

جامعة أم البواقي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

محاضرات في اضطرابات السلوك

مطبوعة بيداغوجية مقدمة لطلبة السنة الثالثة ليسانس
تخصص علم النفس عيادي (السداسي الخامس)

إعداد: د. عايدة ناجي

2021/2020

مقدمة

الوحدة الأولى: مقدمة في اضطرابات السلوك الاجتماعي

08 الهدف العام والأهداف الإجرائية للوحدة

09 **المحاضرة الأولى: مدخل إلى السلوك الاجتماعي**

09 1.1 مفهوم السلوك

11 2.1 نماذج تعلم السلوك الاجتماعي

12 3.1 العوامل المؤثرة في تنمية السلوك الاجتماعي

16 4.1 معايير أو محكات الحكم على السلوك

17 **المحاضرة الثانية: اضطراب السلوك والسلوك الاجتماعي**

17 1.1 مفهوم الاضطرابات السلوكية

20 2.1 تعريف اضطراب السلوك الاجتماعي

21 3.1 نسب انتشار اضطرابات السلوك

22 4.1 محكات الحكم على الاضطرابات السلوكية

25 5.1 خصائص الأشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك

26 6.1 تصنيف اضطرابات السلوك

29 **المحاضرة الثالثة: الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطرابات السلوك**

29 1.1 الاتجاه البيوفيزيائي

31 2.1 الاتجاه الدينامي

33 3.1 الاتجاه السلوكي

36 4.1 الاتجاه البيئي

38 **الوحدة الثانية: العدوانية والسلوك العدواني**

38 الهدف العام والأهداف الاجرائية للوحدة

39 **المحاضرة الأولى: العدوان والسلوك العدواني**

39 1.1 تعريف العدوان

40 2.1 مفهوم السلوك العدواني

41 3.1 أسباب السلوك العدواني

- 47 4.1.العوامل المثيرة للعدوان
- 49 **المحاضرة الثانية: الأسس النفسية للسلوك العدواني وأنواعه**
- 49 1.1.الأسس النفسية للسلوك العدواني
- 53 2.1.أنواع العدوان وأشكاله
- 61 **المحاضرة الثالثة: نظريات السلوك العدواني وأساليب علاجه**
- 61 1.نظريات السلوك العدواني
- 61 1.1.نظرية العدوان كغريزة
- 63 2.1.نظرية التنفيس (تفريغ الانفعالات المكبوتة)
- 63 3.1.نظرية الإحباط – العدوان
- 64 4.1.نظرية التعلم الاجتماعي
- 65 2.علاج السلوك العدواني
- 65 1.2.العلاج النفسي
- 66 2.2.العلاج الاجتماعي
- 67 3.2.العلاج السلوكي
- 68 4.2.العلاج الطبي
- 68 5.2.العلاج الديني
- 70 **الوحدة الثالثة: الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية عند الراشد**
- 70 الهدف العام والأهداف الاجرائية للوحدة
- 71 **المحاضرة الاولى: السلوك الجنسي وبعض المفاهيم ذات الصلة به**
- 71 1.الهوية الجنسية:الجنس،الهوية الجنسية،هوية الجنس،الدور الجنسي، اض الهوية الجنسية
- 74 2.الاضطرابات الجنسية
- 74 3.المؤثرات التي تساعد على تطور الاضطرابات الجنسية
- 76 **المحاضرة الثانية: الاضطرابات الشائعة في السلوك الجنسي**
- 76 1.الجنسية المثلية
- 77 2.الشدوذ الجنسي
- 78 3.اضطراب العشق الجنسي للأطفال وعلاجه
- 81 4.اضطراب البصبصة وعلاجه
- 83 5.اضطراب لبسة الجنس الآخر(الفتيشية) وعلاجه

86	6. اضطراب الإستعراء وعلاجه
88	7. الاضطراب المازوشي الجنسية
89	8. اضطراب السادية الجنسية
91	المحاضرة الثالثة: اضطراب الهوية الجنسية
91	1. تعريف اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
92	2. تشخيص اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
93	3. مظاهر اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
94	4. أسباب اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
95	5. علاج اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
96	الوحدة الرابعة: الجنوح والانحراف
96	الهدف العام والأهداف الاجرائية للوحدة
97	المحاضرة الأولى: مفهوم الحدث، الجنوح، الانحراف
97	1. تعريف الحدث
98	2. تعريف الجنوح وانحراف الاحداث
98	1.2. من الناحية القانونية
99	2.2. من الناحية النفسية
99	3.2. من الناحية الاجتماعية
99	3. أسباب الجنوح والانحراف
99	1.3. الأسباب البيولوجية
101	2.3. الأسباب العقلية
101	3.3. الأسباب النفسية
102	4.3. الأسباب البيئية
103	المحاضرة الثانية: أنماط الشخصية الجانحة وأساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف
103	1. أنماط الشخصية الجانحة والمنحرفة
103	1.1. الأنماط المرضية

104

2.1. الأنماط الانفعالية

104

2. أساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف

104

1.2. الأساليب العملية

105

2.2. الأساليب الوقائية

106

الوحدة الخامسة: السرقة عند الطفل

106

الهدف العام والأهداف الاجرائية للوحدة

107

المحاضرة الأولى: مفهوم السرقة، مظاهرها، وأنواعها عند الطفل

107

1. مفهوم السرقة عند الطفل

108

2. مظاهر السرقة عند الأطفال

110

3. أنواع السرقة عند الطفل

111

المحاضرة الثانية: أسباب السرقة عند الطفل وطرق علاجها والوقاية منها

111

1. أسباب السرقة عند الطفل

112

2. طرق وقاية الطفل من سلوك السرقة

113

3. علاج السرقة عند الأطفال

115

الوحدة السادسة: الكذب عند الطفل

115

الهدف العام والأهداف الاجرائية للوحدة

116

المحاضرة الأولى: مفهوم الكذب وأسبابه عند الطفل

116

1. تعريف الكذب

117

2. أسباب الكذب

120

المحاضرة الثانية: أنواع الكذب عند الطفل وطرق علاجه والوقاية منه

120

1. أشكال الكذب وأنواعه

123

2. طرق الوقاية من الكذب

124

3. علاج الكذب

126

خاتمة

127

المراجع

مقدمـة

اضطرابات السلوك هي إحدى فئات الإعاقة الرئيسة التي تتميز باختلاف السلوك جوهريا وبشكل مستمر عن السلوك الطبيعي مما يؤثر سلبيا على الأداء الأكاديمي ويتطلب تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة، وتعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي ليس أمرا سهلا، فإذا كان الطفل الذي لديه اضطراب سلوكي يظهر استجابات غير تكيفية أو غير ملائمة لعمره الزمني، فإن معظم الأطفال يصدر عنهم أحيانا استجابات من هذا النوع. ومن جهة أخرى، الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية يتصرفون بشكل طبيعي أحيانا فليس كل سلوكهم غير تكيفي. وإذا كان من الصعب تمييز السلوك الطبيعي عن السلوك المضطرب بدقة ووضوح، من البديهي أن تكون عملية التشخيص عملية ذاتية غير موضوعية بالكامل. وما التفاوت الهائل في تقديرات نسب شيوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلا دليل على ذلك. فقد يكون السلوك مقبولا في وضع ما ولكنه غير مقبول في وضع آخر. ولذا فإن تعريف السلوك المضطرب وتحديدته لا يقتصران على خصائصه فقط ولكنهما يشملان الحكم على مدى ملائمته للظروف أيضا، مما ينطوي على صعوبات جمة، وسنتناول في هذه المطبوعة البيداغوجية المحاضرات التالية والمعتمد عليها المقرر الوزاري وهي:



1. مقدمة في اضطرابات السلوك الاجتماعي

2. العدوانية:

• العدوانية الموجهة نحو الذات ونحو الآخر.

• العدوانية عند الطفل والراشد

3. اضطرابات الجنسية واضطراب الهوية الجنسية عند الراشد

4. الجنوح والانحراف

5. السرقة عند الطفل

6. الكذب عند الطفل

الوحدة الأولى: مقدمة في اضطرابات السلوك الاجتماعي

الهدف العام للوحدة:

أن يتعرف الطالب على مفهوم السلوك واضطراب السلوك الاجتماعي بصفة عامة، وعلى صفات المضطربين في سلوكهم وعلى أي أساس يتم تصنيف اضطراب السلوك.

الأهداف الإجرائية للوحدة:

- أن يفهم معنى السلوك والنماذج التي يتعلم منها الفرد السلوك.
- أن يتعرف على معنى السلوك المضطرب ومحكات الحكم على اضطرابات السلوك وأن يتعرف على خصائص الذين يظهرون اضطرابا في السلوك الاجتماعي.
- أن يتعرف على الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطراب السلوك الاجتماعي.
- أن يتعلم كيف يصنف اضطراب السلوك الاجتماعي.

المحاضرة الأولى: مدخل إلى اضطرابات السلوك الاجتماعي

تمهيد

الانسان كائن اجتماعي يعيش ويقضي معظم وقته في جماعة وفي جماعات يؤثر فيها

ويتأثر بها، ويتحدد سلوكه الاجتماعي على اساس السلوك الاجتماعي المصطلح عليه والفرد

المصاب باضطراب في السلوك بحاجة ماسة إلى مساعدة وتدخل تربوي بأسرع وقت ممكن لتعديل سلوكه ولكي يصبح عضواً صالحاً في المجتمع.

يقول عز وجل: " ولتكن منكم أمة يدعون إلى الخير ويأمرون بالمعروف وينهون عن

المنكر وأولئك هم المفلحون" صدق الله العظيم، (سورة العنكبوت/ اية 104).

لكن قبل أن نتطرق الى موضوع اضطراب السلوك علينا معرفة في هذه المحاضرة ما هو السلوك السوي، وكيف نتعلمه وما الذي يؤثر عليه أي ماهي نماذج تعلم السلوك.

1.1 مفهوم السلوك:

السلوك هو حالة التفاعل الحاصل بين الكائن الحي وبيئته وعالمه الخارجي، وفي أغلب

الأحيان يظهر السلوك على هيئة استجابات سلوكية مكتسبة ومتعلمة؛ من خلال تعلم الفرد

بالتدريب والملاحظة والتعرض للخبرات المختلفة، ويعرف السلوك كذلك بأنه مجموعة من

الاستجابات التي تصدر عن الفرد تجاه المثيرات البيئية المختلفة؛حيث تمثل البيئة

جميع المؤثرات التي تدعم آلية ظهور السلوك (مصطفى، 2011). من التعريفات الأخرى للسلوك هو جميع أشكال الاستجابة الكلية التي تظهر عند الكائن الحي تجاه أي موقف يواجهه (القمش، وآخرون، 2007)، كما يرى علماء النفس السلوك بشكل شمولي بأنه نشاط مركب تتكون بنيته من ثلاثة جوانب أساسية (مبيض، 1995) وهي:

• **الجانب المعرفي:** هو مجموعة العمليات العقلية والمعرفية التي يستخدمها الإنسان

لإدراك الأحداث التي تدور من حوله، وآلية تفاعله معها بالطريقة التي يتفرد فيها الشخص باستخدام المعاني والرموز، ومن أهم هذه العمليات الإدراك، والتذكر، والتصور، والتعبير الرمزي واللغوي واللفظي وغيرها.

• **الجانب الحركي:** هو جميع الاستجابات الجسمية التي تظهر على الفرد؛ بسبب

تعرضه لمثير معين، وتكون هذه الاستجابات على صور استجابات حركية لتعليمات لفظية، أو ممارسة الكتابة والرياضة، أو عزف الموسيقى، أو ركوب السيارة، وغيرها الكثير.

• **الجانب الانفعالي:** هو الحالة الانفعالية والعاطفية التي يمر بها الفرد أثناء استجاباته

السلوكية للمثيرات المختلفة؛ أي أنها الحالة الداخلية التي ترافق سلوك معين، كالشعور

بالحماس والسعادة تجاه نشاط معين، أو الشعور بالارتياح أو عدم الارتياح لمثير أو نشاط

آخر.

كما تساهم عملية التنشئة الاجتماعية في التوفيق بين دوافع الفرد ورغباته ومطالب واهتمامات الآخرين المحيطين به. وللتنشئة الاجتماعية دور أساسي في تحديد أنماط سلوك الإنسان وتأثير بالغ في تحديد جوانب علاقاته الاجتماعية، وفي بناء شخصيته (مصطفى، 2011).

2.1. نماذج تعلم السلوك:

تتعدد نماذج تعلم السلوك ونذكر أهمها في مايلي (عريفج، 2002):

• **التعلم المؤثر:** الاستجابات المرغوب بها يحدث لها تدعيم وبهذا يعلم الفرد أن هذا

النمط السلوكي يتفق والمعيار المرغوب فيه فيتعلمه.

• **التعلم المباشر:** تمكين السلوك وتدعيمه عن طريق الرموز والتوجيهات الشفوية

فيكافأ الفرد بالاستحسان أو التوبيخ في حالة الفشل في أداء السلوك المرغوب فيه.

• **التعلم العرضي:** عندما ينطق الطفل بعض الألفاظ أو العبارات غير المهذبة أو غير

اللائقة والتي قد تثير ضحك الكبار، مما يدعم استخدام الطفل لهذه العبارة أو اللفظ، ورغم أن

التدعيم عرضي غير مقصود إلا أنه يزيد من تكرار الطفل لهذه الألفاظ غير اللائقة لأن في

تكرارها إثارة لانتباه ولفت أنظارهم.

• آثار العقاب: تلجأ كثير من المجتمعات إلى استخدام أنواع العقوبات بغية استبعاد

أنماط من السلوك غير المرغوب فيه. وليس لتكوين أنماط سلوكية معينة فيلجأ إليه الآباء والمربون ويرى بعض علماء النفس أن العقاب قد يثبت سلوكاً معيناً بصفة مؤقتة لأنه يضعف الدافعية لأداء العمل، أن العقاب قد يؤدي إلى تعلم غير مقصود فيتعلم الطفل أن ينكر أفعالاً قام بها يتوقع أن يعاقب عليها هرباً من العقاب وقد يتكرر هذا الأمر فيصبح "عادة" لديه.

• **التعلم من النماذج:** يُشغل الاطفال بأفعال تشبه إلى حد كبير أفعال الاباء

والاقرباء وأبطال السينما والتلفزيون، وهو سلوك يبدو فيه التقليد أو المحاكاة بصور غريزية.

• **التقمص:** إن مفهوم التقمص له علاقة وثيقة بالتقليد، وأنه في أوقات كثيرة يعامل

المفهومين بصورة تبادلية.

3.1. العوامل المؤثرة في تنمية السلوك الاجتماعي:

* **الثقافة:** يتأثر الفرد في عمليات التنشئة الاجتماعية بالثقافة العامة للمجتمع الذي يعيش

فيه، وتشمل: المعتقدات والتقاليد، والعرف، والقواعد الأخلاقية والدينية، والقوانين والفنون والعلوم والمعارف، والتكنولوجيا.

* **الأسرة:** هي أهم وأقوى الجماعات الأولية وأكثرها أثراً في تنشئة الطفل وفي سلوكه

الاجتماعي، وفي بناء شخصيته، فالأسرة هي التي تهذب سلوك الطفل وتجعله سلوكاً اجتماعياً

مقبولاً من المجتمع، وهي التي تغرس في نفس الطفل القيم والاتجاهات التي يرتضيها المجتمع

ويتقبلها. وبذلك يمكن للطفل أن يمتص المعايير والقيم التي يعتنقها الآباء مما يساعد على عملية التطيع الاجتماعي.

فالفرء الذي حرم من الحب أثناء طفولته لا ينتظر منه أن يعطى حباً للآخرين، لأن فاقء الشيء لا يعطيه.

• العلاقة بين الوالدين: علاقة الوالدين بعضهما ببعض لها أهمية كبيرة في سلوك

الفرد فالسعادة الزوجية تحقق للأطفال تنشئة اجتماعية سليمة. تناحر الوالدين وصراعهما يعرض الطفل لصراع نفسي أليم، ويهدد أمنه وسلامة حاجاته للانتماء عندما يشهد هذا الصراع ويسمع ألفاظاً قاسية لا يستطيع أن يهرب من آثارها النفسية، فقد تؤدي هذه الخلافات بين الوالدين إلى أنماط من السلوك المضطرب لدى الأطفال كالغيرة والأناية والخوف وعدم الاتزان الانفعالي (العوامة، 2003، 59)

• العلاقات بين الوالدين والطفل: إن علاقة الوالدين بالطفل وكيفية معاملته تلعب دوراً

هاماً في تكوين سلوكه وشخصيته. فالطفل الذي تقوم علاقته بأبويه على أساس قدر من الإشباع المناسب للحاجات البيولوجية والنفسية نتوقع له شخصية مستقبلية سليمة تتوافر لها دعائم الاتزان الانفعالي والقدرة على التوافق والتعاون مع الآخرين، وعلى العكس من ذلك عندما تكون العلاقة بين الوالدين والطفل قائمة على الإفراط في الحب والتدليل والتصاق الطفل بأبويه فإنها ستفرز شخصية اتكالية مفرطة وأناية، تتميز بضعف الثقة بالنفس، وعدم القدرة على التعاون والتوافق مع

الآخرين. أما إذا كانت علاقة الأبوين بالطفل تقوم على الصرامة والقسوة أو عدم إشعار الطفل

بالحب، فإن ذلك يجعل الطفل ميالاً للشر والإيذاء، ويجعله يميل للتشاؤم أو عدم المبالاة أو

السلبية أو العدوان، وقد يصب الطفل عدوانه على الأسرة ذاتها أو على المجتمع

المدرسي (العولمة، 2003، 60)

كذلك تؤثر اتجاهات الوالدين على الأطفال من حيث تفضيلهما جنس على آخر، كتفضيلهما الذكور على الإناث، أو تمييزهما طفل على آخر لسمات أو أخرى يتميز بها على أخوته، كذلك التذبذب في المعاملة كأن يكون الأب صارماً قاسياً والأم صفوحة متسامحة أو مغالية في التدليل.

• العلاقة بين الإخوة: علاقة الإخوة بعضهم ببعض واتسامها بالانسجام والتوافق وعدم

الصراع له أثر كبير في نمو شخصية الأطفال، فعدم الغيرة وحب الإخوة بعضهم لبعض يقوم بغرسه الآباء بعدم التفرقة في المعاملة وعدم تفضيل طفل على آخر بسبب جنسه أو ترتيبه في الميلاد أو بسبب تميزه بالتفوق في سمات عقلية أو مزاجية، وقد أوضحت الدراسات التي أجراها "يفي" 1937 و"كوخ" 1965 تأثير الإخوة في عمليات التنشئة الاجتماعية لا سيما ترتيب الأخوة داخل الإطار الأسري، غير أن باحثين آخرين من بينهم "نيو كومب" أوضحوا أن ترتيب الطفل في الميلاد لا يكون له تأثير إذا كان أسلوب الوالدين في معاملة الأطفال أسلوباً تربوياً سليماً يقوم على تقبل الأبناء جميعهم دون التفرقة في معاملتهم وفي إشباع حاجاتهم.

• المدرسة:

المدرسة ضرورة اجتماعية لجأت إليها المجتمعات لإشباع حاجات تربوية وتعليمية عجزت عن

تأديتها بيئة الأسرة بعد تعقد الحياة. فأصبحت المدرسة مؤسسة اجتماعية متخصصة يلقن فيها

الطلاب العلم والمعرفة ونقل الثقافة من جيل إلى جيل ،المدرسة تسعى لتحقيق نمو الطفل جسماً

وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً مما يحقق إعداد الفرد وتنشئته التنشئة الاجتماعية السليمة ليكون مواطناً

صالحاً معداً للحياة. فعندما ينتقل الطفل من بيئة الأسرة إلى بيئة المدرسة يحمل معه الكثير من

الخبرات والمعايير الاجتماعية والقيم والاتجاهات التي تلقنها وتدرّب عليها في المنزل، فدور

المدرسة أساسي في إتمام ما أعده البيت. والمدرسة مجال رحب لتعليم الطفل المزيد من المعايير

الاجتماعية، والقيم والاتجاهات والأدوار الاجتماعية الجديدة بشكل مضبوط

ومنظم (منصوري، 27، 2008).

• جماعة الأقران والرفاق:

بنمو الطفل وخروجه من نطاق ودائرة الأسرة تتسع علاقاته الاجتماعية فبعد أن كان يلعب مع

أخوته وأقاربه يمتد هذا اللعب إلى جماعة الأقران والأنداد ويكون معهم علاقات وتفاعلاً اجتماعياً

من نوع جديد. فالتفاعل مع هذه الجماعات الجديدة يكون على قدم المساواة إذ أن جماعة الأقران

غالباً ما تضم أعضائها من نفس السن، وأحياناً من نفس الجنس. إن تأثير الأطفال بعضهم على

بعض له مميزاته وفوائده في تشكيل حياتهم الاجتماعية واكتسابهم الكثير من الخبرات المتنوعة،

وفي إشباع حاجاتهم النفسية مما يساعدهم على النمو الاجتماعي، فضلاً عن النمو النفسي.

فالطفل المحروم من صحبة أطفال آخرين يشاركهم اللعب، طفل معزول يعتبر في غربة ووحشة

ويحس بالضيق والملل الذي ينتاب حياته، ويعيش في عالم من الأوهام، في حين أن الطفل الذي له أصدقاء من الأطفال الآخرين يعيش في عالم واقعي مليء بالبهجة والسعادة (هاشم، 124، 2000)

• وسائل الإعلام : الكلمة المكتوبة، أو المسموعة، أو المرئية تحيط الأفراد بالمعلومات،

الأخبار، الأفكار والاتجاهات حيث تعمل هذه الوسائل بطرق متعددة لاستمالة الأشخاص

الذين توجه إليهم الرسالة دون وجود عمليات التفاعل الاجتماعي المباشر.

إن وسائل الإعلام تعكس نماذج متعددة من المشكلات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية بطرق

جذابة تشد الانتباه فتترك تأثيراً كبيراً على سلوك الفرد (بحي، 2003).

والآن بعد أن سلطنا الضوء على مفهوم السلوك السوي وكيف يتعلم الفرد هذا السلوك وفق النماذج

التي تم التطرق إليها، ننتقل إلى عرض مفهوم اضطرابات السلوك في المحاضرة القادمة.

4.1. معايير أو محكات الحكم على السلوك:

- التكرار: تكرار حدوث سلوك غير مرغوب. كالبكاء، أو الصراخ مثلاً .
- المدة: المدة المستغرقة أثناء القيام بالسلوك. كأن يكون هناك قصر في القدرة على الجلوس على المقعد، أو ثورات عصبية لمدة طويلة، تختلف عما هي عليه عند العاديين.
- الشدة: أي أن تكون شدة السلوك قوية جداً أو ضعيفة جداً .
- العمر: أي مناسبة السلوك الممارس للعمر الزمني للشخص.
- ثقافة المجتمع: فما هو مقبول في مجتمع ما، قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر .

- الموقف: كالضحك الشديد عند موت أحد الأقارب مثلا.

المحاضرة الثانية: اضطراب السلوك والسلوك الاجتماعي

تمهيد:

اختلف العلماء في تحديد مفهوم موحد للاضطرابات السلوكية، وهذا راجع لأن كل اتجاه حاول إعطاء تسمية لهذا المصطلح انطلاقا من زاوية تخصصه. لذلك سنتناول في هذه المحاضرة أهم التسميات التي أطلقها العلماء على مصطلح الاضطرابات السلوكية، كما سنتطرق إلى أشهر تعريفاته، ثم إلى معايير أو محكات ونسبة انتشار أو شيوع هذا الاضطراب.

1.1. مفهوم الاضطرابات السلوكية:

إن المصطلحات التي تشير إلى الاضطرابات السلوكية متعددة، وذلك لاختلاف الأخصائيين النفسيين والقانونيين، والعلماء التربويين، والأطباء، وعدم الاتفاق على تعريف واحد. "وذلك راجع لاختلاف المعيار المستخدم، كما أنه لا يوجد اتفاق على تعريف الصحة النفسية، وأنه قد ترتبط اضطرابات السلوك بوجود إعاقة مصاحبة، مما قد يصعب من تحديد هل الاضطراب

السلوكي ينتج عن الإعاقة؟ أم هو سبب في هذه الإعاقة؟" وهذا ما جعلهم يطلقون تسميات مختلفة، ومن هذه التسميات أو المصطلحات ما يلي:

- الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders
- الاضطرابات الانفعالية Emotionally Disorders
- الإعاقة الانفعالية Emotionally Handicap
- سوء التكيف الاجتماعي Social Maladjustment
- مشاكل التكيف Adjustment Problems
- الجنوح "Delinquent". (سامر، 2009، ص139).

وعلى الرغم من استخدام مختلف التسميات السابقة، إلا أن المشهور منها والمنتشر، هو مصطلح الاضطرابات السلوكية، ذلك أنه أشمل من غيره من التسميات، وأنه يصف السلوك الظاهر، وأنه لا يتضمن افتراضات مسبقة حول أسباب الاضطراب.

إذن الاضطرابات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية، أو الإعاقة الانفعالية، كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون وبشكل متكرر أنماطا منحرفة أو شاذة من السلوك عما هو مألوف أو متوقع. وإن تعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، وكذلك اختلاف تفسيراتهم حول طبيعة هذا الاضطراب وأسبابه وعلاجه، بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه

وتداخله مع اضطرابات أخرى جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات ومسميات دون غيرها للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص.

