جامعة وهران 2

محمد بن أحمد

قسم علم النفس والأرطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر علم النفس المدرسي

علاقة النشاط الزائد بالسلوك العدواني لدى الطفل المتمدرس.

دراسة عيادية لأربعة حالات بالطور الإبتدائي.

من إعداد:

عايدة مريم

زمري إكرام ليلى

تحت إشراف:

أ.بلعابد عبد القادر

اللجنة المناقشة:

أ. رريب الله..... رئيسا

أ. بلعابد عبد القادر.....مقررا

أ. غزال أمال.....مناقشة

السنة الجامعية 2016-2017

كلمة الشكر:

الشكر لله أحمده على نعمه و على منحه لنا القوة و الصبر لإتمام هذا العمل.

و نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ بلعابد عبد القادر الذي أشرف على تأطيرنا و توجيهنا و تشجيعنا المتواصل طيلة البحث.

و إلى كل من ساعدنا على إتمام هذا العمل سواء العائلة الكريمة أو الأصدقاء.

كما نتقدم بعبارات الشكر إلى الأخصائية النفسانية التي قدمت لنا يد المساعدة من أجل اتمام هذا العمل.

إلى كل من أعاننا من قريب او بعيد.

إهداء:

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

-إلى من ربتني و أعانتني بالصلوات و الدعوات إلى رمز الحب و بلسم الشفاء إلى القلب الناصع بالبياض أمي الحبيبة.

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم ابي العزيز.

إلى سندي في الحياة اخواتي: نوال و دليلة و أخي محمد.

إلى عائلة: عايدة و مقتيت في كل مكان.

إلى كل خالاتي و خالي العزيز و كل عماتي و أعمامي.

و إلى الكتكوتة الجديدة: سيرين.

إلى أطفال العائلة: مهدي، مروى، محمد ،هيثم ،خالد ،شيراز ،جواد ،حكيم، بشير ،خولة و دانية.

إلى من عملت معي بكد بغية اتمام هذا العمل إلى صديقتي و رفيقة دربي: إكرام.

إلى كل صديقات و خاصة صديقات المشوار الدراسي: حليمة ،ياسمين، أسية ،زهرة.

إلى كل من يفهم معنى الصداقة.

إهداء:

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

إلي أمي الغالية التي كانتو لازالت تقطع سكون الليل بدعواتها المخلصة و الصادقة.

إلى أبي الحنون الذي يزرع في نفوسنا جذور الايمان الصحيح، و يصارع الدنيا من أجلنا.

إلي سندي في الحياة أخواتي و إخوتي: أسماء، فاطمة ،زوليخة ،عثمان، عبدالغفار، إلياس.

و إلى زوجي العزيز: نور. و عائلة زوجي: ديف.

إلى الكتاكيت :عبدالفتاح ،ياسين، مليكة.

إلى عائلة زمري و بلال في كل مكان.

إلى من عملت معي بكد بغية اتمام هذا العمل إلى صديقتي و رفيقة دربي: مريم.

إلى كل الصديقات: ،حليمة، زهرة، ياسمين.

قائمة المحتويات:

شكر و تقدير.....أ.

إهداء.....ب.

إهداء.....ج.

قائمة المحتويات.....د.

ملخص البحث.....ز.

المقدمة.....ح.

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية البحث.

مشكلة البحث.....3.

فرضية البحث.....4.

أهمية البحث.....5.

أهداف البحث.....5.

صعوبات البحث.....5.

تعريفات إجرائية.....6.

الفصل الثاني: النشاط الزائد.

تمهيد.....9.

مفهوم النشاط الزائد.....9.

معدل الانتشار.....11.

دراسات سابقة حول اضطراب النشاط الزائد.....13.

أعراض النشاط الزائد حسب الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية(4).....16.

مظاهر النشاط الزائد.....17.
أسباب الاضطراب.....19.
آثار اضطراب النشاط الزائد على الطفل.....29.
إجراءات وقائية.....30.
العلاج.....31.
خلاصة.....38.

الفصل الثالث: السلوك العدواني.

تمهيد.....41.
مفهوم السلوك العدواني.....41.
النظريات المفسرة للعدوان.....43.
الدراسات التي بحثت في انتشار العدوان.....50.
أسباب السلوك العدواني.....53.
تصنيف السلوك العدواني.....57.
أنواع السلوك العدواني.....60.
أشكال السلوك العدواني.....62.
مظاهر السلوك العدواني.....65.
طرق ضبط السلوك العدواني.....67.
خلاصة.....69.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: إجراءات منهجية للبحث.

تمهيد.....73.

المنهج المعتمد للدراسة.....74.

أدوات الدراسة.....74.

مكان و زمان الدراسة.....77.

مجموعة الدراسة.....78.

خلاصة.....80.

الفصل الخامس: عرض الحالات.

الحالة الأولى.....83.

الحالة الثانية.....86.

الحالة الثالثة.....89.

الحالة الرابعة.....92.

الفصل السادس: تفسير و مناقشة النتائج.

عرض نتائج اختبار للحالات.....95.

مناقشة النتائج.....103.

استنتاج عام.....105.

خاتمة.....107.

الاقتراحات و التوصيات.....108.

المصادر و المراجع.....109.

الملاحق.....111.

ملخص البحث

موضوع الدراسة الحالية يسلط الضوء على علاقة النشاط الزائد بالسلوك العدواني للطفل المتمدرس ، و قد انطلقت الدراسة من لتساؤل التالي:

هل يوجد علاقة بين النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل المتمدرس ؟

حيث طبقت الدراسة على (04) حالات في الطور الابتدائي يتراوح أعمارهم ما بين 9-12 سنة ب 3 مدارس ببئر الجير وهران و ذلك لعدم توفر الحالات المراد دراستها في مدرسة واحدة و تم تطبيق المنهج العيادي باستعمال أدوات بحث تمثلت في دراسة الحالة ، مقابلة نصف موجهة ، و الملاحظة (مباشرة و غير مباشرة) ، بالإضافة إلى اختبار الذات العدوانية.

و من خلال النتائج المتحصل عليها بعد مناقشتها و تفسيرها ، يمكننا القول أن كل طفل يقدم لنا اضطراب النشاط الزائد لديه سلوك عدواني.

المقدمة:

يعاني الأطفال من مشكلات نفسية و سلوكية عديدة، البعض منها يعد غائبا و البعض الأخر يعد اضطرابا نفسيا أو سلوكيا.

ونظرا لما لمرحلة الطفولة من أهمية قصوى بين مراحل النمو المختلفة لدى الفرد و بناء الدعائم الأساسية لشخصية الفرد، و من ثم فقد تتجه الشخصية نحو السوية أو نحو المرضي فيما بعد.

وإن تعدد هذه المشكلات النفسية و السلوكية عند الطفل و تفاقمها و تطورها هو الذي حفز الباحثين في علم النفس و التربية إلى البحث عن وسائل لرعاية نموه النفسي و لبناء شخصيته، لأن مرحلة الطفولة تحدد جانبا كبيرا من نمط تكوينه و شخصيته.

ومن بين هذه الاضطرابات اضطراب فرط الحركة و السلوك العدواني.

يعتبر اضطراب فرط الحركة من بين اضطرابات السلوكية الشائعة بين الأطفال في مرحلة المدرسة الابتدائية أي في سن 6-12سنة، بحيث توثر هذه السلوكيات على سير العملية التربوية في القسم بالإضافة إلى التأثير في علاقاته مع أقرانه و حتى على علاقاته الأسرية.

بالإضافة إلى ذلك أن السلوك العدواني من بين الاضطرابات التي تعوق نمو الطفل، باعتباره سلوك يهدف إلى إلحاق الأذى لشخص أو أشخاص أو لنفسه لذلك فقد تطرق الكثير من علماء النفس و التربية إلى دراسة السلوك العدواني من أجل التخفيف من حدة هذا الاضطراب داخل الأسرة و خارجها.

و قد قسمنا بحثنا إلى جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي ، حيث اشتمل الجانب النظري إلى ثلاثة فصول :

الفصل الأول يضم إشكالية البحث ،فرضية البحث ، أهمية البحث ، أهداف البحث ، صعوبات البحث و التعريفات الإجرائية.

الفصل الثاني يضم النشاط الزائد و بدأنا الفصل بتمهيد ثم مفهوم النشاط الزائد ، معدل الانتشار ، دراسات سابقة حول اضطراب النشاط الزائد، أعراض النشاط الزائد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية ، مظاهر النشاط الزائد ، أسباب الاضطراب ، آثار اضطراب النشاط الزائد على الطفل ، و في الأخير الإجراءات الوقائية و العلاج ، و ختمنا الفصل بخلاصة .

الفصل الثالث يشمل السلوك العدواني و بدأنا الفصل بتمهيد ثم مفهوم السلوك العدواني ، النظريات المفسرة له ، الدراسات التي بحثت في انتشار العدوان ، أسبابه، تصنيف السلوك العدواني ، أنواعه أشكاله ، مظاهره، طرق ضبط السلوك العدواني ، و أنهينا الفصل بخلاصة .

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقسمناه إلى ثلاث فصول :

الفصل الرابع يتضمن الإجراءات المنهجية للبحث و فيه تمهيد ، المنهج المعتمد للدراسة ، أدوات الدراسة ، مكان و زمان الدراسة ، مجموعة الدراسة ، و في الأخير خلاصة الفصل .

الفصل الخامس فيه عرض الحالات .

الفصل السادس يتمثل في تفسير و مناقشة نتائج الحالات و في الأخير قمنا باستنتاج عام لنتائج الحالات مع خاتمة مصحوبة بمجموعة من الاقتراحات.

