسى على المكتئب فإنه يرفض العالم الخارجي ولا يستطيع أن يتعامل بنجاح مع الآخرين.

ويعرف دسوقي **الاكتئاب** على أنه: "اتجاه انفعالي ينطوي على شعور متطرف بعدم الكفاية وفقدان الأمل، يصحبه انخفاض في النشاط الجسدي والنفسي، وتشاؤم من المستقبل، والخط من قدر النفس، وفقدان للأمل ويشعر الفرد أيضاً بالتعب وبفقدان الطاقة بانعدام القيمة، وبنقصان القدرة على التفكير أو التركيز.

في حين أوضح (ثابت، 1998) أنه عبارة عن اضطرابات تتميز بنقص مستمر في الوجدان وانعدام الشعور بالفرح واللذة في الحياة.

ويؤكد (زهران، 1997) أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعب عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. وعليه أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي الذي يكون مرتبط بخبرة ذاتية وجدانية والتي تظهر على الإنسان المريض بصورة أعراض سلوكية وانفعالية وفسولوجية من انكسار النفس والكآبة والشعور بالذنب والقلق.

## 2- الاكتئاب لدى الأطفال:

واكتئاب الأطفال في رأي (العيسوي، 2000) نوع من الاكتئاب العصابي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الإشباع العاطفي. وبالنسبة لأعراضه فقد اتفق معظم الباحثين عليها فأشاروا إلى إن من يعاني من خمس من أصل تسعة سمات (مع التأكيد على ضرورة ظهور أول سمتين) -اعتبر مكتئباً وهي تغير في المزاج العام للأسوأ، -فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء، -قلة النشاط والحركة، -نقص أو زيادة واضحة للوزن، -اضطراب النوم، -الهباج أو الهدوء النفسي والحركي، -الشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على العمل، - الإحساس بالسوء وعدم الراحة والقلق وزيادة الإحساس بالذنب مع عدم وجود أسباب لذلك، -قلة الرغبة في التفكير أو التركيز بصورة مستمرة .

هذا وأكد "شعلان" على أنه يظهر عند الأطفال بصورة فقدان للشهية أو الرفض للطعام والقيء والإمساك مما يضعف مقاومتهم للأمراض ويجعلهم عرضة للإصابة بالعضوية منها أو النفس جسمية، أما نفسياً فيؤدي إلى فقدان الرغبة في التعامل مع الآخرين والاهتمام بالبيئة، الحزن والبكاء.

ويرى (آدم، 2003) بأنه عبارة عن مجموعة من السلوكيات تتضمن الشعور بالملل والمخاوف، والتي تنجم عن شعور الطفل بفقد ما إما لإصابة جسمية، أو فقد أحد مصادر الحب، وما علاجه إلا بإزالة أسبابه.

وتعرف (الشوريجي، 2003) الاكتئاب النفسي للطفل بأنه "يحدث نتيجة للأحداث المؤلمة بحزن أكبر مما يستجيب لها الطفل العادي لمتل هذه المواقف، كما أنه يفشل في التخلص من أحزانه في فترة زمنية معقولة، وفقد الطفل لشخص عزيز أو الهجر أو فقده الشعور بالحب والأمن والانتماء والترابط الأسري، ونبذ الطفل دائماً كلها أحداث تعجل بحدوث الاكتئاب النفسي لدى الأطفال، فيمكن أن نلمسه من خلال شكواهم بأنهم يحسون بوعكة صحية بدون أسباب أو أعراض مرضية واضحة".

ويشير (الزعبي، 1994) أن الاكتئاب عند الأطفال هو "يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والعزلة، وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالآنا وبالآخر وقلة الحيلة وانخفاض الحماس والهمة".

### 3- تصنيف الاكتئاب:

يمكن للاكتئاب أن يتخذ أشكالاً عدة، إلا أنه لا يوجد في الغالب تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب فهي تتشارك في العديد من الخصائص نفسها ويحتمل أيضاً أن تعاني من أكثر من نوع واحد من اضطراب المزاج، ويصعب في الوقت الراهن الاتفاق على نظام تصنيف موحد للاضطرابات الاكتئابية وإن كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسية العامة. بسبب تعدد أنواع الاكتئاب إلى الحد الذي لا يستطيع الفرد أن يلم بها مجتمعة في قالب واحد ولكنها تتفق في كونها تجعل المصاب بعيداً عن الواقع، وتقوده إلى لا شيء.

لقد نشرت جمعية الطب العقلي الأمريكي تصنيفها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أو الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM4) وقد أشار هذا التصنيف الثالث والأخير لهذه الجمعية إلى ثلاث أنواع من الاكتئاب هي:

1. الاضطراب الهوسي.
2. الاضطراب الاكتئابي. (يطلق عليهما اسم الاكتئاب وحيد القطب)
3. الاكتئاب ثنائي القطب.

### 4- أنواع الاكتئاب:

- 4-1- الاكتئاب الخفيف: وهو أخف أنواع الاكتئاب.
- 4-2- الاكتئاب البسيط: وهو أبسط صور الاكتئاب كما يقول ( زهران، 1997) في هذه الحالة لا يوجد إلا شعور خفيف نسبياً من الحزن ، وفي معظم حالات الاكتئاب البسيط يكون المريض راضياً وسعيداً في بقائه وحيداً بعيداً عن الناس.

**4-3- الاكتئاب الحاد:** هو أشد صور الاكتئاب.

**4-4- الاكتئاب الانتكاسي:** هو مرض عقلي يحدث في النصف الأخير من حياة الفرد، ويعتقد أن له أسباب تكوينية أو إستعدادية أي وراثية، ويطلع عليه أحيانا اسم اكتئاب سن اليأس.

**4-5- الاكتئاب الهائج:** حيث يوجد فيه مشاعر الحزن ، ولكن لا توجد فيه إعاقة حركية نفسية للمريض، فالمريض يمتاز بالنشاط القوي، فيمكن أن يجري أمام وخلف، ويقفز ويتأرجح بشدة وعنف.

**4-6- الاكتئاب الحاد:** تظهر الأعراض التي ذكرت في السابقة أو بعضها بصورة مفاجئة نتيجة حادث طارئ كفقدان عزيز مثلا، ويتميز الطفل قبل الوقوع في مثل هذا النوع من الاكتئاب بأنه يتميز بنشاط عادي وبعلاقاته الطبيعية.

**4-7- الاكتئاب المزمن:** تظهر الأعراض التي ذكرت سابقاً أو بعضها، ويكون الطفل معروفا عنه بالتباطؤ الحركي ويتوقع وجود حالات الاكتئاب في العائلة لدى هذا النوع من الأطفال.

**4-8- الاكتئاب المقنع:** لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة والنشاط الزائد وأفعال تدل على العدوانية.

## **5- أسباب الاكتئاب:**

هناك اختلاف في تفسير أسباب الاكتئاب تبعا للخلفيات النظرية للباحثين، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة. كما أن هناك عدة أسباب تتداخل معا لظهور الاكتئاب:

### **5-1- العوامل الوراثية (الجينات):**

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيأة وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا حيث وجد أن هناك عوامل وراثية لظهور الاكتئاب في بعض العائلات، حيث أن الدراسات التي أجريت

على التوأم أحادي البويضة، وجد أن إصابة أحد التوائم بالاكتئاب يرفع نسبة حدوث الاكتئاب في التوأم الآخر إلى 70% ويكون عرضة للإصابة بالاكتئاب، ومنها: الروح الانهزامية، الاعتمادية على الغير، المتأثرون بالمتغيرات الخارجية، والشخصيات التي لها دائما نظرة تشاؤمية للأمور.

### 5-2-العوامل البيئية:

مثل التنشئة الاجتماعية، وكثرة التعرض للعنف والاعتداء النفسي أو الجسدي، كذلك كثرة العرض للضغوط الخارجية على الإنسان دون وجود متنفس لها تدعو إلى الشعور بعدم جدوى الحياة، وهي من أهم المؤديات للاكتئاب.

### 5-3-العوامل النفسية:

أ. الصراعات اللاشعورية.

ب. الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.

ث. التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال...الخ).

### 6- أعراض الاكتئاب:

6-1- أعراض عامة: هناك أعراض عامة كثيرة ولكن سنذكر منها:

الوجه الحزين، وبطء الكلام، ومزاج منخفض، ومشاعر فقدان الأمل، الشعور الواعي بالذنب، وانشغال البال بالجسم.

6-2-الأعراض النفسية: وهي كثيرة ولكن سنذكر منها:

البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقبله، والانكفاء النرجسي على الذات، عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس، والقلق والتوتر والأرق، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكوت والشroud.

يبدو الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفقدان الهممة، والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية، وسهولة جرح المشاعر، والانسحاب الاجتماعي، والهروب والعلاقات السطحية المؤقتة.

#### - الأعراض الخاصة بالاكتئاب عند الأطفال:

مظاهر اكتئاب للأطفال في الفئة العمرية 6-12 عاما تختلف عن تلك التي تظهر عند الكبار، ولقد اتضح أن الأطفال يعيشون الاكتئاب والأعراض الاكتئابية، حتى وإن كانت تبدو هذه الأعراض لدقائق، فإنه لا يمكن غض البصر عنها، لأنها تعطينا مؤشرات لاعتلالات في الصحة النفسية متوقعة مستقبلا.

وتتلخص أعراض الاكتئاب عند الأطفال في خمسة جوانب هي: -رفض الطفل للمدرسة - وأعراض نفسية فيزيولوجية، -والعدوانية، -مشاكل في التعلم -ونقص في النشاط أو زيادته و من المهم جدا ملاحظة الآباء والأمهات الطفل إذا كان الطفل مكتئب أم لا، والحقيقة أن على الوالدين تقديم الملاحظات للطبيب المؤهل للتشخيص ويمكن للوالدين أن يستعرضا الأوجه الخمسة التالية:

1. المشاعر: الحزن والفراغ واليأس وتأنيب الضمير وعدم الجدوى وعدم القيمة وعدم الاستمتاع بالأمور اليومية التي طالما كانت ممتعة.
2. التفكير: يشمل التركيز واتخاذ القرار وإنهاء الواجبات المدرسية والمحافظة على المستوى الدراسي من تدهوره.
3. الشكاوى الجسدية: الصداع، وألم البطن، وآلام المفاصل والظهر، والإرهاق، واضطراب النوم، تغير الوزن بالزيادة والنقصان.
4. السلوك الاضطراب: عدم الرغبة بالذهاب إلى المدرسة والرغبة في الانزواء وصعوبة في التعامل مع الآخرين والتأخر عن الحصص والتخلي عن الرياضة والنشاطات والهوايات.

## 7- علاج الاكتئاب:

لحسن الحظ أن الاكتئاب النفسي من الأمراض التي يمكن علاجها، وتفيد الدراسات الحديثة أن أغلبية المرضى 80-90% من الذين يواصلون ويوظفون على العلاج الموصوف لهم يتم شفائهم بنسب عالية، ومن المهم أن نلاحظ أن الاكتئاب مرض نفسي، والذي يحتاج إلى علاج دوائي لتعويض الخلل الكيميائي الذي يحدث بالمخ.

### 7-1- معالم علاج الاكتئاب:

- **العلاج النفسي:** وخاصة العلاج التديمي، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي تسببت في الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة، والتخلص من الشعور بالذنب، والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض، وتنمية بصيرته، وإشاعة التفاؤل والأمل.

- **العلاج الطبي:** يكون من خلال إعطاء المكتئب عقاقير دوائية مضادة للاكتئاب وهي:  
أ. مضادات الاكتئاب ثلاث الحلقات.

ب. مضادات الاكتئاب المؤثرة في مادة السيروتونين.

ت. مضادات الاكتئاب المضادة لأنزيم المونوامين.

و تجدر الإشارة إلى عدم تناول العقار دون استشارة الطبيب، لما يسبب أعراض جانبية، لذا يجب استشارة طبيب نفسي في الحالة حتى يتسنى له الوقوف على الأعراض، ومدى تأثيرها على حياة المريض، مع وصف العقار المناسب للفترة المناسبة بالجرعة المطلوبة.

**إذا كان الطفل مصابا بالاكتئاب فقد حددت أساليب للتغلب على الاكتئاب كالتالي:**

1. حماية الأطفال من الوقوع في حالة من الحزن والعجز، عن طريق إشراكهم في جماعات للعب أو الرحلات أو النوادي.

2. عدم تركيز الأهل على سلبيات الطفل ونقاط ضعفه.

3. إذا كان الطفل في سن التمدرس فلا يحتاج الأمر إلى أكثر من علاج الوالدين أو علاج الطفل عن طريقهما.

4. العلاج الجماعي له فائدة بحيث يشرك الإخوة والأخوات والوالدين.

## 7-2- أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا وانفعاليا:

بالرغم من حداثة الاهتمام بالاضطرابات السلوكية والانفعالية حيث سلطت الأضواء عليها في السنوات الأخيرة إلا أنه قد تعددت الأساليب المستخدمة في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية، وذلك وفقا للاتجاهات النظرية المتعددة في تفسير وفهم أسباب السلوك المضطرب، وتعدد المعايير التي تحدد السلوك السوي والغير سوي واختلافها، وبالرغم من تعدد هذه الأساليب إلا أنه لا يمكن الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الأخرى ولكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل الأساليب التي يمكن إتباعها هي:

### 1. الأسلوب السلوكي:

ويعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه والغير سوي يمكن تعديله ومحوه و إعادة تشكيله. ومن الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب العزيز الايجابي والسلمي، تشكيل السلوك، خفض الحاسبة التدريجي، النمودجة، الإطفاء، التصحيح الزائد.

### 2. أسلوب النفس التربوي:

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

### 3. الأسلوب البيئي:

يستند هذا الأسلوب على الاتجاه البيئي، فالبيئة التي تحيط بالإنسان تلعب دورا أساسيا في تشكيل سلوكه النفسي والاجتماعي، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يحيا بها، لذلك كلما عاش الإنسان في بيئة سليمة وتفاعل معها وكان هذا التفاعل إيجابيا كلما نتج عن ذلك سلوكيات إيجابية والعكس صحيح لذلك يرى المختصون أن العلاج البيئي يقوم بدراسة جميع المؤثرات البيئية التي قد تكون مسؤولة عن حدوث الاضطراب لدى الطفل ثم القيام بالتحكم فيها وذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات أو إضافة مؤثرات بيئية منافسة ومنفصلة ومشهود لها في تحسين سلوكيات وانفعالات الطفل المضطربة.

### 4. العلاج المعرفي:

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

### 5. العلاج الديني:

وما أروع أن تستند جميع أساليب العلاج إلى مبدأ ترسيخ تعاليم الشريعة الإسلامية، فيكون الصبر على البلاء دافعا للتغلب على كل ما يمكن أن يعتري النفس من ألم، وشعور بالنقص أو الحرمان والهم سواء بسبب الإعاقة أو رد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم، وتوثيق نظام الحقوق والواجبات لكل فرد في المجتمع.

فقد جاء الإسلام لتقويم سلوك الأطفال وتربيتهم بما يحصن نفوسهم من كل ما يمكن أن يشوبها نتيجة ضغوط الحياة وابتلاءات الخالق للمخلوق، فتراه يرضى بالقضاء والقدر ويشكر الله جل شأنه على كل حال وتكون مشاعره الناجمة عن الإعاقة موسومة بالرضى والصبر والرغبة في الأجر والثواب من الله تعالى، فيضحى متوافقا مع نفسه وأسرته ومتناغما مع مجتمعه، مراقبا لسلوكه.

## المحور السادس: الاضطرابات السلوكية

### المحاضرة الحادية العاشرة: السلوك العدواني

#### مقدمة:

يعتبر السلوك المحدد الأساسي لكل شخصية إنسانية، فمن خلال السلوك يمكن أن نصنف الأفراد إلى شخصيات سوية وأخرى غير سوية.