إلا ان التوجهات الحديثة في مجال التربية الخاصة تميل إلى استخدام مصطلح اضطرابات السلوك لأسباب متعددة أهمها، أن هذا المصطلح أعم وأشمل من غيره من المصطلحات والمسميات الأخرى. إذ يشمل قطاعا واسعا من أنماط السلوك، بالإضافة إلى أنه يصف السلوك الظاهر الذي يمكن التعرف عليه بسهولة، كما ان هذا المصطلح لا يتضمن افتراضات مسبقة حول اسباب الاضطراب، وبالتالي فهو مفيد للمعلم أكثر من المصطلحات الأخرى مثل الاضطرابات الانفعالية التي تعتمد على تصنيف الطب النفسي في النظر إلى الشذوذ وترى أن سبب الاضطراب داخلي، بالإضافة إلى ما يتضمنه هذا المصطلح من وصم اجتماعي وتحيز ضد الوالدين باعتبارهم سبباً في اضطراب أبنائهم نتيجة عوامل التنشئة الاسرية، علماً بأن المضطربين انفعاليا هم قلة مقارنة بالفئات الأخرى التي يتضمنها مصطلح اضطراب السلوك (القمش، وآخرون، 2007).

نستخلص مما سبق ان كل التعاريف تتفق على أن اضطراب السلوك هو رسالة وأحد أوجه التعبير عن حل لصراع داخلي، إنه طلب اهتمام وتفهم. وفي كل الاحوال تدل الاضطرابات السلوكية عن القصور في عملية السيطرة المنسجمة على الذات في إطار تطور الشخصية السليم والتناغم الاجتماعي (الزغبى، 2005).

قلنا سابقا أنه ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك ، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية:

- عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك "السوي" أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية.

- عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات لتحديد السلوك المضطرب.
- تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.
- التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الأشخاص الذي قد تتبناه مجموعة أو أكثر في المجتمع في الحكم على اضطراب السلوك.
- ظهور اضطرابات السلوك لدى فئات الإعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحياناً تحديد هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الإعاقة التي يعاني منها الشخص أم هي سبب في تلك الإعاقة (منصوري، 2008).

2.1. تعريف اضطراب السلوك الاجتماعي:

* يعرف "بور" اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الاطفال

المضطربون يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.

- مزاج عام من الكآبة والحزن.
 - الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية.
- أما "كوفمان" فيعرف الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً.
- كما يعرف "رينرت" الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين ، بينما يرى "روس" أن الاضطراب النفسي يظهر عندما يقوم الطفل بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي بحيث أنه يحدث بتكرار وشدة حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك (الروسان، 2001).

3.1. نسب انتشار اضطرابات السلوك:

- لا توجد تقديرات دقيقة حول انتشار اضطرابات السلوك وذلك بسبب الاختلاف في استخدام التعريفات وكذلك بسبب الاختلاف في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، ثم أيضاً بسبب الاختلاف في الطريقة أو المنهجية المستخدمة للوصول إلى النسب المختلفة، وأخيراً يمكن أن تختلف النسب لوجود الضغوط الاجتماعية أو الاقتصادية المتعلقة بتقديم الخدمات والبرامج التربوية إما زيادة هذه النسبة أو التقليل منها، من هنا فإن الدراسات المختلفة تشير إلى تفاوت نسب الانتشار العالمية لاضطرابات السلوك من 0.1% إلى 30% من الاطفال في سن المدرسة.
- إنه من الواضح أن هناك بعض النسب متحفظة ولا تشمل إلا الحالات الشديدة،

والبعض الاخر غير متحفظة تشمل الاضطرابات بدرجات متوسطة وبسيطة. فمن النسب

المتحفظة ما يشير إلى 2% أو 3% من الاطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات في

السلوك، أو النسب غير المتحفظة والمعقولة ايضا فتشير إلى أن النسبة يمكن أن تتراوح بين 3% إلى 10% من الاطفال في سن المدرسة.

• أما فيما يتعلق بالمقارنة بين نسب انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور مع نسب

الانتشار لدى الاناث فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق

نسبة انتشارها لدى الاناث حيث تتراوح هذه النسبة 12% وفي بعض الدراسات 15%، هذا

وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك لدى كل من الذكور والاناث، فبينما يميل الذكور إلى السلوك

العدواني والاندفاع والسلوك الموجه نحو الآخرين تميل الاناث إلى الخجل والقلق والانسحاب

الاجتماعي.

• أما ارتباط اضطرابات السلوك مع العمر فتشير الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات

تكون قليلة في الصفوف الاولى وتزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في

الصفوف العليا(الروسان،2001).

4.1. محكات الحكم على الاضطرابات السلوكية:

مع كل الصعوبات السابقة في الوصول إلى تعريف محدد للمقصود باضطرابات السلوك، إلا

أن هناك محاولات عديدة للتغلب على هذه المشكلة، وذلك بمحاولة الاحتكام إلى عدد من

المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ.

ولقد اقترح كل من (Clarizio & Mccoy) بعض المحكات التي تستخدم في تقييم تعريفات

الاضطراب السلوكي وهي: المستوى النمائي، والجنس، والبيئة الثقافية التي يعيش فيها الفرد،

ومستوى التسامح لدى العاملين على الرعاية. (سيد، 2018، ص31).

كما حدد آخرون معايير أخرى للحكم على السلوك. "وقد اعتبرت الفرد مضطرباً انفعالياً وسلوكياً،

عندما يتصف بوحدة أو أكثر من الصفات التالية، والتي تستمر لديه فترة طويلة تتجاوز الثلاثة

أشهر، بحيث تؤثر سلباً في قدرات التحصيل لديه:

• عدم القدرة على ربط علاقات اجتماعية وتكوين الصداقات مع الأقران والآخرين،

والاستمرار في مثل هذه العلاقات.

• التصرف غير اللائق في المواقف الحياتية والاجتماعية، والانشغال في ممارسة أنماط

سلوكية غير ناضجة ومؤذية، بحيث لا تتناسب والمرحلة النمائية التي يكون فيها.

• عدم القدرة على التعلم والاكساب، بالرغم من عدم وجود عوائق جسمية أو حسية أو

عقلية تحول دون ذلك.

• تقلب المزاج والشعور بعدم الاستقرار والراحة والسعادة.

• الميل إلى إظهار بعض المشكلات الجسمية كالشكوى المتكررة من الآلام،

- وكذا بعض المشكلات الانفعالية كالخوف والقلق بالإضافة إلى المشكلات الأكاديمية الأخرى".
(سيد، 2018، ص39).

ان السلوك المضطرب أو الشاذ هو خبرة انسانية عامة، يوجد لدى الناس جميعا، كما أن الاشخاص الذين يوصفون بأنهم مضطربون في السلوك يظهرون أيضاً سلوكيات توصف بأنها طبيعية أو عادية، ولكن الفرق الاساسي هنا هو في تكرار حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الشاذ، ومدة القيام به وشدته بالإضافة إلى طوبوغرافيته، فالتكرار كمحك للحكم على اضطراب السلوك يشير إلى أن تكرار السلوك غير المرغوب فيه عما هو مألوف أو متوقع يعتبر شاذاً أو مضطرباً، أما المقصود بالمدة، فهي المدة التي يقضيها الطفل بالقيام بالسلوك المحدد، فالثورات العصبية للأطفال المضطربين مدتها أطول وانتباههم لمدة أقصر، أما شدة السلوك فيشير إلى أن السلوك يعتبر مضطرباً إذا كانت شدته متطرفة بمعنى أن يكون السلوك قويا جداً أو ضعيفاً جداً. أما المقصود بالطوبوغرافية فهو الشكل الذي يأخذه الجسم عند تأدية السلوك، فالاطفال المضطربون يمكن أن يصدر عنهم سلوك حركي يظهر على أشكال معينة قلما تصدر عن أقرانهم غير المضطربين (العزة، 2002).

بالإضافة إلى هذه المحكات في الحكم على اضطراب السلوك أو عدمه، فإن هناك عناصر يتفق عليها الباحثون وهي الأخذ بعين الاعتبار عوامل مثل عمر الشخص الذي قام بالسلوك، والموقف الذي حدث فيه السلوك، ومدى ملائمة هذا السلوك لثقافة المجتمع الذي يوجد فيه الشخص، وعادة ما نلجأ إلى وصف أشكال السلوك الاجتماعي بأنها ملائمة أو غير ملائمة. ويختلف الحكم على

ما إذا كان السلوك ملائماً أو غير ملائم من معلم إلى آخر، ومن أحد الآباء إلى آخر، ويتوقف

كل ذلك على الموقف الذي يحدث فيه السلوك، وعلى الطفل المعين الذي يصدر عنه هذا

السلوك(مصطفى،2011).

فالسلوك الذي يعتبر ملائماً بالنسبة لأحد الأطفال في احد المواقف قد ينظر إليه على أنه غير

ملائم كلية عندما يصدر عن طفل آخر في موقف مختلف. وكأي شكل من الأشكال الأخرى

للسلوك، فإن السلوك الاجتماعي سلوك متعلم، فالطفل لا يولد وهو مزود بمخزون ملائم من

السلوك، ولكن يتعلم الطفل السلوك من خلال المحاولة والخطأ في البداية أو من خلال التقليد أو

عن أي طريق آخر. وعندما يقوم الطفل بتجريب سلوك ما للمرة الأولى فإنه لا يعرف الآثار

والنتائج المترتبة على هذا السلوك. فإذا حدث وجاءت الآثار والنتائج من النوع الذي يحمل شكلاً

من أشكال الإثابة للطفل فإن ذلك يجعله يميل إلى تكرار السلوك. أما إذا جاءت الآثار والنتائج

من النوع الذي لا إثابة فيه، فإن ذلك يجعل الطفل لا يميل إلى تكرار هذا السلوك. وإذا كانت

نتائج الآثار المترتبة على السلوك مؤلمة وغير سارة بشكل أو بآخر بالنسبة للطفل، فإن ذلك

يؤدي إلى خفض احتمالات تكرار هذا السلوك(الزغبى،2005).

5.1. خصائص الأشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك:

• **الذكاء:** خلافاً للاعتقاد الخاطئ السائد من أن الاطفال الذين يظهرون اضطرابات في

السلوك أذكىء ، إن معظمهم يحصلون على معاملات ذكاء أقل من المتوسط مقارنة بأقرانهم غير

المضطربين، فمتوسط ذكائهم لا يزيد عن 90 وإن الكثير منهم يقع ذكائهم في حدود بطء التعلم أو

التخلف العقلي البسيط. كما أن الكثير من المضطربين بدرجة شديدة من الصعب حتى تطبيق

اختبارات الذكاء عليهم ومتوسط من يمكن تطبيق الاختبار عليه لا تزيد عن 50 درجة، وهناك

حالات نادرة من هؤلاء ممن يحصلون معاملات ذكاء عالية، وربما يعود ذلك إلى أن الاضطراب

يؤثر على توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم المهمات التي تتضمنها اختبارات الذكاء. من هنا فإن

اختبارات قد لا تعتبر مناسبة لقياس ذكائهم وذلك

باعتبارها متحيزة ضدهم ولا تعطي مؤشرات دقيقة عن ذكائهم الحقيقي الذي يتأثر حتم

بالاضطراب.

• **التحصيل:** إن معظم الأشخاص المضطربين تحصيلهم الاكاديمي في المدرسة منخفض

مقاسا باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية، إن الكثير من الأطفال الذين يعانون

من الاضطرابات الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الاكاديمية الاساسية التي تشمل القراءة والكتابة

والحساب، والقليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها

في الحياة اليومية (العزة، 2002، 49).

6.1. تصنيف اضطرابات السلوك:

إن النظام التصنيفي الأكثر استخداماً من قبل الاطباء النفسيين لاضطرابات السلوك هو الذي

ظهر في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) الصادر عن الرابطة

الاميركية للطب النفسي (APA) ففي أحدث مراجعة لهذا الدليل تصنف الاضطرابات تحت عنوان

الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة كما يلي:

- في الجانب الذكائي ويشمل: التخلف العقلي
- الاضطرابات السلوكية وتشمل: اضطرابات الانتباه، واضطرابات التصرف.
- الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
- الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية واضطرابات أخرى.

- الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد

(حسون، 2004). ولكن النقد الموجه لهذا النظام هو أنه يصنف اضطرابات الاطفال على

أنها اضطرابات عقلية، وهو كذلك يعتمد على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات

السلوك والتي تركز في الاساس على العوامل الداخلية كأسباب للاضطراب كما هو الحال

بالنسبة للأمراض الجنسية.

أما النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك فيعتمد على وصف سلوكي للبعد أو

مجموعة الابعاد، ومن الامثلة على ذلك تصنيف كوفمان حيث يصنف اضطرابات السلوك

إلى ما يلي:

* الحركة الزائدة، والتخريب، والانذفاعية.

* العدوان.

* الانسحاب، وعدم النضج والشخصية غير المناسبة.

* المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف (حسون، 2004).

بينما استخدم "كوي" حسب (يحي، 2003) أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف

يعتمد وضع الصفات في مجموعات متجانسة حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

***اضطرابات التصرف:** وتتضمن عدم الطاعة، الازعاج، المشاجرة مع الاخرين،

السيطرة، الزعامة، ثورات الغضب.

***اضطرابات الشخصية:** وتتضمن الانسحاب الاجتماعي، القلق، الاكتئاب، الشعور

بالنقص، الشعور بالذنب، الخجل وعدم السعادة.

***عدم النضج:** ويتضمن قصر مدى الانتباه، السلبية الشديدة، أحلام اليقظة،

تفضيل اللعب مع الاطفال الاصغر سناً، عدم الرشاقة.

***الانحرافات الاجتماعية:** وتتضمن الهروب، الانضمام إلى عصابات، السرقة،

والغرور، وهناك ميل عند **بعض الباحثين** بتصنيف اضطرابات السلوك اعتماداً

على **شدة الاضطراب** حيث تصنف إلى:

***اضطرابات السلوك البسيطة.**

***اضطرابات السلوك متوسطة الشدة.**

***اضطرابات السلوك الشديدة، وهذه تشمل حالات الذهان الطفولي أوفصام الطفولة.**

وهناك تقسيم آخر للاضطرابات هي:

• **الاضطرابات الوظيفية مثل سلس البول، فقدان الشهية أو الشرهية، الارق.**

• **الاضطرابات الذهنية وهي الحالات التي ينتج عنها قصور في الانتاج الفكري، كالكبت**

الفكري، عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة، وهذا كله يؤدي الى التأخر الدراسي والهروب من المدرسة.

- الاضطرابات السلوكية: الكذب، السرقة، العدوانية، اضطراب السلوك الجنسي، الجنوح (يحي، 2003).

إن المطبوعة البيداغوجية الحالية تعتمد على التقسيم المذكور سابقا لأنه المعتمد عليه في المقرر الوزاري (انظر الملحق رقم 2) حيث سندرس الاضطرابات السلوكية التالية: العدوانية، الاضطرابات الجنسية عند الراشد (الجنسية المثلية، اشتهاؤ الأطفال، اضطراب الهوية الجنسية،.....)، الجنوح والانحراف، السرقة عند الطفل، الكذب عند الطفل.

المحاضرة الثالثة: الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطرابات السلوك

1. الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطرابات السلوك:

إن الاختلاف في تحديد اضطرابات السلوك وأسبابها وتفسير تشوئها وبالتالي طرق علاجها يرجع في الأساس إلى وجود أكثر من اتجاه نظري يستند إليه الباحثون، هذه الاتجاهات هي بمثابة النظرية والفلسفة التي يبتناها علماء النفس في تعريف السلوك العادي وغير العادي.

يوجد عدد من هذه الاتجاهات ولكن الاتجاهات التي تعتبر حديثة، وتلاقي قبولا لدى الكثير من

الباحثين هي : الاتجاه البيوفيزيائي، الاتجاه الدينامي، والاتجاه السلوكي والاتجاه البيئي، وفيما يلي عرض لهذه الاتجاهات (كوافحة، 2003).

1.1. الاتجاه البيوفيزيائي:

إن تأثير النواحي الفسيولوجية على الشخصية والسلوك كانت قد عرفت منذ القدم. بعض

الباحثين أشاروا إلى أهمية الوراثة في تقرير الفروق في الشخصية كما إن العلاقة بين التغذية

واضطرابات الشخصية كانت قد درست في الخمسينات كذلك العلاقة أو الربط بين التلف العصبي

والمشكلات التعليمية كانت قد درست من قبل " سترأوس وويرنر " (Struss & Werner) سنة

1933 (القاسم وآخرون، 132، 2000) الذين طوروا إجراءات تربوية للتدخل مع الأطفال المصابين

بتلف في الدماغ.

إن العلاقة التبادلية بين النفس والجسم أو بين الجوانب البيوفيزيائية والبيئة معترف بها ومؤكدة

ليس من قبل هذا الاتجاه فحسب بل أيضا من قبل الاتجاهات الاخرى في علم النفس، لكن الفرق

هو أن الاتجاه البيوفيزيائي يركز على النواحي البيوفيزيائية على أنها السبب الأولي وإنما هي

الجوانب التي يجب التدخل فيها عند معالجة الاضطرابات النفسية، وبناء على هذا الاتجاه، فإن

على المعلم أن يتوقع اختلاف في شخصيات الاطفال وفي تعلمهم وفي سلوكهم وذلك بناء على

اختلافهم في النواحي البيولوجية، لذلك يجب أن تعدل البيئة التعليمية.

إن الاتجاه البيوفيزيائية يعتبر أن السلوك المضطرب هو سلوك يظهر عن عوامل بيوفيزيائية وهذه

العوامل ترجع إلى:

- الوراثة
 - النواحي البيئية التي تؤثر على النمو
 - الحوادث والامراض خلال الولادة أو في وقت بعدها
- ينادي أصحاب هذا الاتجاه بأن السلوك الذهاني هو نتيجة لعدم التوازن البيولوجي الكيماوي الذي يؤثر على وظائف الفرد العصبية، مجموعة أخرى من الباحثين وجدوا أن الحساسية أو التحسس من بعض أنواع الطعام أو المأكولات يمكن أن يؤدي إلى سلوك ذهاني.

ومن هنا فالنقاط التالية يجب أن نأخذها بعين الاعتبار:

- السلوك المضطرب يمكن أن يكون مسبباً بشكل مباشر بالوضع الجسمي غير الطبيعي.
- الاجراءات والادوات التربوية يمكن أن تعدل لتعويض المشكلات الجسمية للطلبة.
- التدخل الطبي يمكن أن يكون ضرورياً وجزءاً مهماً من خطة التدخل العامة.
- اخصائيون مثل المعالج المهني ومعالج النطق وغيرهم يمكن أن يكون لهم دور في التدخل.
- معظم التشخيص البيوفيزيائي يتم من قبل الاشخاص الذين لهم علاقة بالطب.

2.1.الاتجاه الدينامي:

إن أهم مساهمة للنظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية

المحددة وزيادة الاعتقاد بقدرة الانسان لتعلم السيطرة على دوافعه، والقيام بسلوك اجتماعي، وعن

طريق تعديل الدوافع الداخلية يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي والايجابي والتكيف

للبيئة(الروسان، 2001).

تعتبر النظرية الدينامية أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك. وبشكل عام، فإن

دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الاكثر بين الباحثين(نظرية فرويد)، ولكن حديثا

فإن الحب، وتحقيق الذات، والمشاركة، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك (نظريات روجرز

وماسلو)، إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى والامور الداخلية

التي تؤثر على سلوكنا.

بالاضافة إلى ذلك، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير، ثم إن السلوك الذي يظهر

بأنه شاذ يمكن أن يكون عادياً للطفل في مرحلة نمائية محددة. كذلك فإن سلوك الطفل في أي

موقف، هو دليل على نزعات وحاجات قوية داخلية.

إن أصحاب هذا الاتجاه يفترضون بأن الاطفال المضطربين يختلفون من حيث الدرجة وليس من

حيث النوع عن الاطفال غير المضطربين فالاضطراب ينظر إليه على أنه صفة عادية ولكنها

مبالغ فيها(الروسان، 2001).

يظهر السلوك المضطرب على أنه ينشأ من عدم التوازن بين نزعات واندفاعات الطفل وبين

نظام الضبط لديه. وعندما يكون الضبط غير مناسب، فإن سلوك الطفل يصبح عدواني ا مشتت

وغير متنبأ به. وعندما يكون الضبط صارماً جداً فإن الطفل يحاول كف سلوكه باستمرار ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه. لذلك، فإن تكتيكات التدخل تساعد الطفل أن يطور ضبط مناسب لنزعاته.

يقوم أصحاب الاتجاه الدينامي بعملية التشخيص وذلك للحصول على المعلومات التي يجب أن تكون مفيدة في تصميم تدخل مناسب. فالأخصائي هنا مهتم بتاريخ الطفل كما هو مهتم بالموقف الحاضر، وعادة ما يشترك بعملية التشخيص أكثر من مختص مثل: أخصائي علم النفس، الباحث الاجتماعي، المعلم، أخصائي الاعصاب وآخرون. تجمع المعلومات من مصادر متعددة حيث يقابل الطفل وكذلك والديه ويطلب من المعلم أيضاً أن يشارك بملاحظاته عن سلوك الطفل، ويمكن أن يكون الفحص الطبي مطلوباً في بعض الحالات ومعلومات أخرى يمكن الحصول عليها من سجلات المدرسة ومن الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء والشخصية (الزغبي، 2001). إن أهداف التدخل الدينامي داخلية عن طريق تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين، وسلوكي عن طريق تغيير في سلوك الطفل، وبيئي عن طريق تغيير في المواقف أو الأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل فمن الاهداف الداخلية:

- تحسين فكرة الفرد عن ذاته.
- مساعدة الطفل أن يكون مستقلاً وموجهاً من قبل ذاته.
- مساعدة الطفل أن يفهم نفسه وأن يفهم الآخرين.

أما الاهداف السلوكية فهي:

- مساعدة الطفل أن يعبر عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعياً.
 - مساعدة الطفل في ضبط اندفاعاته السلبية.
 - تشجيع الطفل على أن يعبر عن نزعاته الايجابية وأن يطور سلوكاً اجتماعياً مقبولاً.
- أما الاهداف البيئية فهي:

- تزويد الطفل بمصادر انفعالية ضرورية لنموه.
- تزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ولتطوير سلوكيات إيجابية. واعتماداً على وجهة النظر الدينامية، فإن الاهداف الداخلية والسلوكية والبيئية هي أهداف متداخلة (الزغبى، 2001).

3.1. الاتجاه السلوكي:

يعتمد هذا الاتجاه على نتائج الابحاث التي توصل إليها علماء نفس التعلم المحدثين، ولكن

المبادئ الاساسية لهذا الاتجاه ليست جديدة، أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون أن معظم السلوك هو نتيجة لتعلم سابق، ولهذا، فإنهم مهتمون بمعرفة كيف ولماذا يحدث التعلم.

- الاشرط الاستجابي الذي هو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلاً على استجرا الاستجابة من

العضوية نتيجة تكرار اقتران هذا المثير مع المثير الاصلي (بافلوف وواطسن).

- الاشرط الاجرائي (سكنر) تكون فيه العضوية حرة تقوم بالسلوك بشكل إرادي، ولكن توابع هذا

السلوك هي التي تحدد احتمال قيام العضوية بالسلوك في المستقبل، فإذا كانت التوابع إيجابية زاد

احتمال السلوك، وإذا كانت سلبية قل هذا الاحتمال.

إن الاستجابات يمكن أن يتم تعلمها عن طريق ملاحظة نموذج ما، وهذا ما يسمى بالتعلم بالملاحظة أو بالنموذج (نظرية باندورا).

هناك الكثير من الباحثين في الاتجاه السلوكي الذين لهم مساهمات مفيدة حول تطور هذا الاتجاه وتقدم الباحث فيه، ولكن تبقى أنواع التعلم الثلاث الاشرط الكلاسيكي، والاشراط الإجرائي، والتعلم بالملاحظة أو التقليد هي من أنواع التعلم الأساسية (كوافحة، عبد العزيز، 2003)، ينظر إلى الانسان في هذا الاتجاه على أنه عضوية بيولوجية يجب أن تتفاعل مع البيئة من أجل البقاء وينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم، إن السلوك المنحرف يتضمن منظومة من الاستجابات غير الفعالة في التعامل مع المشكلة أو التي لها تأثيرات جانبية غير مرغوب فيها، إن توابع مثل هذه السلوكات تتضمن عادة الفشل، الانسحاب، الذهول، الخوف، والقلق، وحيث أن السلوك المنحرف أو الشاذ سلوكا متعلما لذا يجب فحص بيئة الطفل عن كثب. والعوامل البيئية لا تثير فقط الاستجابات، ولكنها أيضا تحافظ على إدامة هذه الاستجابات عن طريق تعزيزها. وإن الأطفال غالبا ما يتعلمون سلوكا غير مرغوب فيه بسبب أن الوالدين أو المعلمين يعززون مثل هذا السلوك، أو أن الاطفال يفشلون في تطوير سلوكات مناسبة لأعمارهم بسبب أن هذه السلوكات كانت قد عززت. كذلك يمكن أن يقوم الاطفال بسلوك منحرف أو شاذ بسبب عدم معرفتهم بالذي يجب عليهم القيام به نتيجة المعاملة غير الثابتة أو غير المتوازنة (العزة، 2002، 67).