الفصل الأول

1 – اشكالية البحث:

تعتبر مرحلة الطفولة المتأخرة من أهم المراحل في حياة الطفل لأنها نقطة تحول اجتماعي هام في حياته، إذ ينتقل من محيط الأسرة إلى محيط المدرسة التي تعتبر مجتمعا جديدا عليه.

و تعد الاهتمام بالطفولة في عصرنا الحاضر من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع و تطوره و ذلك برعاية الأطفال و إعدادهم و العمل على وقايتهم من الاضطرابات السلوكية و الانفعالية.

و من بين الاضطرابات السلوكية و الانفعالية التي تميز هذه المرحلة هي النشاط الزائد و السلوك العدواني.

يعتبر النشاط الزائد وسيلة للتنفيس الانفعالي و المتعة في آن واحد غير أن هذه الحركة قد تكون زائدة عن الحد المطلوب بشكل ملحوظ عندئذ يصبح اضطراب (منصوري مصطفى، 2008، ص 117)، حيث تشير العديد من البحوث و الدراسات محمود عوض الله سالم، أحمد عواد 1994، 1982Alder.Torry). إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتسمون بالاندفاعية في تصرفاتهم و سرعة استجاباتهم دون تفكير مسبق و لديهم حركة مفرطة كما أنه ليس لديهم القدرة على التركيز و استمرار الانتباه عند ممارسة أي عمل (أسامة فاروق مصطفى 2012، ص155).

و أوضح عبد العزيز الشخصي و زيدان السرطاوي إلى أن الأطفال الذين يتصفون بنشاط زائد يعانون من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية و في الانتباه و الاستجابات الاندفاعية (أسامة فاروق مصطفى 2012 ص153).

و تشير الدراسات المتعلقة باضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال إلى أن نسب الانتشار لهذه الحالات بين أطفال المجتمعات حتى العمر 12 سنة (أسامة فاروق مصطفى 2012 ص157).

حيث تشير الدراسات المسحية إلى أنه يظهر لدى ما يزيد على 5% من الأطفال و تزيد نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور بمعدل(3-9) أضعاف عنها لدى الإناث.(مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن العايطة 2007 ص190).

أما السلوك العدواني هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالذات و بالآخرين أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين.(خولة أحمد يحيى 2000 ص185).

أظهرت دراسات التي أجراها بندورا 1973 و بارتسون و آخرون 1975 أن العدوانية تعتبر سلوكا متعلما فالأطفال يتعلمون كثيرا من السلوكيات العدوانية عن طريق ملاحظتهم لآبائهم و إخوانهم و رفقاهم في اللعب و الممثلين في التلفزيون و السينما فهم يقلدون الأفراد الذين يسلكون سلوكا عدوانيا خاصة إذا كان هؤلاء الأفراد ذوي مراكز اجتماعية مرموقة أو إذا كان هذا السلوك عدواني يظهر بمظهر الأبطال.(جمال قاسم، ماجدة عبير، عماد الرعيى 2000 ص116-117).

و يشير لوتشمانويلنهارت إلى أن الخصائص العامة التي توضح خطورة الأطفال العدوانيين تمثل في التأثيرات السالبة الشديدة على الأفراد الذين يتفاعلون معهم، فأصدقائهم يكونون ضحايا لهم، و معلموهم يضربونهم أثناء تعليمهم أنشطتهم و آبائهم يحبطون لعدم قدرتهم على ضبط سلوكيات الغضب و الكراهية التي تصدر عنهم و لذلك يتردد الأطفال الذين يتسمون بالعدوانية على العيادات النفسية بصورة أكبر من الأطفال الآخرين الذين يترددون بسبب أمراض نفسية آخرى.(أسامة فاروق مصطفى 2012 ص122-123).

و أظهرت الدراسات العديد من الأعراض أو المظاهر السلوكية المميزة للنشاط الزائد عند الأطفال و لديهم سلوك اللامبالاة و التهور و الحركة العشوائية و كثيرا ما يحطمون الأشياء و لا يحسنون معاملة زملاءهم و غير متعاونين و التحدث بصورة مزعجة و التشويش على الآخرين.(مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005 ص 23).

كما وضح Kavale ; Forness ; King ; Kasari ;1994 أن النشاط الزائد قد يكون مرتبطا بالعدوانية. (غالب محمد الحياري 2012 ص 409).

و من هنا يمكننا طرح التساؤل التالي:

هل يوجد علاقة بين النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل؟

2- فرضية البحث:

- توجد علاقة بين اضطراب النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل.

3- أهمية البحث:

تتجلى أهمية الدراسة:

1-التطرق لاضطراب النشاط الزائد الذي ينتشر بصفة واسعة بين التلاميذ المرحلة الابتدائية.

2-تناول هذا الاضطراب في علاقته ببعض الاضطرابات المصاحبة من بينها السلوك العدواني للطفل الذي يعاني فرط النشاط الزائد.

3-تسليط الضوء على عينة تلاميذ الذي يعانون من هذه الاضطراب و ذلك باستخدام أسلوب الملاحظة.

4-الأثار السلبية لهذا الاضطراب يعرقل من سير في الحصص التعليمية مما يؤثر على نفسية الطفل المضطرب و صعوبة في تكوين العلاقات مع الآخرين.

4- أهداف البحث:

1-تكوين مفاهيم حول اضطراب النشاط الزائد و السلوك العدواني.

2-معرفة مدى تأثير هذين الاضطرابين على الطفل.

3-الكشف عن الأعراض التي تتسم بها هذه الفئة.

4-تحقيق هدف الرئيسي ألا و هو علاقة اضطراب النشاط الزائد بالسلوك العدواني.

5- صعوبات البحث:

مما لا شك فيه في أي بحث يوجد بعض الصعوبات التي تخلل الفرد في أدائه و في عمله و اختياراته و أهدافه و من بين الصعوبات التي واجهتنا في أدائنا لهذا البحث تتمثل في :

- صعوبة تشخيص الحالات و إيجادها.

- عدم التزام الوالدية بمواعيد المقابلات.

- صعوبة في إقناع الوالدين باضطراب الطفل.

- صعوبة تفريق المعلمين بين فرط الحركة و اضطرابات أخرى.

6- تعريفات اجرائية:

1-النشاط الزائد:

هو نشاط جسمي يفوق الحد الطبيعي، فهو زيادة ملحوظة من حيث النشاط الحركي لدى الطفل إذ إنه لا يستطيع أن يجلس بهدوء إلا بصعوبة شديدة.

2-السلوك العدواني:

هو الحاق الأذى و الاعتداء، باستعمال القوة أو تخريب ممتلكات الغير سواء ضد الآخرين أو ضد الذات.

3-الطفل:

تعد مرحلة المبكرة من حياة الإنسان و تستمر حتى سن البلوغ، و ينطبق ذلك على الذكر و الأنثى.

الفصل الثاني

تمهيد:

تتعدد الاضطرابات السلوكية للأطفال، و لعل أكثرها انتشارا اضطراب فرط الحركة(نشاط الزائد)، و بغية التعرف عن الاضطراب أكثر سيتم التعرض في هذا الفصل إلى مفهوم النشاط الزائد، و معدل انتشار، مظاهر نشاط الزائد، الأسباب، آثار الاضطراب، الاجراءات الوقائية و أخيرا العلاج.

1- مفهوم النشاط الزائد:

تعرفه موسوعة علم النفس بأنه:

الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز الانتباه، و المتسم بالاندفاعية و فرط النشاط و تزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل مطابقة الذات و أيضا الحكم الذاتي، و الذي يظهر قصورا في مدى و نوعية التحصيل الأكاديمي و قصور في الوظائف الاجتماعية.

(يوبي نبيلة،2015،ص70).

التعريف الطبي للنشاط الزائد:

يعرف الأطباء النشاط الزائد/قصور الانتباه على انه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، و ينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ و المسؤولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك.

(Zametkin ,et.al 1990)

و تعرفه مجموعة متخصصة من الأطباء في قصور الانتباه و الاضطرابات العقلية

(Professional Group For Attention And Pgard.Related Disorder)

على أنه اضطراب عصبي حيوي يؤدي على عملية قصور حاد تؤثر على الأطفال بنسبة 5:3 من تلاميذ المدارس.

بينما يعرفه تشرنوما زوفا 1996 على أنه:

نتيجة قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالإختبارات النفسية .

و أخيرا يعرفه المعهد القومي للصحة النفسية:

على أنه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل:

التفكير، و التعلم و الذاكرة و السلوك.

التعريف السلوكي:

عرف باركلي 1990 في نظريته عن اضطراب النشاط الزائد /قصور الانتباه على أنه اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، و عجز في القدرة على تنظيم

السلوك تجاه الأهداف الحاضرة و المستقبلة مع عدم ملاءمة السلوك بينما يعرف برجن 1991 الأطفال ذوي النشاط الزائد و قصور الانتباه على أنهم الأطفال لم يحصلوا على اهتمام من الوالدين فحدث لهم هذا الاضطراب السلوكي.

و أشار الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الاضطرابات العقلية إلى:

أن اضطراب نشاط الزائد قصور/ الانتباه يعني عدم قدرة الطفل على الانتباه و قابليته للتشتت و قد تؤثر على تركيزه أثناء قيامه بالنشاطات المختلفة و عدم إتمامها بنجاح.