يتدخل في هذا التصنيف مجموعة من العوامل والمحددات، منها العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية، إلى جانب التأثير الكبير الذي يحدثه الوسط الأسري كالعلاقات السائدة بين أفراد الأسرة وخاصة بين الوالدين والأبناء.

والسلوك ما هو إلا رد فعل اتجاه بعض المؤثرات الخارجية التي تسمح بتكيف الموجودات الحية مع البيئة التي تعيش فيها، ولما كان السلوك يمثل المجالات العامة في علاقات الفرد بالعالم الخارجي أصبح بإمكاننا الغوص في أعماق النفس لسبر الملاحظات والاختبارات التجريبية والإحصاءات الانفعالية النفسية التي تجسد عادة ملاحظتنا عن سلوك الغير. يعرف السلوك الإنساني على أنه كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد، سواء كانت ظاهرة أو غير ظاهرة.

ويعرفه آخرون بأنه أي نشاط يصدر عن الإنسان سواء كان أفعالاً يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كال تفكير والتذكر وغيرها.

والسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير وهو لا يحدث في الفراغ وإنما في بيئته، وقد يحدث بصورة لا إرادية وعلى نحو آلي مثل التنفس، أو يحدث بصورة إرادية وعندها يكون بشكل مقصود وواعي وهذا السلوك يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد.

## 1- تعريف السلوك العدوانى:

يستخدم علماء النفس تارة مصطلح العدوان وتارة يستخدمون مصطلح السلوك العدوانى، ليشيروا إلى مفهوم واحد يطلق على كل الأعمال التي تهدف إلى إيقاع الضرر بالناشئ والممتلكات وقد عرف السلوك العدوانى بتعريفات عديدة، لا تختلف فيما بينها اختلافا جوهريا بأنه: "سلوك يصدره الفرد لفظيا أو ماديا صريحا أو ضمنيا مباشرا أو غير مباشرا".

-يعرفه بيركوفيتش (1962) بأنه: "أي نوع من السلوك سواء كان بدنيا أو جسديا بقصد إصابة شخص ما بأذى"

-يعرفه بندورا (1963) بأنه: "سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين وهذا السلوك يعرف اجتماعيا أنه عدواني".

-وتعرفه بدر (2005) بأنه: "السلوك الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى والدمار بالآخرين، بالفعل والكلام، والجانب السلبي منه يعني إلحاق الأذى بالذات".

-يعرفه فؤاد البهي السيد (1980) أنه: "الاستجابة التي تعقب الإحباط، ويراد بها إلحاق الأذى بفرد آخر، أو حتى بالفرد نفسه، ومثال ذلك الانتحار، فهو سلوك عدواني على الذات".

\_ يعرفه محي الدين أحمد حسين (1987) "يشير إلى أي أذى مقصود يلحقه (الطفل بنفسه، أو بالآخرين، سواء كان هذا الأذى بدنيا، أو معنويا مباشرا، أو غير مباشر، صريحا أو ضمنيا، أو غاية في ذاته، كما يدخل في نطاق هذا السلوك أيضا أي تعد على الأشياء أو المقتنيات الشخصية بشكل مقصود، سواء أكانت هذه الأشياء ملكا للفرد أو الغير.

-ويعرف فضل أبو هين (1985) العدوان أنه ذلك السلوك الظاهر الملاحظ الذي يهدف إلى إلحاق الأذى بالآخر بشكل مباشر أو غير مباشر ماديا أو معنويا، وهو الذي ينتج عن الضعف والكراهية من الآخر، وهذا السلوك يهدف إلى التوافق مع الواقع".

## 2- مظاهر السلوك العدواني:

- يظهر السلوك العدواني بالمظاهر التالية:
- يبدأ السلوك العدواني بنوبة مصحوبة بالغضب والإحباط ويصاحب ذلك مشاعر من الخجل والخوف.
- تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة من البيئة.
- الاعتداء على ممتلكات الغير، والاحتفاظ بها، أو إخفائها لمدة من الزمن بغرض الإزعاج.
- سرعة الغضب والانفعال وكثرة الضجيج.
- عدم القدرة على قبول التصحيح.
- إحداث الفوضى في الصف عن طريق الضحك والكلام واللعب وعدم الانتباه.
- الاحتكاكات بالمعلمين وعدم احترامهم والتهريج في الصف بهدف إزعاج الآخرين.
- استخدام المفرقات النارية سواء داخل المدرسة أم خارجها.
- عدم الانتظام في المدرسة ومقاطعة المعلم أثناء الشرح.

## 3- أشكال السلوك العدواني:

- يمكن تصنيف السلوك العدواني إلى أشكال مختلفة وإن كان هناك تداخل بين بعضها البعض أهمها:
- العدوان الحميد (السوي):** ويشمل الأفعال العدوانية التي تعتبر مقبولة كالدفاع عن النفس والدفاع عن الممتلكات وغير ذلك مما يحافظ على حياة الفرد وبقائه في مواجهة الأخطار المحيطة به.
- العدوان المرضي (الهدام):** وضع هذا التصنيف كل من ايريك وفرويد، وهو العدوان الذي لا يحقق هدفا ولا يحمي مصلحة، وهو العدوان من أجل العدوان فقط.

### 3- تصنيف السلوك العدواني حسب الأسلوب:

-**العدوان الجسدي:** يقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين، ويهدف إلى الإيذاء أو خلق الشعور بالخوف، مثال: الضرب، الدفع، الركل، العض، وغالبا ما تكون مرفقة بالغضب الشديد.

-**العدوان اللفظي:** ويقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب، ومن أمثلة ذلك الشتم، السخرية والتهديد وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف وهو كذلك يمكن أن يكون موجها للذات أو للآخرين.

-**العدوان الرمزي:** ويشتمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن له العدا، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له، النظر بطريقة ازدراء وتحقير أو توجيه إشارات عدوانية للشخص المعادي له.

### تصنيف السلوك العدواني حسب وجهة الاستقبال:

-**عدوان مباشر:** هو الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي، أي إلى مصدر الإحباط وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية وغيرها.

-**عدوان غير مباشر:** يتضمن الاعتداء على شخص بديل أو عدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي، إذ يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي خوفا من العقاب فيحول إلى شخص أو شيء آخر مثل "صديق"، "ممتلكات" وغالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

### 4- أسباب السلوك العدواني:

لكل ظاهرة أسباب أدت إلى وجودها ومن أسباب السلوك العدواني ما يلي:

#### 4-1- الأسباب النفسية:

##### - الإحباط:

يعتبر الإحباط أهم عامل مؤسس للميول العدوانية عند الشخص، وهذا ما أكده "مصطفى فهمي" بأن العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجته أو تقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل فيكون العدوان نتيجة لمسبب الإحباط الذي نشأ عن تحقيق الفرد لأهدافه، وبالتالي الشعور بخيبة الأمل والفشل.

##### - الحرمان:

ويكون العدوان بسبب عدم إشباع الحاجات والدوافع مع الاستثارة. و للحرمان ثلاث صور تسبب العدوان: الأولى: عدوان كاستجابة للتوتر الناشئ عن استمرار حاجة عضوية غير مشبعة، والثانية: عدوان يعقب الحيلولة بين الطفل وما يرغب فيه، والثالثة: حرمان مؤدي لعدوان يكون نتيجة لهجوم مصدره خارجي ويسبب الألم.

##### - الشعور بالنقص:

حيث أنه قد يدفع شعور الشخص بالنقص من الناحية الجسمية أو العقلية، كأن يفقد أحد أعضائه مما ينتج عن ذلك صراع بينه وبين نفسه ويولد له سلوكيات عدوانية.

##### - الكبت:

باعتبار أن الكبت آلية من آليات الدفاع النفسي، وعامل مهم في نجاح العلاقات الاجتماعية، فهذا لا يعني بأنه في كل الحالات أسلوب إيجابي بل إن الكبت المستمر الشديد سواء في المنزل، في المدرسة، في المهنة يؤدي بالفرد إلى دفع لتفريغ هذه الشحنة وذلك عن طريق التفريغ الجسمي في أذية زملائه ومعلميه وقد يؤدي نفسه.

وبالإضافة إلى الأسباب السابقة الذكر توجد عدة أسباب منها الغيرة، الصدمات النفسية، الانفعال الشديد، الحب الشديد والحماية الزائدة بالنسبة للأطفال بالإضافة إلى الرغبة في التخلص من السلطة وغيرها من الأسباب النفسية التي تختلف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر ومن عصر لآخر.

## 4-2- الأسباب الاجتماعية:

### - الأسرة:

حيث أظهرت دراسة أجراها "كوكس" على وجود ارتباط بين طلاق الزوجين وظهور سلوك العدوان لدى الأطفال، ومن الجدير بالذكر أن الأسرة التي تستخدم العدوان اللفظي أو البدني في كل نزاع بين الوالدين، تميل إلى استخدام نفس الأسلوب العدواني مع الآخرين ومن ثمة فإن الطفل العدواني هو نتاج عدوان الوالدين بالإضافة إلى معاملة الزوجين لبعض أمام الطفل ومعاملتها له كتفضيل الطفل الأكبر على من يليه أو الذكر على الأنثى، وغياب الأب عن الأسرة لفترة طويلة فيظهر تمرد الأبناء عن الأمهات اللاتي يحملن المسؤولية وذلك لاعتقادهم بأن هذه التصرفات دليل على الرجولة فالأسرة هي الخلية الأساسية في تكوين المجتمع وأساس هذه الأسرة الوالدين فصلاح أو فساد الطفل يبدأ وينتهي منها.

### - المعايير الاجتماعية:

وذلك لما تفرضه القيود الاجتماعية على الغير، فالمجتمع الذي تغيب فيه العدالة الاجتماعية في توزيع المكاسب وإشباع الحاجات لدى الأفراد تنتشر فيه كل أنواع السلوكيات العدوانية، كالخروج عن القانون السرقة، الإجرام، انتهاك الأموال.

### - المستوى الاقتصادي والاجتماعي:

وهذا ما أشارت إليه دراسة "أمال عثمان" (1982) حيث أثبتت أن الأسر ذوي المستوى الاجتماعي المنخفض يستخدمون العقاب البدني بصورة أكبر من الطبقات الوسطى والعليا بعكس الطبقات التي تميل إلى استخدام العقاب النفسي مثل: النبذ، التجاهل، وهذا ما يفسر زيادة السلوك الإجرامي بين الطبقات الدنيا.

### - التقليد:

وهذا سبب مهم، حيث أن كثيرا من الأطفال تظهر لديهم السلوكيات العدوانية بدافع تقليد الأفلام والمسلسلات الكرتونية، تستدعي ظهور العدوان بدافع التقليد.

فقد أثبت بحث "شتاين وفريدريك" بأن مشاهدة أفلام الكرتون التي تقدم العنف تزيد من تعبيرات الأطفال الصغار للعدوانية، ويسير ذلك أكثر على الأطفال العدوانيين من قبل، أكثر من الأطفال الذين يميلون إلى أن يكونوا غير عدوانيين.

#### - البيئة المدرسية:

تعتبر المدرسة هي الفضاء الثاني بعد الأسرة في نشأة الطفل، فيعمل السبب النفسي كما أشرنا إليه سابقا إلى الإحباط الذي يلاقيه الطفل في البيئة المدرسية، على تشكيل الاتجاه العدائي نحو المعلم ، فتتكون علاقة سلبية بينه وبين المعلم بصفة عامة، فتعرض الطفل إلى الإهانة أو التحقير أمام رفاقه يعتبره الطفل جرحا نرجسيا أصاب كرامته وكبريائه، كما أن شعور التلميذ بالعجز في حل المسائل بطريقة صحيحة ونيله علامات متدنية تشعره بالنقص والدونية.

#### 4-3- الأسباب البيولوجية:

تلعب الأسباب البيولوجية دورا فعالا في ظهور السلوك العدواني لدى الشخص ومن أهم الأسباب الحيوية نجد من الناحية الهرمونية، أن كثرة هرمونات الذكورة كزيادة هرمون تستوستيرون يؤدي إلى العدوانية، كما في حالة الإناث اللاتي يلاحظ لديهن ميول للسلوك الذكري في شكل عدوان، ولوحظ انعدم توازن إفرازات الغدد الصماء تؤثر فسيولوجيا على الجسم وعلى مزاج الفرد.

أما في حالة زيادة إفرازاتها فإنها تؤدي إلى ظهور التوتر والقلق الذي ينتج عنها ظهور سلوكيات عدوانية، وهذا جعل أحد الباحثين يرجع السلوك العدواني إلى وجود حالات توتر وقلق، ومن المعروف بأن ذوي البنية العضلية يكونون أكثر ميلا للعدوان من غيرهم ، كما أن الجنين في رحم أمه يتأثر بما حوله ويسبب له سلوكيات عدوانية داخل رحم أمه، فقد أثبتت بعض الدراسات التي تم إجراؤها على النساء الحوامل وعلى أجننتهم بأنه عند تعرض الأم مثلا لمشاهد عنيفة على الفيديو فوجدوا أن أجننتهم أضحت مضطربة كأمهاتهم، وتمثل ذلك من خلال زيادة سرعة نبضات قلب الجنين وحركته، وافترض كثير من علماء النفس

أن تلك الأنواع من استجابات الجنين تؤثر على الشكل الدائري لدماعه، فيمتد تأثيرها إلى ما بعد ولادته ويصبح مضطربا أو عدوانيا.

### **5- النظريات المفسرة للسلوك العدواني:**

هناك نظريات عديدة حاولت تفسير السلوك العدواني منها ما اعتبرته غريزة أساسية، ومنها ما اعتبرته سلوكا متعلما، ومنها ما اعتبرته على أنه إحباط نفسي، ومنها ما فسرتة على أسس فيسيولوجية وبيولوجية، وتفصيلها فيما يلي:

#### **5-1- النظريات السلوكية:**

ركزت البحوث والدراسات السلوكية في دراستهم للعدوان على أن السلوك مكتسب من البيئة وانطلق السلوكيون إلى مجموعة من التجارب التي أجريت بداية على يد رائد السلوكية جون واطسون حيث أثبت أن الفوبيا بأنواعها مكتسبة بعملية تعلم ومن ثم يمكن علاجها وفقا للعلاج السلوكي الذي يستند على هدم نموذج من التعلم غير السوي وإعادة بناء نموذج تعلم جديد سوي.

وتتفرع النظرية السلوكية إلى نظريتين، الأولى هي نظرية الإحباط-العدوان لدولار وميلر، والثانية هي نظرية التعلم الاجتماعي لبوندورا.

#### **أ- نظرية العدوان: الإحباط**

من أشهر علماء هذه النظرية دولار، ميلر، الذين أجمعوا على أن السلوك العدواني يظهر نتيجة للإحباط، والإحباط عبارة عن استثارة انفعالية غير سارة تمثل وضعا مزعجا للفرد كما أن هذه الاستثارة يمكن أن تستدعي من الفرد عدة استجابات، وهذه الاستجابات يمكن أن تكون طلب المساعدة من الآخرين، أو الانسحاب من الموقف، أو محاولة حل المشكلة وتخطيها، أو اللجوء إلى الكحول والمخدرات أو العدوان أو استخدام ميكانيزمات الدفاع الأساسية وهكذا فإن هذه هي أكثر الاستجابات التي يحتمل ظهورها أكثر من غيرها.