يشمل التشخيص اعتمادا على وجهة النظر السلوكية عددا من الخطوات هي:

*السلوك المستهدف: أي ما هو السلوك المقصود، إذ يجب وصف السلوك بمنظومة من

الاستجابات الملاحظة.

- هل هو زيادة في السلوك: هل يحدث كثيراً، أو لمدة طويلة، أو تحت ظل ظروف غير مناسبة.

- هل هو نقص في السلوك: هل يفشل في الحدوث عندما يجب أن يحدث. وإذا كان سلوكاً جديداً هل يمكن تجزئة هذا السلوك إلى عناصر صغيرة أو إلى خطوات يسهل تعلمها.

- عدد مرات حدوث السلوك: تسجيل تكرار حدوث السلوك في الوقت الحالي

*البيئة: وتتضمن وصف جميع الأبعاد التي لها علاقة بالبيئة:

- كم مرة يحدث أو كم مرة يجب أن يحدث.

- أين ومتى يحدث أو يجب أن يحدث.

- ماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث.

- ماذا يحدث مباشرة بعد أن يحدث.

- من هم الأشخاص أو الأشياء التي لها علاقة بالسلوك وبأي طريقة تلك العلاقة.

- ما هي احتمالات التعزيز في الموقف.

*الفرد: معلومات محددة عن الفرد وتشمل:

- خصائص الفرد، مهاراته، هواياته، إمكانياته التي يمكن أن تساعد في تعديل سلوكه.

ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات عن طريق الاختبارات النفسية.

- ما هي حالات الاعاقة التي يمكن أن تحد من تحقيق الأهداف السلوكية.

- ما هي المعززات التي كانت مستخدمة بفاعلية في الماضي.

إن التشخيص السلوكي يمكن أن يقوم به أي فرد له ألفة بالموقف وسبق له أن تعلم

الملاحظة وقياس متغيرات محددة في المواقف. كثيراً من معلمي المدرسة قد تعلموا مثل

هذه المهارات الضرورية لعملية التشخيص السلوكي.

إن الخطوة الأخيرة في عملية التشخيص هو وضع أهداف لعملية التدخل، وفي الاتجاه

السلوكي يوجد هدفان:

*التقليل من حدوث السلوك غير المناسب أو السلبي في موقف ما.

*زيادة حدوث السلوك المناسب أو الإيجابي في موقفاً. (الروسان، 2001).

4.1. الاتجاه البيئي:

إن الذين يتبنون الاتجاه البيئي يشيرون إلى أن القوى الداخلية والخارجية معاً يجب أن يعترف بها

على أنها قوى أساسية وأن تفاعل هذه القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك،

واعتماداً على وجهة النظر البيئية، فإن السلوك هو نتاج التفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع

الفرد وبين الظروف في الموقف، وإن تخصص أو ميدان عالم البيئة الأساسي هو الذي يحدد

الطريقة التي تفسر بها القوى الداخلية وتفاعلها مع الموقف. فمثلاً عالم الاجتماع البيئي يركز على

تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الافراد. علماء البيئة الأطباء ينظرون أولاً إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا وبين بيئته. أما العلماء البيئيون التحليليون فإنهم يركزون على التفاعل الأسري مبتدئين بالتفسير التحليلي لشخصية الفرد ويطبقون هذا النموذج على نمط التفاعل بين أفراد الأسرة وهكذا، فإن علماء البيئة الانسانيون لا يقدمون نظرية يعتمد عليها في تفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها. وجميع التأكيدات في هذا المجال هي حول التفاعل بين الفرد وبيئته.

ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الانحراف على أنه عدم توافق بين سلوك الفرد والبيئة مع اختلافهم في التركيز على العوامل البيئية أو التركيز على خصائص الفرد.

من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها. معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة. كذلك يحاول المهني في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف (القاسم، وآخرون، 2000).

الوحدة الثانية: العدوانية والسلوك العدواني

الهدف العام للوحدة

أن يفهم الطالب معنى السلوك العدواني وتأثيراته على الفرد والمجتمع.

الأهداف الإجرائية للوحدة

- أن يفهم معنى السلوك العدوان والاسس النفسية للسلوك العدواني، ويفهم جيدا الفرق بين العدوانية الموجهة نحو الذات والعدوانية الموجهة نحو الآخر.
- أن يتعرف على أسبابه وعوامله.
- يطلع الطالب على النظريات المفسرة للسلوك العدواني.
- يتعرف على أنواع وأشكال السلوك العدواني.
- يطلع كذلك على أساليب علاج السلوك العدواني.

المحاضرة الأولى: العدوان والسلوك العدواني

تمهيد

العدوان سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر أو الأذى بالغير وقد ينتج عن العدوان أذى يصيب إنسان أو حيوان كما قد ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات ويكون الدافع وراء العدوان دافع ذاتي. وسنتعرف في هذه المحاضرة على السلوك العدواني وأسبابه أو عوامله.

1.1. تعريف العدوان:

يعرف سيزر (Seasar) العدوان على أنه استجابة انفعالية متعلمة تتحول مع نمو الطفل وبخاصة في سنته الثانية إلى عدوان وظيفي لارتباطها ارتباطاً شرطياً بإشباع الحاجات. كما عرف كيلى (Kelley) العدوان: أنه السلوك الذي ينشأ عن حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث الحالية، وإذا دامت هذه الحالة فإنه يتكون لدى الفرد إحباط ينتج من جرائه سلوكيات عدواني من شأنها أن تحدث تغيرات في الواقع حتى تصبح هذه التغيرات ملائمة للخبرات والمفاهيم التي لدى الفرد (محمد عبد الجواد، 2009).

ويعرف فيشباخ (Feshbach) العدوان أنه هو كل سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص آخر أو إتلاف لشيء ما، وبالتالي فالسلوك التخريبي هو شكل من أشكال العدوان الموجه نحو الأشياء. أما البرت

باندورا (Bandura) يعرف العدوان :بأنه سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، وهذا السلوك يعرف اجتماعياً على أنه عدواني(محمد عبد الجواد،2009).

2.1. مفهوم السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني أحد الموضوعات التي اختلف العلماء في تحديد مفهومها تحديداً دقيقاً بل أن "ألبرت باندورا" وهو أكثر الباحثين في المجال العدواني اعتبر دراسة السلوك العدواني من الموضوعات المعقدة التي لا يمكن تحديدها من جانب الدلالة اللفظية(وائل السباعي،2010).

لفهم شامل للسلوك العدواني اخترنا عدة تعاريف تطرقت إليه وهي كالتالي:

فقد عرف "باص، BASS" أي شكل من أشكال السلوك الذي يتم توجيهه إلى كائن حي آخر ويكون هذا السلوك مزعجاً له " بين هذا التعريف أن السلوك العدواني هو كل سلوك مزعج،

وعرف "لين، LINN" هو فعل عنيف موجه نحو هدف معين وقد يكون هذا الفعل بدنياً أو لفظياً

وهو بمثابة الجانب السلوكي لانفعال الغضب والهيجان والمعدات. (عبدالقوي،28،1995). لقد أشار

هذا التعريف إلى نوعين من السلوكيات العدوانية وهو اللفظي والبدني بالإضافة إلى أنه أشار بان

للسلوك العدواني هدف محدد، وعرف "واطس (WATSON)" هو مجموعة من المشاعر

والاتجاهات التي تدل على الكراهية والغضب والسخرية من الآخرين ويأخذ العدوان أشكالاً متعددة

قد تكون خفية في حالة توجيهها بسلطة ما أو تكون عنادا عبوسا في وجه الآخرين (عبدالقوي،28،1995).

يدل هذا التعريف على أن السلوك العدواني ينبع من المشاعر ويشمل الاتجاهات أيضا، وعرفه "شابلين" على أنه هجوم أو فعل معادي موجه نحو شخص أو شيء وهو إظهار الرغبة في التفوق على الأشخاص الآخرين ويعتبر استجابة للإحباط ما كما يعني الرغبة في الاعتداء على الآخرين أو إيذائهم والاستخفاف بهم السخرية منهم بأشكال مختلفة بغرض إنزال العقوبة بهم ". وعرف فاخر عاقل السلوك العدواني هو أفعال ومشاعر عدوانية وهو حافز يثيره الإحباط أو التثبيط أو تسببه الإثارة الغريزية، وعرف "سعدية بهارون " السلوك العدواني بأنه السلوك الهجومي الذي يصاحب الغضب، وهو السلوك الذي يتجه نحو إحداث إصابة مادية لفرد آخر (عبدالقوي،28،1995).

بينما يرى فرويد أن السلوك العدواني هو نتيجة وجود غريزة فطرية هي المسئولة عن هذا السلوك، وأن العدوان رد فعل طبيعي، لما يواجه الفرد من احباطات.(عبد الخالق،رمضان،2001) من خلال التعاريف السابقة يمكننا استنتاج مفهوم السلوك العدواني على النحو التالي: السلوك العدواني هو ذلك السلوك الذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى والضرر المادي أو المعنوي بالآخرين أو بالذات والى تخريب لممتلكات الذات أو الآخرين .

3.1. أسباب السلوك العدواني:

أن السلوكيات الإنسانية لا يمكن حدوثها إلا بتوفر جملة من الأسباب و إذا ما تكلمنا عن السلوك العدواني فإننا نجد أن هناك عدة عوامل تتداخل لتوفر السبب والفرصة لحدوث مثل هذه السلوكيات العدوانية فهناك أسباب نفسية وأخرى اجتماعية وأخرى بيولوجية ومن خلال هذا المبحث نحاول عرض هذه الأسباب بالتفصيل.

1.3.1. الأسباب النفسية:

إن الأسباب النفسية متعددة ومتنوعة ونأخذ منها الحرمان والإحباط والغيرة والشعور بالنقص.

- **الحرمان:** فهو شعور ينتج عن عدم إشباع رغبة معينة وقد يكون مادي كما يمكن أن يكون معنوياً.

ويعتبر الحرمان من بين احد الأسباب المؤدية إلى السلوك العدواني لأن هذا الأخير ماهو إلا تعبير ورد فعل عن الحرمان من العطف والحنان والرعاية والحاجات الأساسية فإن شعور المراهق بهذا الحرمان فيحاول التعويض عنه من خلال تصرفات وسلوكيات عدوانية قد تكون في بعض الأحيان لاشعورية قصد التعويض عن هذا النقص والحرمان الذي يعاني منه (هاشم حنبل، 2000).

- **الإحباط:** وهو احد الأسباب الرئيسة للسلوك العدواني وكل مواقف الإحباط تعرقل

أهداف الفرد وتبقى رغباته دون تحقق وهذا ما يثير لديه الغضب والانفعال و القلق مما يدفعه إلى سلك سلوكيات عدوانية وقد بين كل من "ميلر" و "دولارد"، أن السلوك العدواني هو استجابة نموذجية للإحباط وان هناك علاقة سببية بين الإحباط والعدوان وهذا يعني أن ظهور سلوك

عدواني عند شخص ما يستلزم وجود إحباط (منصوري،2008). يعتبر السلوك العدواني استجابة حتمية ومخرج ضروري للمواقف الإحباطية التي لا محالة منها في مختلف مراحل النمو خاصة في مرحلة المراهقة فهي عتاب تحول دون إشباع الدوافع وتحقيقها ودون الوصول إلى الأهداف التي سطرها المراهق والتي غالبا لا تتماشى مع واقعه.

• **الغيرة:** هي حالة انفعالية يشعر بها الشخص وتظهر متمثلة في الثورة والنقد

والعصيان والهيياج وقد تظهر كذلك على شكل انطواء وانعزال مع الامتناع عن المشاركة كما تظهر في شكل سلبي للغاية كالاعتداء والضرب والتخريب ونجد أنها تحمل صيغة القصوى وتمهد للهدم والتدمير وكل هذه الأشكال من مظاهر السلوك العدواني ، وتتجم الغيرة من متغيرات عديدة كالخوف وانخفاض الثقة في النفس وعدم الإحساس بالقيمة الذاتية فالمراهق الغير مثلا لا يرتاح لنجاح غيره ومن الصعب عليه الانسجام والتعاون معهم وهذا ما يؤدي به إلى الانطواء والانسحاب كاستجابة أولا ثم رد فعل عدواني فاستجابة نهائية وقد يتولد هذا الشعور من عدم القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة وهذا ما يجعله يلجا إلى أسلوب التعويض كأن يتوهم بأنه متوقف مع غيره وهذا الشعور يقلل من قدرته على التكيف والتعامل مع غيره وديا فيقف منهم موقف عدائي ونجد أن المراهقين الذين يؤتون رفاق وأصدقاء لهم من الطبقات ومستويات اجتماعية عالية تفوق أسرهم، يعانون من مشاعر الغيرة حيث إنهم يصعب عليهم مجاراتهم وبالتالي يظهرون لهم سلوك عدواني كاستجابة للغيرة والشعور بالنقص ويرى "اد لو" إن الغيرة والشعور بالنقص أساسا للعدوانية

حيث أن المراهق الذي يشعر بقصور في علاقته مع الآخرين والمحيط الذي يعيش فيه يستجيب بسلوك عدواني كإثبات لوجوده ومحاكاة للآخرين ومنافستهم في قدراتهم (الريماوي، 93، 2003).

- **الشعور بالنقص** : يعرف كذلك بالإحساس بالدونية وهو حالة انفعالية تكون عادة دائمة ناجمة عن الخوف المرتبط بإعاقة حقيقية أو من تربية تسلطية اضطهادية والشعور بالنقص منتشر بكثرة سواء كان جسدي أو عقلي أو حقيقي أو خيالي وهو يمثل دائما فقدان جانب مهم من الناحية العاطفية وبالتالي يؤدي إلى الانطواء وعدم المشاركة ومنه إلى استجابات عدوانية اتجاه من يشعر نحوهم بالنقص، والسلوك العدواني هنا يهدف إلى إعادة شيء من الاعتبار إلى الذات وإحساسها بقدرتها وسيطرتها على طرفها الوجودي بدل أن تدرج تحت مشاعر النقص والدونية؛ فالمراهق الذي يعاني من الشعور بالنقص يعوض ذلك بالسلوك العدواني من أجل جعل نفسه تحس بأنه متفوق على غيره من الأقران (الريماوي، 2003، ص93).
- من خلال التطرق لأسباب النفسية للسلوك العدواني نجد إن هذا الأخير يتأثر وبدرجة كبيرة بهذه الأسباب والتي حصرت في الإحباط والشعور بالنقص والغيرة غير أن الأسباب النفسية وحدها لا تكفي لكي نستطيع إعطاء تفسير لسبب حدوث السلوك العدواني.

2.3.1. الأسباب الاجتماعية:

تعتبر الأسباب الاجتماعية من بين احد الأسباب التي تسهم وتتدخل في نشوء وتكوين سلوك عدواني حيث أن البيئة والظروف الاجتماعية والأسرية لها تأثير قوي وبالغ على نمو الفرد بحيث أنه كلما كانت التنشئة الاجتماعية والعوامل المحيطة به سليمة وملائمة لاحتياجات الطفل كانت شخصية سوية وقوية وسليمة ومن بين هذه الأسباب (سهير كامل، 144، 2007). هي:

***الأسرة:** الأسرة تعتبر الأسرة من بين مصادر التكوين القاعدية التي تلعب دور كبير في سيرورة التنشئة الاجتماعية للطفل بحيث إنها تزوده بالمفاهيم والمواقف غير العمومية، وتصقله بقالب الأسرة في ظل العلاقات السائدة بين أفرادها ولثقافة الأسرة دور كبير في تحديد مسؤوليات العدوان التي يجب أن يتخذها الطفل تجاه ما يقابله وما يواجهه فالفرد يكتسب منها أصوله الأولى واتجاهاته وقيمه وذلك من خلال ما يشاهده من أساليب عملية وممارسات يظل يراقبها وهو طفل والملاحظ أن هذه الأخيرة تعمل على تنشئته وتكوين شخصيته في اتجاهين:

الاتجاه الأول: تطبيعه بالسلوكات التي تتماشى مع ثقافة الأسرة وبالتالي إذا كانت ثقافتها تتنافى مع العدوان فإن الفرد ينشأ غير عدوانيا إما إذا كان مورث الأسرة الثقافي يشجع ويدعم السلوكات العدوانية فإن الفرد ينشأ حتما عدوانيا.

الاتجاه الثاني: توجيه نمو الفرد خلال كل مراحل هذه الأخير في داخل احد الإطارين بالاتجاهات التي تكافئ عليها الأسرة ويرتبط هذا بالعلاقة السائدة داخلها والتي تؤثر بشدة في حياة الطفل وشخصيته.

حيث أن العلاقات داخل الأسرة لها الدور البارز والأثر البالغ في دعم السلوك العدواني للمراهق فعلاقة الوالدين ببعضهما أو مع الطفل هي وحدها التي تحدد معالم سلوك الطفل نحو العدوانية ويمكن القول أن الجو الأسري المليء بالسلوك العدواني يؤثر سلبا على شخصية أفرادها وخاصة الأبناء (سهير كامل، 144، 2007).

***المدرسة:** هي الفضاء الثاني للطفل والتي هي عبارة عن امتداد لسلطة الأسرة التي ينشأ فيها الطفل ولكن هذه السلطة الثانية أكثر شدة على حياة الطفل لما فيها من قوانين وأنظمة وضوابط تفرض عليه ولا مجال للتساهل أو تعدي هذه الضوابط أو الحدود فهي تضع حدود لحرية التي كان يمارسها داخل الأسرة.

وهذه الضوابط والحدود والقيود تجعل الطفل مصدوما بحياة لم يألفها من قبل لذلك فإنه يلجأ إلى الأسرة ليحصل منها نافذة حينما يتسلل منها إلى الانحرافات السلوكية ومختلف الاضطرابات والتي منها السلوكيات العدوانية وبالتالي فإن هذه السلوكيات تصبح متنفسا وإفراغا لمكبوتات المشكلة أساسا من القوانين والصرامة المدرسية، بالإضافة إلى هذا فالأساليب المدرسية التي تعتمد على القسوة بحق الطفل تؤثر على نزعة العدوانية وهذا ما يدفعه إلى الاستجابة بسلوك عدواني حيث انه يبدأ بهروبه من المدرسة وإهماله لواجباتها والانضمام إلى رفاقه ليشكلوا مجموعة أشرار يمارسون العدوان الجماعي على التجهيزات المدرسية (سهير كامل، 144، 2007)، وكذلك يظهر في بعض الحالات السلوك العدواني عند التلميذ بسبب سوء تكيفه المدرسي ويلاحظ من خلال عمله الدراسي فالطفل الذي يعاني من تأخر دراسي يدفعه إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس لذا نجده يخلو

من القدرة على المشاركة مع الجماعة في نشاطهم وكل هذا راجع إلى فشله في دروسه مع الإهمال الذي يتلقاه من قبل المدرسة أو حتى الرفاق هذا ما يدفعه لاستعمال أساليب للتعويض والمتمثلة في السلوكيات العدوانية وذلك دون وعي منه وهدفه في إثبات ذاته وجذب انتباه الآخرين وتأكيد أهميته كفرد منهم (الريماوي، 2003).

***العدوان عن طريق النموذج:** انطلاقاً من مبدأ الكبار فالطفل يتعلم العدوان بمجرد مشاهدته نماذج لأشخاص يتصرفون بالسلوكيات عدوانية وكلما تعرضوا لمواقف كلما زاد إظهارهم لمثل هذه السلوكيات وقد بينت عدة دراسات نذكر منها دراسة " بان دورا " أن الطفل يتعلم بالتقليد (سهير كامل، 143، 2007).

4.1. العوامل المثيرة للعدوان:

أشارت العديد من المراجع إلى أن هناك العديد من الخبرات غير السارة أو الخبرات البغيضة التي يمكن أن تثير السلوك العدواني ومن بين أهمها ما يلي: الشعور بالألم، المهاجمة أو الإهانة الشخصية، الإحباط، الشعور بعدم الراحة، الاستثارة والغضب والأفكار العدائية (محمد عبد الجواد، 2009).

• الشعور بالألم: أشار (ليونارد بركوپتر) حسب (الريماوي، 2003، 186) إلى أن الشعور

بالألم سواء النفسي أو البدني يمكن أن يحرض على المزيد من الجوانب الانفعالية وبالتالي إمكانية حدوث السلوك العدواني، وفي المجال الرياضي يمكن ملاحظة ذلك عند إصابة لاعب لمنافسة

إصابة بدنية أو محاولة إصابته نفسياً عن طريق السخرية منه وشعور هذا المنافس بصورة عدوانية تجاه اللاعب المتسبب في حدوث هذا الألم. كما يدخل في إطار ذلك أيضاً شعور اللاعب بالألم الناتج عن الإجهاد أو الإرهاق الذي قد يدفعه إلى ارتكاب السلوك العدواني لأقل مثير.

• **المهاجمة أو الإهانة الشخصية:** عندما يهاجم أو يهان شخص ما فإنه قد يكون في

موقف مثير ومشجع على السلوك العدواني تجاه الشخص الذي قام بمهاجمته أو أهانته في ضوء :
العين بالعين والسن بالسن والبادئ اظلم، وقد نجد في المجال الرياضي بعض أنواع من السلوك العدواني من بعض اللاعبين ضد منافسيهم كنتيجة لمهاجمتهم بعنف من هؤلاء المنافسين أو كنتيجة لشعورهم بالإهانة منهم.

• **الإحباط:** يقصد بالإحباط إعاقة الفرد عن محاولة تحقيق هدف ما، وأصحاب نظرية

" الإحباط - العدوان " يرون أن الإحباط يؤدي إلى السلوك العدواني وقد يكون هذا السلوك العدواني موجهاً نحو مصدر الإحباط أو قد يتجه نحو مصدر آخر كبديل للمصدر الأصلي المسبب للإحباط، وقد نلاحظ في المجال الرياضي حدوث السلوك العدواني من بعض اللاعبين كنتيجة لعدم قدرتهم على مواجهة منافسيهم بإعاقتهم عن تحقيق هدفهم (الريماوي، 2003، 186).

• **الشعور بعدم الراحة:** أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن الشعور بعدم الراحة مثل

التواجد في أماكن مزدحمة أو مكان مغلق أو سكن غير مريح أو التواجد مع جماعة غريبة عن الفرد وغير ذلك من المواقف التي تثير لدى الفرد الضيق وعدم الراحة يمكن اعتبارها من العوامل التي تشكل نوعاً من الضغوط على الفرد وبالتالي قد تسهم في إثارة السلوك العدواني لديه. وفي ضوء ذلك ننصح بضرورة توفير الشعور بالراحة للاعبين وبصفة خاصة قبيل اشتراكهم في المنافسات الرياضية حتى يمكن بذلك الابتعاد عن بعض العوامل التي قد تثير السلوك العدواني لدى اللاعبين.

• **الاستثارة والغضب والأفكار العدائية:** أشار (دفيد ميرز) إلى أن:

العوامل السابق ذكرها (الشعور بالألم والمهاجمة أو الإهانة الشخصية والإحباط والشعور بعدم الراحة) قد تؤدي إلى الاستثارة أو الغضب أو الأفكار أو الذكريات العدائية لدى الفرد وهي التي قد تحدث الاستجابات العدوانية (الريماوي، 2003، 187).

المحاضرة الثانية: الأسس النفسية للسلوك العدواني وأنواعه

1. الأسس النفسية للسلوك العدواني:

السلوك الإنساني محكوم بنمطين من الدوافع التي توجهه للتصرف على نحو محدد من أجل

إشباع حاجة معينة أو لتحقيق هدف مرسوم (عبد الخالق، رمضان، 2001):

أولهما دوافع أولية تتعلق بالبقاء وتضم دوافع حفظ الذات (وهي دوافع فسيولوجية ترتبط بالحاجات

الجسمية) ودوافع حفظ النوع المتمثلة بدفاعي الجنس والأمومة، وثانيهما دوافع ثانوية تكتسب أثناء

مسيرة التنشئة الاجتماعية للفرد عن طريق التعلم، ومن بينها دوافع التملك والتنافس والسيطرة

والتجمع، وترتبط هذه الدوافع بصورة عضوية وأساسية بانفعالات الغضب والخوف والكره والحسد

والخجل والإعجاب بالنفس وغيرها، إذ تحدث في الجسم حالة من التوتر والاضطراب تتزايد حدة

كلما اشتد الدافع ثم أشيع أو أعيق عن الإشباع، فقد تكون قدرات الفرد وعاداته المألوفة غير

مواتية لإشباع حاجاته وتلبية رغباته ودوافعه لأسباب ذاتية ناتجة عن عوائق شخصية كالعاهات

والإشكاليات النفسية التي تؤثر على قدراته، أو خارجية ناتجة عن ظروف بيئية كالعوامل المادية

والاجتماعية والاقتصادية. إن دافع حب السيطرة عند الفرد مثلاً يتطور ليصبح ميلاً إلى العدوان

والعنف في خمس مراحل: أولاً الشعور بقلّة رعاية الوالدين للأبناء، وربما ترك أحدهما بيت الأسرة

بسبب الطلاق فيصبح الطفل عدوانياً بسبب فقدانه رعاية الأب وعطفه أو نتيجة مشاهدته أشكال

النزاع بين الوالدين كما يصبح الطفل مفرط الحركة إلى حد يجعله مصدر إزعاج سلوكي وهو في

سن الثالثة وقد يتعرض الطفل في هذه المرحلة إلى صور شتى من التعسف والإيذاء الجسدي

وربما يصل الأمر إلى التعرض إلى التحرش الجنسي، ويستدعي ذلك الاهتمام بضرورة تعزيز

مؤسسة الزواج وضرورة توفير الرعاية الجسدية والروحية للأبناء وفي المرحلة الثانية من مراحل

تحول دافع السيطرة عند الأطفال إلى سلوك عدواني تبرز صورة الانضمام إلى شلة تلبية حاجتهم

للانتماء، وفي المرحلة الثالثة تبرز صورة الانضمام إلى مجموعة رفاق فاسدة (فريد، 78، 2006).