بينما عرفه تشرنامازوفا 1996 على ن اضطراب نتيجة النشاط الحركي البدني و النشاط العقلي للطفل، عندما يكون في حالة هياج أو ثورة لانتصاره على أي شيء ممنوع عنه، و أكد جولد ستين 1999 تعريف باركلي في نظريته على أن الأطفال ذوي النشاط الزائد /قصور الانتباه الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالوظيفة التنفيذية أثناء التعلم قد تكون السبب في إعاقة نموهم الأكاديمي و تجعلهم يعانون من صعوبة العمليات اللفظية المتصلة باللغة.

(مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسيفي ،2005، ص 17،15، 18، 19).

2- معدل الإنتشار:

اضطراب الانتباه بأنواعه الإكلينيكية من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال، و يتراوح معدل انتشاره بين 4-20% من أطفال المدارس الابتدائية في سن 6-12سنة (حموده،1991). في حين ورد في تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية أن نصف الأطفال المحالين للعلاج بها كانوا يعانون من هذا الاضطراب ، كما بينت نتائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة أن اضطراب الانتباه يصيب نسبة تصل إلى 10%تقريبا من اطفال العالم، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين 4-6%(سيد أحمد، بدر 1999). و ذكر الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه تقع بين 3-5% من الأطفال في سن المدرسة.

و الجدير بالذكر أن التفاوت الكبير في تقديرات معدل انتشار الاضطراب الانتباه يرجع إلى الاختلاف في تعريفه، و في تخديد حالاته، و اختلاف الأدوات التشخيصية المستخدمة و البيئات الاجتماعية التي تم حصرها، فلقد وجد أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى 20% تقريبا. و تختلف تقديرات هذا الاضطراب من بلد إلى آخر : بينما قررت الدراسات الأمريكية أن هذا الاضطراب منتشر بين الأطفال بنسبة 3% فإن الدارسين البريطانيين يقررون أن نسبة انتشاره تقدر بواحد في الألف فقط من عامة الأطفال.

و لعل ذلك مرجعه إلى أن البريطانيين قد وضعوا تعريفا عضويا مقيدا للاضطراب، و أكدوا أكثر على وجود أعراض سائدة واضحة الملامح و حديثا سجلت نسبة انتشاره متساوية في اوروبا و شمال افريقيا كما وجدت نفس بيانات الانتشار متاحة في الصي (Diamond&Mattson 1998)

أما عن انتشار قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مصر فقد أ,ضحت الدراسات التي أشرف عليها حموده (1991) أن نسبة انتشاره بين أطفال المدارس الابتدائية 2-6% وفقا لتقديرات المعلمين، و أنها 3,4% باستخدام الأدوات الإكلينيكية.

أما عن الفرق بين الجنسين في معدلات انتشار الاضطراب الانتباه فقد أورد الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية أن قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر شيوعا بين الأولاد عنه بين البنات و نسب تتراوح بين من (1:4)إلى (1:9)و ذكر بعض الباحثين أن معدل انتشاره بين الجنسين بنسبة (6) للذكور مقابل (1) للإناث. بمعنى أن انتشاره بين الذكور يصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث(سيد أحمد، بدر، 1999). و في عينات المضطربين الذين مثلوا بالعيادة كانت نسبة الذكور إلى الإناث (1:7)، بينما في العينات التي أخذت من المجتمع فكانت النسبة بين الذكور إلى الإناث

(1:4)..... و يمكن أن يكون هذا الانحياز ضد الذكور زائفا: فطبعا للتقديرات السلوكية المعيارية لوحظت أعراض أقل في البنات نتيجة أن الأولاد يكونوا أكثر اندفاعية و عدوانية من البنات، و هكذا يميل الأولاد إلى أن يحولوا إلى العيادات النفسية لإجراء تقييم لحالاتهم أكثر من البنات.... و أظهرت النتائج البيوكيميائية أن البنات يختلفن كذلك عن الأولاد في أن لديهن عمليات أيض أقل للدوبامين المركز، و كميات أكبر من أيض السيتروتونين مما يدعم افتراض أن البنات ينضجن أسرع نسبيا من الأولاد و أن معدل وظيفية الجهاز العصبي المركزي تنضج أكثر من الأولاد المساوين لهن في العمر (حسين مصطفى عبد المعطي، السيد عبد الحميد أبو قلة، 2010، ص284،283،282).

3 - دراسات سابقة حول اضطراب النشاط الزائد:

أ - الدراسات العربية:

1 - دراسة الشخص (1985): التعرف إلى النشاط الزائد لدى الأطفال.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى الأطفال ذوي النشاط الزائد و ذلك من خلال إعداد مقياس لتشخيص الاضطراب يجيب عنه معلمون نيابة عن الأطفال في الصفوف الدراسية من مرحلة الحضانة و حتى الصف السادس الابتدائي، و قد روعي أن يكون المعلم على معرفة تامة بمن يقوم بتقديريها من الأطفال و أن يكون قد عمل معهم لمدة لا تقل عن شهرين متتابعين. بلغت عينة الدراسة (900) طفلا و طفلة من الأطفال العاديين في مدارس التعليم العام في جمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيصها للاضطراب على مقياس تشخيص يتألف من (22) فقرة تحدد مظاهر المشكلة بطريقة إجرائية كما يلاحظها المعلمون في سلوك الأطفال و تتدرج هذه الفقرات تحت ثلاثة أبعاد رئيسية تمثل مشكلة النشاط الزائد هي: الحركة الزائدة، و سرعة تشتت الانتباه، و الاندفاعية. و قد استخرج ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق و بلغ (0.89). أما الصدق فقد استخرج من خلال الصدق الظاهري، و الصدق التمييزي، و الصدق العاملي.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد بلغت(5.7%) من مجموع الأطفال و أن شيوعها بين الذكور كانت مما لدى الإناث.

2 - دراسة علي (1994): النشاط الزائد و قصور الانتباه لدى عينة من الطلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين المستويات الاجتماعية، و الاقتصادية، و الثقافية للأسرة و النشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي، و التعرف على الفروق بين الذكور الإناث في النشاط الزائد.

تألفت عينة الدراسة من (440) طفلا منهم (225) من الذكور و (215) إناث من أطفال المدارس الابتدائية التابعة لمدينة أسيوط بجمهورية مصر العربية، تراوحت أعمارهم بين 5.9 - 11.9سنة.

استخدمت الدراسة عددا من الأدوات هي: مقياس النشاط الزائد، و استمارة التعرف على المستويات الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية للأسرة، و استمارة تاريخ الحالة، و اختبار تفهم الموضوع للأطفال.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الاجتماعية، و الاقتصادية، و الثقافية للأسرة و النشاط الزائد عند التلاميذ لصالح ذوي النشاط المنخفض، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في النشاط الزائد حيث كان لدى الذكور نشاطا زائدا مقارنة بالإناث.

3- دراسة المرسى (1998): بعض الخصائص النفسية و الاجتماعية لدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التعليم الأساسي و المتطلبات النفسية و الاجتماعية لهم.

هدفت الدراسة التعرف إلى التلاميذ مضطربي الانتباه و مفرطي النشاط و التعرف الخصائص النفسية و الاجتماعية التي يتصف بها هؤلاء التلاميذ و تحديد نسبة انتشار الاضطراب بفئتيه لدى الجنسين و التعرف على الفروق بين التلاميذ(الذكور، الإناث)الذين لديهم اضطراب الانتباه فرط النشاط و التلاميذ(الذكور، الإناث)العاديين في الخصائص النفسية و الاجتماعية.

اختيرت عينة عينة الدراسة بعد تطبيق الأدوات الخاصة بمرحلة التشخيص، حيث بلغ عدد التلاميذ الذين تم تشخيصهم بالاضطراب (378) تلميذا و تلميذة، تراوحت أعمار التلاميذ بين(8 - 11) سنة.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه(10.64%).

كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث في نسبة انتشار اضطراب الانتباه و فرط النشاط، حيث كانت نسبة الذكور المضطربين أكثر من نسبة الإناث المضطربات.

ب - الدراسات الأجنبية:

دراسةErhardt&Hinshow 1994 العلاقات الاجتماعية بين الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه و فرط النشاط و أقرانهم من العاديين.

هدفت الدراسة التعرف إلى طبيعة العلاقات الاجتماعية بين الأطفال المضطربين و أقرانهم من العاديين.
تألفت عينة الدراسة من (49) طفلا من الذكور و تراوحت أعمارهم بين(6 - 12) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت المجموعة الأولى (25) طفلا يعانون من الاضطراب، و ضمت الثانية(24) طفلا من العاديين.
استخدمت الدراسة مقياس الاضطراب، و الصورة الرابعة لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء، و مقاييس كل من التمرد، و العدوانية و العزلة الاجتماعية و المشاركة الاجتماعية.
و توصلت نتائجها غلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أعراض الاضطراب و كل من مستوى الذكاء و السلوك الاجتماعي، بينما كانت هذه العلاقة موجبة بين أعراض هذا الاضطراب و كل من التمرد، و العدوانية، و العزلة الاجتماعية. و يعني ذلك أن العدوانية ، و التمرد، و النشاط الزائد يمكنها أن تنبئ

بطبيعة العلاقات الاجتماعية مع الأقران لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.(ليلى يوسف كريم المرسومي،2011،ص 115، 117، 118، 119، 123).

4- أعراض النشاط الزائد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية(4).