## ب-نظرية التعلم الاجتماعي:

أظهر باندورا كيف يمكن أن يتعلم الطفل السلوك العدواني عن طريق نموذج سلوك الآخرين، فبالنسبة إليه السلوك العدواني يمكن تعلمه كأى سلوك آخر، إما من خلال تعزيز هذا السلوك مباشرة أو من خلال تقليد سلوك نماذج عدوانية سواء كانت هذه النماذج حية، أو متلفزة، وتشير الدراسات إلى أن الأطفال المعرضين للنماذج العدوانية أكثر ميلا للانخراط في السلوك العدواني فالأطفال الذين ينشئون في الأسر المسيئة أكثر عرضة للاعتداء على أطفالهم في المستقبل. فمن منظور نظرية التعلم الاجتماعي، السلوك العدواني ليس غريزة أو ناتج عن الإحباط، بل هو نموذج من السلوك المتعلم المكافئ.

وخلاصة النتائج التي توصل إليها أن العنف التلفزيوني والعدوان على علاقة موجبة فيما بينهما وعليه يعد التعلم بالملاحظة أكثر التفسيرات قبولا للعلاقة الإيجابية بين العنف التلفزيوني والسلوك العدواني، حاول باندورا تحليل التعلم والاكتماب الاجتماعي، وتوصل إلى أن التلفزيون يعطي الطفل المشاهد شعورا عميقا بأنه جزء من البرنامج أو الفيلم المعروض ويدخل في صميم قناعتهم الشخصية على أنه جزء حقيقي من السلوك الاجتماعي الإنساني.

## 5-2-النظريات المعرفية:

من النظريات المعرفية نجد نظرية العدوان الانفعالي التي ترى أن العدوان يمكن أن يكون ممتعا حيث أن هناك بعض الأشخاص يجدون استمتعا في إيذاء الآخرين، بالإضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات رجولتهم ويوضحوا أنهم أقوياء وذووا أهمية وأنهم يكتسبون المكانة الاجتماعية، ولذلك فهم يرون أن العدوان يكون مجزيا مرضيا ومع استمرار مكافأتهم على عدوانهم يجدون في العدوان متعة لهم، فهم يؤذون الآخرين حتى إذا لم تتم إثارتهم انفعاليا، فإذا أصابهم ضجر وكانوا غير سعداء فمن الممكن أن يخرجوا في مرح

عدواني، إن هذا العنف يعززه عدد من الدوافع والأسباب وأحد هذه الدوافع أن هؤلاء العدوانيين يريدون أن يبينوا للعالم وربما لأنفسهم أنهم أقوياء، ولا بد أن يحظوا بالأهمية والانتباه .

## **6-العوامل المؤثرة في السلوك العدواني:**

نستعرض مجموعة من العوامل والمتمثلة في:

### **6-1-الوراثة والبيئة:**

توجد عوامل أخلاقية واجتماعية وحضارية تلعب دورا في تحديد الاستجابة العدوانية ويؤكد **عبد العزيز القوصي** على دور الوراثة والبيئة، حيث يرى أنه: "علينا في دراستنا للأفراد أن نضع نصب أعيننا الفروق الوراثة من ذكاء ومزاج، وتكوين جسمي وما شابه ذلك، وعلينا كذلك أن ندرس الظروف المختلفة المتعددة التي عاشوا فيها، هذه الدراسة تفيدنا في: التشخيص، كما تفيدنا في التوجيه والعلاج.

### **6-2-التقليد والمحاكاة:**

يرى **بانديورا** أن الطفل يتعلم استجابات جديدة من النموذج، وهو يؤدي إلى تقليد أو محاكاة هذا السلوك الجديد، إذ يتبين أثر التقليد المباشر والرئيسي في السلوك العدواني، وهو وسيلة من وسائل التعلم عن طريق الملاحظة التي تسبق التقليد، وقد قيل إنه من عاش شيئا تعلمه.

### **6-3-الذكاء والتحصيل الدراسي:**

من خلال العديد من نتائج الدراسات السابقة يتبين أن الأطفال العدوانيين أقل ذكاء وأقل تحصيليا دراسيا من الأطفال العاديين ولكن ليس لحد الضعف العقلي أو الفشل الدراسي الكامل، ولقد أكدت دراسة **حافظ وقاسم** أن هناك ارتباط موجب بين التحصيل الدراسي وبين السلوك السوي، نادرا ما نجد التحصيل الدراسي الجيد للمواد الدراسية مع السلوك العدواني.

#### 6-4-القلق النفسي:

لقد اقترن القلق بالعدوان ارتباطا وثيقا، فالقلق هو حالة نفسية غير سارة من التوتر العصبي، ويعرفه آخر، أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، و يسبب له كثيرا من الضيق، واتفق فوم وماري على وجود علاقة سببية بين العداوة والقلق، ولكنهما ذهبا إلى أن العداوة تؤدي إلى القلق، والقلق ينمي العداوة، ولقد اتفق العديد من العلماء في آرائهم ودراساتهم على وجود علاقة بين العدوان والقلق .

من هذا العرض تبين أن الفرد القلق قد يعجز عن إشباع حاجاته؛ فيصاب بشعور بالإحباط والفشل، الذي يسبب له ذلك التوتر، فيواجهه بحيل دفاعية لا شعورية، والتي منها العدوان، والإسقاط، والنكوص والتقمص، والتبرير، والكبت، والتكوين العكسي وتشارك جميعها، أو بعضها في تخفيض التوتر والقلق عند الفرد.

#### 6-5-الوضع الاقتصادي والاجتماعي:

إن الوضع الاقتصادي والظروف الاجتماعية المزرية تساهمان -إلى حد كبير- في نشوء العدوان وهذا ما أكدته دراسة آن كامبل وآخرون أن أفراد الطبقة الاقتصادية والاجتماعية السيئة أكثر عدوانية من أفراد عينة الطبقة الاقتصادية والاجتماعية المرتفعة. يضاف إلى ما سبق دراسة قريش وحسين، التي أكدت أن أفراد المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع أقل عدوانية من أفراد المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض.

## المحاضرة الثانية عشرة: السلوك العدواني لدى الطفل المعاق سمعياً:

### 1- تعريف السلوك العدواني لدى الطفل المعاق سمعياً:

يشكل الأطفال الصم فئة من فئات المجتمع لهم متطلباتهم الخاصة مثل أقرانهم العاديين، وتعد مشكلة الإعاقة السمعية إلى وجود صعوبة في التواصل مع المجتمع الذي يعيش فيه، وبالتالي يتعرض للإهمال ويصبح منطويًا، ولأنه لا ينتبه فإنه يعتبر غير خيالي وعنيد وعدواني ومهمل، فالإعاقة لها جانبان مشتركان:

- الجانب الأول: نقص في مفهوم الذات مما يؤثر عليه، وقد يؤدي إلى انهيار الذات لديه وليس هذا فحسب، بل إن الأصم لا يختلف عن العاديين فحسب، إنما يرى أنهم لا يفهمون معنى الإعاقة ولا آثارها.

- الجانب الثاني: اختلال علاقته بأقرانه المعاقين الآخرين بسبب إعاقته فيكون سلوكه إما الانطواء أو الخوف من الناس والاستسلام وإما التحدي والعدوان.

كما يرى "عبد الله غانم" (1990) أن الطفل المعاق سمعياً يعاني من أمرين أساسيين هما:

1- الصمم بحد ذاته الذي يتركه بعيداً عن العالم الخارجي.

2- مواقف واستجابات البيئة من حوله كما يدركها على أنها توفر له العداوة ولا توفر له الراحة الضرورية والملائمة أو تعامله معاملة خاصة إما بالشفقة أو القسوة أو الإهمال. وأنه عندما يزيد الإحباط تزيد الرغبة في السلوك العدواني.

### 2- أسباب السلوك العدواني لدى الطفل المعاق سمعياً: (الإعاقة أو البيئة)

لقد كان هذا الموضوع مثير جدل بين العلماء في السنوات الأخيرة، حيث حاولوا جاهدين معرفة أيهما أكثر تأثيراً على شخصية ذوي الإعاقات هل الإعاقة هي المسؤولة عن السلوك سواء أكان سويًا أم غير سوي؟ أم أن البيئة التي تحيط بالفرد منذ ميلاده هي التي تحدد سلوكه ونمط شخصيته؟

إن العوامل التي تؤثر في نمو السلوك السوي هي نفس العوامل التي تؤثر في نمو السلوك غير السوي، والفصل في الحالتين هو الصورة التي تكون عليها هذه العوامل. إن الطفل المصاب بإعاقة يعاني من أمرين أساسيين:

أولهما: الإعاقة بحد ذاتها التي تبعده عن العالم الخارجي.

وثانيهما: موقف واستجابة البيئة الاجتماعية كما يدركها على أنها لا توفر له الجو المناسب أو تعامله معاملة خاصة فقد تتسم بالشفقة الزائدة أو القسوة الشديدة، وغير ذلك من أشكال ردود الفعل والمواقف في البيئة الاجتماعية سواء في إطار الأسرة أو المجتمع إن ما يحدث لذوي الإعاقة من تغير في شخصيته وأساليبه وتوافقه، وما يؤثر على علاقاته بالوسط البيئي الذي يعيش فيه، وما يشعر به من قصور ونقص إنما مرجعه بشكل رئيسي إلى البيئة التي عاش فيها أو إلى الأساليب المتبعة في تربيته وتنشئته، وإلى الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليه، أكد مختار حمزة أن عدم الشعور بالأمن الذي ينتاب ذوي الإعاقات المختلفة يرجع إلى المواقف الكثيرة التي يتعرضون لها، والتي لها ثلاثة مصادر هي:

### 1- عدم الاطمئنان إلى الحالة الجسمية:

فتنظيم الحياة التي نعيشها تناسب الأشخاص سليمي البنية، فتنظيم وسائل النقل والمنازل والآلات والطرق والمصالح العامة كلها صممت من أجل الأشخاص العاديين ، أما المعاق فقد حرم من هذه المزايا لأنه يعيش في عالم أعد فقط للعاديين.

### 2- عدم الاطمئنان للغير:

بالإضافة إلى الصعوبات السابقة التي يواجهونها، فإن المجتمع يسبب له القلق والاضطراب لأنهم يتعرضون إلى نظرات مختلفة من اتجاهات الأفراد نحوهم والمتسمة بالتناقض والتأرجح بين القبول والرفض، فيقابلوا أحيانا بوجه عابس ومتكبر وأحيانا أخرى يقابلوا بوجه طلق متواضع، ولذلك يقعون في الحيرة والاكنتاب والقلق.

### 3- عدم الاطمئنان للذات:

إن اتجاهات ذي الإعاقة نحو ذاته متذبذبة فالיום يشعر بالرضا عن نفسه لأنه أتى بأفعال جيدة تستحق الثناء، وغدا يقف أمام المرآة يتجهم بأفكاره نحو إعاقته. وفكرة الفرد عن نفسه ما هي إلا انعكاس لنظرة المجتمع. فعندما يشعر ذوو الإعاقة السمعية بالاتجاهات السلبية نحوهم، فإن ذلك يؤثر بالضرورة على نموه الشخصي والاجتماعي، كما يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي لديهم عن ذاتهم، وانخفاض مستويات طموحهم وبالتالي يؤدي إلى انعزالهم عن المدرسة أو المجتمع ككل.

### 4- التقليد والمحاكاة:

عادة ما يحاول الطفل الأصم تقليد النماذج العدوانية التي يشاهدها وخاصة إذا لاحظ الطفل أن النموذج يكافأ على تصرفه العدواني ولا يتعرض للعقاب ومن العوامل المعززة للسلوك العدواني والتي تؤدي إلى استمراره ما يلي:

أ- حينما يحدث تساهل من الوالدين تجاه السلوك العدواني.

ب- التدعيم الإيجابي للعدوان: وذلك عندما يؤدي السلوك العدواني إلى خفض استثارة الغضب والكراهية.

ج- عندما يكون هناك تدعيم سلبي للاستجابة العدوانية من خلال حصول الطفل المعتدي على أهدافه التي حددها لنفسه.

د- من المحتمل أن يكون الآباء أنفسهم نموذجا أساسيا للعدوان أمام الطفل الأصم وذلك بتورطهم في هذا السلوك وذلك بالصراع المستمر والاعتداء المباشر، ومثل هذا الاتجاه يدعم عدوانية الطفل ويزيد من سرعة اكتسابه للعدوان.

### 5- السمات الشخصية:

السلوك العدواني وفقا لتفسير نظرية السمات يعتمد إلى حد ما على طبيعة كل موقف على حدة، فبعض هذه المواقف يميل إلى إثارة السلوك العدواني، وسوف يظهر كل طفل أصم السلوك العدواني اتجاهها ولكن بدرجات متفاوتة، ولكن النقطة الهامة هي أن بعض الأطفال

يظهرون في موقف معين سلوكا عدوانيا أكثر مما يظهره غيرهم في نفس الموقف وربما يظهرون هذا السلوك في عدد من المواقف أكثر من غيرهم. وهكذا يمكن القول بأن مثل هذا السلوك المميز إنما هو تعبير عن سمة العدوان في الطفل، فالأطفال العدوانيين من المحتمل أن يكون تصرفهم عدوانيا في مواقف كثيرة.

#### **6-التعرض المستمر للإحباط:**

إن قوة الرغبة في السلوك العدواني تختلف بصورة مباشرة مع درجة عملية الإحباط الذي يواجهه الطفل الأصم، أي أن عملية الإحباط تزداد بازدياد درجة المعوقات التي يتعرض لها الطفل . وهكذا فإن البيئة العدوانية هي البيئة التي تؤدي بالطفل إلى الإحباط، والإحباط يؤدي بهم إلى العدوان.

#### **7-التدليل والحماية الزائدة:**

إن الطفل المعاق سمعيا المدلل هو طفل تعلم أن كل طلباته مستجابة دون شرط أو قيد من جانب الأم أو الأب، ولكن هذا إن كان يتم داخل نطاق الأسرة أو حتى في العائلة فلن يجد الطفل الأصم مثل هذه المعاملة خارجها، فغالبا ما يصطدم بأن زملائه في المدرسة لهم نفس ظروفه ولهم رغبات وتطلعات وأهداف مثله تماما لذا لن يحصل منهم على ما يريد به بالسهولة التي كان يحصل عليها داخل المنزل، ولكن الطفل لم يتعلم تأجيل إشباع الحاجة أو تأخيرها، ومن ثم فإن أسهل الطرق أمامه للحصول عليها هو أن يسلك بشكل عدواني اتجاه الآخرين حتى يخفف من الإحباط الناجم عن ضغط الحاجة.

#### **8-الشعور بالنقص:**

هناك من الوالدين من يحاول إثارة مشاعر النقص والعدوانية لدى طفله الأصم بمعايرته بعيب ما أو بانخفاض مستواه التحصيلي أو بغير ذلك من الأشياء وقد يعتمد ذلك أمام أخوته أو الغرباء مما يشعر الطفل بالدونية ويزرع في نفسه بذور الشعور بالنقص وعدم الكفاءة، ويتعمق لديه هذا الشعور حتى يصبح مع مرور الأيام شخصا يكره الحياة .

### 3- أشكال السلوك العدواني لدى المعاق سمعياً:

هناك العديد من أشكال السلوك العدواني التي ينتهجها الأطفال المعاق سمعياً ومن بينها:  
- **العدوان المباشر نحو الآخرين:** "يقصد به أي نشاط يقوم به الطفل المعتدي يهدف من وراءه استفزاز الخصم والسخرية منه والاستهزاء ويأخذ الصور الآتية: "تحريك الأصابع بشكل مثير، مد أو تحريك اللسان، التهديد بالإشارات، السخرية".

- **العدوان غير المباشر نحو الآخرين:** "يقصد به لجوء الطفل المعتدي للطرق الملتوية في الاعتداء على الآخرين المراد إيذائهم والانتقام منهم والاستهزاء بهم، وذلك لتجنب الاحتكاك المباشر بهم خوفاً من بطشهم، ولذا يقوم باستخدام الإشارات والإيماءات التي تعبر عن ذلك ويأخذ الصور الآتية: "الغمز واللمز، تشويه السمعة، الوشاية، والمقاطعة".