من هنا برزت الحاجة لتدريب الأطفال على تنمية علاقات سوية بالآخرين أساسها قيم التعاون والصدقة بدلا من قيم السيطرة والتنافس. وفي المرحلة الرابعة يقوم الأطفال ببعض أعمال السلوك العدواني والعنف البسيطة التي تتطور إلى جرائم وتتحول مجموعات الرفاق إلى عصابات. وخامس هذه المراحل تحول السلوك العدواني والميل إلى العنف وربما الإجرام إلى سمات تصطبغ بها شخصيات الأطفال. ويعتبر انفعال الغضب ايجابيا من حيث أنه ضروري للدفاع عن الذات، إذ يمنح الفرد طاقة كبيرة تمكنه من القيام بمجهود عضلي كبير، ويدفعه للقيام ببعض النشاطات التي من شأنها أن تزيل العقبات التي تعترض سبيله أو تهدده بالخطر، لكنه يظهر أحيانا بشكل يتجاوز الحد الطبيعي، وفي مواقف عادية لا تبرر وجوده، وفي ظروف يصعب التحكم فيها، فينجم عنه في هذه الحالة مساوئ عديدة تلحق بالمرء ضرراً شديداً. وانفعال الغضب قابل للتحويل: فغضب الطفل من والديه قد يدعو للانتقام من أحد إخوانه أو رفاقه، أو لضرب حيوان أليف، لأنه لا يستطيع أن يوجه غضبه نحو والديه، ويبدو الطفل حينئذ عدوانيا ميالاً للعنف في تعامله مع الآخرين. وشعور الطفل بالتهديد المحدق بمركزه الاجتماعي وأهدافه، وكذلك الخوف من إظهار رغباته المكبوتة، والخوف من الشعور بالذنب أو من عقاب متوقع، والتعرض لخبرات مؤلمة متشابهة لخبرات سبق أن تعرض لها يجعله في حالة قلق، تكون عادة مصحوبة ببعض الأعراض البدنية كتصيب العرق باستمرار، واضطرابات المعدة والأمعاء والصداع وسرعة خفقان القلب وبرودة الأطراف فضلا عن الأرق والضيق والاكتئاب وعدم القدرة على التركيز الذهني، و يعتبر القلق مرض العصر الذي يعيشه الناس على عتبات القرن الحادي والعشرين، و يشكل سبباً

مباشراً لحالات الميل إلى العنف والسلوك العدواني، وينتج القلق عن الإحباط والتعرض للتهديد بالإيذاء الجسدي والتعرض لتهديد تقدير الذات، ويحاول الفرد أن يتوافق مع حالة القلق بأساليب مباشرة تتضمن السلوك العدواني، وأخرى غير مباشرة كتعاطي المخدرات وتبدو مظاهر الغضب واضحة عند الطفل أول الأمر حين يتمرد على القيود التي تحد من حركته الجسمية، ثم حين يشعر بالعجز عن تحقيق أهدافه ورغباته، ثم حين يشعر بالحرمان من حب والديه وعطفهما، ثم حين يشعر بتهديد مركزه سواء في نطاق الأسرة أو في المجتمع الذي يعيش فيه. ويدفع الغضب إلى ظهور حالات العناد و المشاكسة، مما يستدعي استخدام العقاب من قبل الوالدين، فيزيد ذلك من درجة غضب الطفل و مشاكسته و تتجلى لدى الفرد

في مرحلتي الطفولة والشباب أربع صور للعنف يخدم كل منها حاجة معينة وهي: الميل العدوانية في مرحلة الطفولة، والانضمام للعصابات، والسرقعة، وممارسة التحرش الجنسي. أما الميل العدوانية، فتظهر كقيمة عند الأطفال، وذلك من خلال الألعاب الخشنة التي يمارسونها، وذلك لتحقيق ثلاثة أهداف هي تكوين روابط اجتماعية مع الآخرين واختيار الأصدقاء، وتنمية المهارات عندهم، فرض السيطرة الشخصية على الآخرين ضمن مجتمع الرفاق وإذا استمرت هذه القيمة بالتنامي دون تنظيم، فإنها تتحول إلى نزعة للمشاجرة التي تعتبر الخطوة الأولى للسلوك العدواني المناهض للمجتمع. وأما العنف على مستوى العصابة، يتكون نتيجة البحث عن السلطة، و



الكسب المادي السريع، والدفاع عن النفس، وحب المغامرة، أما السرقات فتتزايد نسبتها عند الشباب

من ذوي الفئة العمرية (17-19سنة)، إذ تمثل لهم وسيلة مختصرة للوصول إلى ما يبتغونه من

مال، وأما التحرش الجنسي فيمثل تعبيراً عن دوافع حب السيطرة وتقدير الذات (عبد

الخالق، رمضان، 2001).

يخدم العنف عند الشباب ستة أهداف شخصية أساسية هي:

1-تحقيق مكانة اجتماعية مهيبية عند الأقران، و توفير وضع مالي مطمئن.

2-تعزيز الهوية الاجتماعية بحيث يحسب له الآخرون حساباً.

3-فرض السيطرة الاجتماعية و اكتساب القوة والنفوذ.

4-تحقيق العدالة الاجتماعية بالقوة و بصور فظة.

5-تحدي السلطة القائمة.

6-التعبير عن حب المغامرة وهي بدورها وسيلة لتحقيق الهوية الاجتماعية. (عبد

الخالق، رمضان، 156)

إن استخدام كل من العصي، والسكاكين والأسلحة، والمشروبات الروحية التي يتعاطاها الفرد،

وكذلك طبيعة ميول ودوافع وأمزجة المتفرجين على أعمال العنف، أثر في مفهوم الفرد لأعمال

العنف وما يتبعه من نتائج. ويعتبر عدم تلبية الحاجات النفسية والاجتماعية للفرد أهم مصادر الدوافع العدوانية والميل إلى العنف، فضلاً عن أن لوسائل الإعلام المختلفة و خاصة التلفزيون والسينما وألعاب الفيديو وشبكة الانترنت دورا كبيرا في نشر ثقافة العنف وبث الروح العدوانية في نفوس الشباب. فأفلام المصارعة مثلاً تمجد استخدام العنف والقدرة على تحويل المصارعين إلى أبطال فأصبح المصارع "جيسي فنتورا" حاكماً لولاية "منيسوتا"، ورشح المصارع "هالك هوجان" نفسه لمنصب الرئاسة في الولايات المتحدة الأمريكية (محمد عبد الجواد، 2009).

2. أنواع العدوان واشكاله:

بالرغم من أن تعريف العدوان من حيث انه سلوك يهدف إلى محاولة إصابة أو حدوث ضرر أو إيذاء لشخص آخر قد يحدد المعالم الرئيسية للعدوان، إلا انه ينقسم إلى عدوان موجه نحو الذات وعدوان موجه نحو الآخر سنحاول شرح ذلك من خلال مايلي:

1.2. العدوانية الموجهة نحو الاخرين:

يعتبر السلوك العدواني من الخصائص السلوكية الشائعة لدى الاطفال المضطربين، يصنف هذا السلوك ضمن السلوكات الموجهة نحو الخارج، وضمن اضطرابات التصرف.

ويظهر السلوك العدواني الموجه نحو الآخر على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة كالاغتداء الجسدي وإلحاق الأذى المادي بالآخرين، أو بالاغتداء اللفظي كالسباب والشتائم، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر والمخاصمة.

يوجه الاعتداء عادة على الأشخاص المحيطين بالطفل من غير استفزاز حيث يهدف الطفل المضطرب من خلال العدوان إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاثتهم أو التسلط عليهم. وفي حالات الأطفال الأكبر سناً، فإن العدوان يمكن أن يوجه إلى المعلم أو إلى المدرسة، وفي مراحل عمرية لاحقة يمكن أن يتطور هذا العدوان ليوجه إلى المجتمع ويتمثل في سلوك مناهض للقوانين والقواعد الاجتماعية، ويجعل الشخص خارجاً عن القانون والنظام وهو ما يعرف بالسلوك المضاد للمجتمع. في هذا النمط من السلوك يرتكب الشخص المضطرب جرائم القتل وهتك العرض والاعتصاب والسرقه وأعمال السطو والنهب. يساهم في تقاوم هذه المشكلة التسرب من المدرسة نتيجة الفشل المتكرر والافتقار إلى بيئة أسرية مناسبة ، كما تشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث(محمد عبد الجواد،2009).

2.2. العدوانية الموجهة نحو الذات (السلوك الانسحابي):

تصنف ضمن ما يعرف بالسلوك الموجه نحو الداخل أو نحو الذات ويتضمن البعد من الناحية الجسمية والانفعالية عند الأشخاص والمواقف الاجتماعية.

إن العدوانية عند بعض الأطفال المضطربين سلوكياً قد توجه نحو الذات، وتهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الأذى بها وتتخذ صورة إيذاء النفس أشكالاً مختلفة، مثل تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو كراسته، أو لطم الوجه أو شد شعره أو ضرب الرأس بالحائط أو السري، أو جرح الجسم بالأظفار، أو عض الأصابع، أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر.

يظهر الكثير من الأشخاص المضطربين انسحاباً من المواقف الاجتماعية، وبالعزلة والاستغراق في أحلام اليقظة والكسل والخمول. إن مثل هؤلاء الأشخاص لا يستجيبون لمبادرات الآخرين ولا ينظرون إلى الأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يكونون صداقات بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك. وهم لا يمثلون أي تهديد لغيرهم من الأشخاص، إن السلوك الانسحابي هو سلوك مناقض للسلوك العدواني، وأشد أنواع هذا النوع من السلوك هو ما يظهره الأشخاص شديدي الاضطراب والذي يدعى بذهان الطفولة، وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور (محمد عبد الجواد، 2009، 230).

3.2. العدوانية عند الطفل والراشد:

انه لا يمكن الفصل بين العدوانية عند الطفل عن العدوانية عند الراشد الا من حيث السلوك وقوة الضرر الذي يمكن ان يلحق به كنتيجة. إلا أن بعض الباحثين في السنوات الأخيرة حاولوا النظر إلى العدوان على أساس النتيجة التي يتوقعها الفرد المعتدي من أداء السلوك العدواني، وفي ضوء ذلك استطاعوا التمييز بين نوعين هاميين من العدوان هما:

4.2. العدوان العدائي:

المقصود به هو السلوك الذي يحاول فيه الفرد إصابة كائن حي آخر لإحداث الألم أو الأذى أو المعانات الشخصية الأخر وهدفه التمتع و الرضا بمشاهدة الأذى الذي لحقه بالفرد المعتدي عليه كنتيجة لهذا السلوك العدواني ،ويلاحظ أن السلوك العدواني في هذه الحالة يكون غاية في حد ذاته،وقد يحدث مثل هذا العدوان في المجال الرياضي في العديد من المواقف التنافسية مثل قيام مدافع كرة القدم بمحاولة إصابة منافسه بقدمه عقب محاولة منافسه تخطيه أو مروره بالكرة،أو محاولة لاعب كرة السلة دفع منافسه باليد للسقوط على الأرض أثناء مراقبته له.

5.2.العدوان الو سيلبي:

يقصد به السلوك الذي يحاول إصابة كائن حي آخر لأحداث الألم أو الأذى أو المعانات لشخص آخر بهدف الحصول على تعزيز أو تدعيم خارجي مثل تشجيع الجمهور أو رضا الزملاء أو إعجاب المدرب وليس بهدف مشاهدة مدى معاناة المعتدى عليه، وفي هذه الحالة يكون السلوك العدواني وسيلة لغاية معينة مثل الحصول على ثواب أو حافز أو رضا أو تشجيع خارجي، ويلاحظ أن هاذين النوعين من العدوان يتفقان في محاولة إصابة كائن حي آخر وأحداث الألم أو الأذى أو المعانات له لكنهما يختلفان من حيث الهدف، ويرى "كوكس" ، 1944" أنه بالرغم من صعوبة التفريق بين هذين النوعين من السلوك العدواني إلا أن محك التميز بينهما



يكن في انفعال الغضب الذي يكون مصاحباً للسلوك العدوانى العدائى ولا يشترط تواجد انفعال الغضب في السلوك العدوانى الو سيلى (محمد عبد الجواد، 2009).

6.2. أشكال العدوان:

يمكن تصنيف العدوان إلى أشكال مختلفة، وإن كان هناك تداخل بين بعضها البعض (فريد، 2006، ص99) أهمها:

* من الناحية الشرعية إلى ثلاثة أقسام:

- **عدوان اجتماعى:** وتشمل الأفعال العدوانية التي يظلم بها الإنسان ذاته أو غيره وتؤدي إلى فساد المجتمع، وهي الأفعال التي فيها تعد على الكليات الخمس وهي: النفس والمال والعرض والعقل والدين.
- **عدوان إلهام:** ويشمل الأفعال التي يجب على الشخص القيام بها لرد الظلم والدفاع عن النفس والوطن والدين.
- **عدوان مباح:** ويشمل الأفعال التي يحق للإنسان الإتيان بها قصاصاً، فمن اعتدى عليه في نفسه أو عرضه أو ماله أو دينه أو وطنه.

- **عدوان لفظي:** عندما يبدأ الطفل الكلام، فقد يظهر نزوعه نحو العنف بصورة الصياح أو القول والكلام، أو يرتبط السلوك العنيف مع القول البذيء الذي غالباً ما يشمل السباب أو الشتائم واستخدام كلمات أو جمل التهديد.
- **عدوان تعبيرى أشاري:** يستخدم بعض الأطفال الإشارات مثل إخراج اللسان، أو حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة، وربما استخدام البصاق وغير ذلك.
- **عدوان جسدي:** يستفيد بعض الأطفال من قسوة أجسامهم وضخامتها في إلقاء أنفسهم أو صدم أنفسهم ببعض الأطفال ويستخدم البعض يديه كأدوات فاعلة في السلوك العدوانى، وقد يكون للأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوار مفيدة للغاية في كسب المعركة، وربما أفادت الرأس في توجيه بعض العقوبات.
- **المضايقة:** واحدة من صور العدوان التي تؤدي في الغالب إلى شجار وتكون أحياناً عن طريق السخرية والتقليل من الشأن.
- **البلطجة والتنمر:** ويكون الطفل المهاجم لديه تُلذذ بمشاهدة معاناة الضحية، وقد

يسبب للضحية بعض الآلام، منها الجسمية، ومنها شد الشعر أو الأذى أو الملابس أو القرص.

*حسب الوجهة "الاستقبال" (فريد، 2006، 100). :

- **عدوان مباشر:** يقال للعدوان إنه مباشر إذا وجهه الطفل مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية وغيرها.
- **عدوان غير مباشر:** ربما يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم النديّة، فيحوّله إلى شخص آخر أو شيء آخر «صديق، خادم، ممتلكات» تربطه صلة بالمصدر الأصلي، أي ما يعرف بكبش الفداء. كما أن هذا العدوان قد يكون كامناً، غالباً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكى، حيث يتصرفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين سخريتهم منهم، أو تحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً.

*حسب الضحية:

- **عدوان فردي:** يوجهه الطفل مستهدفاً إيذاء شخص بالذات، طفلاً كان «كصديقه أو أخيه أو غيره» أو كبيراً «كالخادمة وغيرها».
- **عدوان جماعي:** يوجه الأطفال هذا العدوان ضد شخص أو أكثر من شخص مثل

الطفل الغريب الذي يقترب من مجموعة من الأطفال المنهمكين في عمل ما عند رغبتهم في استبعاده، ويكون ذلك دون اتفاق سابق بينهم. وأحياناً يوجه العدوان الجمعي إلى الكبار أو ممتلكاتهم كمقاعدهم أو أدواتهم عقاباً. وحينما تجد مجموعة من الأطفال طفلاً تلمس فيه ضعفاً، فقد تأخذه فريسة لعدوانيته (فريد، 2006، 100).

- **عدوان عشوائي:** قد يكون السلوك العدواني طائشاً، ذا دوافع غامضة غير مفهومة وأهدافه مشوشة وغير واضحة، وتصدر من الطفل نتيجة عدم شعوره بالخجل والإحساس بالذنب الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الطفل. مثل الطفل الذي يقف أمام بيته مثلاً ويضرب كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب، وربما جرى خلف الطفل المعتدي عليه مسافة ليست قليلة، وقد يمزق ثيابه أو يأخذ ما معه، ويعود فيكرر هذا مع كل طفل يمر أمامه، وربما تحايل عليه الأطفال إما بالكلام أو بالبعد عن المكان الذي يقف فيه هذا الطفل» (فريد، 2006، 100).

المحاضرة الثالثة: نظريات السلوك العدواني وأساليب علاجه

1. نظريات السلوك العدواني

هناك بعض النظريات والاقتراحات التي قدمها العديد من الباحثين لمحاولة تفسير السلوك العدواني على أنه غريزة فطرية أو استجابة للإحباط أو نتيجة لعملية التعلم والتطبيق الاجتماعي أو على أساس محاولة تفريغ المكبوتة داخل الفرد وفي ما يلي عرض موجز لأهم نظريات وافتراضات السلوك العدواني:

*نظرية العدوان كغريزة .

*نظرية التنفيس (تفريغ الانفعالات المكبوتة).

*نظرية التعلم الاجتماعي .

*نظرية الإحباط- العدوان.

1.1. نظرية العدوان كغريزة:

ترجع جذور هذه النظرية إلى المعلم "سيجموند فرويد" الذي أشار إلى العدوان غريزة فطرية ، وفي رأي "فرويد" إن الغرائز هي قوى للشخصية تحدد الاتجاه الذي يأخذه السلوك أي أن الغريزة تمارس التحكم الاختياري للسلوك عن طريق زيادة حساسية الفرد لأنواع معينة من المثيرات، وقد افترض "فرويد" أن الإنسان يولد ولديه صراع بين غريزتي الحياة والموت ، ومن المشتقات الهامة لغريزة الجنسية ، كما أن غريزة العدوان تعتبر من المشتقات الهامة لغريزة الموت ، وأشار "فرويد" إلى أن غريزة العدوان هي قوة داخل الفرد تعمل بصورة دائمة على محاولة الفرد تدمير نفسه ونظرا لأن غريزة العدوان فطرية لأنه لا يمكن الهرب منها ولكن يمكن محاولة تعديلها والسيطرة عليها عن طريق إشباعها أو إبدالها وعلى ذلك فإن الإنسان في محاولته تدمير ذاته فإن غرائز الحياة قد تعوق هذه الرغبة فعندئذ يتجه الفرد نحو موضوعات بديلة لإشباع غريزة العدوان كأن يقوم الفرد باعتداء على آخرين وتدمير الأشياء. وهذا التفسير قدمه فرويد لتفسير العدوان الدموي بين المحاربين في الحرب العالمية الأولى وفي ضوء هذه النظرية يبدو العدوان غريزة فطرية لا بد من إشباعها أو محاولة تعديلها والسيطرة عليها ، وفي هذا الإطار يرى بعض الباحثين أن ممارسة الأنشطة الرياضية التنافسية أو مشاهدة المنافسات الرياضية يمكن أن تساهم في إشباع أو تعديل أو السيطرة على هذه الغريزة. وقد أثار حول نظرية الغرائز الكثير من الجدل وعارضها بعض الباحثين على أساس أن هذه النظرية وإن كانت تصدق على الحيوان إلا أنه يصعب تعميمها على الإنسان لان الطفل البشري عند ميلاده يولد في جماعة ويتعلم منذ اللحظة الأولى حاجته للجماعة

ويكتسب عن طريقها دوافع توجهه، كما أن هذه النظرية غيبية وليست علمية أي تفتقر إلى التفسير العلمي للسلوك (فرويد، لورنز وآخرون، 1986).

2.1. نظرية التنفيس (تفريغ الانفعالات المكبوتة):

يقصد بالتنفيس في مجال علم النفس تفريغ أو إطلاق المشاعر أو الانفعالات المكبوتة عن طريق التعبير عنها أو التسامي بها الأمر الذي يؤدي إلى تفريغ أو تخفيف هذه المشاعر أو الانفعالات نظرا لان كبتها يسبب حدوث بعض الاضطرابات النفسية و الجسمية. وتشير نظرية التنفيس إلى أن السلوك العدواني ماهو إلا تفريغ للانفعالات المكبوتة لدى الفرد الأمر الذي يؤدي إلى الإقلال من المزيد من العدوان، في حين أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى أن السلوك العدواني - في ضوء هذه النظرية - يمكن أن يؤدي إلى خفض العدوانية، وفي بعض الأحيان يؤدي إلى المزيد من العدوان.

ويعتقد أنصار نظرية التنفيس من الباحثين في مجال علم النفس الرياضي أن الأنشطة الرياضية التي تتضمن درجة كبيرة من الاحتكاك البدني يمكن أن يكون بمثابة متنفس للسلوك العدواني ، كما أن السلوك العدواني لدى المشاهدين لبعض الأنشطة الرياضية قد يكون تفريغا لبعض الانفعالات المكبوتة كنتيجة، للأسباب أخرى خارج مجال الرياضة كالعوامل الاجتماعية أو الاقتصادية أو السياسية أو غير ذلك من العوامل (محمد عبد الجواد، 2009).

3.1. نظرية الإحباط – العدوان:

يعرف الإحباط بأنه كل ما من شأنه أن يسبب منع تحقيق هدف أو إشباع حاجة هامة لنا، وليس من الضروري أن يوجه العدوان نحو من سبب الإحباط خاصة إذا كان هذا المصدر قويا، بل نجد على العكس من ذلك، إذ ترى هذه النظرية إن العدوان الناتج عن الإحباط يمكن أن يوجه إلى أهداف بديلة، فالولدان اللذان يشعران بالإحباط بسبب كثرة خلافتهما سوف يصبان عدوانهما على أطفالهما والذين سوف يتحولون بدورهم إلى تفريغ انفعالاتهم على أهداف بديلة فيشدون ذيل قطنهم أو يحطمون الدمى التي يلعبون بها، وتمثل هذه الفرضية واحدة من التفسيرات السببية الكبرى للعدوان، الإحباط يحدث حالة من التحريض على العدوان دائما يسبقها إحباط، وفي عام 1939م نشر "دولارد وميلر" وبعد ذلك كل من "دوب وماورر، وسيرز" أول كتاب لهما بعنوان الإحباط والعدوان، وقمنا فيه بتحليل رأي "فرويد" القاضي بأن الإحباط يقود إلى العدوان، وعرف الإحباط بأنه تلك الحالة التي تحدث عندما يعاق إشباع الهدف، أو هو الأثر النفسي المؤلم المترتب على عدم الوصول للهدف أو تكرار الفشل، وعرف العدوان بأنه أي تصرف يترتب عليه ضرر أو أذى للذات أو للآخرين أو الوسط المحيط، وهما يفترضان أن عدم تحقيق الهدف يسبب الإحباط وان الإحباط يؤدي بدوره إلى السلوك العدواني إزاء الأشخاص أو الأشياء التي تحول دون تحقيق الهدف (محمد عبد الجواد، 2009).

4.1. نظرية التعلم الاجتماعي:

تفسر نظرية التعلم الاجتماعي العدوانية بأنها سلوك يتم تعلمه عن طريق ملاحظة الآخرين ولإقتداء بسلوكياتهم، ثم الحصول على التعزيز والتشجيع لإظهار سلوكيات مشابهة. ولقد وجد عالم النفس "ألبرت باندورا" أن الأطفال الذين يشاهدون النماذج من الكبار يرتكبون أعمالاً عنيفة، و لقد كانت هذه التغييرات أشد عندما تم تشجيع الأطفال على تقليد أفعال النماذج من الكبار، وهكذا يتضح من هذه النظرية أن السلوك العدواني يتم تعلمه من خلال التعزيز والمحاكاة فعلى سبيل المثال إذا قام احد المدربين بتقديم تعزيز إيجابي للسلوك العدواني لأحد اللاعبين فإن هذا اللاعب في الغالب سيظهر نفس هذا السلوك مرة أخرى في المستقبل.

نظرية التعلم الاجتماعي على العكس من نظرية الغريزة و نظرية الإحباط -العدوان حيث تنظر إلى السلوك العدواني على إنه سلوك متعلم وعلى ذلك يمكن توجيهه والسيطرة عليه؛ فالأشخاص يسلكون العدوانية لأنهم تعلموا مثل هذا السلوك وليس نتيجة للإحباط أو امتلاك لغرائز معينة ، إن السلوك العدواني غالبا ما يرتكب كرد فعل لتصرف عدواني من شخص آخر، لنظرية التعلم الاجتماعي العديد من الأدلة العلمية التي تؤيدها، وهي تؤكد على الدور الهام الذي يلعبه الآخرون ذوي الأهمية بالنسبة للشخص في زيادة ونمو السلوك العدواني أو التحكم (محمد عبد الجواد، 2009).