- غالبا ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يلتوي في كرسيه.
- غالبا ما يغادر مقعده في الصف أو في حالات أخرى ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده.
- غالبا ما يتنقل من مكان إلى أخر أو يقوم بالتسلق في مواقف غير مناسبة.
- غالبا ما يكون لديه مصاعب في اللعب أو إنخراط بهدوء ضمن النشاطات ترفيهية.
- غالبا ما يكون دائم النشاط أو يتصرف لو أنه مدفوع بمحرك.
- غالبا ما يتحدث بإفراط.

5- مظاهر النشاط الزائد:

يظهر سلوك النشاط الزائد من خلال المظاهر المتمثلة بسلوك الفوضى و المشي في غرفة الصف و التحدث مع الزملاء، و عدم الإمتثلات للتعليمات، و نقل المقعد من مكان إلى آخر أو تغييره ، و مغادرة الصف دون استئذان ، و الكتابة على الحائط ، و التأخر عن الموعد الدرس، و هز الجسم أثناء الجلوس، و أخذ ممتلكات الآخرين، و إصدار أصوات غير مفهومة، و الضحك بطريقة غير مناسبة، و اللعب بممتلكات الغير، و الغناء و الصفير، و التململ بعصبية.

كما ترافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها: عدم التنظيم و التهور و الاندفاع، القلق، والعصبية، و القابلية للإثارة، و عدم القدرة على الانتباه، و الضعف الشديد في التركيز، و نوبات الغضب الشديدة، و تصرفات غير متوقعة، وتغيرات ملحوظة في المزاج، و علاقات اجتماعية مضطربة، و العدوان، و اضطراب في الوظائف الحركية و غيرها من الخصائص. و هذا كله يقود إلى ضعف في التحصيل اجتماعية (shea,1978)المدرسي و إلى مشكلات سلوكية و (خولة أحمد يحيى،2000،ص180) أخرى.

أ/الأطفال بين ثلاث سنوات إلى ست سنوات:

- الطفل في حالة حركة مستمرة و لا يهدأ أبدا.
- يجد صعوبة بالغة في البقاء جالسا حتى انتهاء وقت تناول الطعام.
- يلعب لفترة قصيرة بلعبة و ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر.
- يجد صعوبة في الاستجابة للطلبات البسيطة.
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال.
- لا يتوقف عن الكلام و يقاطع الآخرين.
- يأخذ الأشياء من بقية الأطفال دون الإكثرات لمشاعرهم.
- يسيئ التصرف دائما.
- يجد صعوبة في الحفاظ على أصدقائه.
- يجد المدرسون صعوبة في التعامل معه.

ب/الأطفال ما بين ست إلى اثني عشر سنة:

ـ لا يقوم انجاز ما يطلب منه بشكل كامل.

ـ من السهل شد انتباهه لأشياء أخرى غير التي يقوم بها.

ـ هؤلاء الأطفال يتورطون بأعمال خطرة دون أن يحسبوا حساب العواقب.

ـ الطفل في هذا العمر يكون متململا ، كثير التلوي و الحركة ، و لا يستطيع البقاء في مقعده و يمكن أن يخرج من مقعده أثناء الدرس و يتجول في الصف.

ـ تدني مستواه الدراسي.

ـ مشوش التركيز دائما و يضيع أشياءه الشخصية.

ـ يجيب على الأسئلة بسرعة و دون تفكير و يتكلم بأوقات غير مناسبة.

ـ يجد صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة له.

ـ يلعب بطريقة عدوانية فظة.

ـ يجد صعوبة في الانتظار في الدور.

ـ غير قادر على التكيف أو غارق في أحلام اليقظة.

ـ الطفل غير ناضج اجتماعيا أو أصدقائه قلائل و سمعته سيئة.

(خالدة نيسان،2009،ص147)

6- أسباب الاضطراب:

-تعددت الأسباب المؤيدة إلى الاضطراب عند الأطفال نظرا لتعدد الآراء الطبية و التربوية و النفسية في تفسيره.

و قد تعزي أسباب الاضطراب إلى عوامل وراثية، و بيولوجية، نفسية، اجتماعية، أسرية، تربوية، عوامل بيئية. و من خلال مراجعة الأدبيات و الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب تم استخلاص الأسباب الرئيسية التي قد تؤدي إليه و على النحو التالي:

1-أسباب وراثية:

يؤدي العامل الوراثي دورا هاما في اصابة الأطفال بهذا الاضطراب و ذلك إما بطريقة مباشرة من خلال انتقال الصفات الوراثية المسؤولة عن عملية الانتباه من الآباء إلى الأبناء و التي تؤدي بدورها إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية في المخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل الصفات الوراثية لعيوب تكوينية ينجم عنها تلف أو ضعف بعض خلايا المخ تؤدي بدورها إلى ضعف في نمو المراكز المسؤولة عن الانتباه و التركيز.(أحمد، بدر، 1999، ص39-40).

و تؤيد بعض الأدبيات أهمية العامل الوراثي فب انتقال الصفة الوراثية للاضطراب فقد أشارت إلى أن نسبة 10% من آباء الأطفال مفرطي الحركة كانوا هم أيضا مفرطوا الحركة في طفولتهم، و تشير إلى أن حالات الاضطراب تنتشر بين الأفراد الأسرة نفسها، و يظهر عند الأخوة الأشقاء بشكل أكبر من الأخوة غير الأشقاء و تؤكد نتائج الدراسات التي أجريت على التوأم المتماثلة و غير المتماثلة و الأخوة في الأسرة الواحدة وجود تماثل في تشخيص الاضطراب لدى 81% من التوائم المتماثلة مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة المتشابهة في النوع، و كذا الدراسات التي أجرية على الأقارب من الدرجة الأولى (الأخوة و الأبوين) للأفراد ذوي اضطراب أن 25% منهم يتم تشخيص الاضطراب لديهم مقارنة مع 7% فقط من أقارب الأفراد غير المصابين بالاضطراب.

و أكد بيدرمان و آخرون 1990 أن 25% من الأطفال المضطربين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون بالاضطراب بينما تبلغ النسبة 5% في عموم الأطفال المضطربين في المجتمع.

و توصل باركلي 1999 في دراسته التي اجريت على التوائم المتماثلة إلى أن إصابة أحد التوائم بهذا الاضطراب يكشف عن اصابة التوأم الآخر ما بين (11-18) مرة أكثر من احتمال اصابة الأخ غير التوأم و إن (55-92%)من التوائم المصابين بالاضطراب سيظهر لديهم لاحقا (باركلي1999: 48-53).

و يشير موريسون و سيتوارت إلى أن 20% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب كان أحد والديهم يعاني منه في مرحلة سابقة بينما لم تظهر مثل هذه النسبة لدى الأطفال غير مصابين و أشارت نتائج دراسة أندرسن و آخرون (1999) إلى أن 20% من الأطفال المضطربين كان آباؤهم و أمهاتهم يعانون من الاضطراب أثناء طفولتهم و أن ثلث هؤلاء الآباء و الأمهات يعانون من مشكلات نفسية و سلوك مضاد للمجتمع.

و قد أشارت بعض الأدبيات إلى أن 30-50% من عائلات الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يوجد لديهم آباء و أقارب مصابون بالاضطراب أيضا أو يعانون من بعض مظاهره.

2-الأسباب البيولوجية:

تشير الأدبيات و الدراسات التي تناولت أسباب الاضطراب من الجانب البيولوجي إلى وجود عدة أسباب رئيسية أهمها:

أ-خلل في وظائف المخ:

قد يعود سبب الاضطراب إلى خلل في مراكز المسؤولة عن عملية الانتباه في المخ فعملية الانتباه تنقسم إلى عدد من العمليات الأولية، كالتعرف على مصدر التنبيه و مركزه في الفصوص الخلفية للمخ، و توجيه الاحساس للمنبه و مركزه في وسط المخ، و التركيز على المنبه و مركزه في الفص الجبهي الأيمن، و نظام التنشيط الشبكي للمخ الذي يعمل على تنمية القدرة الإنتباهية و توجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي و انتقائه من بين مجموعة من المنبهات الدخيلة.

و في حالة وجود خلل في وظائف أحد هذه المراكز فإن المعلومات التي يعالجها المخ تصبح مشوشة و غير واضحة مما يحدث تشتتا في الانتباه و افراطا في الحركة، و تضمن تقرير نشر عن المعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية يشير إلى أن الأطفال المضطربين يتميزون بصغر حجم القطاع الأمامي الأيمن من الدماغ و عدم تناسق نشاط الكتلة العصبية لديهم مقارنة بالأطفال العاديين الذين يظهر لديهم الجزء الأيمن من المخ يبدو أكثر من الجزء الأيسر.

و يظهر استخدام الرنين المغناطيسي للأطفال المضطربين في تحديد جوانب الضعف التشريحية لديهم وجود دلائل على ظهور نمو شاذ في الفص الجبهي ، و عدم تناسق بين نصفي كرة المخ الأيمن و الأيسر.

و أشارت (شقير2002)، في دراستها بأن منطقة فارميس في المخيخ تكون صفيرة عند المصابين بالاضطراب و هذه المنطقة المختزلة في حجمها هي نفسها التي تتحكم في عملية الانتباه.

و أن الأطفال يستخدمون الجزء الأيمن من المخ بتشغيل المعلومات و في اتباعهم لأساليب التعلم يظهرون ميلا لأن يكونوا متعلمين حركيين، بينما الأطفال غير المضطربين يستخدمون الجزء الأيسر من المخ في تشغيل المعلومات يكونون مفكرين منطقيين، و متعلمين سمعيين و بصريين.

و لوحظ وجود شذوذ في رسم المخ عند حوالي 65% من الأطفال المضطربين و خاصة عندما يكون الاضطراب مصحوبا بمظاهر عضوية ، و عند (25%) من الحالات غير المصحوبة بمظاهر عضوية (عكاشة،1998: 632).