- **العدوان المباشر نحو الذات:** "يقصد به قيام الطفل بالانتقاص من قدر نفسه وذلك بتكرار الإشارات والإيماءات التي تعبر عن ذلك أمام المدرسين أو الإداريين أو الزملاء، كما أنه يتضمن نوعاً من النقد الذاتي، وذلك بتوجيه اللوم إلى النفس"، ويأخذ الصور الآتية: "ترديد أنه غير ذي قيمة، أنه مهمل ممن حوله، أن لا أحد يحبه".

- **العدوان غير المباشر نحو الذات:** "يقصد به لجوء الطفل إلى الأساليب الملتوية في الاعتداء على نفسه"، ويأخذ الصور الآتية: "القيام بأعمال تسبب له التوبيخ والإهانة من الغير وذلك بتوجيه النقد والتأنيب له عن طريق الإشارات المعبرة عن ذلك".

- **العدوان البدني المباشر نحو الآخرين:** "يقصد به لجوء الطفل المعتدي إلى استخدام قوته البدنية لإيقاع الألم والأذى بالآخرين ويستخدم فيه أي جزء من بدنه: اليدين أو الرجلين أو الرأس أو الأسنان، ويأخذ الصور الآتية: "الرفس، الركل، العض، الدفع".

- **العدوان البدني غير المباشر نحو الآخرين:** "يقصد به إيقاع الطفل المعتدي الألم والأذى بالآخرين بطرق ملتوية، لتجنب الهجوم المباشر وذلك حينما يكون الخصم قويا ويخشى

المعتدي بأسه فينقل عدوانه أو انفعاله لموضوع آخر أو تحريض شخصي آخر للاعتداء عليه" ويأخذ الصور الآتية: "اتلف الممتلكات، الاستحواذ عليها، إخفائها، التحريض".

- العدوان البدني المباشر نحو الذات: "يقصد به إلحاق الطفل المعتدي الألم والأذى بنفسه بصورة مباشرة، ويستخدم فيه أي جزء من بدنه"، ويأخذ الصور الآتية: "شد الشعر، خبط الرأس، جرح الجسم".

- العدوان البدني غير المباشر نحو الذات: "يقصد به إلحاق الطفل الألم والأذى بنفسه بطرق ملتوية"، ويأخذ الصور الآتية: "العناد المتكرر الذي يسبب له الضرب، التمادي في الخطأ، العراك مع من هم أقوى منه".

#### 4- دور المختص الأرتوفوني في علاج السلوك العدواني لطفل الأصم: أولاً: التشخيص:

ينبغي أن يقوم المختص الأرتوفوني بتشخيص المشكلة وذلك بإتباع الخطوات التالية: أول خطوة يقوم بها المختص الأرتوفوني تطبيق أحد مقاييس السلوك العدواني التي تتناسب وعمر الطفل الأصم، ثم يقوم بجمع معلومات عن الطفل من خلال أدوات جمع المعلومات المختلفة والتي من بينها الملاحظة التي قد يقوم بها الوالدان أو المختص الأرتوفوني، وكذلك تستخدم المقابلة ودراسة الحالة وغيرها للوقوف على الأسباب الظاهرية والخفية التي تقف وراء سلوك الطفل العدواني.

#### ثانياً: البرنامج الإرشادي:

تتعدد الفنيات الإرشادية التي يمكن من خلالها مواجهة السلوك العدواني عند الطفل ومن بينها مايلي:

#### 1- الإرشاد باللعب:

حيث يهيئ اللعب للطفل الأصم الفرصة لكي يتخلص من الصراعات التي يعانيتها، وأن يخفف من حدة التوتر والإحباط الذي يعاني منه ، حيث يؤدي اللعب إلى تفريغ الطاقة

والنشاط الزائد عند الطفل والتعبير عن الانفعالات والمشاعر السلبية التي قد يعاني منها الطفل الأصم فمن خلال اللعب يسمح للطفل أن يضرب ألعاب بلاستيكية منفوخة أو تحطيم لعب من الطين عندما يفرغوا غضبهم فإنه يمكن ضبط عدوانيتهم بهذه الطريقة. الإرشاد باللعب يعتبر وسيلة لتفريغ عدوانيتهم، فالأطفال الصم يتعلمون الأدوار الاجتماعية والقواعد، والعلاقات ومهارات تكوين الأصدقاء، والأشكال اللائقة من السلوك. ويشتمل برنامج اللعب على الأنشطة التالية:

أ- **ألعاب حركية وتنافسية:** تلك التي تتم عادة في فناء المدرسة وتشمل عدد من المسابقات التي تعتمد على الحركة والسرعة مثل لعبة كرة القدم والجري والوثب، و غيرها.  
ب - **الأنشطة الفنية:** وتشمل التشكيل بالصلصال، والحل والتركيب، وأنشطة الرسم وغيرها.  
**2- التعلم الاجتماعي (إعادة النموجة):**

يتعلم الطفل الأصم السلوك العدواني عن طريق تقليد الآخرين ومحاكاة سلوكهم يمكن كذلك استخدام النموجة في تعلم السلوك السوي . وكذلك يمكن أن يكون المختص نموذج للسلوك الخالي من العنف فيبتعد عن القسوة في التعامل معهم حتى لا يكون نموذجا للسلوك العدواني وخاصة أن الأطفال في تلك المرحلة العمرية يميلون إلى التقليد ومحاكاة الآخرين وخاصة النماذج التي تمثل السلطة.

### **3- تعزيز السلوك السوي:**

يقوم المختص الأرتو فوني بالتعاون مع المعلم بتنظيم بعض المواقف المحيطة وجعل الطفل العدواني يمر بها للتعرف على رد فعله فإن كان رد فعله سوي يتم تعزيز ذلك السلوك من خلال أنواع التعزيز المتنوعة والتي من بينها: المعززات الغذائية، المعززات الاجتماعية، المعززات المادية، المعززات الرمزية.

### **4- العقاب:**

إن استخدام العزل هو من أفضل الأساليب العقابية على العدوان. إن العزل لمدة محدودة يعني عزل الطفل الأصم في غرفته ومنعه من مشاهدة ما يعززه، أو الحصول على المعززات

التي يريدتها، إن ذلك يعني منعه من القيام بالأنشطة التي يحبها، ويتم تحذير الطفل الأصم من إرساله إلى العزل إذا شعرنا بأنه سيقوم بعمل عدواني فلا بد من اصطحاب الطفل إلى مكان العزل، ويمكن للأب الاسترشاد بما يلي لتطبيق نظام العزل:

1. عزل طفل ما قبل المدرسة لمدة دقيقتين في غرفة العزل بإغلاق الباب.
2. وطفل المدرسة المدة خمسة دقائق إلى عشرة.
3. إرسال الطفل الأصم فوراً للعزل بعد الأعمال العدوانية التي يقوم بها مع عدم مجادلته أو الاستماع له، ويذهب بمفرده ويحذر بأنه سيقف مدة أطول إذا لم يلتزم بذلك.
4. عدم التحدث مع الطفل أثناء العزل.
5. إذا كان الطفل مزعجاً يتم تأخير خروجه دقيقة من مكان العزل ونكرر ذلك مرات عديدة إن حدث ذلك.
6. تكاليف الطفل الأصم بتنظيف أي قاذورات عندما يكون في العزل.
7. عندما يعود الطفل الأصم من العزل ويتصرف بشكل مناسب، يتم تعزيز هذا السلوك بتقديم المدح له والاهتمام به.
8. إذا كان الطفل الأصم يفضل البقاء وحده في عزلة، يتم استخدام نظاماً آخر مثل العقاب.

ومن أنواع العقاب الأخرى التي تستخدم أيضاً في مجال تعديل السلوك العدواني:  
أ-الحرمان أو الإبعاد لبعض الوقت: حيث يحرم الطفل العدواني لبعض الوقت من المعززات ومن الأشياء المرغوبة التي يميل إليها مثل الخروج في رحلة، أو غيرها من الأنشطة.  
ب-التعابير اللفظية: حيث يتم توجيه اللوم والتوبيخ للطفل العدواني أمام جميع زملائه وقد يكون ذلك أمام تلاميذ المدرسة.

وإلى جانب استخدام الفنيات الإرشادية السابقة يتم عقد لقاءات مع أولياء الأمور وذلك لتوعيتهم بخطورة مشكلة السلوك العدواني لدى أبنائهم وضرورة التصدي لها وذلك من خلال إتباع الإجراءات التالية:

1. **الابتعاد عن الأساليب اللاسوية في المعاملة الوالدية:** القسوة على سبيل المثال تعد أحد أكثر الأساليب اللاسوية ذا تأثيرا مباشرا في السلوك العدواني للأطفال الصم، فالوالد القاسي يمثل نموذجا يقتدي به الطفل الأصم، فالأب حينما يعاقب ابنه فإنه يمثل نموذجا عملي يقوم الطفل بتقليده في المواقف المختلفة، وكذلك يجب أن يبتعد الوالدان عن الأساليب اللاسوية الأخرى التي تثير السلوك العدواني عند الطفل الأصم مثل الحماية الزائدة والرفض والتسلط والتفرقة وغيرها من أساليب المعاملة اللاسوية التي تجر الطفل إلى السلوك العدواني.

2. **إشباع حاجة الطفل للأمن والحنان:** إن الأطفال الصم الذين يشعرون أنهم مقبولين ومحبوبين من قبل والديهم يصبحوا أكثر تكيفا وتعاوننا مع الغير وتصبح علاقتهم الاجتماعية أكثر دفئا ويغلب على سلوكهم المودة.

## المحاضرة الثالثة عشرة: النشاط الحركي الزائد

### مقدمة:

يعتبر النشاط الزائد في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تؤدي بالطفل إلى قصور الانتباه وتدني التحصيل الدراسي، وبالتالي فهي تشكل مشكلة سلوكية أو اضطراباً سلوكياً يحتاج من الجهد والوقت الكبير لخفضه أو التقليل من آثاره على أداء الطفل المدرسي في أفضل الظروف، حيث يتميز بنقص الانتباه والاندفاعية الزائدة وفرط الحركة، وفيه يفشل الطفل في توجيه يقظته نحو مثير معين لفترة مناسبة بدرجة تجعله موضع شكوى من الآخرين خصوصاً في الموقف التعليمي الذي يستدعي درجة كافية من الانتباه لاستقبال المعلومة وفهمها. ولا يتمكن من إنهاء مهامه ولا يتمتع بمهارات الاستماع الجيد ويجد صعوبة في التركيز في النشاطات الذهنية، مع أنه لا يعاني من نقص في مستوى الذكاء . -إذا كان اضطراب تشتت الانتباه والحركة الزائدة يمثل مشكلة بالنسبة للأطفال العاديين والمحيطين حولهم، فإنه يبدو لدى الأطفال المعاقين سمعياً بشكل كبير، فهم يلجؤون لإصدار كل سلوك من شأنه أن يساهم في التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم، حيث الأطفال الصم لا يتمكنون من استخدام اللغة اللفظية في عملية الاتصال مع المجتمع، وتعد الإشارات والحركات والتلميحات هي لغتهم ووسيلتهم الوحيدة لتحقيق ذلك، وقد أوضحت النتائج الوصفية الأولية لدراسة أن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يتربع على عرش الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم.

### 1- مفهوم تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

يعتبر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أحد أهم المشكلات السلوكية التي تظهر على الأطفال وتحرمهم الاستمتاع بطفولتهم لأنها تستنزف كثيراً من طاقاتهم الذهنية والبدنية وتعرضهم للنقد والعقاب على سلوكياتهم ويمتد الأثر السلبي لهذه الظاهرة إلى المحيطين بهؤلاء الأطفال من زملائهم و إخوانهم ومعلميهم وأبائهم، وهو من الاضطرابات الشائعة

الانتشار بين الأطفال حيث أنه ينتشر بنسب متفاوتة بينهم تصل من 3% إلى 16% في البيئات المختلفة.

إن الأعراض السلوكية والتي تعرف الآن باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد بعض الاختلافات في تحديد مصطلح متفق عليه يعبر عن أعراض هذا الاضطراب ويرجع اختلاف الباحثين والعلماء في الاصطلاح على تسمية لهذا الاضطراب إلى الاختلاف في نظرة كلا منهم إلى طبيعة هذا الأعراض المكونة لهذا الاضطراب وأي منها أكثر بروز. يعرفه (يوسف، و زكريا، 2000) بأنه اضطراب سلوكي يتضح من خلال عدة مظاهر أهمها تشتت الانتباه والاندفاعية والحركة العشوائية المستمرة ويترتب عليه سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل مع عدم تقبل الآخرين له ورفضهم لانفعاله وتصرفاته.

وترى (عجلان، وطنطاوي، 1995) أن قصور الانتباه يشير إلى الاضطراب السلوكي الذي يعد النشاط المفرط وتشتت أو قصر فترة الانتباه والاندفاع أهم مكوناته.

ويرى (الشخص، 1984) الطفل ذي النشاط الزائد بأنه الطفل الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه والديه أو مدرسيه.

يعرفه (علي، وبدر، 1999) بأنه عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه والاحتفاظ به لفترة عند ممارسة النشاط مع عدم الاستقرار والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعله مندفعاً يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق.

ويرى (روس وروس) أن الطفل ذو النشاط الزائد هو الطفل الذي يكون مستوى نشاطه عالياً في المواقف التي لا تتطلب ذلك غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك لديه القدرة على أن يصدر استجاباته بسرعة أكثر من الطفل العادي.

ويعرفه (القحطاني، 2005) بأنه "عدم استطاعة الطفل تركيز انتباهه والاحتفاظ به فترة ممارسة الأنشطة مع عدم الاستقرار، والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعله مندفعاً يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق"

من خلال ما سبق عرضه من تعاريف لاضطراب " تشتت الانتباه والحركة الزائدة " يجد الباحث أنها تركز على النقاط التالية:

1. قلة مدى الانتباه والتركيز.
  2. فشل الطفل في إنهاء المهام التي يبدأها.
  3. سهولة تشتت الأفكار لدى الطفل المضطرب.
  4. عدم إجادة مهارة الاستماع.
  5. صعوبة كبيرة في التركيز على الأعمال التي تتطلب جهداً عقلياً.
- ويجمع الباحثون على أن تشتت الانتباه والنشاط الزائد له خصائص أساسية تميزه عن الاضطرابات السلوكية الأخرى وهذه الخصائص هي:
- ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة.
  - تشتت الانتباه وضعف التركيز.
  - الاندفاعية وعدم القدرة على ضبط النفس.

## 2- أسباب اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

تعددت أسباب اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد فقد أرجعها البعض إلى أسباب عصبية مثل الإصابة في المخ أو إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي أو إلى حدوث خلل في التوازن الكيميائي للدماغ أو أنها نتيجة إلى التأخر في النضج العصبي أو أسباب نفسية، كما أن البعض أرجعها إلى أسباب وراثية أو أسباب بيئية مثل الضوضاء والتلوث البيئي أو نتيجة تناول أطعمة معينة، وسوف يتناول هنا هذه الأسباب بشيء من التفصيل.

### أ- الأسباب العضوية:

من الشائع أن نرى أن هناك سمات معينة يمكن أن يتوارثها الأبناء عن الآباء وأن هذه السمات يتابع ظهورها في أفراد العائلة جيلاً بعد جيل، فمثلاً (لون العينين، لون الشعر، الطول، نسبة الذكاء) هي سمات وراثية، وكذلك يتوارث الأبناء المزاج التي تؤدي إلى الظهور

في أجيال متعاقبة بمعنى أن نوع المزاج تكون وراثية، فترى مثلاً أطفال عصبية المزاج بينما ترى أطفال هادئين واضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هو أحد الاضطرابات التي يمكن أن تنتقل عن طريق الوراثة.