2. علاج السلوك العدواني: إن العدوانية يعاني منها الفرد والمجتمع ومن هذا المنطق فانه ينبغي علينا أن نضع طرق للعلاج لمثل هذه الاضطرابات التي أثرت سلبيا على الحياة العامة للإنسان وعليه فإننا نرى أن يكون العلاج على هذه المستويات وهي كما يلي:

1.2. العلاج النفسي:

أن التكفل النفسي للفرد له الأهمية البالغة والأثر الكبير في علاج مثل هذه الاضطرابات السلوكية ويكون العلاج النفسي بتجنب الطفل أسباب الانفعال من الأساس والتي تسبب له نوع من الإحباط والحط من قيمته كعدم مقارنته بغيره من الأطفال وعدم تغييره بالذنب وخطأ ارتكبه وإشعاره بذاته وتقديره واحترامه (سهير كامل، 2007).

فعندما يفشل الطفل ويصبح ذاك الفشل جزء من الخبرات التي يواجهها في البيت والمدرسة والشارع ولذلك ينبغي لنا تعليم الطفل كيفية التعامل مع مثل هذه التجارب الفاشلة دون أن تترك في نفسه اثر ضار ودون أن تحبط من احترامه لنفسه ويقول علماء التربية أن الطفل الذي يعاني من انخفاض في درجة احترامه لنفسه لا يستطيع التعامل مع الفشل ولا يستطيع تشكيل صدقات مع غيره ويترتب على ذلك ظهور مؤشر العدوانية.

كما ينبغي علينا أيضا تجنب الأطفال الكبت بحيث يسمح لهم بطرح الأسئلة والاستفسارات وعلينا أن نتجاوب معها بوضعية تناسب سنه وعقله ومن خلال أيضا إشباع رغباته وتلبية حاجياته ويكون كذلك بتنميته ا حتى يستطيع الشخص أن يحل مشاكله وان يواجه الصعاب بلا صعوبة أو مشكلة بالإضافة إلى تعليم الطفل آداب الحديث والحب والتعاون والتسامح والمشاركة فكل هذه المعاني السامية تغرس فيه روح عالية ومتسامحة (سهير كامل، 2007).

2.2. العلاج الاجتماعي:

ويدخل تحت هذا العلاج ما يسمى بالعلاج البيئي وهو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للعميل وتعديلها أو تغييرها، أو ضبطها سواء كانت هذه البيئة الأسرة أو المدرسة... والعلاج الاجتماعي في الأسرة يكون عن طريق تهيئة المناخ الأسري الهادئ والساكن وكذلك من خلال معاملة الوالدين فيما يتعلق بتربية الأطفال وتوجيههم وقد يكون هذا عن طريق تدريب الأهل على سلك تصرفات سليمة بحيث يتعلمون كيف يعدلون سلوكهم ويتعاملون مع أبنائهم فقد أشارت نتائج هذا التدريب خاصة مع تفاعل الأهل ونجاوبهم إن العدوانية انخفضت عند الأطفال بنسبة 20 إلى 60% (مبيض، 1995، 56).

هذا فيما يتعلق بالأسرة وفيما يخص المدرسة فيكون العلاج عن طريق إعطاء فرصة لتلاميذها بالحركة والنشاط سواء بالنشاطات الرياضية أو الثقافية وإدماج التلاميذ فيها وإشراكهم في التحضير وإعداد لها وبذلك تكون المدرسة قد أشبعت بعض حاجات تلاميذها، بالإضافة إلى هذا يجب توفير العلم وتطوير التعليم والاهتمام بإعداد معلمين لديهم الكفاءة والقدرة على تحويل جو المدرسة إلى جو يشجع الطلاب على العطاء والإنتاج وحب العلم. كما يجب أن لا ننسى جماعة الرفاق التي لها من التأثير بحيث يجب اختيار الصحبة الصالحة والجماعة التي تلتزم بالآداب والأخلاق الفاضلة والتي تبتعد عن كل سلوك طائش وغير مقبول.

3.2. العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً علمياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعليم في ميدان العلاج السلوكي على الإطار النظري الذي وضعه كل من "ايفان بافلوف" و "جون واطسن" في التعليم الشرطي ويستفيد أيضاً من نظريات "ثور ندايك" و "كلارك هل" و "بورس سكينر" في التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع استخدام مثيرات منفردة مثل الصدمة الكهربائية حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع المثير الموقفي رغم أنها مؤذية نوعاً ما وصعبة مع بعض الحالات. ومن بين أساليب العلاج السلوكي أسلوب التخلص من الحساسية، أو التحصين التدريجي ويتم ذلك عن طريق تعريض العميل إلى المثيرات التي تحدث استجابات عدوانية وتكرارها بالتدريج في ظروف يشعر فيها بأقل درجة وهو في حالة استرخاء ثم يتم العرض على مستوى متدرج في الشدة حتى يتم التوصل إلى المستويات العالية من الشدة المثير لاتستثير الاستجابة العدوانية (سهير كامل، 2007).

4.2. العلاج الطبي:

ينتج على السلوك العدواني اختفاء للبصيرة العقلية لدى الفرد وتجعله مضطرباً لسلك سلوكيات عدوانية يغيب فيها الانتباه للأخطاء وخطورتها وانطلاقاً من معرفتنا بأن هناك علاقة وطيدة بين النفس والجسم ولهذا يلجأ في بعض الأحيان إلى استعمال الأدوية كمهدئات تؤدي إلى الاسترخاء العضلي والهدوء النفسي والحركي وهناك أيضاً لمسكنات التي تعمل على تثبيط وظائف الجهاز العصبي المركزي وتسكن الآلام مما يؤدي إلى الهدوء النفسي ، حتى يتمكن المعالج من إقامة علاقة تواصل بينه وبين العميل إذا ما فشلت جميع هذه المحاولات وفشلت بقية أنواع ووسائل وطرق العلاج يتم الاستعانة كأخر حل بالعملية الجراحية وهي جراحة عصبية متخصصة حيث يتم

فصل النص الأمامي الجبهي عن بقية أجزاء المخ عن طريق قطع الألياف البيضاء الموصلة بين

الفص الأمامي والمهد بذلك يتم قطع الاتصال العصبي وبالتالي تثبيط رد الفعل الانفعالي ويحد

تغير في السلوك (ابراهيم، 98، 2008).

5.2. العلاج الديني:

يعتبر السلوك العدوانى في نظر الدين استجابة غير سوية لضمير المريض بسبب الإهمال أو

القيام الفرد بسلوك يتحدى فيه قوة الضمير ، ولهذا فانه يجب الوقاية الدينية من مثل هذه

الاضطرابات ويكون ذلك بالإيمان والتحلي بالعقيدة الخالصة والعمل المخلص والسلوك يجب أن

يكون وفقا لها، وتتضمن الوقاية الدينية من الاضطرابات النفسية والسلوكية الاهتمام بالتربية الدينية

وإخلاقية وبناء نظام القيم كدعامة أساسية ومنتينة للسلوك السوي فغاية ما يطلب هو النفس

المطمئنة التي توفق بين النفس الإمارة بالسوي والنفس اللوامة (سهير كامل، 2007). فالتعاليم الدينية

والقيم الروحية والأخلاقية يهدي الفرد إلى السلوك السوي وتجنبه الوقوع في الخطأ والذنب وعذاب

الضمير وعليه يجنب إحداث نوع من التوازن بين الجانب المادي والروحي حتى يستطيع الفرد

التوفيق في حياته وأخرته وفي ذلك قال تعالى " وابتغ فيما أتاك الله الدار الآخرة ولا تنسى نصيبك

من الدنيا" (سورة القصص ، الآية 77). ويجب أيضا الاهتمام بالنمو الديني للفرد وتوفير القدرة

الصالحة الحسنة والسلوك النموذجي للاقتداء والافتداء به حيث قال تعالى "لقد كان لكم في

رسول الله أسوة حسنة" (سورة الأحزاب، الآية 21). ويقوم العلاج الديني على معرفة الفرد لنفسه

ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية.

الوحدة الثالثة: الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية عند الراشد

الهدف العام للوحدة:

أن يفرق الطالب بين بعض المفاهيم الجنسية: كالهوية الجنسية، الجنس، اضطراب الهوية الجنسية، الدور الجنسي، الاضطرابات أو الشذوذ الجنسي. وأنواعها التي هي في تزايد وانتشار واضح في بلاد المسلمين وفي الجزائر خاصة، أن يفهم ويفرق جيدا موضوع اضطراب الهوية الجنسية وطرق علاجه.

الأهداف الإجرائية للوحدة:

- أن يفرق الطالب بين المفاهيم الجنسية المختلفة.

• أن يتعرف الطالب على أهم الاضطرابات الجنسية الشائعة الانتشار وأسبابها وكذا طرق علاجها.

• أن يتعرف الطالب على الهوية الجنسية واضطراباتها، وتشخيصها.

• أن يتعرف الطالب على أسباب اضطراب الهوية الجنسية.

• أن يتعرف الطالب على طرق علاج اضطراب الهوية الجنسية.

المحاضرة الاولى: السلوك الجنسي وبعض المفاهيم ذات الصلة به

تمهيد

يعد السلوك الجنسي جزءا طبيعيا من التجربة الإنسانية. ولكن أنواع السلوك الجنسي التي تعد طبيعية تختلف اختلافا كبيرا داخل الثقافات المختلفة وفيما بينها في الواقع، قد يكون تعريف الحياة الجنسية "الطبيعية" مستحيلا، فهناك اختلافات واسعة في السلوك الجنسي للأشخاص، بما في ذلك تكرار التعبير أو التفريغ الجنسي أو الحاجة إليه. كما يرغب بعض الأشخاص بالنشاط الجنسي عدة مرات في اليوم، ولكن آخرون يرضون بنشاط متقطع ولكن عندما يسبب السلوك

الجنسي ضائقة كبيرة لدى شخص أو شريكه أو يضر بشخص آخر قد يحتاج هذا الشخص إلى التقييم والمعالجة (Knuf,Andreas,2008).

قبل التطرق إلى الاضطرابات الجنسية يجب علينا توضيح بعض المفاهيم المتعلقة بالجنس وهي:

1. الهوية الجنسية: تستخدم مصطلحات مختلفة للحديث عن الجنس وجنس

الفرد (براميلي، 2009):

1.1. الجنس : يشير إلى تشريح الشخص ذكر، أنثى، أو ذكر أو أنثى غير واضح التشريح

الجنسي (الأعضاء التناسلية غير واضحة)، أو خنثى .

2.1. الهوية الجنسية: تشير إلى الجنس الذي يجذب إليه الشخص جنسياً .

3.1. هوية الجنس : هي كيفية رؤية الأشخاص لأنفسهم، سواء كانت ذكورية أم أنثوية أو أي

شيء آخر، والتي قد تكون في مكان ما بين، أو مزيجا من المذكر والمؤنث، أو لا واحد منهما

أو قد تتغير في كثير من الأحيان .

4.1. الدور الجنسي : هو كيفية تقديم الأشخاص أنفسهم للآخرين من حيث الجنس. ويشتمل

ذلك على الطريقة التي يرتدي بها الأشخاص ملابسهم، ويتكلمون، ويصفون شعرهم - في الواقع

كل ما يقوله الأشخاص ويفعلون يشير إلى الذكورة أو الأنوثة وبالنسبة لمعظم الناس، تتسق

هويتهم الجنسية مع جنسهم التشريحي (الولادة) ودورهم الجنسي، كما هي الحال عندما يكون للرجل شعور داخلي بالذكورة، ويتصرف بطرق ذكورية أو رجولية أمام الناس.

إن الهوية الجنسية تصبح راسخة في مرحلة الطفولة المبكرة (من 18 إلى 24 شهراً من العمر)؛

فمن خلال مرحلة الطفولة، يعرف الأولاد أنهم صبيان، والفتيات يعرفن بأنهن فتيات. ولكن،

يفضل الأطفال أحياناً الأنشطة التي تعد أكثر ملائمة للجنس الآخر (يسمى ذلك السلوك غير

المتوائم مع الجنس) ولكن هذا التفضيل لا يعني أن الفتاة التي تحب أن تلعب لعبة البيسبول

والمصارعة - على سبيل المثال - لديها مشكلة في الهوية الجنسية، ما دام أنها ترى نفسها

أنثى. كذلك الصبي الذي يلعب بالدمى، ويفضل الطبخ على الرياضة أو أنواع اللعب الخشنة،

ليس لديه مشكلة في الهوية الجنسية ما دام أنه يعرف نفسه كذكر وهو مرتاح لذلك. غالباً ما

يمر الأولاد الصغار عبر مراحل يلعبون فيها بألعاب الفتيات أو بملابسهن، ولكن قلة منهم

يعانون من مشاكل تتعلق بالهوية الجنسية كبالغين. ومعظم الأولاد، الذين يفضلون الأنشطة التي

تعد أكثر ملائمة للفتيات، ليس لديهم مشكلة في الهوية الجنسية عندما يكبرون، ولكن العديد

منهم هم من المثليين أو ثنائيي الجنس في ميولهم الجنسية . أما الأطفال الذين يولدون (الأعضاء

التناسلية غير واضحة)، فيكون لديهم مشكلة في الهوية الجنسية عادة إذا جرت تربيئتهم بشكل

حاسم كجنس معين، حتى إذا نشئوا في الدور الجنسي الذي هو عكس نمط جنسهم البيولوجي،

بيد أن هناك بعض الحالات التي جرى نشرها على نطاق واسع، حيث فشل هذا الأسلوب، ففي

بعض الأحيان يشعر الأشخاص بأن هويتهم الجنسية وجنسهم التشريحي غير متطابقين. ويسبب

هذا الشعور ضائقة كبيرة أو ضعف في القدرة على العمل أحيانا. وتسمى هذه الحالة (الخلل الجنسي أو عدم الرضا الجنسي) وقد يحتاج الأشخاص الذين يعانون من هذه المشكلة إلى تقييم جاد (Knuf,Andreas,2008).

5.1. اضطراب الهوية الجنسية: اضطراب الهوية الجنسية هو الشعور بالانزعاج أو الضيق الذي

قد يحدث لدى الأشخاص الذين تختلف هويتهم الجنسية عن جنسهم عند الولادة أو الخصائص البدنية المرتبطة بالجنس. قد يتعرض المتحولون جنسيا والأشخاص غير المطابقين لنوع الجنس إلى اضطراب الهوية الجنسية في مرحلة ما من حياتهم. ولكن لا يتأثر الجميع بذلك، يشعر بعض المتحولين جنسيا ومزدوجي الميول الجنسية بالراحة في أجسادهم، إما مع أو بدون تدخل طبي، اضطراب الهوية الجنسية هو تشخيص مدرج في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (ابراهيم، 2006).

2. الاضطرابات الجنسية:

يتأثر موقف الشخص تجاه السلوك الجنسي بالوالدين بشكل كبير؛ فإذا كان أحد الوالدين لديه رفض متعمد أو تشدد تجاه المودة أو العاطفة الجسدية، بما في ذلك المداعبة مع أطفالهم، قد يكون الأطفال مستقبلا أقل قدرة على التمتع بالجنس وإقامة علاقات حميمة صحية كغيرهم ولذلك



يمكن للوالدين أن يضرًا بقدرة أطفالهم في المستقبل على إقامة العلاقة الحميمة، الجنسية والعاطفية من خلال ما يلي :

- البعد أو البرود العاطفي
- معاقبة الأطفال بشدة
- الإغواء واستغلال الأطفال جنسيا
- العدائية اللفظية والجسدية
- رفض الأطفال
- القسوة (Knuf,Andreas,2008).

3.المؤثرات التي تساعد على تطور الاضطرابات الجنسية:

1.3.الإثارة المبكرة: في مشاهدة أو ممارسة جنسية فلا يستطيع الطفل استيعاب ما يحصل بل يفهمه تعدي على حرمة جسده أو جسد الشخص الذي شاهده.

2.3.العادة السرية: إنها تعرف طبيعية في السنين الأولى للعمر ، كما هي طبيعية في سن المراهقة حيث تعبر عن بروز رغبات جنسية، أما إذا تخطت هذا الإطار فهي تعبير عن قلق نفسي وشعور بالوحدة، وتشير إلى أهمية معالجة المشكلة وليس معاقبة الظاهرة(مبييض،1995).



سنة ثالثة علم النفس العيادي

محاضرات في اضطرابات السلوك

نفهم مما سبق أن موضوع كل من الاضطرابات الجنسية واضطراب الهوية الجنسية مرتبطان ببعضهما ولكن بعد هذا الشرح يفرق الطالب الآن بينهما وبين أسباب كل منهما بالإضافة إلى أساليب وطرق العلاج المطبقة.

المحاضرة الثانية: الاضطرابات الشائعة في السلوك الجنسي

1.الجنسية المثلية:

في المرحلة الأولى من سن المراهقة هناك تقارب طبيعي بين أفراد الجنس الواحد تساعد على اكتشاف الذات ومعرفة الذات للذهاب نحو الآخر في مرحلة لاحقة. أما إذا بدأت علاقات شاذة بين أفراد هذا الجنس هذا دليل على فشل التطور العاطفي سببه خلل في العلاقات مع الوالدين بحيث أن المراهق لم يحصل على صور إيجابية تسمح له الافتخار بجنسه وتعطيه الرغبة للاتصال بالجنس الآخر.

يكتشف الأشخاص مثليو الجنس والمثليات أنهم ينجذبون إلى الآخرين من نفس الجنس، تماما كما يكتشف مغايرو الجنس أنهم ينجذبون إلى الآخرين من الجنس الآخر، ويبدو أن الجاذبية هي نتيجة لتأثيرات بيولوجية وبيئية، وليست مسألة اختيار ولذلك فإن المصطلح الشائع "التفضيل الجنسي" لا معنى له في المسائل المتعلقة بالميل الجنسي سواء أكان التوجه نحو جنس مختلف أو مثليا أو ثنائي الجنس (براميلي، 2009).

2. الشذوذ الجنسي:

هو تخيلات أو سلوكيات للإثارة الجنسية، متكررة أو شديدة، تنطوي على أشياء جامدة أو أطفال أو أشخاص بالغين غير راغبين، أو معاناة أو إهانة للنفس أو الشريك وتسبب الشذوذات الجنسية مشاكل أداء في الشخص المصاب بها أو قد تضر بشخص آخر .

قد تعتمد الاستثارة الجنسية على استخدام أو وجود هذا التركيز وعندما يجري توطيد هذه الأنماط من الإثارة، في مرحلة الطفولة المبكرة أو بالقرب من سن البلوغ عادة، فإنها غالباً ما تبقى مدى الحياة، كما يعد بعض التنوع في النشاط الجنسي شائعاً جداً في العلاقات والتخيلات الجنسية عند الكبار الأصحاء، وعندما يتفق الأشخاص على الانخراط فيها قد تكون السلوكيات الجنسية غير الضارة ذات الطبيعة غير المألوفة جزءاً من علاقة المحبة والرعاية ولكن عندما تسبب السلوكيات الجنسية ضائقة أو ضرراً أو تتداخل مع قدرة الشخص على الانخراط في الأنشطة اليومية، فإنها تعد اضطراباً من نمط الشذوذ الجنسي وقد ينجم الضيق عن ردود فعل الآخرين أو عن شعور الشخص بالذنب تجاه فعل شيء غير مقبول اجتماعياً . يمكن أن تؤدي اضطرابات الشذوذ الجنسي إلى خلل خطير في القدرة على الدخول في نشاط جنسي ودود ومتبادل وقد يشعر شركاء الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشذوذ الجنسي وكأنهم غير مهمين أو غير ضروريين في العلاقة الجنسية .

تشتمل اضطرابات الشذوذ الجنسي الأكثر شيوعاً على :

• اضطراب عشق الأطفال.

• اضطراب التلصص أو البصبة.

• اضطراب لبس الجنس الآخر.

• اضطراب الإستعراء.

وتشتمل اضطرابات أخرى على اضطراب المازوشية الجنسية واضطراب السادية الجنسية

ويكون معظم المصابين باضطرابات الشذوذ الجنسي من الرجال، وكثير منهم يكون لديه أكثر

من نوع واحد من هذه الاضطرابات. كما يكون لدى بعضهم أيضا اضطراب شخصية شديدة،

مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو اضطراب الشخصية النرجسية، وتعد بعض

اضطرابات الشذوذ الجنسي، مثل الولع الجنسي بالأطفال (عشق الأطفال) يعاقب عليها

القانون (براميلي، 2009).

3. اضطراب العشق الجنسي للأطفال

يتميز اضطراب التحرش بالأطفال أو العشق الجنسي للأطفال بتخيلات أو رغبات متكررة

وشديدة للإثارة الجنسية أو سلوك ينطوي على الأطفال (في عمر 13 سنة أو أقل عادة)

واضطراب العشق الجنسي للأطفال هو شكل من أشكال الشذوذ الجنسي ويعد اضطرابا لأنه

يسبب ضررا للآخرين.

ويعتمد النظر إلى أن الاهتمام الجنسي أو الانخراط الجنسي بين شخصين يعد اضطراب جنسيا

حسب عمر الأشخاص المعنيين، ففي المجتمعات الغربية يتطلب اضطراب العشق الجنسي

للأطفال أن يكون عمر الشخص 16 سنة أو أكثر أو أكبر بخمس سنوات على الأقل من عمر

الطفل الذي هو موضوع التخيلات أو موضوع النشاط الجنسي. ولكن المشاركة الجنسية للمراهق

الأكبر سنا (الذين يتراوح عمره بين 17 و 18 عاما) مع شخص يتراوح عمره بين 12 و 13

عاما قد لا يعد اضطرابا ولكن قد تختلف المعايير العمرية المستخدمة لتحديد متى يعد هذا

النشاط جريمة، كما يشيع انتشار الولوج الجنسي بالأطفال بين الرجال أكثر منه بين النساء .

وينجذب بعض هؤلاء للأطفال فقط، وغالبا من فئة عمرية أو مرحلة نمائية محددة بينما ينجذب

بعضهم الآخر إلى الأطفال داخل أسرهم فقط، وينجذب آخرون إلى كل من الأطفال والبالغين

وقد ينجذبون إلى الأولاد الصغار، أو الفتيات الصغيرات أو كليهما، ولكن معظم هؤلاء يفضلون

أطفال الجنس الآخر ويكون الشخص البالغ معروفا للطفل عادة، وقد يكون أحد أفراد الأسرة أو

زوج الأم أو زوجة الأب، أو شخصا له سلطة (مثل المعلم). كما يبدو أن اللمس العام للجسم

أكثر شيوعا من لمس الأعضاء التناسلية أو القيام بالجماع. وقد يستعمل المولعون الشرسون

جنسيا بالأطفال القوة أو الإكراه للانخراط مع الأطفال جنسيا، وقد يهددون بإيذاء الطفل أو

الحيوانات الأليفة للطفل إذا أخبر الطفل أحدا ويوجد لدى العديد من هؤلاء الأشخاص اضطراب

الشخصية المعادي للمجتمع .

كما يكون أو يحدث لدى الكثير منهم تعاط للمخدرات أو اعتماد عليها وقد يكونوا يعانون من

الاكتئاب. وغالبا ما يأتون من أسر مضطربة، حيث تكون الصراعات الزوجية شائعة ويبدو أنه

قد تعرض العديد منهم للإيذاء الجنسي وهم أطفال (براميلي، 2009).

1.3. علاج العشق الجنسي بالأطفال

• العلاج النفسي

• العلاج الدوائي

يمكن معالجة العشق الجنسي بالأطفال بالعلاج النفسي الفردي أو الجماعي على المدى الطويل، وبالأدوية التي تغير الدافع الجنسي وتقلل من مستويات التستوستيرون .

ولكن نتائج العلاج مختلفة وتكون النتيجة أفضل عندما تكون المشاركة طوعية، ويتلقى الشخص التدريب على المهارات الاجتماعية ومعالجة المشاكل الأخرى، مثل تعاطي المخدرات أو

الاكتئاب. وقد يكون العلاج الذي لا يطلب إلا بعد الاعتقال الجنائي والإجراءات القانونية أقل فعالية فالحبس البسيط، حتى على المدى الطويل لا يغير الرغبات أو التوهيمات. ولكن بعض السجناء الذين لديهم ميل جنسي للأطفال، الذين يلتزمون

بالعلاج المراقب طويل الأمد (بما في ذلك الأدوية عادة) يمكن أن يمتنعوا عن النشاط الجنسي مع الأطفال، ويعاد إدماجهم في المجتمع .

2.3. العلاج الدوائي:

يستخدم الأطباء في الولايات المتحدة الأدوية التالية عادة :ميدروكسي بروجستيرون

أسيتات (Medroxyprogesterone acetate) والذي يحقن في العضلات وهذا الدواء (أحد

(البروجستينات) يشبه هرمون البروجستيرون الأنثوي، وأما البدائل فهي أدوية مثل)

ليوبروليد (leuprolide وغوزريلين goserelin) حيث يوقفان نشاط الغدة النخامية عن الإشارة

إلى الخصيتين لإنتاج هرمون التستوستيرون ويقوم الأطباء دوريا بإجراء فحوصات للدم لمراقبة

تأثيرات الدواء في وظائف الكبد، وكذلك باختبارات أخرى (بما في ذلك اختبارات كثافة العظام

واختبارات الدم لقياس مستويات التستوستيرون، ولكن ليس من الواضح مدى فائدة هذه العقاقير

لدى النساء اللاتي لديهن عشق جنسي للأطفال .