أما الدراسات الالكترونية الفسيولوجية الخاصة التي أجريت على الأطفال المضطربين فقد توصلت إلى وجود بعض جوانب الشذوذ في الكثافة المنخفضة في موجات ألفا أو غياب موجات ألفا المنتظمة ، أو مقادير صغيرة من موجت=ات بيتا و عند تحليل رسم المخ الكهربائي على الحاسب و الذي يطلق عليه التحليل الكمي في رسم المخ الكهربائي أظهر زيادة في نشاط الموجة البطيئة ثيتا مع فقدان نشاط الموجة السريعة (بيتا) خلال المهام التي تتطلب التركيز و التآزر.

إن سبب الاضطراب قد يكون نتاج قصور في العقدة العصبية القاعدية الأمامية و ذلك من خلال الدراسات التي استخدم فيها الرنين المغناطيسي، و الدراسات النفسية العصبية التي استخدمت فبها مقاييس ركزت على الوظائف النفسية المعرفية التنفيذية مثل التخطيط، و استراتيجيات التنظيم، و دعم وظائف الذاكرة العاملة و التي توصلت نتائجها إلى أن العقدة الأمامية القاعدية تلعب دورا فيها.

ب-خلل كيميائي للناقلات العصبية:

إن الناقلات العصبية في المخ عبارة عن قواعد كيميائية وظيفتها نقل الإشارات العصبية بين مراكز المخ . فالنقص الذي يحدث في مادة السيروتونين عند الأطفال سيؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب غير إن هذه الأعراض تختفي عند استخدام العلاج الطبي، كما يظهر الاضطراب عند حصول نقص في أمينات الكاتيكول، و نقص في نشاط الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية.

قد يعود الاضطراب إلى وجود اختلافات في نشاط الدوبامين (ب) و الهيدروكسيلاس و هذا الأنزيم هو المسئول عن نقل (الدوبامين إلى النورابنفرين) الذي يعمل على إعادة التوازن الكيميائي للناقلات العصبية و علاج الاضطراب في المسار التركيبي للأمينات الكاتشولامين حيث أن نقصه يؤدي إلى نقص الانتباه.

و بين كلارك و آخرون وجود عيوب في أيض الدوبامين و النورابنفرين مما يؤدي إلى اخفاض معدل النشاط بأجزاء معينة من المخ و تكون مسؤولة عن التحكم الحركي و الانتباه.

ج-ضعف النمو العقلي:

قد ينشأ الاضطراب نتيجة انخفاض مستوى لذكاء لدى الأطفال، حيث يؤثر النمو العقلي على كفاءة الانتباه لديهم، و هذه الكفاءة تتناسب طرديا مع مستوى النمو العقلي و المعرفي و بالعكس يؤدي ضعف النمو العقلي إلى ضعف المراكز العصبية الخاصة بمعالجة العمليات الإنتباهية في المخ. و لهذا نجد أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال المتخلفين عقليا أعلى نسبة انتشاره بين أقرانهم من الأطفال العاديين.

و على الرغم من وجود دراسات كثيرة تؤيد أن هذا الاضطراب نتيجة تلف في المخ إلا أن هناك دراسات أخرى لا تؤيد ذلك. و هذا يعني أنه ليس كل تلف في المخ يؤدي إلى هذا الاضطراب و ليس كل اضطراب يعني أن هناك تلفا في المخ.

و يؤيد ذلك نتائج دراسة فراج(1999) التي أشارت إلى استبعاد تلف خلايا المخ كعامل مسبب لهذا لان تلف المخ لابد أن يؤدي إلى قصور في معدل الذكاء مع أن نسبة عالية ممن يعانون من هذا الاضطراب لديهم مستوى ذكاء معتدل و ربما البعض منهم لديهم نسبة ذكاء مرتفعة، كما أن تلف خلايا المخ ووظائفه لا يمكن علاجه لان خلايا الجهاز العصبي التالفة لا تعوض إطلاقا، بينما أظهرت البحوث المسحية عن وجود حالات استجابة للعلاج و تماثلت للشفاء و هذا لا يمكن أن يحدث إذا كان العامل المسبب عضويا، و لوحظ ظهور بعض المهارات و المواهب الفنية، أو الأدبية، أو العلمية، أو الرياضية لدى بعض الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

و يفترض فلاين و هوبسون أن حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب، كما أن العجز في أبنية المخ الوسطى و عدم القدرة على احداث التوازن بين ميكانزمات الكف و الاستشارة يؤدي أيضا إلى حدوث الاضطراب.

و طبعا لنموذج (باركلي) فإن الكف يلعب دورا في المواقف التي تتطلب امتناع أو توقف فجائي للفعل أو الفكر المستمر. فالكف الناقص يؤثر بطريقة مباشرة على الذاكرة العاملة، تنظيم الذات، التحدث الداخلي، إعادة التؤسس-أي القدرة على إعادة بناء السلوك- مما يجعل الأطفال المضطربين يبدو كأنهم يعملون بدون تفكير و هذا يؤدي إلى عدم استفادتهم من القدرة على استخدام استراتيجيات الضبط.

3-الأسباب النفسية و الاجتماعية:

يرى علماء النفس أن اضطراب تشتت الانتباه و فرط النشاط يرجع مباشرة إلى أسباب نفسية و اجتماعية تبدو أعراضه واضحة في السلوك الظاهري للطفل.

و قد تعددت الأسباب النفسية و الاجتماعية المؤدية إلى حدوث الاضطراب عند الأطفال منها: الضغوط النفسية و الإحباط، و سوء التوافق الاجتماعي.

فالضغوط النفسية و الإحباط الذي يتعرض له الطفل يجعله يشعر بعدم الثقة بالنفس، و تدني في مفهوم الذات، و عدم الرضا عن أعماله و تصرفاته، و اضعاف معنوياته، و الانسحاب نحو عالمه الخاص، و يحاول الانتقام من الآخرين، و تؤدي به إلى الشعور بالوحدة، و القلق، و الاكتئاب.

و هذا ما أيدته نتائج دراسة بيتر و آخرون(1993) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من القلق و الاكتئاب و اضطراب الانتباه.

و أن العقاب البدني المتكرر للطفل، و كثرة الأوامر و التعليمات تسبب له إحباطا مما يجعله يلجأ إلى الأساليب السلوكية غير المرغوب فيها بسبب معاناته من الاحباط.

كما يعاني الطفل من سوء التوافق الاجتماعي لكونه مندفعا، و عدوانيا، و عنيدا، و يرفض اتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع الآخرين، أو المتبعة في ممارسة نشاط معين، ويتسم كدلك بالطمع الشديد و لا يرضى بنصيبه، و يتدخل في أنشطة الآخرين و أحاديثهم و يقوم ببعض السلوكيات غير المرغوبة التي تؤذيهم دون اعتبار لمشاعرهم. لذا فان المحيطين به يشعرون بالاستياء منه و لا يرغبون في وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية، فهو لا يتوافق معهم اجتماعيا.

و يتميز الأطفال المضطربين بأنهم غير ناضجين و يعانون من صعوبة في إظهار استجابات انفعالية مناسبة فقد يضطربون بشكل كبير عندما يواجهون إحباطا بسيطا، و ربما يصبحون سعداء و فرحين لدرجة لا يمكن التحكم فيها عندما يحدث لهم ما يسعدهم.

و قد يظهر هؤلاء الأطفال الخشونة و العدوانية الغير مقصودة في لعبهم تبعد الأطفال الآخرين عنهم.

4-الأسباب الأسرية:

تعد العلاقات الاسرية المضطربة سببا آخر للاضطراب عند الأطفال نتيجة لكثرة المشكلات التي قد تؤدي إلى الطلاق بين الوالدين و تجعل الطفل حائرا و يفكر كثيرا في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكليفه بمهمات مختلفة و يجعله طائشا لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها.

أن أساليب المعاملة الخاطئة التي قد تتسم بالرفض الصريح، الإهمال، العقاب البدني و النفسي الشديد، النبذ و إحساس الطفل بأنه غير مرغوب فيه، الحرمان العاطفي داخل الأسرة، الحماية الزائدة، التدليل الزائد، من الأسباب المؤدية إلى الاضطراب عند الأطفال.

فالرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل من الطفل، ضحية لهذه الخلافات مما يؤدي به إلى الهروب من هذه الأجواء، و في الغالب يصبح طفلا متهورا في اقواله و أفعاله، و يقوم بنشاطات و أفعال غير مقبولة في المجتمع.

إن هذا اضطراب يجعل الطفل ووالديه عرضة لبعض الاضطرابات الانفعالية حيث يشعر الطفل بالفشل و ينخفض تقديره لذاته ويشعر بالوحدة النفسية و القلق نتيجة قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة و اضطراب علاقاته الاجتماعية مع المحيطين به.

و قد تتسم تفاعلات الأمهات مع الأطفال بزيادة الأوامر و التوجيهات و الانتقاد و الإشراف و العقاب، و بالقسرية من جانب الآباء مما يولد الشعور بالإحباط و الغضب اتجاه الطفل.

و كذا فالأسرة غير المستقرة من الناحية الاقتصادية و الاجتماعية و النفسية يكون أطفالها أكثر عرضة للاضطراب و من مظاهر عدم الاستقرار التي أشارت إليها الأدبيات في هذا المجال مرض احد الوالدين، أو الطلاق، أو سفر أحدهما، أو موتهن أو سوء الانسجام الأسري لأي سبب، أو سوء الظروف الاقتصادية أو الظروف البيئية للأسرة.