ويرى (السيد وبدر، 1999) أن العوامل الوراثية تلعب دور هاماً في الإصابة بهذا الاضطراب وذلك بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات (الجينات) التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه في المخ أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي بدورها إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

#### ب- أسباب نفسية:

تداخل اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مع غيره من الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى مثل (القلق، الاكتئاب، واضطراب السلوك) يدل على أن هناك أسباب نفسية كامنة وراء هذا الاضطراب ومن العوامل النفسية التي تكمن وراء هذا الاضطراب ما يلي:

1. القلق: وهو كثير الحدوث ويتداخل مع اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وهو ظاهر عند الأطفال ذوي الاضطراب حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.
2. وجود الطفل في مؤسسات علاجية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيفه وتوافقه مع الآخرين والذي يكون غالباً تكيفاً غير سوي.
3. الرفض المستمر للطفل وشعوره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمة الخاص ويحاول الانتقام من الآخرين.
4. الإحباط الذي يتعرض له الطفل في التحصيل الدراسي حيث أن معظم الاضطراب يظهر عند من يتميزون بضعف الذكاء والذي يكون متلاًزماً مع ضعف في التركيز وصعوبات تعليمية.

5. يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى إستمراريته، ففي مرحلة

ما قبل المدرسة، يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيزه.

6. المزاج: قد تؤدي المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر

صعوبة.

7. النمذجة: أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد مستوى نشاطه

ويصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا. وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى

نشاط الطفل، وقد يعملان على تعزيزه.

### ج-العوامل البيئية

يعتقد أن العوامل البيئية تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي، مما يزيد احتمال

الإصابة به، حيث تصل نسبة ارتباطها ب (6%) من الحالات فيؤدي إلى ظهور هذا

الاضطراب،ومن هذه العوامل:

#### 1. الضوضاء:

تمثل الضوضاء الوجه الأكثر إزعاجا لعلاقة الإنسان بالبيئة، حيث أن الصراع بين مثيرات

الضوضاء المنبعثة من محيطنا، بما يحتويه من مصانع ووسائل نقل ومكبرات صوت

وازدحام السكان وبين الاحتفاظ بالتكوين العضوي والفرد للفرد متوازيا يؤدي إلى ما يسمى

باستجابات التوتر التي تتزامن مع مجموعة من المتغيرات النفسية والاجتماعية، وتسلك

الضوضاء طرق محددة فنتقل على الأعصاب وتثيرها وتؤثر في الانفعالات والسلوك، وعن

علاقة الضوضاء باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أن هناك دراسات عديدة أظهرت

أن الضوضاء المرتفعة تؤدي إلى تشتت الانتباه وضعف التركيز وتشويش الذاكرة وتؤثر

سلبا على الأداء العقلي والحركي للطفل.

## 2-الإضاءة:

التعرض للإضاءة العادية (كالإضاءة المستخدمة في غرفة القسم ) والإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز، قد تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطا زائدا أو ضغوطا بيئية تغير طبيعة الجسم، فينتج النشاط الزائد.

### د-أسباب غذائية

من الأسباب المحتملة للإصابة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تناول بعض الأطعمة وخصوصاً الأطعمة التي تحتوي على سكريات أو الأطعمة التي تسبب الحساسية في الجسم، وقد بينت الدراسات أن مضافات الطعام تؤدي إلى بعض التأثيرات السلوكية لدى بعض الأطفال. ووجدت دراسات أخرى أن أكثر من 10 % من الأطفال ذوي الاضطراب يظهرون تحسناً في سلوكهم عندما يتم استبدال طعامهم بأطعمة خالية من الأصباغ وأنه عند إعادة هذه الأصباغ إلى طعامهم يصبح سلوكهم أسوأ (عدم استقرار، الغضب، مشاكل في النوم)، وهناك بعض الأطفال يعانون من الحساسية لبعض الأطعمة الطبيعية ويظهرون أعراضاً تتوافق مع أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مثل زيادة سرعة الغضب وزيادة السلوك السلبي. وقد لاحظ أطباء الحساسية أنه عندما تعالج الحساسية للأطعمة بحذف الأطعمة المؤذية فإن سلك الطفل يتحسن. وقد كشف ويندر في دراسته عن أن بعض المواد الكيميائية المضافة إلى الأغذية قد تسهم في إحداث اضطراب الانتباه المفرط النشاط وبين أن نسبة تتراوح ما بين (30%-50%) من الأطفال مفرطي النشاط قد تحسّنوا سلوكياً عندما استبعدت هذه الإضافات من غذائهم.

### 3- مظاهر وخصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

تعددت سمات ومظاهر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد إلا أن كثيراً من الدراسات ركزت على ثلاثة أبعاد رئيسية لهذا الاضطراب وهي تشتت الانتباه والنشاط الزائد

والاندفاعية، أما السمات والمظاهر الأخرى فهي مظاهر ثانوية ناتجة عن المظاهر الرئيسية، وسوف نتناول هذه السمات والمظاهر فيما يلي بشيء من التفصيل:

### 1. سمات الطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه والنشاط الزائد

يعاني الطفل ذي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من بعض مشاكل الانتباه مثل تشتت الانتباه، وقصر مدى الانتباه وعدم الاحتفاظ بالانتباه. وقد ذكر (اليامي، 1993) أوجه كثيرة من خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الخاصة بتشتت الانتباه منها أنه يفشل في إعطاء انتباه كامل إلى تفاصيل الموقف، يقوم بأخطاء أثناء القيام بوظيفة مدرسية، لديه صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهمات أو أنشطة اللعب غالباً يبدو أنه لا ينصت عند الحديث إليه، لا يتبع التعليمات، يفشل في إنهاء الأعمال المدرسية، لديه صعوبات في تنظيم الأنشطة والمهام. يتجنب المهام التي تتطلب جهد عقلي مثل الأعمال المدرسية والأعمال المنزلية. يفقد أشياء ضرورية يحتاجها في المهمات المدرسية (أقلامه وكتبه وأدواته المدرسية) سهولة تشتته بالمثيرات الغريبة، كثير النسيان.

ويرى (صبرة، 1994) أن تشتت الانتباه يعتبر بعداً أو سمة من سمات اضطراب النشاط الزائد ويرى أن هذا البعد يتمثل في المظاهر السلوكية الآتية: يعاني من صعوبة في التركيز، لا يستطيع كتابة ما يملي عليه، لا ينصت لما يقال إليه، يفقد وينسى الأشياء المهمة، يترك بعض الكلمات أو الحروف عند القراءة أو الكتابة، يعاني من ضعف في أداء الأعمال المدرسية.

وقد بينت دراسة (السمادوني، 1990) أن الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد يتميزون بوجود نقص في مهام الانتباه السمعية والبصرية وأن أداء هؤلاء الأطفال ذوي الاضطراب يكون منخفضاً عن العاديين في تلك المهام وأن هذا العجز في الانتباه عند هؤلاء الأطفال يرجع إلى تركيز انتباههم للمثيرات التي ليست لها علاقة بالمهام.

## 2. الاندفاعية

سلوك يتمثل في سرعة الاستجابة لمثيرات الموقف مع ارتكاب عدد كبير من الأخطاء، والاندفاعية هي أحد الأبعاد الرئيسية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ويظهر ذلك من خلال الدراسات العديدة التي تناولت خصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، فقد اعتبر (الشخص، 1984) الاندفاعية (عدم القدرة على ضبط النفس) أحد الأبعاد الأساسية في مقياسه عن الاضطراب وتمثل هذا البعد عنده في الصفات التالية: يندفع إلى السلوك دون حساب لما يترتب عليه من نتائج، إذا أعطي سؤالاً يندفع إلى الإجابة دون تفكير، إجابته تكون خاطئة، وغير مطيع.

كما يجد صعوبة في انتظار دوره في الألعاب الرياضية ويجب عن الأسئلة بدون استئذان . ويرى أن هناك مجموعة من المحددات تعتبر مؤشراً على الاندفاعية هي نقص المثابرة، تشتت الانتباه، نقص التنظيم، التسرع في اتخاذ القرار.

## 3. ضعف تقدير الذات

يعاني الطفل ذي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من الضعف في تقدير الذات والثقة بالنفس وينتج هذا الضعف في تقدير الذات من الإحباط والفشل الذي يتعرض له هذا الطفل في حياته المدرسية وفي البيت، فشعوره بأنه غير محبوب من والديه ومعلميه وزملائه والانتقادات الشديدة التي يتعرض لها ومعاملة أقرانه له في المدرسة حيث يستثنى من اللعب وقد يتعرض إلى اللوم الشديد من المعلم باستمرار ويحثه على الاجتهاد ويشعره دائماً بنقصه وكذلك يجد أن أهله دائماً يبدون خيبة أملهم فيه وغضبهم منه ويعبرون باستمرار عن انزعاجهم منه. وكذلك تفضيل أهله لإخوته ومقارنته بهم يشعره بأن أهله يكرهونه وعندما يرى الطفل أن كل من حوله ينظر إليه على أنه غبي وكسول وغير محبوب وأنه فاشل في جميع المجالات فإن هذا يؤدي به إلى ذات متهدمة ضعيفة وضعف شديد في الثقة بالنفس وشعور بالإحباط كل يؤدي إلى تدني تقدير الطفل لذاته، فتقدير الطفل لذاته ينبع من نظرة الناس إليه واستجاباتهم إزاءه.

#### 4. ضعف العلاقة مع الآخرين

يعاني الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من سلبية في العلاقة الاجتماعية سواء مع أقرانهم أو إخوانهم أو آباءهم أو معلميه، فالسلوك غير السوي الذي يقوم به هؤلاء الأطفال يؤدي إلى ضعف علاقتهم بالآخرين بسبب اندفاعهم وحركتهم الزائدة وعدوانيتهم. وقد اعتبر (صبره، 1994) أن ضعف العلاقة مع الآخرين هو من السمات الثانوية للأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، عندما يغضب لا يستطيع ضبط نفسه وهذه الصفات تجعل علاقة الطفل سلبية بالآخرين، وكذلك لا يهتم هؤلاء الأطفال بشعور الآخرين وأنهم يعانون من نقص في الشعور بالنتائج القريبة والبعيدة لسلوكهم إن هؤلاء الأشخاص يسبب الذعر للأشخاص الذين يعيشون معهم أو يتعاملون معهم أو الذين يقومون برعايتهم أو معلميه وهذا السلوكيات التي تميز هؤلاء الأطفال تؤدي إلى علاقة سالبة مع الآخرين وهذه العلاقة السالبة تؤدي إلى التبعاد والنبذ من جانب المحيطين بهؤلاء الأطفال. ويرى (الحامد، 2002) أنه بسبب اندفاعية الطفل المضطرب وتدخله يسبب له الخصومات مع أقرانه كما أن معارضته وعناده تفقده صفة الاجتماعية والاستمرار في الصداقة لذلك نراه سلبي في كسب صداقة الآخرين.

#### • العجز المعرفي

يعاني الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من العجز المعرفي نتيجة لتشتت انتباههم واندفاعاتهم وعدم تركيزهم وهذا ينعكس على تفكيرهم وأسلوبهم في حل المشكلات ويؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسي لديهم. وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من عجز في الوظائف التنفيذية والذاكرة العاملة وصعوبات في مهارات القراءة (النطق، الفهم القرائي)، وجود تأثير سلبي لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد على التحصيل الدراسي العلمي لهؤلاء الأطفال المصابين به، وبالتالي يؤدي إلى انخفاض مستوى أدائهم المدرسي.

كما أشارت دراسة (عجلان، وطنطاوي، 1995) إلى وجود مشاكل أكاديمية عند الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وخاصة في القراءة والكتابة والحساب، وكذلك وجود عجز في الفهم الاستماعي عند الأطفال ذوي اضطراب وأنهم يتميزون بضعف الذاكرة العاملة اللفظية والمكانية ورأت أن هذا يؤثر على التحصيل الدراسي.

يرى الباحث من العرض السابق لسمات ومظاهر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أن هذه المظاهر (السمات) عديدة ومتنوعة، إلا أن معظم الدراسات اتفقت على ثلاثة أبعاد رئيسية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هي (تشتت الانتباه والنشاط الزائد والانداغية).

الدراسات التي تناولت مظاهر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مثل ضعف العلاقة بالآخرين والعجز المعرفي وضعف تقدير الذات قد اعتبرت مظاهر ثانوية للاضطراب وأنها تأتي نتيجة للأعراض الجوهرية الرئيسية الثلاثة وان السمات الفرعية تأتي كأعراض ثانوية لهذا الاضطراب.

#### **4- علاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:**

إذا كانت أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تشمل جميع نواحي السلوك سواء كان سلوكا اجتماعيا أو تعليميا أو انفعاليا مما يؤثر على حياة الطفل الحالية والمستقبلية، لذلك فإنه يصبح لزاما علينا البحث عن طرق علاجية للتخفيف من حدة أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد.

وفي الوقت الحاضر فإن علاج اضطرابات الانتباه علاج متعدد الأشكال ويعرف هذا النوع من العلاج بأنه تقييم منظم للأفراد من منظور متعدد الأبعاد فلابد وأن يقابل العلاج الحاجات الفردية لكل طفل ولكل أسرة، ويتضمن كذلك تقديم الخدمات خلال الموقف الإكلينيكي. ولذا فسيتم التدخل العلاجي لاضطرابات الانتباه باستخدام عدة مداخل علاجية لهذا الاضطراب

نذكر منها العلاج الطبي، والعلاج النفسي والعلاج الأسري والعلاج التربوي. وسوف نقدم عرضنا لكل منها فيما يلي:

## 1. العلاج الطبي

تستخدم العقاقير الطبية كمنبهات للجهاز العصبي المركزي خاصة " الدكسترو امفستامين " وتؤدي هذه العقاقير إلى خفض حدة اضطرابات الانتباه وفرط النشاط، ويظهر ذلك من خلال قياسات الآباء والمعلمين والتحسين الأكاديمي الملحوظ، ولكن نجد أن لها آثار جانبية تمنع استخدامها على المدى البعيد حيث تعوق النمو الطبيعي للطول والوزن بالإضافة إلى إنها تؤدي إلى نقص في الوظائف المعرفية، كما يصعب الحصول على هذه العقاقير المنشطة لوضعها ضمن جدول المخدرات، كما إن من أثارها الجانبية اضطراب النوم، وفقدان الشهية، ونقص النمو، والتوتر لذا يمكن استبدالها (العقاقير المنشطة) بمنبهات قشرة المخ الطبيعية مثل الشاي والقهوة لوجود مادة الكافيين فيها التي تنشط قشرة المخ وحتى لا ينظر الطفل إلى نفسه على أنه مريض و يتعاطى علاج.

ولهذا لم يعد الاختيار الطبي هو الاختيار الأمثل للعلاج، فعلماء النفس يفضلون تغيير السلوك باستخدام مبادئ التعلم المتكاملة لتقليل احتمالات التشتت ويتم هذا من خلال تهيئة المهام التعليمية بطريقة تضمن استمرارية انتباه الطفل واهتمامه.

## 2. العلاج الغذائي

يعتمد التدخل الغذائي في علاج اضطرابات الانتباه على وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب فرط النشاط لدى الأطفال، فتناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات تزيد من الاضطراب.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط التغذية بمشكل اضطرابات الانتباه، والتي حددتها في عدة أشياء منها: الصبغات المضافة على الأطعمة، والتعرض للتلوث البيئي، والكافيين الموجود في الشوكولاتة، والقهوة والمشروبات الغازية، وبعض العصائر المسكرة، والألوان الصناعية في الأطعمة والعصائر، ولذلك من الضروري أن يتجنب الوالدين تناول أبنائهم

لمثل هذه الأشياء مع التركيز على الواجبات الغذائية المتكاملة والمتوازنة والتي يتم إعدادها في المنزل.