وقد تكون مضادات الاكتئاب التي تسمى مثبطات (استرداد السيروتونين) الانتقائية مفيدة أيضا

ويمكن أن تساعد في السيطرة على الرغبات الجنسية والخيال كما أنها تقلل من الدافع الجنسي،

وقد تسبب ضعف الانتصاب، إن العلاج بالعقاقير هو أكثر فعالية عندما يكون الجمع بين

العلاج النفسي والتدريب في المهارات الاجتماعية (ابراهيم، 2006).

4. اضطراب البصبصة:

تتطوي البصبصة على الحصول على الإثارة الجنسية من خلال مشاهدة شخص يتعري، أو

عار، أو يشارك في النشاط الجنسي. أما اضطراب البصبصة فينطوي على العمل على الرغبات

أو التخيلات البصبصية، أو الشعور بالضيق أو عدم القدرة على العمل بسبب تلك الرغبات

والتخيلات. والبصبصة هي شكل من أشكال الشذوذ الجنسي ولا يكون لدى معظم الأشخاص

الذين لديهم نزعات التلصص أو البصبصة اضطراب بصبصي .

أما في البصبة، فيكون الفعل هو المراقبة (أو النظر) بهدف الاستثارة، وليس النشاط الجنسي مع الشخص المُراقب ولا يسعى المصابون بهذا الاضطراب إلى الاتصال الجنسي مع من يبصبون عليهم وعندما يراقب المصابون بالبصبة أشخاصا غير متوقعين، قد يواجهون مشاكل مع القانون .

تبدأ البصبة خلال مرحلة المراهقة أو مرحلة البلوغ المبكر عادة، وهناك درجة شائعة من البصبة، لاسيما بين الأولاد والرجال، ولكنها تزداد بين النساء وغالبا ما ينظر المجتمع إلى الأشكال الخفيفة من هذا السلوك نظرة طبيعية عند تشمل البالغين الراشدين ولا تعد مشاهدة الصور والعروض الجنسية الصريحة، والتي أصبحت الآن متاحة على نطاق واسع في القطاع الخاص على شبكة الإنترنت، بصبة، لأنها تفتقر إلى عنصر الملاحظة السرية، وهو السمة المميزة للبصبة .

يكون اضطراب البصبة أكثر شيوعا بين الرجال وعندما تكون البصبة اضطرابا، يقضي المصاب بها الكثير من الوقت في البحث عن فرص المشاهدة. ونتيجة لذلك، فإنه قد يهمل جوانب مهمة من حياته، ولا يفي بمسؤولياته وقد تصبح البصبة الأسلوب المفضل للنشاط الجنسي، وتستهلك ساعات لا تحصى من المشاهدة (براميلي، 2009).

1.4. علاج البصبة:

- العلاج النفسي، ومجموعات الدعم، وبعض مضادات الاكتئاب

• أدوية أخرى في بعض الأحيان

يبدأ العلاج عندما يجري القبض على المصاب بالبصيرة عادة ويشتمل هذا العلاج على

العلاج النفسي، ومجموعات الدعم، ومضادات الاكتئاب التي تسمى مثبطات استرداد

السيروتونين الانتقائية . ولكن، إذا كانت هذه الأدوية غير فعالة، يمكن استخدام الأدوية التي

تغير الدافع الجنسي وتحد من مستويات (التستوستيرون) وتشتمل هذه الأدوية على (ليوبروليد

وأسيئات ميدروكسي بروجستيرون). يجب على المرضى إعطاء موافقتهم على استخدام هذه

الأدوية، وعلى الأطباء القيام دوريا باختبارات للدم لرصد تأثيرات الدواء في وظيفة الكبد، فضلا

عن غيرها من الاختبارات (بما في ذلك اختبارات كثافة العظام واختبارات الدم لقياس مستويات

(التستوستيرون) (براميلي، 2009).

5. اضطراب لبسة الجنس الآخر:

تتطوي لبسة الجنس الآخر على الإثارة الجنسية المتكررة والمكثفة من لبسة الجنس الآخر،

لبسة الجنس الآخر هي شكل من أشكال الفتشية (الملابس هي الوثن)، ونوع من الشذوذ الجنسي،

وفي هذا الاضطراب، يفضل الرجال ارتداء ملابس النساء، أو تفضل النساء ارتداء ملابس

الرجال (بشكل أقل شيوعا بكثير). ولكنهم لا يرغبون في تغيير جنسهم، مثل المتحولين جنسيا

كما لا يكون لديهم أيضا شعور داخلي بالانتماء إلى الجنس الآخر، كما يكون لدى الأشخاص

المصابين بعدم الرضا الجنسي ، ولكن الرجال الذين يميلون إلى ارتداء اللباس الأنثوي قد يكون لديهم مشاعر عدم الرضا الجنسي عندما يكونون بحالة ضيق أو يمرون بتجربة خسارة .

ويستخدم مصطلح لبسة الجنس الآخر عادة للإشارة إلى الأشخاص الذين يعانون من الميل إلى ارتداء الملابس الأنثوية؛ ولكن هذا المصطلح أقل قبولا. يبدأ الذكور المغايرو الجنس، الذين يرتدون ملابس النساء، بمثل هذا السلوك في مرحلة الطفولة المبكرة عادة. ويرتبط هذا السلوك، في البداية على الأقل، بالإثارة الجنسية الشديدة .

قد يرتدي المصابون بلبسة الجنس الآخر تلك الملابس لأسباب أخرى غير التحفيز الجنسي، على سبيل المثال للحد من القلق أو الاسترخاء أو لتجربة الجانب الأنثوي من شخصياتهم في حالة الذكور (براميلي، 2009).

وفي وقت لاحق من الحياة (في الخمسينات أو الستينات من عمرهم في بعض الأحيان)، قد يصاب بعض الرجال الذين كانوا يرتدون ملابس الجنس الآخر فقط في سن المراهقة والعشرينات بعدم الرضا الجنسيين، وقد يسعون إلى تغيير أجسادهم عن طريق الهرمونات والجراحة التناسلية (إعادة تعيين الجنس).

عندما يكون الشريك متعاوناً، قد لا تضر لبسة الجنس الآخر بعلاقة الزوجين الجنسية. وفي مثل هذه الحالات، قد يدخل الرجال المصابون بهذه المشكلة في النشاط الجنسي وهم في الملابس الأنثوية جزئياً أو كلياً أما عندما يكون الشريك غير متعاون، فقد يشعرون بالقلق والاكتئاب

والذنب والخجل من رغبتهم في ذلك، وردا على هذه المشاعر، يقوم هؤلاء الرجال في كثير من الأحيان بتطهير خزانهم من الملابس النسائية .

1.5. علاج الفيتيشية:

• مجموعات الدعم والمجموعات الاجتماعية

• العلاج النفسي في بعض الأحيان

تعد لبسة الجنس الآخر أحد الاضطرابات، وبذلك لا تتطلب العلاج إلا إذا تسببت في ضائقة، أو عندما تتطوي على سلوك متهور من المحتمل أن يؤدي إلى الإصابة أو فقدان الوظيفة أو السجن، ولكن معظم المصابين بهذه المشكلة ليس لديهم هذا الاضطراب، ومع ذلك لا يسعى إلى الرعاية الطبية إلا عدد قليل فقط من المصابين بلبسة الجنس الآخر. أما أولئك الذين يسعون إليها فقد يكون الدافع هو زوجا غير سعيد أو القلق حول كيفية تأثير لبسة الجنس الآخر في حياتهم الاجتماعية وفي العمل، أو قد تجري إحالتها من المحاكم لتلقي العلاج. ويسعى البعض للحصول على الرعاية الطبية لمشاكل أخرى، مثل تعاطي المخدرات أو الاكتئاب . وغالبا ما تكون المجموعات الاجتماعية ومجموعات الدعم للرجال الذين يرتدون ملابس الجنس الآخر مفيدة جدا، حيث يركز العلاج النفسي، عند الحاجة، على مساعدة المرضى على قبول أنفسهم والتحكم في السلوكيات التي يمكن أن تسبب المشاكل ولكن، لا توجد أدوية فعالة بشكل موثوق به (براميلي، 2009).

6. اضطراب الاستعراء:

ينطوي الاستعراء على تعريض أو كشف الأعضاء التناسلية لإثارة الشهوة الجنسية، أو يكون لدى الشخص رغبة قوية في أن يلاحظه أشخاص آخرون في أثناء النشاط الجنسي، أما الاضطراب الاستعراضي فينطوي على العمل على تحفيز الرغبات أو التخيلات الاستعرائية، أو المعاناة من الضيق أو عدم القدرة على العمل بسبب تلك الرغبات والتخيلات، ويعد الاستعراء شكلا من أشكال الشذوذ الجنسي.

يقوم المصابون بالاستعراء (الذكور عادة) بعرض أعضائهم التناسلية، أمام الغرباء غير المتوقعين عادة، ويصبحون مثارين جنسيا عند القيام بذلك، وقد يكونون على بينة من حاجتهم إلى المفاجأة أو الصدمة أو التأثير في المراقب غير الراغب. وتكون الضحية هي امرأة أو طفل من أي من الجنسين دائما تقريبا. ولكن، لا يلجأ أبدا إلى الاتصال الجنسي الفعلي، لذلك نادرا ما يرتكب المصابون بالاستعراء جريمة الاغتصاب .

يبدأ الاستعراء خلال فترة المراهقة عادة، ويكون معظم المصابين به متزوجين، ولكن الزواج غالبا ما يكون مضطربا . وحوالي 30% من مرتكبي الجرائم الجنسية الذكور الذين يلقي القبض عليهم هم من المصابين بالاستعراء. وهم يميلون إلى الاستمرار في سلوكهم. ويعاد اعتقال نحو 20 إلى 50% منهم . ويعد عرض الأعضاء التناسلية للغرباء غير المتوقعين بهدف الإثارة الجنسية أمرا نادر الحدوث بين النساء، فالنساء لديهن أماكن أخرى، والظهور في مختلف وسائل الإعلام

وأماكن الترفيه، ولا تشكل المشاركة في هذه الأماكن بحد ذاتها اضطراباً في الصحة النفسية (براميلي، 2009).

بالنسبة لبعض الناس، يجري التعبير عن الاستعراء باعتباره رغبة قوية في أن يشاهد الآخرون أفعالهم الجنسية. وهؤلاء الأشخاص يريدون أن ينظر إليهم من قبل جمهور موافق، بدلاً من مفاجأة الناس، وقد يشارك الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الاستعراء في الأفلام الإباحية، أو يصبحون بالغين مشاركين في الترفيه. ونادراً ما تزعجهم رغباتهم، وبذلك قد لا يكون لديهم اضطراب في الصحة النفسية، ولا يكون معظم الذين لديهم نزعات استعرائية مصابين باضطراب (براميلي، 2009).

1.6. علاج اضطراب الاستعراء:

- العلاج النفسي، مجموعات الدعم، وبعض مضادات الاكتئاب
- أدوية أخرى في بعض الأحيان.
- يبدأ العلاج بعد اعتقال المصابين بالاستعراء عادة. ويشمل العلاج النفسي، ومجموعات الدعم، ومضادات الاكتئاب التي تسمى مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. ولكن إذا كانت هذه الأدوية غير فعالة، يمكن استخدام الأدوية التي تغير الدافع الجنسي وتحد من مستويات (التستوستيرون) وتشتمل هذه الأدوية على (ليوبروليد وأسيئات ميدروكسي

بروجسترون). يجب على المرضى إعطاء موافقتهم على استخدام هذه الأدوية، وعلى

الأطباء القيام دوريا باختبارات للدم لرصد تأثيرات

الدواء في وظيفة الكبد، فضلا عن غيرها من الاختبارات (بما في ذلك اختبارات كثافة

العظام واختبارات الدم لقياس مستويات التستوستيرون) (براميلي، 2009).

7. اضطراب المازوشية الجنسية :

تتطوي المازوشية الجنسية على أفعال يتعرض فيها الشخص للإثارة الجنسية من خلال الإذلال

أو الضرب أو التقييد أو إساءة المعاملة أما الاضطراب المازوشي الجنسي فهو مازوشية جنسية

تسبب ضائقة كبيرة أو تتداخل بشكل كبير مع الأداء اليومي .

المازوشية الجنسية هي شكل من أشكال الشذوذ الجنسي، ولكن معظم الأشخاص الذين لديهم

ميلول مازوشية ليس لديهم اضطراب المازوشية الجنسية .

يوجد بعض من السادية والمازوشية بشكل شائع في العلاقات الجنسية الصحية عادة، وفي كثير

من الأحيان يسعى الشركاء المتوافقون مع بعضهم بعضا إلى تبادل السيطرة، فعلى سبيل المثال،

يعد استخدام مناديل الحرير لمحاكاة العبودية والضرب الخفيف على الردفين خلال النشاط

الجنسي من الممارسات الشائعة بين الشركاء الموافقين، ولا يعد ذلك من السادية

والمازوشية. ومعظم المازوشيين يتفاعلون مع الشريك الموافق عليه، والذي قد يكون لديه سادية

جنسية وفي هذه العلاقات، يجري تفريغ الإهانة والضرب ببساطة، مع معرفة المشاركين أنّ ذلك

لعبة وتجنب دقيق للإهانة أو الإصابة الفعلية وعلى النقيض من ذلك، ينطوي اضطراب المازوشية الجنسية على أحد أو كل مما يلي :

- يشعر الأشخاص بالضيق بسبب سلوكهم أو عدم قدرتهم على العمل بسبب هذا السلوك .
- وتؤدي هذه الأفعال إلى أذى جسدي أو نفسي شديد، وحتى إلى الموت، مثلما يمكن أن يحدث في الولع بالاختناق .

تكون معالجة المازوشية غير فعالة عادة . والولع بالاختناق (الاختناق بالشبق الذاتي)

يعد نوعا فرعيا من اضطراب المازوشية الجنسية، حيث يقوم الأشخاص الذين يعانون من الولع بالاختناق بخنق أو شنق أنفسهم جزئيا من خلال تطبيق رباط حول عنقهم، أو السماح للشريك بالقيام بذلك . ويلجأ هؤلاء إلى استخدام مواد من الملابس عادة (مثل الأوشحة أو الملابس الداخلية) كرباط خانق وقد يعلقون الرباط بجسم ما في الغرفة (مثل مقبض الباب أو السرير). ويكون القصد هو إحداث انخفاض مؤقت في الأكسجين الوارد إلى الدماغ عند نقطة النشوة، كتعزيز للتفريغ الجنسي، ولكن هذه الممارسة قد تؤدي بطريق الخطأ إلى ضرر في الدماغ أو إلى الموت (براميلي، 2009).

8. اضطراب السادية الجنسية

تتطوي السادية الجنسية على أعمال يتعرض فيها الشخص للإثارة الجنسية من خلال إلحاق

المعاناة البدنية أو النفسية بشخص آخر، أما اضطراب السادية الجنسية فهو سادية جنسية تسبب

ضائقة كبيرة، أو تتداخل بشكل كبير مع العمل اليومي، أو تضر بشخص آخر .السادية الجنسية هي شكل من أشكال الشذوذ الجنسي .ومعظم الأشخاص الذين لديهم ميول سادية لا يعانون من اضطراب السادية الجنسية .ويتفاعل معظم الساديين مع شريك موافق، قد يكون مصابا بالمازوخية الجنسية. وفي هذه العلاقات، يجري تفريغ الإهانة والضرب ببساطة، مع معرفة المشاركين أن ذلك لعبة وتجنّب دقيق للإهانة أو الإصابة الفعلية. وتعد التخييلات والهيمنة الخاضعة للسيطرة الكاملة مهمة غالبا، وقد يربط الساديون شريكهم ويقيدونه بطرائق معقدة .

عند ممارسة السادية الجنسية مع شركاء غير متعاونين، تعد جريمة، ومن المرجح أن تستمر حتى يجري القبض على السادي . ولكن السادية الجنسية ليست مرادفة للاغتصاب، وهي مزيج معقد من الممارسة الجنسية وتطبيق السلطة على الضحية يجري تشخيص السادية الجنسية في أقل من 10% من المغتصبين، ولكن في 37 إلى 75% من الأشخاص الذين ارتكبوا جرائم القتل بدوافع جنسية . وتعد السادية الجنسية خطرة بشكل خاص لدى الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أيضا. وتكون معالجة اضطراب السادية الجنسية غير فعالة عادة(براميلي،2009).

المحاضرة الثالثة: اضطراب الهوية الجنسية

1. تعريف اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

هو تشخيص يطلقه المختصون في الطب وعلم النفس والفزيولوجيون على الأشخاص الذين يعانون من حالة من ألام ارتياح أو القلق حول نوع الجنس الذي ولدوا به، وكان يعتبر تصنيفاً نفسياً، ثم أزيل التشخيص من قائمة الأمراض العقلية والنفسية. لكن جميع المصادر كانت قديمة أو حديثة أقرت أن أسبابه بيولوجية كالتركيبية الجينية للإنسان أو البنية الدماغية المتعلقة بالتأثيرات الهرمونية على الدماغ في فترة التكوين الجنيني (ما قبل الولادة). يصف هذا التشخيص المشاكل المتعلقة بكره الجسد وعدم الارتياح معه ويكون عقل المصاب بهذا الخلل مشحوناً بتغيير الجسد أو عملية تصحيح الجنس الجسدي ليتناسب مع الهوية الجندرية. وهو تصنيف تشخيصي لا ينطبق بشكل عام على "المصححين جنسياً" أو "المتحولين جنسياً، فان تشخيص اضطراب الهوية الجندرية المذكور في كل مراجع الطب النفسي العربية والعالمية : هو خلل يولد به الإنسان وكانوا يرجعون سببه إلى البيئة أو التربية . لكن مع التقدم الطبي، اتضح أن هناك ما يسمى بـ (الخطوط الجندرية) أو (الجنسية) بالمخ، هي المسئولة عن تعريف وشعور المخ بالجندر الذي ينتمي إليه، وهو ما يسمى بالهوية الجندرية، وقد توصل العلماء إلى أن هذه الخطوط تكون

مختلفة في هؤلاء المرضى، بحيث يشعر الإنسان منذ ولادته أنه ينتمي للجنس المعاكس لجنسه التشريحي، لقد تبين أن هذا الاختلاف يرجع إلى اضطراب في (الهرمونات) التي يتعرض لها الجنين "قبل" الولادة، مما يؤثر على (جيناته)، وعليه يؤثر على الخطوط الجندرية بالمخ، فيبدأ اضطراب الهوية الجندرية.

تبدأ الأعراض بالظهور منذ الولادة، وحيث إنه يختلف سلوك الرضيع الذكر عن الأنثى، فيتبع الرضيع سلوك الجنس المعاكس، ثم تزيد وتتضح الأعراض أثناء الطفولة المبكرة، فيشعر الطفل الذكر -مثلا- الذي لم يتعد ثلاث سنوات أنه أنثى، ويسلك سلوك الطفلة الأنثى في مختلف نواحي حياته، بدايةً من أسلوب اللعب، وحتى طريقة قضاء حاجته.

وقد كان "هاري بنجامين" اختصاصي في علم الغدد الصماء وتخصص في شؤون تغيير الجنس من أوائل من افتتحو عيادات تخصصت في تغيير الجنس للأشخاص من الجنسين (ابراهيم، 2006).

2. تشخيص اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

قد تم تصنيف اضطراب الهوية الجنسية رسمياً على أنه اضطراب طبي في دليل الأمراض النفسية الأمريكية، إذ وفقاً للأدلة المجموعة فإن الحالة ناتجة عن مجموعة من العوامل السلوكية والنفسية والبيولوجية، وعلى الرغم من تضمينه كاضطراب إلا أنه من المهم التأكيد على أن اضطراب الهوية الجنسية ليس مرضاً عقلياً أو نفسياً.

إن اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال يوصف عادة "بأنه موجود منذ الولادة"، وهو غير مشابه لاضطراب الهوية الجنسية الذي يظهر في فترة المراهقة أو فترة البلوغ في وقت تستهجن فيه عدة ثقافات السلوك الجنسي المغاير، فإنها تؤثر بشكل سلبي على الأشخاص المصابين به والأشخاص القريبين منهم. في حالات متعددة تظهر شعورا بعدم الارتياح نابع من أن جسم هذا الشخص هو "الغير صحيح" أو مختلف ويتميز اضطراب الهوية الجنسية بنفور شديد بشأن جنس الشخص الفعلي مع رغبة للانتماء للجنس الآخر ويكون هناك انشغال دائم بملابس أو نشاطات الجنس الآخر مع رفض للجنس الفعلي، وينتشر هذا الاضطراب بين الذكور أكثر منه عند الإناث(حسون،2004).

3. مظاهر اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

يمكن ملاحظة أعراض اضطراب الهوية الجنسية في وقت مبكر من الطفولة، إذ غالبا ما يظهر الأطفال الصغار المصابون بهذه الحالة ما يلي:

- * إظهار الاشمزاز من رؤية أو التفكير في أعضائهم التناسلية.
- * الإصرار بشكل متكرر على أنه فتاة لو كان فتى والعكس.
- * عدم الامتثال للممارسات التقليدية في التبول، مثل رفض الجلوس أو الوقوف.
- * إظهار علامات الكرب والتأزم في التغييرات التي يحدثها البلوغ.

* العزلة والبقاء بمنأى عن الزملاء والأقران.

* تظهر عليهم أيضا علامات القلق.

* كما تظهر علامات العزلة والاكتئاب.

إذ تظهر الأبحاث أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية معرضون بشدة لخطر الانتحار، وفي الواقع حاول أربعون في المائة من الأفراد المتحولين جنسيا في الولايات المتحدة الانتحار في مرحلة ما من حياتهم، تظهر الأبحاث أيضا أنهم أكثر عرضة للمعاناة من عدد من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطرابات الأكل التي يمكن أن تعرض صحتهم العامة لخطر شديد (براميلي، 2009).

4. أسباب اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

لا يزال السبب الدقيق لاضطراب الهوية الجنسية غير محدد، ومع ذلك، تظهر الأبحاث الحالية أن الحالة يمكن أن تبدأ في وقت مبكر من تطور الجنين أثناء وجوده في رحم الأم، وهو ما يؤثر في عدم التوازن الهرموني أيضا على بدن الحالة المضطربة، ليشمل عدم التوازن ذلك الدماغ والأعضاء التناسلية.

إن العوامل الجسدية من هرمونات وجينات وراثية تأثير علي انحراف الهوية الجنسية و لكن تكوين الهوية الجنسية يتأثر كثيرا بمدى الشعور بالأمان الأسرى و شكل العلاقة العاطفية بين

الأبوين و الطفل و طريقه معاملتهم له. وهناك حالات خلل وراثي في الكروموزومات ظاهرة (مثل

ترنر وكلاينفلتر) وذلك للتغيير الشديد في التركيب الخارجي للأعضاء التناسلية يصاحبه

اضطراب الهوية الجنسية والتغيير للجنس الآخر ولكن هذا نادر الحدوث إذا ن معظم الحالات

يكون لديها الأعضاء التناسلية مكتملة ولا يوجد أي خلط في تحديد الجنس من الناحية التشريحية

ولكن المشكلة تكون في المخ وهناك بعض الحالات التي تعاني من تحديد الجنس أصلا تشريحيًا

يكون التكوين الجسماني ناتج عن اضطراب الهرموني ويكون الموقف هنا أن الأسرة لا تستطيع

تحديد جنسه وذلك لعدم التحديد التشريحي وكذلك لعدم توجه التأثير البيئي للتربية في اتجاه أنثوي

أو ذكوري ورغم هذا نرى أن هؤلاء الأشخاص يكون لهم هوية جنسية كاملة (براميلي، 2009).

5. علاج اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

لعلاج الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب يتم استخدام العلاج بالهرمونات والعلاج النفسي

والعلاج الجراحي التكميلي لتصحيح الأعضاء الجنسية الخارجية إن معظم الذين يطلبون العلاج

يكونون ذكور و يبحثون عن الهوية الأنثوية و يريدون التخلص من الخصائص الجسمانية الذكورية

وأعضاؤهم الجنسية ولكن لجودة و توافر العلاج أصبح هناك زيادة في النساء اللاتي يرغبن في

التحول للهوية الذكورية . إن المطلب الرئيسي لراغب التحول في الهوية الجنسية ليس الاستئثار

النفسية لمشاعرهم، ولكن تغيير الخصائص الجسمانية الجنسية والقيام بعملية تصحيح الأعضاء

التناسلية لتتناسب الهوية التي يطلبونها ويجب أن تقدم العلاجات النفسية مع الهرمونات والجراحة

جنبًا لجنب لتتجح عملية التحول في الهوية الجنسية بعد تشخيصها بصورة صحيحة .

قد يعاني المريض بعد عمليات تصحيح الجنس من اضطراب التكيف بعد العملية وخاصة في علاقاته مع الأهل، ولكن التكيف والتأهيل للحياة مع الهوية الجديدة بعد العملية تحتاج لمتابعة النفسية لمدة سنتين للقيام بالدور الجنسي الجديد، كما أن هذه المدة يحتاج فيها المريض أو المريضة للاندماج في المجتمع الجديد بالهوية الجنسية التي تحول لها والتأهيل لكيفية التعامل معه (مبيض، 1995).

الوحدة الرابعة: الجنوح والانحراف

الهدف العام للوحدة:

أن يتعرف الطالب على مفهوم الجنوح والانحراف، أسبابه، أساليب مواجهته.