إن المستوى الاقتصادي و الاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية لدى الأطفال. و قد أثبتت الدراسات إلى أن اعراض الاضطراب تكون أكثر ظهورا في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي و الاجتماعي المنخفض و الأسر المتصدعة لإهمال الوالدين للطفل و عدم رعايته.

إن النشاط الزائد هو نتاج ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل الوالدين، و ان الطرق الضعيفة التي تستخدم لتعديل سلوك الطفل تؤدي إلى حدوث هذا النشاط. و يؤيد الإكلينيكيون صحة هذا الاعتقاد غذ

توصلت نتائج دراستهم إلى أن آباء الأطفال المضطربين كانوا أكثر استخداما للأوامر و للأساليب العقابية و هم قليلا ما يستخدمون المكافآت مع ابنائهم.

و قد أشارت الأدبيات إلى أهمية النموذج أو القدوة في الأسرة كسبب من أسباب هذا الاضطراب. فقد أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد من مستوى نشاطه عندما يحاكي طفلا أكثر نشاطا في الأسرة التي ينتمي إليها.

و يشير ريزو وزابل(1999) إلى أن الأطفال المضطربين يتعلمون الأنماط السلوكية لهذا الاضطراب من خلال ملاحظتهم لهذه الأنماط التي يتسم بها والديهم.

و يعد التعزيز الاجتماعي سببا في التطور الاضطراب عند الأطفال و استمراريته إلى مراحل متقدمة. فحصول الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة على التعزيز المستمر لنشاطه الزائد يؤدي إلى استمرار هذا النشاط عند دخوله المدرسة و عندما تفرض عليه القيود و الواجبات فيها فسوف يزداد هذا النشاط من أجل الحصول على التعزيز الاجتماعي و الانتباه الذي كان يحصل عليه في السابق.

5-الأسباب التربوية:

إن الجو النفسي الذي يعمل ضمنه الأطفال في المدرسة يسهم إلى حد كبير في استدعاء السلوك المضطرب أو ابعاده. فالبيئة المفتوحة المدعمة تساعد على ظهور السلوك الايجابي بينما البيئة المغلقة بالأنظمة و العقوبات تعمل على زيادة السلوك المضطرب.

و أشارت منظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية إلى أن الاضطراب قد يعزى إلى البيئة المدرسية عندما لا تتوافر البرامج الخاصة التربوية الفردية و الجماعية التي يحتاجها الأطفال لخفض الاضطراب لديهم، كما أن السلطة الجديدة التي يواجهها الطفل في المدرسة قد تكون عبئا اجتماعيا يساعد على الترسيخ الاضطراب لديه. حيث تتطلب البيئة المدرسية من الطفل القيام ببعض الأعمال اليومية المتكررة التي تحتاج إلى الاستقرار و النظام و تركيز الانتباه مثل الوقوف في طابور الصباح، و الجلوس بهدوء لفترة زمنية لسماع الدرس من المعلم، و المشاركة بالأنشطة المختلفة.

و من العوامل المدرسية الأخرى التي قد تؤدي إلى حدوث الاضطراب لدى الطفل استخدام أساليب تربوية متشددة مثل(العقاب غير المدروس و غير المبرر)، و طرائق التدريس غير المناسبة، و مقارنة الطفل بأقرانه باستمرار.

و يشير(خليفة و عيسى، 2007: 199-200) أن المدارس و ما يتم فيها داخل حجرات الدراسة ممكن أن يدعم عن غير قصد سلوك اضطراب تشتت الانتباه و فرط النشاط لدى الأطفال عندما:

1- يقوم المعلمون الواقعون تحت ضغط تغطية المنهج بالانتقال بسرعة شديدة على الرغم من علمهم بحاجة بعض التلاميذ إلى الوقت إضافي.

2- تكون السمة الرئيسية للتدريس هي التلقين.

3- تنظيم الفصل الدراسي يسمح للتلاميذ بالتواري عن أعين المعلم و إثارة الإزعاج.

4- النظام استبدادي و غير عادل.

5- فرص التنقل داخل الفصل الدراسي قليلة أو معدومة و ما على الطلاب إلا الجلوس أو الإنصات.

6- فصول الدراسة شديدة الحرارة أو شديدة الظلمة.

7- فرص التلاميذ للتفاعل مع بعضهم قليلة أو محدودة.

8- التوتر الوجداني داخل الفصول الدراسية.

و أشارت ميركولينو و آخرون (2000) إلى إن نسبة ما يكرس من اليوم الدراسي للنشاطات التي تجعل الأطفال يستجيبون بفعالية للتعليم تقل عن 15% أما نسبة ما تبقى من الوقت فيتم قضاؤه في تنظيم الحجرة الصفية، و إدارة السلوك، و الاستجابة السلبية للتعليم مثل لإصغاء للمدرس، أو النظر إلى السبورة. قد تكون هذه النسبة من الاستجابة الفاعلة للتعليم كافية للمتعلمين الأكفاء ليتماشوا مع التوقعات الصفية، غير كافية للأطفال المضطربين بتشتت الانتباه و فرط النشاط فهم لا يستفيدون من فرص الاستجابة الأنشطة، بسبب تدني نسبة سلوكهم الذي يدل على المواظبة على المهمة و انخفاض إنتاجية العمل بالنسبة لأقرانهم.

6- الأسباب البيئية:

تؤثر البيئة بعناصرها المختلفة على حدوث الاضطراب فقد تزيد من حدته أ, تساهم في ظهوره. و قد أشارت الأدبيات و الدراسات السابقة إلى عدد من الأسباب منها تعرض الأم الحامل للإشعاع أو تناولها للكحول و المخدرات أو بعض العقاقير الطبية، أو إصابتها ببعض الأمراض المعدية كالحصبية الألمانية، أو الزهري، أو الجدري و غيرها من الأمراض التي تؤدي إلى تشوهات و عيوب خلقية قد تترافق مع

هذا الاضطراب. أو الولادة قبل الأوان أو الولادة العسرة التي ينتج عنها تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأوكسجين قبل أو أثناء الولادة.

و قد يحدث الاضطراب نتيجة تعرض الطفل إلى حالات الصدام في منطقة الرأس أو السقوط من مكان مرتفع على نفس المنطقة، أو اصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية، أو الالتهاب السحائي، أو الحمى القرمزية مما يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في المخ المسؤولة عن الانتباه في الفص الجبهي و الفصوص الخلفية.

و قد يعود الاضطراب إلى تسمم الأطفال بمادة الرصاص الذي يدخل كموكب كيميائي لطلاء لعب الأطفال الخشبية و أقلام الرصاص.

و سجلت الدراسات إلى أن الأطفال المضطربين لديهم كميات كبيرة من مادة الرصاص في أوعيتهم الدموية. و هذا يسبب اللامبالاة و ضعف في التركيز، و صعوبات في التعلم. و مادة الرصاص أصبحت الآن منتشرة بكثرة بسبب التلوث الصناعي في البيئة المحيطة و الذي يعد من العوامل المقلقة و المسببة للاضطراب.

و يشير المعهد القومي للصحة العقلية إلى أن الغذاء الذي يحتوي على السكريات بدرجة عالية قد يسبب الاضطراب و خاصة عند الأطفال الذين لديهم الحساسية من هذه الأغذية. و قد أثبتت دراسات المعهد إلى إتباع الحمية في تناول هذه الأغذية يؤدي إلى شفاء 5% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. كما أشارت المنظمة إلى أن محسنات الطعام الصناعية و المواد الحافظة المضافة للطعام و التي تكسب أطعمة الأطفال الطعم أو النكهة المميزة كما هو في بعض المثلجات و المعجنات و الفطائر المتوافرة في الأسواق قد تكون سبب آخر له.

أن نقص الأغذية الغنية بالأحماض الدهنية خاصة أوميجا3، و نقص الكالسيوم، و ارتفاع نسبة النحاس في الدم، و نقص الحديد، و نقص المنغنيز، و نقص اليود له علاقة بحدوث الاضطراب لدى الأطفال.

كما و قد يعود الاضطراب إلى تناول الطفل لبعض العقاقير الطبية التي تدخل في علاج بعض الأمراض التي يتعرض لها مثل الصرع و أوجاع البطن(المغص) و الصداع كعقار الفينوباربيتنال.

و أشارت(شقير) إلى أن تعرض الأطفال للإضاءة العادية(الفلورسن) أو الإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز قد يؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي قد يسبب الاضطراب.

و أقترح(ستراوس و آخرون) (نظرية الفيضان) التي تعود بتفسير الاضطراب إلى تأثير الميراث الحسية على الأطفال المضطربين حيث اعتقدوا أن مستوى الاستثارة الحسية (سواء السمعية أو البصرية) له تأثير عام في زيادة نشاط الطلاب و تشتتهم. لذلك اقترحوا أساليب علاجية تتضمن عزل الطلاب المضطربين عن أقرانهم باستخدام المقصورات الدراسية، و استبعاد الأثاث الزائد أو غير الضروري، و الحد من الزخارف و الديكورات و النوافذ في غرف الدراسة بحيث تكون الفصول الدراسية بسيطة و غير مثيرة، على افتراض أن خفض الاستثارة الحسية الناتجة من البيئة(كمدخلات) يمكن أن يؤدي إلى خفض السلوك المضطرب(كمخرجات).