### 3. العلاج التربوي:

يعاني الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه من بعض صعوبات التعلم والتي إما أن تكون سبباً أو نتيجة لهذا الاضطراب، ولذا أكد كل من (عليو بدره، 1999) على أهمية التدخل بالتدريس العلاجي ويتطلب ما يلي:

أ- أن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه السمعي لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب.  
ب- أن تكون حجرة الدراسة جيدة الإضاءة والتهوية وأثاثها يريح الطفل في جلسته ليقلل من حركته البدنية.

ج- أن تخلو حجرة الدراسة من اللوحات التي تعلق على جدران القسم وغيرها من الأشياء التقيد تؤدي إلى تشتت الانتباه البصري لدى الطفل.

د- أن يتم التدريس لهذا الطفل بطريقة فردية عن طريق معلم متفهم طبيعة اضطراب الطفل وخصائصه ليقوم بتنوع المواقف التعليمية لمنع الملل وجعل الموقف التعليمي أكثر إثارة وتشويقاً.

هـ- ألا يكثر المعلم من نقد الطفل لأن ذلك يقابل بالعناد والسلوك العدوانى، بينما التفاعل الإيجابي يساعد على تكوين مفهوم إيجابي للذات ينعكس على التحصيل.

و- يتم تشكيل فريق عمل علاجي من المختص، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي وتزويدهم بالمعلومات عن طبيعة وماهية وأعراض وكيفية علاج هذا الاضطراب لمتابعة الطفل وأن يكون هذا الفريق على اتصال بأسرة هذا الطفل لإمدادهم بالمعلومات والإرشادات لمتابعة سلوك الطفل في البيئة المنزلية.

#### 4- العلاج النفسي:

يعد من أكثر أنواع العلاج فائدة خاصة على المدى البعيد، حيث إنه يسمح للطفل بإقامة علاقة إيجابية مع المختص يجعله يفهم الصعوبات التي يلاقيها الطفل ويحاول الوصول إلى حلول له ولذا فلا بد أن يصاحب العلاج الطبي مساعدات نفسية لإعطاء الطفل مضطرب الانتباه والنشاط الزائد فرصة ليكتشف معنى الدواء بالنسبة له، ويعرف أن الدواء مجرد مساعد حتى يقلل من قلقه ومن ثم يجب أن يضع الوالدين والمعلمين نظاما معيناً للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل وأن يواجهوا الجوانب الطبيعية للنضج ويشبعوا الحاجات النفسية للأطفال لاكتساب القيم وتكوين أُنَا أعلى طبيعي قابل للتكيف. ومن أساليب العلاج النفسي ما يلي:

##### أ. العلاج السلوكي

يعتمد هذا العلاج على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن السلوك الخاطئ يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ومن ثم يهدف العلاج السلوكي إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة التعلم والتكيف.

ولذا يرى السلوكيون أن اضطراب الانتباه ناتج عن أربعة عوامل هي الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه، وتعلم أساليب سلوكية غير مناسبة، ومواجهة الفرد مواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب، وربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة.

وغالبا يستخدم أسلوب التدعيم الإيجابي ويعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه، وقد يكون التدعيم ماديا عن طريق النقود أو الحلوى وقد يكون معنويا بتقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه أو بعبارات شكر، كما يستخدم في العلاج السلوكي أساليب التدريب على التحكم في الذات وتنمية ملاحظة الطفل لنفسه وسلوكياته والتدريب على الاسترخاء وما إلى ذلك من وسائل الضبط الذاتي.

## ب. العلاج السلوكي المعرفي

العلاج المعرفي من الطرق الحديثة في علاج الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية وهو يقوم على أساس من علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليات المعرفية مثل (الإحساس، الإدراك، الذاكرة، اللغة، التفكير)، ويركز العلاج المعرفي على العمليات العقلية حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لهذا الحادث، وعلى سبيل المثال فإن الأفراد يعايشون مأساة نفسية (حزن نفسي) عندما يدركون موقفا ما على أنه مهدد لمصالحهم الحيوية، وفي مثل هذه الحالات فإن إدراكهم وتفسيرهم للأحداث تعتبر ذات انتقائية عالية ومتمركزة حول الذات ومنتشدة ولهذا ينتج تصور وظيفي في النشاط المعرفي المعتاد وتكون هناك قدرة منخفضة على إغلاق أو وقف التفكير الخاص والتركيز والاسترجاع والتعليل كما لو أن الوظائف التصحيحية التي تسمح باختبار الواقع وتصحيح التصورات العامة يعترضها الوهن.

ويستخدم العلاج المعرفي التدخل المعرفي في إحداث تغيير في التفكير والشعور والسلوك، إنه يهتم من البيئة الخارجية والعمليات الداخلية عند الفرد وفي العلاج المعرفي يكون المختص إما مرشدا أو مشخصا أو معلما وكمشخص يعمل المعالج على تزويد الطفل بأفكار يعمل الطفل على تجربتها وتساغه هذه الأفكار أثناء خبراته وترتقي بمستواه في حل المشكلات، وكمشخص يقوم المعالج بجمع بيانات متنوعة ودمجها لتحديد ما هو أفضل للطفل على أساس أوضاعه الحالية، وكمعلم يشترك مع الطفل للتأثير عليه للتفكير في نفسه ويبني فيه قوة الشخصية ويكسبه مهارات معرفية ومهارات ضبط سلوكه. كما أن العلاج المعرفي يعمل على تغيير السلوك وتقييم النتائج على أساس هذا التغيير ودمج إجراءات التغيير في الإدراك مع التعامل مع السلوك الطارئ ويتم تصميم الخبرة التعليمية لتعمل على علاج العجز في العمليات المعرفية.

## 5- العلاج الأرتو فوني لفرط النشاط لدى المعاقين سمعياً:

يعاني الطفل الأصم من إفراط حركي إذ أن حركته الزائدة هي التي تزيد من عدم قدرته على التركيز في لغة المحيط من أجل اكتسابها لذلك يجب أن نخفف من هذا الإفراط وذلك سهل جدا رغم أنه يبدو مستحيلا من أول وهلة نرى فيه الطفل يعاني إفراط حركي سرعة الحركة عنده التي تجعله يبدو طفل مشاكس جدا والأم التي تكون منهكة من الطفل كل هذا يجعلنا نعمل مع هذا الطفل ونقول إن العلاج لا يجدي نفعا مهما فعلنا لكن الحقيقة أن الأمر جدا سهل في هذه الحالة وقد تستغرق حصص تعديل السلوك شهرا واحدا وتكون حصص العلاج متمركزة حول مايلي:

- الإرشاد الوالدي: وهو مجموعة من المعلومات نقدمها للأولياء عن الإفراط الحركي مجموعة من النصائح للتعامل في البيت:

- عدم المبالاة بصراخ الطفل وبكائه الفظيع .

- عدم الظهور أمام صراخ الطفل ونوبات العنف عنده بمظهر الضعيف بل يجب أن نتحدث مع الطفل بصوت ونبرة حادة .

- أن نحمل الطفل ونضعه في ركن من البيت كلما أساء التصرف ولا نطلب منه التحرك إلا إذا انتهت مدة العقاب ملاحظة لا نضع الطفل مقابلا للجدار و إنما مقابلا لنا فهذا التمرين هو مجرد تعليم الطفل أن يقف في مكان لبعض الوقت دون حراك كما يجب أن لا تتجاوز مدة العقاب 5 دقائق لأن 5 دقائق كافية لعقاب طفل الإفراط الحركي وهي تبدو له مثل السنة فهو لا يطيق المكوث في مكان واحد لأكثر من دقيقة واحدة .

- تعليم الطفل الجلوس أمام طاولة كلما أراد اللعب أو في أوقات الطعام ولا نعطيه ما أراد إلا إذا وضع يديه فوق الطاولة وليس على وجهه أو تحت الطاولة.

- تعليم الطفل الانتظار من خلال إعطائه أشياء شيئا فشيئا وليس دفعة واحدة كما لا نعطيه الشيء حتى ينتظر لبعض الوقت.

- تكرر النصائح في البيت مرارا وتكرارا.

- في قاعة العلاج يجب أن نعلم الطفل الجلوس أمام طاولة في كل مرة نقدم لعبة يجب أن ينتظر قليلا للحصول عليها يجب أن يضع يديه فوق الطاولة والانتظار البعض الوقت قبل أن نعطيه إياه.

- كما يجب عدم المبالاة بصراخه نقدم اللعبة أثناء صراخه ونحاول اللعب معه ونحن نتكلم بصوت فيه لحن. وإذا لم يتوقف عن الصراخ نلعب في مكانه دون المبالاة بصراخه شيئاً فشيئاً سيفهم الطفل أنه لا جدوى من سلوكه وسيتعلم احترام الأوامر.

- بعد كل هذا لما نحس أن السلوك تحسن نشعر في العمل الأطفوني الذي يكون منصبا أولاً على التركيز البصري من خلال تمارين تركيز بصري والسمعي من خلال تمارين الإيقاع- لما نحس أن الطفل بدأ يركز نبدأ الرياضة الفمية واللسانية وتمارين النفخ وتمارين تقليد الوضعيات .

- لما نرى تحسناً نبدأ في التربية السمعية من خلال إدراك وتمييز الأصوات كل الحصص تكون عبارة عن حصص لعب لإثراء لغة الطفل في كل مرة

## **6-توصيات للتخفيف من النشاط الزائد عند الأطفال المعاقين سمعياً:**

- فهم طبيعة الطفل وعدم تعنيفه لان فرط النشاط لديه لا دخل له فيه وإنما لوجود أسباب وعند الطفل الأصم غالباً إعاقته السبب في ذلك.

- يجب احتواء الطفل والعطف عليه.

- تشجيع الطفل على ممارسة نشاطات مفيدة كالرسم، التلوين، تركيب المجسمات.

- تكليفه بأعمال بسيطة كنوع من المشاركة، ومكافئته بعد انجازها.

- الممارسة الرياضية التي تلعب دور في علاج الاضطرابات السلوكية خاصة ذوي الإعاقة السمعية.

## المحور السابع: خصائص التربية النفسية والإدراك الحركي

### المحاضرة الرابعة عشرة: التربية النفسية الحركية

#### 1- مفهوم التربية النفسية الحركية:

تحتل التربية النفسية الحركية في الوقت الحاضر مكانة بارزة في مجال تربية الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة وينظر إليها حالياً كوسيلة تربية للطفل من خلال الحركة. لأن التربية النفسية الحركية تبدأ مبكراً في حياة الطفل ثم شيئاً فشيئاً يصبح مصدراً أساسياً لتنمية قدراته الحسية والإدراكية والمعرفية بوجه عام، ومن خلال هذا النشاط يستطيع الطفل تنمية ملاحظاته ومفاهيمه وقدراته الإبداعية وكذا إدراكه للأبعاد واتجاهات المكان والزمان، كما يستطيع أيضاً اكتشاف جوانب البيئة المحيطة به.

لذا يرى كل من بيار و جيرار أن "المصطلح نفسي حركي يمثل مجال السلوك ويجمع بين العوامل النفسية والعوامل البدنية أين تكون الجوانب الإدراكية، الحركية والمعرفية دائماً متصلة غير منفصلة (تأثير كل من الجسم والعقل).

ويؤكد ذلك بيار بقوله إن "الأعمال النفسية الحركية تتطلب استخدام كل من الجهاز العصبي المركزي و الجهاز العصبي الطرفي والعضلات.

"والمرحلة الأساسية لتكامل الوظائف النفسية الحركية لدى الطفل هي تلك المرحلة المحصورة من الولادة حتى (7-8) سنوات، بعدها يبحث الطفل عن اللعب المنظم أين يكون باستطاعة الطفل تحقيقه واللعب الاجتماعي أين يتمكن من إنشاء علاقات اجتماعية جديدة (ألعاب تخضع على قوانين).

يعتبر اللعب أحد مقومات التربية النفسية الحركية إن لم نقل إنه هو التربية النفسية الحركية فاللعب نشاط سلوكي مهم ودافع فطري ذو قيمة تربية في مختلف مراحل العمر وخاصة في مرحلة الطفولة.

"ومنه فإن اللعب يمثل أدوارا تربوية ونفسية مهمة لحياة الطفل، وهو بالمثل أداة تربوية وسيطة تساعد على إحداث تفاعل الفرد مع عناصر البيئة وأشياءها لغرض تعلم الفرد، وإنماء شخصيته وسلوكه.

## 2-المجال النفسي حركي:

وهو "المجال المهاري، خاصة ما يتصل بتنمية الجوانب الجسمية الحركية، والتنسيق بين الحركات، أما الأهداف التعليمية في المجال النفسي الحركي تصاحب الخصائص المعرفية الوجدانية، لكن الخصائص النفس حركية تغلب على استجابات المتعلمين.

وقد أورد زائيس تصنيفا مبسطا لهذا المجال، يبدو مفيدا لصياغة الأهداف السلوكية في المجال النفسي الحركي، وجعله من أربعة مستويات هي:

- ملاحظة أداء شخص ماهر.
- تقليد العناصر الأساسية للمهارة.
- التمرين، ويتضمن تكرار تتابع عناصر المهارة، مع تقليل الجهد المبذول في الأداء تدريجيا.
- إتقان المهارة مع احتمال زيادة هذا المهارة.

يصنف المجال النفس حركي إلى ستة مستويات ابتداء من الحركة الملحوظة إلى أعلى مستويات الحركة، على النحو التالي:

### أ-الحركة المنعكسة:

وهي حركات غير إرادية في طبيعتها وهي توظف عند الميلاد وتتمو خلال النضج وتنقسم إلى:

- منعكسات فلقية (موضوعية).
- منعكسات بين الفلقية ( بين الشوكية).
- منعكسات فوق الفلقية (فوق المواضع الشوكية).

### ب-الحركات الأساسية الأصلية:

- تنشأ من تجمع حركات منعكسة في أنماط أساسية، ويُستعان بها في أداء الحركات الإرادية، مثل المشي، القفز، التسلق، الرفع والجذب.

وتنقسم إلى: حركات انتقالية، حركات غير انتقالية، حركات المعالجة اليدوية.

### ج- القدرات الإدراكية:

"يحتاج المتعلم أن يدعم هذه القدرات بالنضج، وخبرات التعلم التي تصل به إلى درجة من التحمل والمرونة، تجعله يؤدي النشاطات الحسية بمهارة، مثل القدرة على التنسيق بين اليد والعين للقفز الكرة مثلاً أو ضربها، ومنها:

- التمييز الحركي.

- التمييز البصري.

- التمييز السمعي.

- التمييز اللمسي.

- القدرات التوافقية.

### د- القدرات البدنية:

هي الحركات التي تتصف بالقوة، الرشاقة، المرونة والتحمل ولذلك فإن الأهداف بهذا المستوى تركز على النمو الجسمي السليم للقيام بحركات في مستوى أعلى.

### هـ- الحركات المهارية:

يتوقع من الفرد في هذا المستوى أن يكون قادراً على القيام بمهارات حركية عالية، كأن يكون قادراً على رسم خريطة"، وهي نتيجة اكتساب الكفاءة عند تأدية واجب حركي يتميز بدرجة نسبية من التعقيد وهذا المستوى من التصنيف يتضمن الحركات التي تتطلب تعلماً والتي تعتبر مركبة، والمهارات الرياضية والرقص والترويح وأيضا مهارات المعالجة اليدوية، ويمكن تصنيفها إلى ما يلي:

- المهارة التكيفية البسيطة.

- المهارة التكيفية المركبة.

- المهارة التكيفية المعقدة.