الهدف الإجرائية للوحدة:

- أن يفهم الطالب الجنوح والانحراف من الناحية النفسية والقانونية والاجتماعية.
- أن يعرف أسباب الجنوح والانحراف البيولوجية، العقلية، النفسية، البيئية.
- أن يتعرف على أنماط الشخصية الجانحة: المرضية منها والانفعالية.
- أن يتعرف على أساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف العملية منها والوقائية.

المحاضرة الأولى: مفهوم الحدث، الجنوح، الانحراف

تمهيد

إن مفهوم الجنوح والانحراف من المفاهيم التي تنصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية، فقد شاع استخدامها في كتب علم النفس وعلم الاجتماع ، وكتب عنه كأحد السلوكيات المؤثرة في مسيرة النمو، فالفرد يعيش في ظروف مليئة بمتغيرات لها تأثير مباشر عليه فتزيد من معدلات الضغط فيلجأ الفرد أحيانا للجنوح والخروج عن القيم والمعايير الاجتماعية.

ونحاول في هذه المحاضرة تحديد مفهوم الحدث والجنوح والانحراف وتعريف هذا الأخير من الناحية القانونية والنفسية والاجتماعية. ثم سنقدم عرض وجيز عن الأسباب البيولوجية والعقلية والنفسية والبيئية للجنوح والانحراف.

1. تعريف الحدث:

يطلق هذا المصطلح على الجانح الذي يخالف القانون بارتكابه جريمة أو جنحة أو مخالفة ويحكم بإدانته. والحدث هو الذي يتبين من سلوكه أنه قد أصبح سيئا إلى درجة يمكن معها وضعه تحت طائلة القانون (إسماعيل، 2010، 5).

ويعرفه مورد بأنه الذي يعاني من نقص في عملية التعليم مع اختلاف في مفهوم هذه العملية وأثرها في التطبع الاجتماعي فالجانح فشل في امتصاص الكثير من عوامل الضبط الخارجي التي يمكن أن تكف عدوانه الموجه نحو الخارج، ولذلك يستمر في تصارعه، كذلك هو ذلك الشخص ذكرا كان أو أنثى لم يبلغ 18 عشرة عاما وارتكب فعلا مخالفا للقانون (إسماعيل، 2010، 5).

2. تعريف الجنوح وانحراف الاحداث:

يعرفه "القذافي" بأنه خروج الحدث عن الطريق السوي وإقدامه على ممارسة احد أنماط السلوك غير الاجتماعي أو الإجرامي الذي يتعارض والمعايير الاجتماعية أو القانونية المعمول بها في المجتمع دون بلوغه السن القانونية التي تبيح محاكمته أو مساءلته. (إسماعيل، 2010، 5).

هو ذلك الذي يأتي أفعالا تكون نتيجة اضطراب نفسي أو عقلي وتخالف أنماط السلوك المتفق عليه للأسوياء في مثل سنه وفي بيئته، وهي أفعال نتيجة لصراعات نفسية لا شعورية تدفعه لإراديا لارتكاب هذا الفعل الشاذ كالسرقة أو العدوان أو الكذب. (عبد الخالق وآخرون، 2001، 28).

1.2. من الناحية القانونية:

يعرف مصطلح الحدث الجانح طبقا لقانون الإجراءات الجنائية الجزائرية 1966 بأنه الشخص

الذي سنه تحت 18 سنة ويرتكب فعلا لو ارتكبه شخص كبير لاعتبر جريمة، وقد اقترح هذا

التعريف سنة 1959 في الملتقى الثاني للدول العربية حول الوقاية من الجريمة وتبنته الجزائر بعد

الاستقلال. (مانع، 1996، 171).

2.2. من الناحية النفسية:

جنوح الأحداث من المنظور النفسي هو نتيجة لعدم أو سوء تكيف الحدث مع البيئة التي يعيش فيها، فعلماء النفس يركزون باختلاف نظرياتهم على شخصية الحدث الجانح ومراحل نموه وتطوره، ويؤكدون على أن أي اضطراب جسدي أو انفعالي لا بد أن يحدث خلل في عملية النمو الطبيعي للشخصية وبالتالي يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية مختلفة قد تدفع الحدث إلى ارتكاب سلوك جانح وغير متوافق.

3.2. من الناحية الاجتماعية:

الجنوح هو كل سلوك يعارض مصلحة الجماعة في زمان ومكان معينين وذلك باعتبار الجريمة هي كل مخالفة لمشاعر الولاء الاجتماعي أو كل خروج على معايير الأمانة والاستقامة (الدوري، 1986، 28).

3. أسباب الجنوح والانحراف :

1.3. الأسباب البيولوجية:

* **الوراثة:** أثبتت الدراسات أن للوراثة اثر كبير على السلوك الإجرامي، من بينها دراسة "لانج" الذي وجد من دراسة ل 13 زوجا من التوائم المتطابقة، أن المولودين من بويضة واحدة انقسمت بعد الإخصاب أصبحوا مجرمين في 10 ازدواج أي بنسبة 77% بينما وجد أن التوائم الإخوة لديهم نسبة إجرام فردي 12 %، أما الإخوة العاديين فنسبة الإجرام بينهم 8 بالمائة فقط. واستنتج من هذه الدراسة أن الوراثة تلعب دورا هاما في إحداث السلوك الإجرامي (رشوان، دت، 113). وبينت دراسات أخرى أقيمت على أطفال كان آباؤهم عدوانيين فصلوا عنهم وتبناهم آباء آخرين، وبعد فترة تبين لدى هؤلاء الأطفال عدوانية، مما أكد أن للوراثة دور كبير في تحديد الشخصية والسلوك. وقد كان "لومبروزو" من الأوائل الذين تبناوا فكرة توارث الجريمة، ولقد قدم فكرة الارتداد الوراثي كأساس نظري لتفسير انتقال الجريمة بالوراثة. من بين الدراسات المهمة التي أقيمت في هذا الصدد، الدراسة التي أجراها "غودار" على أسرة "كاليكاك" الذي كانت زوجته منحرفة أخلاقيا ورزق منها طفلا شادا اجتماعيا وكانت ذرية الطفل شادة أيضا، ثم تزوج "كاليكاك" بامرأة صالحة فرزق منها بأبناء صالحين. (قهوجي، 2000، 131).

* **عدم توازن الإفرازات الغددية:**

لقد اثبت علماء الغدد أن هذه الإفرازات يجب أن تكون في حالة توازن دقيق فيما بينها حتى يسير النمو الجسمي والعقلي بصورة طبيعية، أما إذا أخفقت بعض الغدد في أداء وظيفتها (الإفراط أو القصور في الإفرازات) فان النمو الجسدي يختل ويضطرب المزاج والسلوك الفردي تبعاً لذلك (قواسمية، 1992).

2.3. الأسباب العقلية:

* الضعف العقلي:

توصلت أبحاث كل من العالمين "هيلي وبرونر" بان معدل الانحرافات الخطيرة التي حدثت من طرف ضعاف العقول تعادل ضعف الانحرافات الحادثة من طرف العاديين. (رمضان، 1990). وقد قام في نفس المجال "سيرل برت" بدراسة في لندن على الأحداث الجانحين وكانت النتائج أن نسبة 80 بالمائة من عينة الدراسة يعانون من ضعف عقلي. (جعفر، 1996).

* الجهل والمعتقدات الخاطئة:

في هذا الإطار أقيمت دراسة على الجانحين من الأحداث من طرف الاتحاد النسائي في

الجمهورية العربية السورية عام 1978 وكانت النتائج أن نسبة 78 بالمائة من مجموع عينة أفراد

الآباء كانوا أميين، وان نسبة 92 بالمائة من الأمهات في مثل هذا الحال (الرفاعي، 1998).

3.3. الأسباب النفسية:

ترجع إلى عدم إشباع الحاجات النفسية ما يؤدي الى العجز عن التكيف النفسي الاجتماعي

السوي، فينجر عنه صراع نفسي أو نوع من انعدام الأمن الداخلي.

4.3. الأسباب البيئية:

* أسباب أسرية: الفقر، ازدحام المنزل، انهيار الجو الأسري،...

* أسباب بيئية خارج المنزل:

قلة المراقبة السارية، رفقاء السوء، المشاكل ، أوقات الفراغ.. (الحبل، 2001، 417).

بعدما تم التطرق لمفهوم الجنوح والانحراف والفصل في أسبابه سنتطرق في المحاضرة القادمة إلى

أنماط الشخصية الجانحة وأساليب علاجها.

المحاضرة الثانية: أنماط الشخصية الجانحة وأساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف

1. أنماط الشخصية الجانحة والمنحرفة:

1.1. الأنماط المرضية عند (قهوجي، 2000، ص147):

* **الجانح عصابي:** يتميز بشعور تأنيب الضمير المبالغ فيه، لذلك يقوم هؤلاء بمخالفات إرادية،

حتى يخفف من الشعور بالذنب وهو في حد ذاته عقاب لكنه ذاتي، مما يجعل الجانح العصابي

يحب القبض عليه وهو متلبس بالجريمة.

* **الجانح المزاجي:** يميز هذا الجانح اضطرابات وصراعات داخلية يعبر عنها عن طريق قيامه بمخالفات من نوع المرور إلى الفعل وعند القبض عليه يقر بذنبه، فانه لا يملك ميكانيزم الضبط الكافي، كما يتصف بتناقض وجداني في علاقاته مع الآخرين وإحساس متطرف بالذنب غير ان هذا لا يمنعه من القيام بمخالفات.

* **الجانح السيكوباتي:** يتميز هذا النوع بعدم الحساس بالذنب وإيجاده لمبررات لفعلة، فالجانح السيكوباتي يقوم بالمخالفة بكل برودة، وعند القبض عليه فانه يظهر علامات الانزعاج، لكن ليس بسبب ما أصاب المعتدي عليه، ولكن بسبب ما يصيبه من جراء القبض عليه ومحاكمته.

* **الجانح الذهاني:** قد يظهر الأطفال والمراهقين اضطرابات ذهانية مما يجعلهم يسقطون في مخالفات تدل طبيعتها أن لديهم اضطرابات في الشخصية، ومن بين هذه السمات ضعف في ميكانيزم الضبط وضعف في الحكم الأخلاقي. (قهوجي، 2000، ص 147).

2.1. الأنماط الانفعالية:

* **متبدلوا العواطف:** هؤلاء يتميزون بالقسوة وجمود المشاعر وبرود العواطف، لا تربطهم مع الناس أي مشاركة وجدانية، يتميزون بالأنانية ويرتكبون جرائم العنف وقطع الطرق وهتك العرض.

* **منقلبوا الهواء:** يتميزون بعدم الاستقرار وسرعة الانتقال من النشاط إلى الخمول ومن السرور إلى الحزن والكآبة، كما يتميزون بالثورة على الأنظمة القانونية، ولذلك يرتكبون جرائم يغلب عليها الطابع العاطفي وجرائم التسول والتشرد والدعارة والإدمان على تعاطي المخدرات

* سريعوا الانفعال: هؤلاء يتصفون بالاندفاع والميل إلى الشجار وتسهل إثارتهم ويكون رد فعلهم على هذه الإثارة عنيفا غير متناسب معها، وغالبا ما يرتكبون جرائم ضد الأداب العامة (عبد الخالق، رمضان، 2001، ص 59).

2. أساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف:

1.2. الأساليب العملية:

- نشر مكاتب الإرشاد والتوجيه الأسري ومكاتب الاستشارات الزوجية.
- تهيئة أسباب العمل الشريف أمام القادرين على أدائه بالدخل المناسب.
- إعداد برامج من خلال الرسائل الإعلامية المختلفة لتوعية الآباء والأمهات إلى أهمية تنظيم الأسرة وفعالية الدور الذي تقوم به الأسرة في التنشئة الاجتماعية السليمة لأطفالها.
- رفع مستوى معيشة المواطنين وتحسين ظروف الإسكان والتخلص من جوانب الفساد بالأحياء الشعبية بصورة خاصة والقضاء على الأمية التي تمثل مظهرا من مظاهر التخلف في البلاد.
- إنشاء الحدائق والمعارض والمراكز الثقافية للشباب وغيرها لممارسة الأنشطة الرياضية والثقافية والفنية والاجتماعية بطريقة موجهة تهيئ للقضاء وقت الفراغ. (عيسى، وآخرون، 1964، ص 77).

2.2. الأساليب الوقائية:

- أساليب وقائية في مجال الأسرة.



سنة ثالثة علم النفس العيادي

محاضرات في اضطرابات السلوك

- أساليب وقائية في مجال العمل.

- أساليب وقائية في مجال المدرسة.

- أساليب وقائية في مجال الترويج وقضاء وقت الفراغ.

- أساليب وقائية من خلال الشرطة.

- أساليب وقائية من خلال الجهود الجماهيرية. (الزغبي، 2005، ص152).

نخلص من هذه الوحدة أن تعرفنا على مفهوم الجنوح والانحراف وأسبابه وتعرفنا على المفهوم المرضي الاكلينيكي وكذا عن طرق علاجه.

الوحدة الخامسة: السرقة عند الطفل

الهدف العام للوحدة الأولى

أن يتعرف الطالب على المعنى الحقيقي للسرقة عند الطفل وكيفية التعامل معه

الأهداف الإجرائية للوحدة

أن يتعرف على مفهوم السرقة عند الطفل علمياً.

أن يتعرف على مظاهر السرقة عند الطفل وأنواعها.

أن يفهم جيدا أسباب الكذب عند الطفل.

أن يتعلم كيف يتعامل مع هذا الطفل وكيف يقدم له المساعدة سواء طرق الوقاية، أو طرق علاجه.

المحاضرة الأولى: مفهوم السرقة، مظاهرها، وأنواعها عند الطفل.

تمهيد

يسلك الطفل في مراحل نموه العديد من السلوكيات التي لا يدرك المعنى الحقيقي لها أي تكون بصفة عفوية الأمر الذي يستدعي إعطائه المعنى من ذلك من أجل عدم تكرارها واستفحالها في نفسية الطفل كالسلوك السرقة مثلا في المراحل العمرية الأولى يسعى الطفل إلى الحصول على الأشياء التي يرغب فيها ويستحوذ عليها دون العلم أن هذا السلوك يعتبر سلبي، في حين أن الأولياء يتعاملون معه تبعا للقيمة الأخلاقية التي تميز هذا السلوك متغاضين عن عدم قدرة الطفل

على التمييز فالسرقة لدى الطفل لها مدلول مغاير عن المدلول الذي نعيه نحن الكبار، فتجد الأولياء يعبرون عن انزعاجهم كون أن ابنهم يسرق.

1. مفهوم السرقة عند الطفل

تعتبر السرقة عن سلوك سلبي يقوم به الطفل من أجل الحصول على ممتلكات الغير لدوافع وأسباب معينة، فقد عرفها (فاروق أسامة، 2011) على أنها : "سلوك صادر عن حاجة أو رغبة في الاستحواذ أو التملك وتؤدي إلى وظيفة معينة، ولها مظاهر متعددة أهمها الاعتداء على حقوق الغير والخيانة وعدم الوفاء بالأمانة مع سوء التوافق النفسي نتيجة الشعور بالذنب وسوء التوافق الاجتماعي نتيجة لانحراف سلوك صاحبه.

وبأكثر تفصيل يشير (عريف سامي، 2002) على أنها عملية ترمي إلي الحصول علي ما يملكه الآخرون، أما من الناحية النفسية فإنها سلوك صادر عن حاجة أو رغبة وتؤدي إلى وظيفة معينة. تشير أحدث الدراسات في هذا الصدد على أن سلوك السرقة قد يكون مكتسبا من البيئة التي يعيش فيها نتيجة لتفشي هذا السلوك وسعيه إلى تقليد الكبار كما انه قد يكون ذو بعد وراثي حيث أن الأب الذي يحمل صفات إجرامية قد ينجب أطفال لديهم استعدادات وراثية للسلوكات السلبية كالسرقة .

2. مظاهر السرقة عند الأطفال

يصنف (أسامة فاروق، 2011) السرقة عند الطفل إلى الأنواع التالية

1.2. السرقة الكيدية: أي اللجوء إلى السرقة انتقاما للكبار لكي يلحق بهذا الشخص الهلع والفرع،

وفي هذا الشكل يعبر الطفل عن نزعات عدوانية اتجاه الآخرين

2.2. سرقة حب التملك : ويمثل هذا النوع من السرقة الصورة الطبيعية المرغوبة في السلوك إذا

ظلت ضمن الحدود القيمية التي تسمح للطفل الفرصة لتحقيق كيانه ووجوده متميز مزود

بمستلزمات بسيطة كاللعب، فسرقة حب التملك تتطوي على إشباع حاجات بدأت في النزوح

للاستحواذ على مستوى من العاطفة.

3.2. السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع: إن هذا النوع من السرقة يكون بدافع من الطفل للمغامرة

والاستطلاع على أمور لم يرها سابقا أو تبدو غريبة عليه كان يستغل غياب حارس الحديقة من

أجل قطف ثمار معينة لم يذقها سابقا

4.2. السرقة كاضطراب نفسي : تتعدد العوامل النفسية التي تدفع الطفل إلى السرقة منها الحاجة

إلى النفوذ أو الجوع أو الاستطلاع، وتظهر على شكل اضطراب سلوكي مثير له دوافعه النفسية

العميقة ناتج صراعات مرضية في نفس الطفل لا يمكن لنا الجزم بوجودها إلا عن طريق التحليل

النفسي

5.2. السرقة لتحقيق الذات: قد يسعى الطفل إلى السرقة من أجل إشباع حاجات داخلية يرى فيها

كيانه كسرقة المال من أجل الذهاب إلى السينما أو من أجل شراء بعض الأشياء أمام زملائه لكي

يظهر نفسه.

6.2. السرقة نتيجة للحرمان: يسعى الطفل إلى تعويض الحرمان الداخلي عن طريق السرقة.

ويضيف عن ذلك (الزغبى محمد، 2002) المظاهر التالية للسرقة عند الطفل :

- **الخيانة:** فهي نقيض للصدق والأمانة والمحافظة عليها التي تعتبر فضيلة يسعى المجتمع لتحقيقها.

- **الاستسلام:** هي نوع من الاستسلام لدوافع داخلية تلج على الإشباع.

- **صفة مكتسبة:** قد يتعلم الطفل السرقة من البيئة المحيطة التي تتميز بذلك.

- **عدم التدريب:** قد يقوم الطفل بهذا السلوك نتيجة عدم معرفته بالمعنى الحقيقي لهذا السلوك الأمر الذي يستدعي من الوالدين تعديل معارفه.

- **المهارات الجسمية والعقلية:** تساعد الطفل إذا ما توفرت لديه الرغبة في السرقة والتمثلة في وفرة الذكاء، دقة الحواسالخ.

3. أنواع السرقة عند الطفل

صنف (فهيم كلير، 1993) أنواع السرقة عند الطفل كالاتي:

1.3. السرقة الذكية: وتشير إلى سعي الطفل إلى سرقة ما يريده بطريقة لا يمكن للغير اكتشافه.

2.3. السرقة الغبية: وفيها لا يحرص على تأمين جميع الشروط التي تستدعي إلى اكتشافه حيث ينكشف بسهولة.

3.3. السرقة العارضة: كأن يسرق الطفل مرة أو مرتين نتيجة إلى الإغراق أو التحريض تم يتراجع

عن هذا السلوك.

4.3. السرقة المعتادة: وهي أن يصبح سلوك السرقة عادة ولا يمكن للطفل الرجوع عنها.

5.3. السرقة للحاجة: كان يسرق الطفل بعض الأشياء التي هو بحاجة إليها.

6.3. السرقة للمباهاة: ويكون الغرض من السرقة المباهاة والتفاخر على الآخرين.

7.3. السرقة الفردية: وفيها النوع يسرق الطفل لوحده.

8.3. السرقة الجماعية: وتكون السرقة جماعية عن طريق تخطيط مسبق وتحديد لكل فرد دوره في

الخطة للسرقة.

يشير (العظاموي، 1988) على أن ظهور السرقة كاضطراب سلوكي يكون في مرحلة الطفولة من

(4-8) سنوات وفي العديد من الحالات قد يصبح جنوحا يستمر إلى مرحلة المراهقة أي ما بين

(10-15) سنة وقد يستمر حتى لسن الرشد .

المحاضرة الثانية: أسباب السرقة عند الطفل وطرق علاجها والوقاية منها

1. أسباب السرقة عند الطفل

يمكن تقسيم أهم الأسباب التي تؤدي للسرقة إلى

1.1. عوامل بيولوجية : في هذه الحالة يمكن لنا الاعتماد على الدراسات التي أثبتت وجود

مورثات، إذ يمكن انتقالها من الآباء إلى الأطفال فالآباء الجرمين يمكن أن ينجبوا أطفال مجرمين أي لديهم استعداد وراثي للسلوك السلبي، أو يظهر من خلال التشوهات الخلقية أو وجود خلل في النمو الطبيعي ، فالإنسان الجانح يختلف بيولوجيا عن الإنسان الطبيعي السوي.

2.1. العوامل الأسرية : تشكل الأسرة النواة الأساسية التي تؤدي إلى إشباع الحاجات النفسية لدى

الطفل فالحرمان العاطفي وعدم تقدير الطفل يؤدي به إلى البحث عن ذلك بطرق سلبية الأمر

الذي أكد عليه (حمزة الجبالي، 2006، 45) حيث صرح أن العامل الأصلي لتكون الدافع للسرقة ما

يتعلق بعدم الشعور بالأمن والاستقرار الذي تكون ناتجة عن تغير مفاجئ في طريقة معاملة

الوالدين أو التفكك الأسري

3.1. الرفاق : للأقران تأثير بالغ على سلوكيات الطفل فمصاحبة الطفل لأقران يمارسون سلوك

السرقة سيجعله يتعلم ذلك ويمارسه ففي الكثير من الأحيان يمارسون السرقة الجماعية بهدف

تحقيق أغراض معينة .

4.1. عوامل نفسية : ويشير في هذا الصدد (وائل السباعي، 2010) أن للسرقة دوافع نفسية تتمثل في

الإحساس بالحرمان أو النقص، أو الشعور بفقدان الذات فالكثير من الأطفال الذين يسرقون يعانون

من فراغ عاطفي الأمر الذي يدفعهم بطريقة مباشرة إلى السرقة، وقد يكون سلوك السرقة بدافع

إثبات الاستقلالية عن الغير وحرية التصرف .

2. طرق وقاية الطفل من سلوك السرقة:

* تربية الطفل على القيم والأخلاق الحميدة التي تمت بالصدق والأمانة واحترام حقوق وملكية

الآخرين

* تدريب الطفل على التعبير عن الحاجات الداخلية ومحاولة الوالدين إشباعها حتى لا يسعى إلى

إشباعها بطرق سلبية

* تخصيص مصروف رمزي للطفل على حسب احتياجاته

* بناء علاقة جيدة بين الطفل ووالديه تسمح له بالإفصاح عن ما بداخله بكل طلاقة لدرجة أنه لو

وقع في مأزق لا يلجأ إلى السرقة بل يصرح للوالدين للمساعدة (الزغبى، 2005).

3. علاج السرقة عند الأطفال

لعلاج السرقة عند الطفل يجب التركيز في البداية قبل إخضاع الطفل إلى العملية العلاجية إلى

الأسباب المؤدية إلى ذلك، وفي هذا الصدد يطرح لنا (حاتم محمد، 2003) الخطوات التالية لعلاج

الطفل السارق كالتالي:

• التوجيه والإرشاد: ويقصد بذلك توعية الطفل بطريقة مقبولة بدون إشعاره بالإهانة كنعته

بالسارق فقد يؤدي ذلك إلى فقدانه الثقة بالنفس

• النموذج الطيب من السلوك: أي القدرة الحسنة وخصوصا المقربين من الطفلة حتى يكونوا

له مثالا للصدق والأمانة.

• التوضيح للطفل معنى الملكية الخاصة واحترام ملكية الآخر وتبين له أيضا ملكيته.

• إشباع الحاجات النفسية للطفل

• تشجيع الطفل على تكوين صداقات

• العمل على تكوين الوازع الديني لدى الطفل وتعميق القيم الدينية التي تحض على الصدق

والإخلاص.

وفي حال استفحال المشكل في نفسية الطفل وأصبح لا يستطيع الابتعاد عنها دون أسباب واضحة

أي أنها تحولت إلى عادة يجب على الأولياء استشارة مختص نفسي من أجل الخضوع إلى

جلسات علاجية معرفية سلوكية .

يمكن القول أن سلوك السرقة عند الطفل له عدة أبعاد منها النفسية والأسرية والاجتماعية وقد

يسهم الوالدين بطريقة التنشئة السلبية التي يتبعونها مع الطفل بغرس هذا السلوك نتيجة لعدم

معرفتهم ودرايتهم على النتائج السلبية لطرق التربية الخاطئة لدى من الضروري على الأولياء

حضور الجلسات التوعوية حول طرق التربية الناجعة.

الوحدة السادسة: الكذب عند الطفل

الهدف العام للوحدة:

أن يتعرف الطالب على المعنى الحقيقي للكذب عند الطفل وكيفية التعامل معه

الأهداف الإجرائية للوحدة:

أن يتعرف على مفهوم الكذب عند الطفل علمياً.

أن يتعرف على أسباب الكذب عند الطفل.

أن يفهم جيدا ويفرق بين أشكال وأنواع الكذب عند الطفل.

أن يتعلم كيف يتعامل مع هذا الطفل وكيف يقدم له المساعدة سواء طرق الوقاية، أو طرق علاجه.