يتبين من خلال العرض السابق أن أساليب الاضطراب متعددة و متنوعة فقد تعود إلى عوامل وراثية تتضمن انتقال الصفات الوراثية للاضطراب من الآباء إلى الأبناء، أو إلى عوامل بيولوجية باعتبارها انعكاس لعوامل عضوية عصبية كحدوث خلل وظيفي في المخ أو خلل في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية أو تأخر في النمو العقلي، أو إلى أسباب نفسية و اجتماعية تمثلت في الضغوط النفسية و الإحباط و سوء التوافق الاجتماعي ، أو إلى اسباب أسرية تمثلت بأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة، و الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و النفسية للأسرة، أو إلى أسباب تربوية تتعلق بالبرامج و المناهج التربوية و الأساليب المتشددة، أو إلى أسباب بيئية متعددة كتعرض الأم الحامل لبعض العوامل البيئية أثناء فترة الحمل أو أثناء عملية الولادة، أو تعرض الطفل للحوادث أو تناول الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من السكريات و المحتوية على نكهات و الألوان الصناعية التي تسبب الضرر للطفل. و قد ظهرت الأسباب البيئية بوضوح لدى الأطفال المضطربين في البحث الحالي حيث كانت نسبة كبيرة منهم يعانون من ظروف أسرية غير متوافقة تتسم بطلاق الوالدين، و سوء المعاملة الوالدية، و غياب الأب و ما ينجم عنه من ضغوط و إحباط لدى الأطفال.(ليلى يوسف كريم المرسومي، 2011،ص:من 51إلى 64).

7- آثار اضطراب النشاط الزائد على الطفل:

1-اضطراب في العلاقة مع الوالدين و الأسرة:

عدم طاعة الأوامر-الفوضى-وصف الطفل بالعناد و التعرض للمعاملة القاسية و الضرب النتكرر.

2-العلاقة السيئة مع المعلمين داخل المدرسة:

يصنف المعلم هذا الطفل كثير الحركة بالمشاغب الكسول في آن واحد و يعامل هذا الطفل بقسوة و يوجه إليه كثير من الشكوى و النقد و يزداد الفشل الدراسي، على الرغم من ذلك فإن أغلب الحالات يتم التعرف عليها و تشخيصها من جانب المعلمين و هذا يؤكد أهمية رفع وعي المعلمين بالتعامل مع هذه الحالات.

3-تدني التحصيل الدراسي:

معظم الأطفال المضطربين يدخلون في نطاق مستوى الذكاء المتوسط كما أن قدراتهم الذهنية تعد طبيعة إلى حد كبير إلا أنهم غير قادرين على التركيز و الاستفادة من المعلومات التي يقومون بدراستها مما يؤدي إلى فشلهم الدراسي و تكرار الرسوب.

4-سوء العلاقات الاجتماعية مع الأقران:

يحاول الأطفال الابتعاد عن الطفل المضطرب بالنشاط الزائد و نقص الانتباه فهو غير قادر على بناء علاقات اجتماعية ناجحة مع غيره من الأطفال فهو لا يحترم قواعد أي لعبة و لا ينتظر دوره، مزاجي أحيانا لا يستمر في لعبة حتى الانتهاء منها و نتيجة لذلك يسعى أقرانه للهرب منه مما يشعره بالعزلة و الوحدة.

5-تدني الثقة بالنفس نتيجة ردود الفعل السيئة التي تواجهه في كل مكان بالمنزل أو المدرسة، مما يجعله يكون صورة سيئة عن نفسه و يفقد الثقة بالآخرين و نفسه أيضا.

6-معاناة الطفل من القلق و الاكتئاب نتيجة لما يتعرض له من ضغوط نفسية بسبب علاقاته السيئة بالأسرة و الأقران و المعلمين مما يؤدي إلى اضطراب المزاج و معاناة من القلق و الاكتئاب.(فاطمة الزهراء النجار، 2011، ص78،77).

8- الإجراءات الوقائية:

- الاهتمام بالأم الحامل بتقديم الرعاية الصحية و النفسية و الاجتماعية أثناء فترة الحمل.

- عدم تعرض الأم الحامل للأشعة أو أخذ الأدوية في الثلاثة الأشهر الأولى إلا بإرشادات الطبيب المعالج.

- زيادة الرعاية الصحية أثناء الحمل و الاهتمام بتوفير الغذاء الكامل للأطفال و خاصة الأغذية الغنية بالبروتين.

- إتاحة الفرصة للطفل للعب و اختيار الألعاب المفضلة لديه.

- عدم تعزيز الطفل على الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها و تشجيعه لها بل يجب عدم الاهتمام بها و تجاهلها.

- توفير بيئة مناسبة للطفل أثناء المذاكرة بحيث نبعد عنه المشتتات السمعية و البصرية بقدر الإمكان حتى نعطي له فرصة للتركيز و الانتباه.

- توفير فرص عمل مناسبة للطفل، و التغذية الملائمة.

- يجب أن تكون المشكلات الأسرية بعيدا عن الطفل و تجنبا لإثارته و مضايقته حتى لا تتطور لديه مشاعر التوتر و العصبية.

- التعلم بالنموذج: أن يتصرف الآباء بطريقة واضحة و يمارسون عادات سلوكية سليمة أمام أبنائهم.

- الكشف عن القدرة العقلية العامة أي مستوى الذكاء و القدرة على التذكر و الإدراك.

- مراعاة الفروقات الفردية بين الأبناء.

- فحص الطفل جسميا لمعرفة المتغيرات الجسمية الكامنة، و كذا تخطيط المخ لفحص شذوذ نشاطه.

- عدم توجيه اللوم و النبذ لسلوكياته لمنع تطور أو تفاقم هذه الظاهرة.

- تقبل الطفل و إحساسه بأنه كائن مرغوب فيه.(أسامة فاروق مصطفى،2011،ص 164).

9- العلاج:

1- العلاج المعرفي يتمثل في:

-التدريب على مهارات الاسترخاء:

حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية تدريبات الاسترخاء كفنية من فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض الاستجابات السيكولوجية و الفسيولوجية و تساعد على تهدئة الطفل و تقلل من التشتت لديه مما يزيد مستوى التركيز و تحسين أداء الطفل.

-التدريب على مراقبة الذات:

و فيها يقوم الطفل بتحديد الاستجابات و ردود الأفعال غير المرغوب فيها من خلال المواقف و الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها مثل الحد من تشتت الانتباه و النشاط الزائد. ثم جمع البيانات و المعلومات عن الطفل و الأسباب و العوامل التي تساعد على حدوث الاضطراب. ثم تدريبه على خريطة الوقت ثم التدريب على سجلات مراقبة الذات و هي:

- السلوك و الأفكار التي تساعد على حدوث الاضطراب(نقص الانتباه- الحركة الزائدة).
- المواقف و الأحداث التي تجعل هذا السلوك يظهر (الاضطراب).
- المواقف و الأحداث التي تتبع هذا السلوك.
- مراقبة الأحداث و نتائجها.

عندما يقوم الشخص بتسجيل الحدث فيجب أن يسجله(الحدث) عندما يظهر، و الروف المحيطة به أي وصف الحدث داخل السياق ثم وصف الشخص (مشاعره و أحاسيسه) أثناء الحدث قبل حدوث الاستجابة به و بعد حدوث الاستجابة.

- التدريب على التنظيم الذاتي:

مساعدة الطفل على ملاحظة سلوكياته ذاتيا و تطوير قدراته على ضبط الذات و تتطلب مثل هذه الطريقة تدريبه على توجيه سلوكه من خلال الحديث مع نفسه، و ملاحظة ما يقوم به من أفعال، و لتعزيز قدرته على التنظيم الذاتي. (أسامة فاروق مصطفى،2011،ص،166،165).

2- العلاج الغذائي:

تشير الدراسات و البحوث إلى وجود علاقة ايجابية بين الحساسية لبعض الأغذية التي يتناولها الأطفال و ما يصحبها من عادات غذائية غير مناسبة وحدة الاضطراب لديهم.

إذ يرى بعض أولياء الأمور أن سلوكيات أطفالهم تتحسن عندما تستبعد بعض الأطعمة من غذائهم مثل الكافيين الموجودة بالشكولاتة، و القهوة، و المشروبات الغازية، و العصائر التي تحتوي على السكريات، و الأطعمة و العصائر ذات الألوان الصناعية، و الحليب المركز الدسم، و الذرة، و البيض، و الدقيق.

لذا فإن الحمية الغذائية المعتمدة على الأطعمة النباتية تساعد كثيرا في خفض مشكلات الحركة و عدم الانتباه، كما أن الأغذية المتوازنة و القليلة السكر تؤدي إلى نتائج أفضل.

و أن تناول الوالدين للأغذية الصحية المتوازنة يشجع الأطفال على تناول تلك الأغذية و يجنبهم احتمالية الإصابة بمشكلات ناتجة عن خلل في التوازن الغذائي كاضطراب الحركة و الانتباه.

و أشارت عدد من الدراسات إلى برامج غذائية تستخدم لعلاج الأطفال المضطربين. حيث تتضمن هذه البرامج أنظمة غذائية لا تحتوي على الأطعمة الممنوعة سابقة الذكر.

كدراسة (كينتاكتشي و آخرون 1993) التي توصلت نتائجها إلى خفض الاضطراب بعد إضافة بعض الفيتامينات و المعادن للنظام الغذائي لعينة مكونة من 149 طفلا يعانون من الاضطراب.