### و-الحركات الاتصالية:

"بعد أن يكتسب المتعلم المقدرة على أداء الحركات العالية، فإنه قد يستطيع الابتكار والإبداع في أداء تلك الحركات، بحيث يضيف عليها تعبيراً وإبداعاً وجمالاً، مثل حركات المتعلم الإبتكارية لتوصيل معاني للآخرين في تمثيلية درامية على المسرح المدرسي، وهي تشمل أيضاً متنوعات واسعة من الحركات الاتصالية، تبدأ من تعبيرات الوجه، الأوضاع القوامية والإيماءات وصولاً إلى حركات الرقص التعبيري ومن الأمثلة على ذلك نجد:

- الحركات التعبيرية.

- الحركات التفسيرية.

وفن الحركة الصامتة .

### 3-أهداف التربية النفسية الحركية:

تتمثل أهداف التربية الحركية في العمل على:

- التعرف على بناء الجسم.

- علاقة الأنا بعالم الأشياء، بمعنى التعرف على عالم الأشياء وتقبلها.

- علاقة الأنا بعالم الآخرين، بمعنى معرفة وتقبل عالم الآخرين.

ويكون التوصل إلى هذه الغايات عن طريق:

- معرفة الجسم.

- التناسق الحركي.

- تنظيم الإدراك.

- استخدام ناحية واحدة من الجسم.

- التناسق البصري-الحركي.

- القوة العضلية.

- اللغة (الكلام).

وعن طريق تربية هذه الجوانب يجب على الطفل أن يحقق ذاته وهو يتعلم الأشياء التالية:

- التعرف على ذاته وقبوله.

- فهم البيئة المحيطة.

- العيش في انسجام مع الآخرين.

#### 4- خصائص النمو النفسي حركي:

تختلف مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة عنها في مراحل النمو الأخرى وأهم مظاهر

النمو الجسمي لمرحلة ما قبل المدرسة حسب **زهران** نذكر:

- "ينمو الطفل في الخمس سنوات الأولى من حياته بسرعة في جميع مجالات نموه الجسمي

(الوزن-الطول) إلى أن يستقر نسبياً في السنة الخامسة من العمر.

- نمو الرأس يكون بطيء ونمو الأطراف يكون سريع، بينما يكون نمو الجذع متوسط،

وحين يصل الطفل إلى تمام عامه السادس تكون نسب جسمه أشبه بنسب جسم الراشد.

- يزداد طول الطفل بمعدل حوالي (6-7) سم في العام ويزداد الوزن بمعدل 2 كيلو غرام

سنوياً.

- يزداد عظام الجسم حجماً وصلابة مع النمو وتتمو الأجهزة العضلية بطريقة تسهل الحركة

والجري والقفز والتسلق، كما تنمو العضلات الكبيرة عن العضلات الصغيرة (الدقيقة) ويكون

البنات أكثر حظ في الأنسجة الشحمية بينما الذكور يكونوا أكثر حظ في النسيج العضلي.

وفي نفس السياق يضيف **محمد حسن علوي** "أن طفل هذه المرحلة يتميز بالتعطش الجامح

للحركة والنشاط فهو يبدي رغبة في الحركة والنشاط ويستمتع بألعاب المطاردة والتحدي.

والمقصود مما تم عرضه هو أن حركة الجسم تعد أصل كل معارف الطفل (عالم الأشياء-

عالم الآخرين-معرفة نفسه) ومن ثم فإن التربية النفسية الحركية تهدف إلى تربية الحواس،

الإدراك والحركة من خلال:

- "إشباع حاجات الأطفال بالتعبير الحركي غير المقيد، وإتاحة الفرص لهم للجري والوثب والقفز والتسلق والمشي والزحف.

- اكتشاف الأطفال للعلاقات المكانية في بيئتهم عن طريق أنشطة حركية تعتمد على اللمس -القبض-النقل-تداول الأشياء والانتقال من مكان إلى آخر.

-تحديد الأطفال لاتجاهاتهم في المكان الذي يتواجد فيه (فوق، أمام، خلف، جانب)."  
"إن نمو الطفل يبدأ بحواسه وصولاً إلى إحساسه بهويته من خلال اللعب في سن مبكرة جداً ويحدث كل هذا من خلال استخدامه لأعضاء جسمه، إن طفل الأربع سنوات يمزج الجري بالقفز أي يقفز أثناء الجري ويتميز بقدرته على تقليد الرسم، وتتبع طريق الرسوم. وعلى النقيض من ذلك "ذكر علماء النفس ووضعوا نظريات هامة مثل **جان بياجيه** تكلم عن تكامل الحركة في سنوات الطفل الأولى مع ما يتعلمه الطفل في حياته المبكرة. ويؤكد في نفس السياق على التعلم الحركي الأول وتنمية نماذج التعلم، بينما أيرس يؤكد على ضرورة التكامل الحسي حيث يعمل التكامل الحسي على استكمال منظومة الإدراك الحسي.

والسلوك الحركي للطفل متمثل في مجموعة من المهارات الحركية التي يقوم بها ألا وهي:

#### أ-الحركات الانتقالية:

تتضمن المهارات التي تستخدم في تحريك الجسم من مكان إلى آخر مثل المشي والجري والوثب والحبل والزحقة والتسلق.

#### ب-حركات التحكم والسيطرة (المعالجة والتناول):

تشمل مهارات التحكم والسيطرة لعضلات الجسم الدقيقة وعضلات الجسم الكبيرة مثل الرمي والقذف ودرجة الكرة والركل.

#### ج-حركات الثبات والاتزان (غير الانتقالية):

بالنسبة لحركات الثبات واتزان الجسم فإنها تعكس تطور نمو قدرة الطفل على التحكم في وضع الجسم من حيث الثبات والحركة مثل التوازن على قدم واحدة."

وأهم ما في هذه المرحلة من النمو الحركي هو أن الطفل يكتشف كيف يقوم بحركات ثابتة متزنة وأخرى متقلبة وثالثة متحركة وكيف يستجيب حركياً في التوافق والتكيف باستعمال أساليب متعددة للمؤثرات الموجودة من حوله.

وتتمو القدرات الحركية الإدراكية بسرعة في هذه المرحلة في ترابط مع بعضها البعض وهي:

#### \* الوعي بالجسم:

وتتخصر هذه القدرة على تمييز أجزاء الجسم وزيادة فهم طبيعته في ثلاثة مجالات هي:

- معرفة أجزاء الجسم.

- معرفة الطفل لما يمكن لأجزاء هذا الجسم أن تقوم به.

- معرفة الطفل لكيفية رفع كفاءة أجزاء الجسم في أداء حركة من الحركات.

#### \* الوعي المكاني وهو يشتمل على مايلي:

- معرفة الطفل لحجم الفراغ الذي يشغله الجسم.

- قدرة الطفل على تكوين صورة سليمة لهذا الجسم في الفراغ الخارجي.

#### \* الوعي الإتجاهي:

"يرتكز تطور إدراك الطفل للعلاقات الفراغية (أمام، خلف، تحت، فوق، داخل) على تصوره للعلاقات الفراغية التي تربط بين الأشياء وبعضها من جهة فضلاً عن تصوره لانتقالاته ولحركاته الذاتية في الفراغ من جهة أخرى وهذا التصور يسمح للطفل بابتكار بعض الطرق والوسائل للتغلب على الصعاب التي تواجهه كما يتيح له القدرة على تنظيم العلاقات الفراغية بين الأشياء أو الأشخاص، مع تحديد موقفه منها في عالم الواقع، كما يدعم هذه القدرة عند الطفل تقدم نموه اللغوي.

#### \* الوعي الزمني:

"يرتبط الوعي الزمني ارتباطاً وثيقاً بعملية التوافق والتكامل بين النظام العضلي والأدوات الحسية للطفل فالتوافق بين العين واليد أو بين العين والقدم يتضمنان بعد الزمن والوعي به.

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال يبدوون التمييز الزمني عن طريق سمعهم قبل بصرهم وأن الانتقال يحدث من السمع إلى البصر وليس العكس ومن هنا تأتي أهمية استخدام الموسيقى الإيقاعية والحركة الإيقاعية تعني التتابع المتناغم للأحداث في مسافة معينة وهو شرط للأداء الجيد.

"إن امتلاك الطفل للقدرات الحركية الأساسية على نحو جيد يسهل السبيل إلى استخدامها كمهارات خاصة لنشاط رياضي معين.

### **5-المقاييس النفسية الحركية:**

"المقاييس النفسية الحركية هي تلك التي تقيس القدرات العضلية، أو مزيج من القدرات الحسية والعضلية، ويغطي مصطلح (النفسى الحركي) مدى واسعاً من القدرات التي تتضمن ما نسميه عامة بالمهارة، والقدرة على المعالجة، والقدرة الحركية وتأزر العين واليد، وكذلك جوانب أخرى من الأداء العضلي.

"وقد سميت بالقدرات الحركية النفسية لأنها تتلخص فقط في قدرات حركية أو عضلية من حيث هي، بل تتوقف أيضاً وإلى حد كبير على سرعة الوظائف النفسية ودقتها.

## المحاضرة الخامسة عشرة: الإدراك الحركي:

### مقدمة:

يُعرّف "felming" برامج الإدراك الحركي على أنه "وسائل تدريس الطفل كيفية استخدامه لميكانيكية الجسم كمرشد ومسيطرٍ لحركات وأوضاع الجسم بحيث تجعله قادراً على استنباط المعنى من الخبرات الحسيّة".

### 1- برنامج الإدراك الحركي:

يجب أن يتضمن برنامج التربية الحركية العديد من الخبرات الحسية التي تسهم في تنمية الإدراك الحركي، وفيما يلي اعتبارات مهمة في برنامج التربية الحركية:

- يجب أن يتضمن برنامج التربية الحركية أنشطة التوازن، عارضة التوازن، الأدوات الخاصة بالارتداد، كما يجب السيطرة الجيدة على الأداء أثناء وعند نهايتها.
- يجب أن يسمح البرنامج للأطفال بممارسة أنشطة التوافق بين (اليد العين)، (القدم العين) مع تكرار الأنشطة بطريقة متتالية سواء كرات أو أكياس رمل أو حلقات وأطواق صغيرة.
- يجب أن يتضمن برنامج الإدراكي الحركي على الحركات والمهارات الانتقالية.
- يجب إتاحة فرص إدارة الجسم والتحكم فيه من خلال مواقف متنوعة، كالأنشطة التي تتم في الهواء والماء.
- يجب الاهتمام بالتوجيه المكاني وذلك من خلال تنويع اتجاهات الأداء الأسفل ولأعلى، حول الأدوات وبين الأجهزة وخلالها.
- يجب تشكيل الأداء المختلف وذلك بعمل التباديل المناسبة، بين متغيرات وعناصر الحركة (الوعي الفراغي، الوعي بالجسم، نوعية الحركات وعلاقتها).

➤ يجب العناية بنمو مفهوم الذات وخبرة النجاح وذلك بالعناية بالاعتبارات البيداغوجية (فنون التربية والتّدرّيس).

➤ يجب أن تمثّل الحركات المتضمّنة في البرنامج تحدياً مناسباً لقدرات الطفل، وهذا يتطلب من المدرّس مقدرةً على التخيّل وتفهمّ قدرات مراحل نمو الطّفّل.

## 2- الأنشطة المقترحة لبرنامج الإدراك الحركي:

### 1. أنشطة الوعي بالجسم: وتتمثل فيما يلي:

➤ المشي على الموسيقى وعند توقّفها، الوقوف مع لمس جزء من الجسم الذي يحدده المختص.

➤ المشي مع تغيير وضع الذراعين (أماماً، عالياً، جانباً، على الرأس، في الوسط)

➤ المشي على الركبتين.

➤ المشي على أربع .

➤ الجري بأشكال مختلفة مع استخدام أجزاء الجسم مثل الجري مع رفع الركبتين.

➤ الجري على الركبتين أو أطراف الأصابع.

➤ الجري مع وضع الذراعين في الوسط.

كما أضافت "عفاف عثمان" عناصر مهمة، وهي كما يلي:

➤ الحُجْل في المكان ثم زيادة الارتفاع مع كل حجلة.

➤ الحُجْل في المكان مع عمل ربع دائرة مع كل حجلة.

➤ الحُجْل عدّة مرات على قدم واحدة ثم الانتقال إلى القدم الأخرى دون فقدان الإيقاع.

### ➤ 2. أنشطة الوعي بالفراغ:

ومن خصائص برنامج التربية الحركية الجيّد إتاحتها الفرص للأطفال بهدف تنمية وعيهم

المكاني وحجم الفراغ الذي تشغله أجسامهم، وهو يعني الاهتمام بنموّ الطفل الإدراكيّ

الحركيّ.

وتتمثل تطبيقات الوعي بالفراغ فيما يلي:

- المشي في اتجاهات مختلفة.
- المشي عكس الإشارة.
- المشي المتعرج
- المشي بين مجموعة من العوائق.
- الجري في اتجاهات مختلفة.
- الجري في مساحات فراغية معينة مع تجنب الاصطدام بالأقران.
- الجري بين مجموعة من العوائق.
- الجري في خط متعرج.
- الوثب في اتجاهات مختلفة.
- الوثب خلال مستويات أفقية مختلفة.
- الوثب بين مجموعة من العوائق.
- الوثب في خط متعرج.
- الحبل مع تغيير الاتجاه.
- الحبل على يسار ويمين الحائط.
- الحبل من مستوى منخفض.
- الحبل بين مجموعة من العوائق.

. أنشطة الاتزان:

يُعتبر تطوّر وتحسين قدرات التوازن الأساسية أهمّ عنصر من عناصر تعلّم الحركة، حيث أنه دون القدرة على الاحتفاظ بالتوازن يُصبح من الصعب أداء حركات الانتقال والتحرّك وحركات التحكم.

## وتتمثل تطبيقات الاتزان فيما يلي:

- يقوم الطفل بالجثو الأفقي (على اليدين والركبتين) ويؤدّي الواجب الحركي المطلوب منه، إلا أنّه في البداية تكون العينان مفتوحتين ثم يكرّر الحركة والعيان مغلقتان:
    - ✓ رفع أحد الرجلين على الأرض ومدّه خلفاً ثمّ التّبديل.
    - ✓ رفع أحد الذّراعين عن الأرض ومدّها أمام ثمّ التّبديل.
    - ✓ رفع الذراع الأيسر والرجل اليمنى عن الأرض معاً ثمّ التّبديل.
    - ✓ رفع الذراع الأيسر والرجل اليسرى عن الأرض معاً ثمّ التّبديل.
  - يُطلب من الطفل أن يقف مستقيمة ويؤدّي الحركات الآتية:
    - ✓ رفع أحد الرجلين والاتزان على الأخرى.
    - ✓ رفع أصابع القدم لأعلى ثمّ المشي على العقبين فقط.
  - يؤدّي الطفل التّمرينات الآتية على لوحة الاتزان:
    - ✓ الوقوف على القدمين (العيان مفتوحتان ثم مغلقتان).
    - ✓ لمس أجزاء مختلفة من الجسم من وضع الوقوف.
- أنشطة التوافق بين العين واليد - وبين العين والقدم:
- يَنْتَشِر الأطفال حول الملعب ومع كل طفل كرة، يقوم برميها لأعلى في الهواء وعند ارتدادها من الأرض يُمسكها ويكرّر المحاولة ويُمكن ترك الكرة ترتدّ عن الأرض مرّتان أو أكثر ثم تمسك مباشرة في الهواء قبل سقوطها على الأرض.
  - يُطلب من الطفل إبقاء "بالونه" في الهواء باستمرار سواء بضربها باليد أو بالرأس أو بالقدم ويمكن تحديد جزء معيّن من الجسم يتولّى ضرب الكرة.
  - يجلس الأطفال على خطّين متوازيين يُواجه كلّ منهم زميلاً وكلّ طفل معه كرة يدحرج كلّ الأطفال الكرات إلى الزملاء بحيث لا ترتطم ببعضها البعض، ويُمكن تسريع عملية الدرجة ويُمكن تغيير المسافات بين الأطفال، يمكن أيضاً أداء نفس التّمرين من الوقوف.