المحاضرة الأولى: مفهوم الكذب وأسبابه عند الطفل

تمهيد

ينعكس أسلوب التربية على كافة جوانب حياة الطفل، ويقول الخبراء أنّ اضطراب الكذب عند الأطفال ليس موروثا أو فطريا لدى الطفل، بل هو نتاج لما شاهده من تصرفات، سواء كان ذلك في المنزل أو المدرسة أو أي بيئة محيطة، لكن دور الوالدين يبقى هو المؤثر الرئيسي على هذا السلوك. وفي هذه المحاضرة سنتعرف على مفهوم الكذب عند الطفل وعلى أبرز أسباب الكذب وكذلك على أشكال وأنواع الكذب عند الأطفال بالإضافة إلى أساليب علاجه.

1. تعريف الكذب

يمكن تعريف الكذب حسب (بترس،2007) بأنه " ذكر شيء غير حقيقي ، مع معرفة أنه كذلك بنية خداع الآخر ، للحصول على مكاسب ، أو تجنب خسائر . الصدق سمة أساسية للحياة ، وهو ركيزة أولى لشعور الفرد بالمسئولية ، سواء كانت مسئولية دينية أو عملية أو اجتماعية ولأن الكذب سلوك، فإن كثرة تكراره يسبب تعود النفس عليه ، واستهانتها به ، حتى يصبح عادة ملازمة لها. ورغم مركزية الصدق في بناء شخصية الإنسان ، إلا أننا نجد أن الكذب سلوك شائع في مرحلة الطفولة ، وكثيراً ما ينظر الآباء إلى السلوك بقلق شديد دون النظر إلى أسبابه ودوافعه ، رغم أن القاعدة الأساسية للتعامل مع سلوك الكذب عند الطفل هي أن نعرف

*أسبابه ودوافعه.

* أشكاله.

* علاجه.

* الوقاية منه (بترس،2007).

2. أسباب الكذب:

ينبغي أن يكون واضحاً للوالدين أن أي سلوك يسلكه طفلهم يخضع للقاعدة السلوكية العامة : أن كل سلوك سواء كان سوياً أو شاذاً إنما يحدث بقصد تجنب العقاب أو الحصول على المكاسب والنظرة إلى الطفل باعتباره طفلاً كاذباً، لا يجدي معه إلا العقاب الشديد ، نظرة بالغة الضرر ، لأنك حين تصنف ابنك باعتباره " كذاباً " تنمي لديه مفهوماً سلباً عن ذاته وهو حين يرى نفسه "

كاذبا " يستمر في كذبه، ويبحث عن الآخرين الذي ينظر إليهم الناس باعتبارهم كاذبين. وهذا مثال

على " تحقق النبوءة الذاتية " حيث تؤدي توقعاتنا عن الطفل إلى تحريك عوامل نفسية فيه تحول

التوقعات إلى واقع (الزغبي،2001).

أبرز أسباب الكذب:

- **الدفاع عن النفس:** ويظهر هذا السبب بكثرة في الأسر التي تستخدم العقاب كثيرا في تعاملها مع أبنائها ، ويتحول فيها الأب من شخص متفهم لمشكلات طفله إلى محقق بوليسي ، فيلجأ الطفل إلى الكذب ليدفع عن نفسه التهمة ، حتى لو ألصقها بالآخرين.
- **الإنكار:** ويلجأ إليه الطفل لتجنب الذكريات المؤلمة ، والمشاعر السلبية.
- **التقليد:** وهو من أهم أسباب الكذب ، إذ يمثل أسلوب التعلم من خلال تقليد النموذج وسيلة رئيسية للتعلم في سنوات الطفولة المبكرة، وحين يمارس الراشدون أمام الطفل سلوك الكذب فإنه ينظر إليه باعتباره سلوكا مرغوبا (أمثلة : حين يتهرب الوالد من ضيف ثقيل بأن يطلب من الطفل إخباره أنه خارج البيت، أو حين يسمع الطفل من أبيه مبالغات في الحديث عن حياته وممتلكاته أمام الناس رغم معرفة الطفل بحقيقة الأمر. حين يقول الوالد للطفل إنه خارج لنزهة ، ثم يأخذانه إلى الطبيب، أو يعدانه بهدية إذا قام بسلوك ما ثم لا يمنحانه إياها) ويزيد الأمر تعقيدا حين يكون الأب نفسه ما يزال يمارس سلوك الكذب في بعض جوانب حياته، رغم أنه يطالب الطفل بالصدق الصارم (خياط،2013).

- **التفاخر:** وذلك للحصول على إعجاب الآخرين واهتمامهم، والطفل هنا يخفي شعوره

بالنقص أمام الآخر، ويحاول أن يحشو هذا الفراغ النفسي في أعماقه بالكذب محاولاً تعظيم الذات وإعلاء شأنها.

- **التقرب من الآخرين:** بادعاء الطفل قيامه بأعمال يحبونها، فيزيد ذلك من اهتمامهم به.
- **العداء:** بادعاء قيام طفل آخر يكرهه بأعمال مشينة ليعاقب عليها ، وكثيراً ما يلجأ إلى ذلك الأطفال الذين يشعرون بعدوانية مكبوتة لا يمكنهم تفريغها، إما لعجزهم الجسدي، أو لتقييد الأنظمة الأسرية أو المدرسية لهم، فهو هنا يسعى إلى أن يقوم المعلمون والوالدان بما كان يريد أن يفعله هو من عقوبة الطفل الآخ، فكأنما يتلاعب مع النظام الصارم بأسلوبه.

- **الولاء:** للدفاع عن مجموعات الرفاق، أو لتضليل الراشدين حتى لا يعاقبوا صديقاً من أصدقائه.

- **عدم الثقة:** يكون الطفل قد اعتاد على أن الوالدين لا يتقن في كلامه عندما يخبرهما بالحقيقة.

- **صورة الذات:** يكون قد قيل له مراراً " إنه كاذب " حتى أصبح مقتنعاً بذلك، ونظر إلى ذاته باعتباره كاذباً.

- **المكسب الشخصي:** للحصول على أي مكسب خاص يتصور أنه لا يمكنه الوصول

المحاضرة الثانية: أنواع الكذب عند الطفل وطرق علاجه والوقاية منه

1. أشكال الكذب وأنواعه

يمكن أن يتخذ الكذب أشكالاً متعددة ، من أهمها :

- **قلب الحقيقة البسيط:** يدعي الطفل قيامه بواجباته كلها، بينما يكون قد ترك نصفها .
- **المبالغة:** يزيد على الواقع حين يصف والده بالقوة والثروة في حديثه أمام أقرانه .
- **الاختلاق:** يروي لأصحابه تفاصيل رحلة لم يقم بها أبداً .

- التسامر: حين يروي لأصحابه موقفاً فيزيد فيها ليحمله أكثر تشويقاً

وبهذا نرى أن الكذب يتراوح بين : قلب الحقيقة، وذكر جزء منها والزيادة عليه، أو الاختلاق

الكامل (الزغبي، 2001).

وهذه الأنواع تابعة لأسباب الكذب، ومبنية عليها ، وأهمها:

1.1. الكذب الخيالي:

وهو شكل من أشكال زيادة القدرات الإبداعية عند الطفل، ومعيشتته في عالم الصور والأحلام، وهو

يمارسه باعتباره لعبة، كالطفل الذي يحكي حكايات عجيبة أسطورية، ويصور نفسه باعتباره بطلاً

لقصصه، ولا قلق من ذلك، إذ ينمي الطلاقة اللغوية، والقدرة على التصوير، والاستخدام المجازي

الاستعاري للغة، على أن يُشعر الوالدان الطفل بأن هذا عالم آخر مفارق للواقع (خياط، 2013).

مثال : اعتادت إحدى الطفلات على أن تقص على والديها قصصاً عجيبة، وتدعي أنها حقيقية،

وكان تسترسل في القص بصورة مشوقة جذابة، فتخوف والداها وذهبا بها إلى عيادة نفسية شهيرة

في لندن، وحين درس المختص حالتها وجد أنها على مقدار عظيم من الذكاء، وروعة الخيال،

وطلاقة اللسان، فاقترح على والديها أن يفسحا لها مجال التأليف والتمثيل. وبعد فترة نبغت في

التمثيل والأدب نبوغاً ظاهراً.. فالفت عدداً من الروايات وقامت بإخراجها على مسرح المدرسة.

2.1. الكذب الالتباسي:

نوع بريء سببه عدم تمكن الطفل من التمييز بين ما يراه حقيقة وما يدركه واضحا في مخيلته، إذ يسمع الطفل حكاية خرافية أو قصة واقعية، وسرعان ما نسمعه في اليوم التالي بعد أن تعاشها مشاعره ويتوحد بها، يتحدث عنها وكأنها وقعت له بالفعل وقد يرى حلما فيتوهمه حقيقة ويزول هذا النوع عادة من تلقائيا مع نمو الطفل ونضجه وتوصله إلى إدراك الفرق بين الحقيقة والخيال وينبغي على الوالدين مساعدة الطفل بروية وهدوء في التفريق بين الحقيقة والخيال (خياط، 2013).

3.1. الكذب الادعائي:

حين يجعل الطفل من نفسه محط إعجاب الآخرين بالحديث عما يملك أو ما جرى له، ويكون ذلك كله محض خيال لا حقيقة له. وينشا عادة من شعور الطفل بنقصه، إذ تعظيم الذات محاولة للتعويض عن الشعور بالدونية. يحدث نتيجة وجود الطفل في بيئة أعلى من مستواه، أو تمنيه للأفضل أمام زملائه والتوحد فيما تمناه، هنا ينبغي أن ننظر إلى الدافع لا إلى السلوك، لأننا لو نظرنا إلى السلوك "الكذب" لعنفنا الطفل على شيء يفعله ليقوي ذاته، ويستكمل نقصها، ولكن ينبغي أن نخبره أن كل إنسان لديه ما ينقصه، ونعزز ثقته بنفسه (خياط، 2013).

أمثلة:

- الطفل الذي يدعي المرض أو الظلم للحصول على قدر أكبر من العطف والرعاية.
- طفل يذهب مع أمه إلى بيت ليس فيه أطفال من سنه، أو يشعر بتقييد حركته فيه، فيدعي أنه جائع، رغم انه ليس كذلك، وحين يعرض عليه الطعام يتأبى، ثم يطلب الذهاب للحمام، وحين يتاح

له يخرج منه، والدافع لهذا الكذب الادعائي: رغبته في العودة إلى المنزل لممارسة حرية اللعب .

4.1. الكذب الغرضي أو الأناني:

الغرض منه تحقيق رغبة شخصية، كأن يطلب الطفل من أبيه ما لا لأمه بينما يريد له لنفسه، ولعل

سبب ذلك: فقدان ثقة الطفل في بيئته المحيطة، فلو علم حرصهم على تحقيق رغباته .

5.1. الكذب الانتقامي: يكذب فيه الطفل ليتهم طفلاً آخر حتى نعاقبه أو ننتقم منه أو نسيء إلى

سمعته ودافع ذلك عادة: الغيرة أو الإحساس بالتمايز بينه وبين الآخر .

6.1. الكذب الدفاعي:

نجده كثيراً عند الطفل الذي يحمي نفسه من الوقوع في عقوبة، وسببه: إما المعاملة المتجاوزة للحد

في العقوبة إزاء بعض الأخطاء، فيلجأ إلى الكذب لحماية النفس من السلطة الجائرة، أو الاحتفاظ

بامتياز خاص، لأن الصدق يفقده إياه ، أو حماية الأخ والصديق من العقوبة ، وقد يسمى "كذب

الإخلاص والوفاء " وقد يكون نوعاً من الولاء للجماعة " كذب الأطفال في الصف على المدرس

لحماية بعض أصدقائهم "

7.1. الكذب العنادي:

وهو شكل من أشكال تحدي الطفل للسلطة وتمرده عليها (خياط، 2013).

2. طرق الوقاية من الكذب:

- تجنب دور المحقق حين تسأل أبناءك عن سلوك ما، لأنهم حين يضطرون للاعتراف

بالخطأ سيحرفونه قدر الإمكان (تذكر حين تمر أنت بهذا الموقف أمام رئيسك في العمل، او في موقف محرج، ألا تحاول تغطية شيء من الحقيقة تجنباً للحرج) وحاول جمع الحقائق من أطراف أخرى ثم واجهه بها بتفهم ومحبة وتقدير له، وثناء عليه.

مثال : رسب ابنك في الامتحان ، وعرفت أنت . بدلا من أن تقول له: هل نجحت في امتحانك ؟ فيكذب عليك قل له : لقد اتصل أستاذك ليخبرنا أنك لم تتجح في امتحانك، وأنا قلق لما جرى، فما الذي تحتاج إليه لكي تعوض هذه الخسارة.

- التزم بمعايير الصدق التي تضعها لطفلك، واجعل سلوكك متوافقا مع معاييرك .
- تحدث كثيرا مع أسرتك عن الأخلاق، ونم فيهم الشعور الديني، واذكر لأطفالك كثيرا من النماذج الصادقة وذلك بوسائل: الأشرطة، أو الفيديو، أو اسطوانات الكمبيوتر، أو حتى بحكاياتك الشفهية معهم .
- تجنب استخدام العقاب الشديد المتكرر الذي يضطر الطفل معه إلى الكذب لينجو منه لأنه ليس هناك عمل يستحق أن تحول ابنك إلى كذاب من أجله .
- تجنب المراوغة مع ابنك، فلا تحاول إخفاء عيوبك عنه بالكذب، أو تعده بما لا تتجزه ، أو تزييف أمامه الحقائق (كأن تقول له : إن إبرة الطبيب غير مؤلمة رغم أنه بعد دقيقتين سيشعر أنها بالغة الألم بالنسبة له). وحاول أن تصبح أكثر وعيا بمبالغتك في حديثك، أو كذبك أمام طفلك تهريا من موقف محرج (هاشم،2000).

3. علاج الكذب : يجب علينا مساعدة الطفل على تجنب مشكل الكذب وفق النصائح

التالية(منصوري،2008):

- محاولة حل مشكلات كثيرة في الوقت نفسه يمكن أن يقود إلى الفشل، والأسلوب الأمثل أن نختار سلوكا سيئا محددًا لمعالجته في الوقت الواحد , ينبغي أن تشارك بفعالية في تغيير سلوك ابنك السيء، وأن لا تدعه للزمن، أو لتدخل آخرين.
- لا تنتظر إلى السلوك فقط، إنما انظر إلى دوافعه وأسبابه، واهتم بمعالجتها هي أولاً .
- وتبين حالة الكذب ونوعه ودرجة تكراره ودوافعه، ويمكن العلاج وفق التطبيقات التالية:
- الحصول على الثناء أو الانتباه الحل: أن تعطيه المزيد من الثناء والتقدير، فلا يضطر إلى أن يكذب لكي يحصل عليها.
- تجنب العقاب، الحل: كن أقل قسوة ، وحدد جزاء معقولا للكذب، واجعل الصدق أكثر إثابة.
- كذب التقليد، الحل: قدم نماذج أفضل له.
- الخوف من الفشل، الحل: لا تتوقع الكثير من الطفل في وقت قليل.
- الحصول على شيء ما، الحل: ساعد الطفل في استكشاف طرق أخرى للحصول على الأشياء المرغوبة.
- كي يقلل من شأن الآخرين، الحل : ناقش مبدأ الإنصاف، والحب.

- الكذب من أجل حماية رفاقه، الحل : اجمع الحقائق من مصادر أخرى.
- ركز على الأساليب الإيجابية التي تهدف إلى زيادة السلوك المقبول، باستخدام الثناء والمكافآت، فعن طريق تقوية السلوك الصحيح (وهو الصدق) يقل احتمال ظهور السلوك الخاطيء (وهو الكذب).

- استخدم الجزاءات: وضح للطفل أنك تعرف أنه لم يقل الحقيقة في كل مرة يصدر منه ذلك، لأن نجاحه في الكذب وعدم كشفه له، يشعره بلذة وسرور يعززان عودته إليه ثانية. ثم علم أطفالك أن كذبهم لن ينجح، وأنه لن يحقق لهم مصالحهم، ولن يخفض العقوبة عنهم. وكرر عليهم أنهم لو قالوا الصدق فستعمل كل ما في استطاعتك لمساعدتهم والتخفيف عنهم، وأشعرهم أنك في صفهم. وينبغي أن تكون صادقاً في ذلك، وإلا كان لسلوكك هذا نتيجة سلبية.

- علم أطفالك القيم الخلقية والدينية: لا تتهاون مع سلوك الكذب، وحاول أن تغرس في أطفالك أن الصدق ركيزة رئيسية في معاييرك أنت ومعايير أسرته، وأكثر من ذكر النماذج الصادقة أمامه.

- اتبع أسلوب التفاهم والمحبة في النقاش لا السلطة المعاقبة.
- قم بعدد من الرحلات والأنشطة ودع الأطفال يصفونها بحيث يتسنى لهم رؤية الحقائق والحديث عنها، مما يكسبهم الدقة في وصف أنشطة الحياة.
- شجع من له قدرة خيالية واسعة على قراءة الشعر والقصة ومحاولة التأليف الإبداعي.

- حاول إجراء بعض التجارب أمام الأطفال ووصفها بدقة ليتعزز لديهم الدقة في الإدراك والتعبير (منصوري، 2008).

أما المعلمون فينبغي أن يراعوا :

- العقوبات المدرسية تدفع إلى الكذب.
- الواجبات المرهقة تدفع الطفل إلى تكليف الآخرين بالقيام بها ثم ادعاء فعلها.
- ضغط الامتحانات يدفع الطالب إلى الغش.
- اللوحات المدرسية التي يكتب فيها "عمل الطالب" وهو لم يعمل شيئاً نموذج سيء لادعائه القيام بما لم يقم به، وهي خطوة أولى في تعويده على الاتكالية والكذب (خياط، 2013).

خاتمة

إن فهم الاضطرابات السلوكية عند الطفل وعند الراشد لا يكاد يكتمل إلا بالعودة إلى ما يقدمه علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي، فهذا الأخير يعد مفتاح فهم مختلف الاضطرابات النفسية السلوكية، والعقلية التي تظهر في مختلف مراحل العمر. حيث يتفق العلماء والباحثين الديناميين على أن جذورها تعود إلى الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل لذا تعد دراسة هذا المجال ضرورة قصوى يحتاجها كل مهتم بالبحث في هذا التخصص. ونظراً لكثرة هذه الاضطرابات السلوكية وتداخلها فقد حاولنا تكييف المطبوعة على حسب وثيقة التكوين أي محتوى المقياس والحجم الساعي المخصص للمقياس وهو سداسي واحد.

المراجع

1. إبراهيم عبد الستار وآخرون (2008)، علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
2. إبراهيم عبد الستار (2006)، مدخل تشخيص علاج نفسي متعدد المحاور لاضطرابات الشخصية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
3. إبراهيم عبد الستار، عسكر، عبد الله (2005)، علم النفس الاكلينيكي ، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
4. إسماعيل طه عبد (2010)، الأسباب النفسية والاجتماعية المؤدية إلى جنوح الأحداث ، مجلة كلية التربية للبنات، المجلد 21 (3)، جامعة بغداد.
5. بطرس حافظ بطرس (2007)، المشكلات النفسية وعلاجها ، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. بطرس حافظ بطرس (2007)، إرشاد الأطفال العاديين ، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
7. براميلي، صوفيا (2009): الانحرافات الجنسية (أسبابها، أنواعها والطرق العلاجية)، طرابلس، المؤسسة الحديثة للكتاب.
8. البحيصي أسماء بنت احمد (دس)، الطفولة مشاكل وحلول، الملتقى التربوي.

9. جعفر علي محمد (1996).الأحداث المنحرفون- دراسة مقارنة- ، ط3، بيروت: المؤسسة

الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

10. حسون، تيسير (2004): المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل

للاضطرابات النفسية، (DSM₄) دمشق.

11. حمزة الجبالي . (2006). مشاكل الطفل والمراهق النفسية ، دار أسامة للنشر والتوزيع،

الطبعة الأولى.

12. حاتم، محمد آدم (2003)، الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى الثانية عشر، ط1، دار

أسامة للنشر والتوزيع.

13. الحبل عبد الباسط (2001). الجينوم والهندسة الوراثية. القاهرة: دار الفكر العربي.

14. خياط خالد (2013)، محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق مقدمة لطلبة

علم النفس العيادي، بسكرة/ الجزائر.

15. الدوري عدنان (1986)، جناح الأحداث، منشورات ذات السلاسل، الكويت.

16. الروسان، فاروق (2001)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط5، دار الفكر، عمان.

17. الريماوي، محمود، عودة (2003)، الطفولة والمراهقة، عمان، دار المسيرة.

18. الرفاعي نعيم (1998). الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف . ط11، منشورات

جامعة دمشق.

19. الزغبى ، أحمد محمد . (2001). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند

الأطفال ، دار زهران للنشر

20. الزغبى احمد محمد (2005)، مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية ، ط 1،

دمشق: دار الفكر.

21. الزراد فيصل محمد خير (2004)، مشكلات المراهقة والشباب في الوطن العربي ، ط 2،

لبنان: دار النفائس.

22. سهير، كامل (2007)، الارشاد النفسي والتوجيه السلوكي ، مركز الإسكندرية

للكتاب، الأزاريطة، مصر.

23. عريفج، سامي (2002). سيكولوجية النمو: دراسة الأطفال ما قبل المدرسة ، عمان: دار

الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الثانية.

24. عكاشة احمد (2008)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.

25. عيسى طلعت محمد، وآخرون (1964). الوقاية من الجريمة والانحراف . القاهرة: المكتب

الجامعي الحديث.

26. عبد الخالق جلال الدين، رمضان السيد (2001). الجريمة والانحراف. الإسكندرية، المكتب

الجامعي الحديث.

27. العظماوي، إبراهيم كاظم . (1988). معالم من سيكولوجية الفتوة والشباب ، العراق: دار

الشؤون الثقافية العامة، الطبعة الأولى.

28. العيسوي، عبد الرحمان (2004)، التبول اللاإرادي وعلاقته ببعض مشاكل الطفولة

والمراهقة وطرائق العلاج، بيروت: دار النهضة العربية.

29. العوامة مزاهرة (2003)، سيكولوجية الطفل، ط 1، الإسكندرية، مصر: دار المصري

للإبداع.

30. العزة، سعيد (2003)، التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ،الدار العلمية

للطباعة والنشر، عمان.

31. فهم كدير (1993)، الاضطرابات النفسية للأطفال - أسبابه وتشخيصه وعلاجه -، القاهرة:

مكتبة الانجلو مصرية.

32. فرويد، لورنز وآخرون (1986)، سيكولوجية العدوان ، ترجمة عبد الكريم ناصيف، دار

منارات، عمان، عمان.

33. فريد، عصام (2006)، سلوك المراهقين والتغيرات النفسية والعدوانية، رسالة دكتوراه، كلية

التربية بسوهاج، جامعة أسيوط، مصر.

34. قهوجي علي عبد القادر (2000)، علم الإجرام وعلم العقاب، بيروت: الدار الجامعية.

35. قواسمية محمد عبد القادر (1992). جنوح الأحداث في التشريع الجزائري. الجزائر: المؤسسة

الوطنية للكتاب.

36. قايد حسين علي (2001)، دراسات في الصحة النفسية ، القاهرة: المكتب الجامعي

الحديث.

37. القمش مصطفى نوري وآخرون (2007)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
38. القاسم، جمال، وعبيد، ماجدة، والزعبي، عماد (2000)، الاضطرابات السلوكية، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
39. كوافحة، تيسير وعبد العزيز، عمر (2003)، مقدمة في التربية الخاصة ، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
40. مانع علي (1996)، جنوح الأحداث والتغيير الاجتماعي في الجزائر المعاصرة ، ديوان المطبوعات الجامعية.
41. مصطفى حسين، عبد المعطي (2003)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ، القاهرة: دار الفكر العربي.
42. ميموني بدرة معتصم (2005)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق ، ط2 ، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
43. مصطفى أسامة، فاروق (2011)، مدخل الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، عمان: دار المسيرة.
44. منصور مصطفى (2008)، مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية ، ط1، دار الغرب: الجزائر.



45. مبيض، مأمون (1995): المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك الأسباب،

الأعراض، العلاج، ط1، بيروت، المكتب الإسلامي للنشر.

46. محمد، عبد الجواد، وفاء (2009)، العدوان النفسي واللفظي للطلاب ، مكتبة الرشد،

الرياض.

47. هاشم حليبي موفق (2000)، الاضطرابات النفسية والاجتماعية عند الأطفال والمراهقين ،

ط1، بيروت/ لبنان.

48. وائل السباعي، بيومي(2010)، الاضطرابات السلوكية والعصبية عند الأطفال، دار العربي

للنشر والتوزيع.

49. يحي، خولة(2003)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط2، دار الفكر، عمان.

مراجع باللغة الاجنبية:

50. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

51. Knuf, Andreas(2008), *Le Trouble De la personnalité Borderline, comprendre la maladie et trouver de laide*, Genève: Pro Mente Sana.

53. Feline, A & Gulfi, J.D. & Hardy, P(2002), *Les Troubles De la personnalité*, Paris; Médecine Science Flammarion.



سنة ثالثة علم النفس العيادي

محاضرات في اضطرابات السلوك

54. Michel Delbrouck,(2019), *Psychopathologie. Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, 3e edition, Bruxelles , : De Boeck Université.pages 1184, | 9782807313408.