- نفس التمرين السابق لكن مع ركل الكرة للزميل بدلاً من الدحرجة ويمكن أولاً أن نبدأ الركل من الثبات ثم من الحركة ثم تغيير وتنوع طرق الركل وكذا المسافات.
- كل طفل معه كرة، منتشرين في الملعب، ينطط الطفل الكرة ويمكن تبادل تنطيط الكرة باليدين، ويمكن تبديل اليدين بعد عدد معين من التنطيط.

### 3- أنشطة الحركية الخاصة بطفل في سن 5 سنوات:

- يجب تخصص دروس يومية من 20 إلى 30 دقيقة لممارسة النشاط البدني ضمن برنامج رياض الأطفال.
- يجب أن يتاح لكل طفل فرصة بذل أقصى كمية من الحركة والنشاط خلال الوقت المخصص للممارسة.
- الاهتمام بالأنشطة التي تكسب الطفل زيادة الوعي بالجسم مثل: التعرف على أجزاء الجسم، حمل الأثقال، الحركات الانتقالية (المشي - الجري - الوثب - الخجل - الانزلاق)
- التركيز على الأنشطة التي تساعد على تطوير كل من الرشاقة (الجري في اتجاهات مختلفة - الجري المتعرج) والمرونة (حركة مفاصل الجسم في مدى واسع).
- يتعب الطفل بسهولة، ويحتاج إلى فترات قليلة من الراحة لاستعادة طاقته للعب والنشاط، لدى يجب تجنب إعطاء واجبات حركية تتطلب النشاط المستمر لفترة طويلة.
- يجب أن تتخلل فترات النشاط الزائد المرتفع الشدة فترات نشط خفيف أقل شدة.
- تحسن في الإحساس بالتوازن، وبالرغم من ذلك يواجه الطفل بعض الصعوبات باحتفاظ الطفل بتوازنه عند أداء بعض الواجبات الحركية.
- يراعى أن يتضمن برنامج النشاط الحركي للطفل أنشطة مثل: الدحرجة - القفز (الخط)
- الخط على قدم واحدة (الحجل) - الوثب من قدم لأخرى أثناء تحرك الجسم للأمام.
- الاهتمام بتقديم الأنشطة دون استخدام أدوات.
- التركيز على الأنشطة الانتقالية مثل: الألعاب - الرأس الإيقاعي.

- تكون المهارات الانتقالية أسهل من مهارات المعالجة والتناول.
- يوجه اهتمام أكثر نحو الأنشطة التي تتطلب اشتراط العضلات الكبيرة، والأنشطة التي لا تتطلب التعامل اليدوي.
- يستخدم الجري بأشكاله المتعددة في برنامج النشاط الحركي، ومن ذلك على سبيل المثال: الجري والوقوف تبعا للإشارة، الجري مع تغيير الاتجاهات، الجري البطيء من تزايد السرعة، الجري للجانب والجري للخلف، الجري بين العوائق... إلخ. كما تستخدم ألعاب المسك المحببة للأطفال.
- يجب أن يتوقع أستاذ التربية البدنية أو المربي الرياضي وجود تباين كبير لدى الطفل في أداء المهارات وكذلك بين الطفل وزملائه.
- يقدم للأطفال ذوي المهارة العالية واجبات حركية.

#### 4 - أنشطة الحركية الخاصة بطفل في سن 6 إلى 7 سنوات:

- يجب أن يخصص درس يوميا لممارسة النشاط البدني الحركي لفترة 30 دقيقة.
- يجب أن يتاح لطفل فرصة بذل أقصى كمية من الحركة والنشاط خلال الوقت المخصص للممارسة.
- يتضمن البرنامج المزيد من التكرار للمهارات التي سبق أن اكتسبها الطفل ولكن في مواقف متنوعة جديدة.
- عدم الاستقرار في إظهار السيطرة والتوافق البدني والحركي في بعض الأوقات بينما يستطيع السيطرة والتحكم في بعض المواقف.
- يجب أن يتضمن برنامج النشاط البدني الحركي للطفل الكثير من الأنشطة المساعدة للسيطرة والتحكم في الجسم وتحسين القدرة على التحكم في الأشياء.
- يتضمن برنامج النشاط البدني الحركي للطفل تكرار واجبات حركية بسيطة في حدود قدرات الطفل تتطلب التوازن الجيد.

- يبدأ تقديم أنشطة جديدة للتوازن على الأرض أو باستخدام أجهزة.
- تحسين قدرات الطفل في المعالجة والتناول للأشياء حيث يراعى أن يتضمن النشاط البدني الحركي للطفل أنشطة مثل: استقبال واستلام الكرات، المحاورة بالكرة باستخدام اليدين والرجلين.
- يراعى أن توجه التعليمات بشكل مختصر.
- يفضل أن يخصص لكل طفل أداة للممارسة.
- يتضمن البرنامج التركيز على تكرار الأنشطة للحركات الانتقالية (الجري - الانزلاق - القفز)... إلخ. ويمكن تقدم ذلك في أنشطة الألعاب.
- الاهتمام بتكرار المهارات الحركية التي تتطلب عضلات الجسم الكبيرة، و ممارسة أنواع جديدة من هذه المهارات.
- يراعى أن يتضمن البرنامج أنواع جديدة من أنشطة التوازن، وطرق متنوعة لانتقال أجزاء الجسم في اتجاهات ومسارات جديدة مع تنوع استخدام الأدوات أو الأجهزة.
- يلاحظ التباين بين الأطفال في قدرتهم على التناول والمعالجة اليدوية مع الأجهزة.
- يستطيع معظم الأطفال أداء المهارات: الرمي - ارتداد الكرة - استقبال الكرة - ركل الكرة.
- ويمكن ضرب الكرة بأداة (مضرب) عندما تكون الأداة ثابتة.
- يراعى تنوع استخدام الأدوات المناسبة لتحسين مهارات المعالجة والتناول.
- يلاحظ صعوبة أداء الطفل للأنشطة التي تتطلب السيطرة والتحكم في العضلات الصغيرة.
- يفضل أن يتضمن برنامج النشاط البدني الحركي استخدام الطفل للكرات، الأكياس، مع تشجيع الطفل على التحكم والسيطرة على العضلات الدقيقة.
- يراعى تشجيع جميع الأطفال على بذل أقصى نشاط في المشاركة.

## 5- أنشطة الحركية الخاصة بطفل في سن 8 - 9 سنوات:

- زيادة فترة درس التربية الحركية للطفل وتتراوح بين 30 إلى 45 دقيقة، بحيث لا يقل عن 3 مرات في الأسبوع.
- أهمية أن يشارك الطفل مشاركة فعالة خلال وقت الدرس وأن يستثمر الوقت المتاح للممارسة لجميع الأطفال.
- يتميز الطفل بمقدرة جيدة على أداء الأنشطة التي تتطلب التوازن، الرشاقة، المرونة، القوة.
- استخدام المهارات التي سبق تعلمها مع تنوع وزيادة درجة الصعوبة واستثارة التحدي لقدرات الطفل.
- تحسن واضح في التوازن لدى الطفل، لأجل ذلك يجب أن يتضمن البرنامج أنشطة التوازن التي تثير التحدي للطفل لأجزاء الجسم وقدرات المعالجة .
- بالرغم من أن معظم الأنشطة تناسب والجنسين (البنين والبنات) فإنه يراعى التنوع في الأنشطة البداية الفروق الجنسية.
- بغض خبرات النضج الفسيولوجي المبكر قد تؤدي إلى خلل في التوازن والتوافق الحركي لدى يراعى في اختيار الأنشطة الفروق المرتبطة بالنضج البدني (الفسيولوجي) و كذلك الانفعالي، ومن ذلك على سبيل المثال: الألعاب الإبتكارية- الانسجام والتسلسل الحركي - ألعاب التعاون للفريق.
- يجب أن يؤخذ في الاعتبار تصنيف الأطفال تبعاً لمستوى النضج وقدرتهم البدنية و المهارية.
- تقديم خبرات حركية تستثير التحدي، وفي حدود قدرات كل طفل في أنشطة الألعاب الرقص الإيقاعي.
- تنوع الأنشطة مع تشجيع الأطفال على اكتساب مهارات جديدة والتركيز على التتابع الجيد والتسلسل المنطقي والتدرج في اكتساب المهارات

## قائمة المراجع:

### المراجع باللغة العربية

1. إبراهيمي سعاد. (2003). إدماج الطفل المعوق سمعياً المدرسة العادية وعلاقته بالتكيف المدرسي، رسالة لنيل شهادة الماجستير في الأرتوفونيا جامعة الجزائر.
2. أحمد السعيد يونس. (1991). "رعاية الطفل المعوق"، دار الفكر العربي، القاهرة.
3. إيهاب الببلاوي. (2002). "الإرشاد النفسي المدرسي"، دار الكتاب الحديث، الإسكندرية.
4. بدر الدين كمال عبده. (2001). رعاية المعوقين سمعياً وحركياً، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
5. بطرس، بطرس حافظ. (2007). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، ط(1)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
6. بقرى، مي كامل. (2009). إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكنتاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية (11-12) بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
7. بلان، كمال يوسف (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم، مجلة جامعة دمشق - المجلد 25 - العدد 1+2، ص 15 - 46 كلية التربية، جامعة دمشق.
8. بهادر، سعيدية محمد. (1983). دليل الآباء والمعلمين في مواجهة المشكلات اليومية للأطفال والمراهقين، ط1، مطبعة الرسالة الكويت.
9. تفاحة، جمال السيد. (2006). سلوك الغضب لدى الأطفال الصم المدمجين وغير المدمجين وأثر برنامج إرشادي معرفي / سلوكي في تعديله، مجلة البحث في التربية وعلم النفس بجامعة المنيا، المجلد 19، العدد الثالث، ص 37 - 102، مصر.

10. التهامي، حسين أحمد عبد الرحمن. (2006). تربية الأطفال المعاقين سمعياً في ضوء الاتجاهات العالمية المعاصرة، ط(1)، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر.
11. ثابت، عبد العزيز. (1998). الطب النفسي للأطفال والمراهقين، الطبعة الأولى، المطبعة الجديدة، جامعة دمشق.
12. جاد، صلاح وآخرون. (2002). إدماج مفاهيم التربية المدنية في الإرشاد التعليمي، ط1، مركز إبداع المعلم، رام الله، فلسطين.
13. الجبالي، أشرف إبراهيم. (2009). المشكلات السلوكية لدى الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
14. جبل، فوزي محمد. (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
15. جلال، سعد. (1986). في الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
16. الخشرمي، سحر أحمد. (2004): العلاج التربوي والأسرى لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه "دليل المعلم والأسرة"، الرياض، وكالة دار المصمم للدعاية والإعلان.
17. الخطيب، جمال. (1993). المشكلات التعليمية والسلوكية، ط(1)، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.
18. الخطيب، جمال. (1998): مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر، عمان - الأردن.
19. الخطيب، محمد جواد. (2004): التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، ط3، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين.
20. الخليدي، عبد المجيد ووهبي، كمال حسن. (1997). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت.

21. داوود، عزيز حنا وآخرون. (1992). الشخصية بين السواء والمرض، ط(1) مكتبة الأنجلو المصرية.
22. دحلان، أحمد محمد. (2003). العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدوانى لدى الأطفال بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
23. الدسوقي، كمال. (1994). علم النفس ودراسة التوافق، دار النهضة العربية، بيروت.
24. الدعدى، غزلان شمسي محمد. (2009). الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجى لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
25. دمنهوري - رشاد صالح. (1996). "بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسى (دراسة مقارنة)", مجلة علم النفس، عدد (38) أبريل، السنة (10)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر.
26. رجب، مصطفى محمد مصطفى. (2008). فعالية بعض فنيات تعديل السلوك فى تخفيف أعراض النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنوفية - مصر.
27. الروسان، فاروق. (1998). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط(3)، دار الفكر، عمان الأردن.
28. سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشنه، محمد. (2003). سلوكيات الاكنتاب، ط3، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
29. سعيد العزة، سيكولوجية النمو فى الطفولة. (2002). ط1، دار الثقافة للنشر، عمان.
30. سعيد حسنى العزة. (2002). "المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"، ط1 الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.

31. عادل يوسف. (2011). اضطرابات السلوك عند الأطفال، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
32. العتيق، أحمد. (1999). التلوث بالمعادن الثقيلة وتأثيره على بعض جوانب الأداء العقلي والحركي والحالة الانفعالية لدى عينات من الأفراد المعرضين له، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس - العدد الثالث والعشرون ص 227 - 229، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.
33. العتيق، أحمد. (2000). تأثير التعرض لمستويات مختلفة من الضوضاء على ظهور شكل سلوكي ينذر باحتمالية الإصابة باضطراب الانتباه المفرط النشاط لدى عينات من أطفال مرحلة الطفولة الوسطي، مجلة كلية التربية - العدد الرابع والعشرون - الجزء الرابع ص 113 - 150.
34. عجلان، عفاف محمد محمود وطنطاوي، أحمد عثمان. (1995). بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال والمراهقين، المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد الحادي عشر، ص 65 - 131.
35. العربي محمد زيد. (2010). اضطرابات النطق لدى الأطفال المعاقين سمعياً، كلية التربية جامعة الزقازيق القاهرة.
36. العرعير، محمد مصباح. (2010). الصحة النفسية لمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
37. العزازي عزة عبد الجواد محمد. (1990). استخدام السيكدوراما في علاج بعض المشكلات النفسية للأطفال سن ما قبل المدرسة، رسالة الماجستير غير المنشورة، جامعة عين الشمس، القاهرة.
38. العزة، سعيد حسني. (2000). التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط(1)، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة، عمان - الأردن.

39. العزة، سعيد حسني. (2001). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، سلسلة التربية الخاصة، ط(1)، الدار العلمية ودار الثقافة، عمان - الأردن.
40. العزة، سعيد حسني. (2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
41. عفانة، عزو إسماعيل وكباجة نعيم عبد الهادي. (1997). اتجاهات أولياء الأمور نحو سلوك أبنائهم الصم، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية التربية جمعية أطفالنا للصم - غزة، مجلة الجامعة الإسلامية المجلد الخامس، العدد الثاني، غزة.
42. العقاد، عصام. (2001). سيكولوجية العدوان وترويضها، الطبعة الأولى، دار غريب، القاهرة، مصر.
43. عكاشة، أحمد. (1980). الطب النفسي المعاصر، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
44. عكاشة، أحمد. (2003). الطب النفسي المعاصر، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
45. كوافحة وعبد العزيز. (2010). مقدمة في التربية، ط4، دار المسيرة الأردن.
46. مجدي عزيز إبراهيم. (2002). "مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
47. محمد السيد فهمي. (1995). "السلوك الاجتماعي للمعوقين"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
48. محمد كامل علي. (2002). علم النفس المدرسي، ط 1، مكتبة ابن باديس للنشر، عمان، الأردن.
49. مصطفى محمد رجب. (2008). المنوفة التربوية. علم النفس التربوي، ماجيستر.

## المراجع باللغة الأجنبية

1. Busquet (denise) et mottier (christine), (1978). "l'enfant sourd developpement psychologique et reeducation", bailliere, paris.
2. Franco. (2006). the dsm 4 and icd-10 categories of Rereccurent, journal of affectve disorder.
3. kirk lins behavioral ans émotionnel of hearing impaired ans deaf childern cremefstration, New-York.
4. Launay (clement) et borel maisonny (susanne) et cool. (1983). "les troubles du langage de la parole et de la voix" masson, paris.