و في دراسة مماثلة أجراها لومبارد و جرمانو(1998) استخدم فيها نظام غذائي يتضمن خفض نسبة السكر و الحليب و الشكولاتة و الذرة و الدقيق مع إضافة فيتامين (ب) في أغذية الأطفال و استمر البرنامج لمدة عامين على عينة مكونة من 16 طفلا يعانون من الاضطراب و أثبتت النتائج فاعلية البرنامج في خفض حدة الاضطراب.

و في برنامج آخر نشره المركز الطبي العام للتغذية 2002 استهدف الحفاظ على نسبة السكر الطبيعية في الدم لذى الأطفال المضطربين لمدة خمس سنوات . و قد احتوى البرنامج الغذائي على نسبة عالية من البروتين و الخضروات الطازجة و المعادن الأساسية مثل الكالسيوم و الحديد، و الفسفور، و الصوديوم، و البوتاسيوم، و المغنزيوم. و قد حقق البرنامج نتائج مرتفعة لخفض حذة الاضطراب عند الأطفال بعد الحفاظ على النسبة الطبيعية للسكر في الدم.

يبدو مما تقدم أن العلاج الغذائي يعد ما البرامج البديلة للعلاج الدوائي الذي يستخدم مع الأطفال المضطربين و يساعد في خفض حدة الاضطراب غير أن النظام الغذائي المكثف يحتاج دائما إلى

أخصائي في التغذية حتى لا يؤثر على نمو الطفل مستقبلا و يحتاج إلى متابعة مستمرة من قبل الأسرة بصفة منتظمة و مستمرة.

3- العلاج الأسري:

يمثل هذا النوع من العلاج أحد الأساليب الأساسية في علاج الاضطراب لما للوالدين و الأسرة عامة من دور أساسي و فاعل في عملية التنشئة للأطفال و يتضمن هذا النوع من العلاج تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال و تعليمهم المهارات الأساسية اللازمة لضبط سلوكهم و التحكم فيه و توجيههم، و الحد من العديد من المشكلات التي قد يثيرها الطفل و خاصة ما يتعلق منها بعناده و عدم امتثاله للأوامر و النواهي من جانبها، و عدم قدرته على ضبط النفس.

و يهدف هذا العلاج لإزالة الإحباط الأسري بين أفرادها و تهدئة الصراعات القائمة بينهم، كما يوجه الأسرة لتقليل الاحتجاجات على الطفل ليستطيع التوافق كما يهدف هذا العلاج إلى إعادة ترتيب الجو المنزلي بحيث لا يكون مثير جدا أو مغلق و مقبض جدا الطفل يحتاج إلى هدوء و النظام.

و يشير كفافي(1999) إلى أهمية العلاج الأسري حيث تمثل الأسرة من وجهة النظر السلوكية البيئة الطبيعية لتعلم السلوك. إذ أنها تمثل بحكم العلاقات و التفاعلات اليومية بين أعضائها شبكة متداخلة من المواقف و المشاعر و الأساليب السلوكية الموجهة من فرد لآخر داخل الأسرة مما يتعلم الطفل معه كيف يسلك اتجاه أعضاء الأسرة الآخرين، و عن طريف التعميم ينتقل هذا السلوك إلى التعامل مع الآخرين خارج نطاق الأسرة.

و قد أشار جولدستين إلى عدد من المقترحات للأسرة و التي تساعد في تحسين أداء الأبناء الذين يعانون من الاضطراب و هي كالآتي:

1-ممارسة الأسرة لأساليب و استراتجيات فعالة لإدارة سلوك الأطفال داخل المنزل.

2-بناء علاقات ايجابية مع الطفل.

3-استقطاب الأصدقاء الجيدين للأبناء.

4-العمل على دعم النجاح المدرسي للطفل.

5-تأمين الاستقرار داخل الأسرة.

6-دعم الوحدة و التعاون الأسري.

7-عدم تجاهل المشكلات الأخرى التي لا علاقة لها بنشاط الزائد.

و أشارت نتائج دراسة لاث و لندركامب(1998) إلى أن برامج تدريب الوالدين من خلال الشرح و النمذجة و لعب الأدوار مع التغذية الراجعة و مهارات تنظيم السلوك يساعد على تدريب الأطفال على عملية تنظيم السلوك و الامتثال و الطاعة و النظام في المواقف و الأنشطة المتنوعة.

و قد أيدت دراسات عديدة فاعلية العلاج الأسري في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال من العاديين و غير العاديين و خفض الضغوط الأسرية، و زيادة مهارات الوالدين من أجل أن يعيش الطفل المضطرب في بيئة يسلك فيها السلوك المناسب.

مما سبق يظهر إن للأسرة دورا أساسيا في بناء و تشكيل شخصية الطفل و بالتالي فأن تدريبهم على الطرق الملائمة في التعامل مع الأبناء تعد عنصرا أساسيا لنجاح دورهم في تعليمهم و تدريبهم على السلوكيات المقبولة. و تجنب الأسرة من الوقوع في المشكلات النفسية التي قد تصحب إحساسهم بالفشل في التعامل مع مشكلات أبنائهم. و تدريبهم على المهارات الأساسية للتعامل السليم مع الأبناء و التي تعمل بدورها على خفض حدة الاضطراب.

4- العلاج التربوي:

تمتد تأثيرات اضطراب تشتت الانتباه و فرط النشاط لتشمل الجانب التربوي من حياة الطفل حيث يعاني بعض الأطفال المضطربين من ضعف في التحصيل و عجز في المهارات الدراسية و الأداء الأكاديمي و لذا فهم بحاجة إلى استراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه و التفاعل الايجابي بين المعلم و المتعلم و تطوير العلاقة الاجتماعية مع زملائه و تنمية تحقيق الذات لديه.

و تصنف أساليب العلاج التربوي ضمن 3 محاور أساسية هي:

أ-البيئة الصفية:

أشارت الخشرمي(2004) إلى عدد ما الاستراتيجيات التربوية ضمن هذا المحور منها: تنظيم الفصل بحيث تكون المقاعد مريحة و متباعدة و تقليص عدد الوسائل التعليمية الغير ضرورية، و التأكد من موقع الفصل و بعده من الضوضاء الخارجية، و الانتباه إلى تهوية و حرارة الفصل و وضع التعليمات و القوانين بصيغة ايجابية تصف السلوك المطلوب، و فصل الأطفال الذين لا ينسجمون مع أقرانهم عن بعضهم البعض.

ب-المناهج الدراسية و أساليب التعليم:

يشير ميركولينو و لآخرون (2000) إلى أن الأطفال المضطربين ينتبهون عندما يوظف المعلم مواد تعليمية ملائمة لهم و على نحو واضح و منظم و جديد و لحصول ذلك لا بد ما اتباع الإرشادات التالية:

1-التوافق التعليمي: و يعني الانسجام بين المهارات للطفل و مستوى صعوبة المواد التعليمية المقدمة له.

2-تقديم التعليمات: و يعني تقديم التعليمات بلغة واضحة و موجزة مع التركيز على الكلمات المفتاحية و توفير التواصل البصري و الاقتراب من الطالب أحيانا أو ذكر اسمه و من المفيد أن يغير المعلم من مستوى ارتفاع صوته و إيقاعه لإشعار الطالب بقدوم تعليمات مهمة.

3-التنويع في سرعة التقديم: و يعني المرونة في سرعة تقديم المعلومات وفقا لمهارات و اهتمامات الطلبة.

4-تعليم مهارات التنظيمية: و يعني تصميم استراتيجيات لتدريب الطلبة على أداء الاختبارات و تنظيم الأعمال الكتابية و تدوين الملاحظات يؤدي إلى تحسين في ملاحظات الطلبة و تنظيمها أدائهم الأكاديمي.

5-استخدام مواد تعليمية مبتكرة و مباسرة: و يعني استخدام نشاطات تعليمية معتمدة على الحاسوب لتحسين المهارات الدراسية لطلبة و إتاحة الفرص لهم لتلقي تغذية راجعة مرتفعة الإثارة، و تقديم مهمات تتطلب استجابة نشطة حركية، و استخدام الألوان بدلا من استخدام اللونين الأسود و الأبيض فقط.

6-استخدام استراتيجيات التعلم التعاوني: يعد أحد الركائز الأساسية في التعلة و فيه يشجع المعلم الطلبة على العمل معا في مجموعات صغيرة لإنجاز مهارات أكاديمية معينة بشكل جماعي و إكسابهم المهارات الاجتماعية.

ج-شخصية المعلم و علاقته بالأطفال:

تشير(الخشرمي2004) أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب بحاجة غلى معلم متفهم محب يتقبلهم و يعمل على مساعدتهم بجميع الإمكانيات المتاحة.

و العناصر الرئيسية التي يجب أن تقوم عليها العلاقة بين المعلم و الطالب هي:

1-أن يكون المعلم متفهما لمشكلة الطفل و مدركا لإبعادها.

2-التحلي بالصبر و الهدوء و المرح.

3- تجنب المجادلة مع الأطفال عند توضيح التعليمات و القوانين.

4- التدريب على أساليب متنوعة متجددة في تعليم الأطفال.

5- أن يكون نموذجا في تعليم السلوكيات الاجتماعية المقبولة.

6- الاهتمام بالجانب العاطفي في العملية التعليمية و جعل العلاقة ودية بين الأطفال.

7- توجيه أسئلة تساعدهم على الملاحظة و متابعة الذات.

8- تشجيع الأطفال و تعزيزهم.

9- الثبات و الوضوح في التعامل مع الأطفال.

و أشارت نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية العلاج التربوي في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال فيما لو تم تدريب المربيين و المشرفين التربويين و الأخصائيين النفسيين على برامج تنظيم السلوك الفوضوي لدى الأطفال المضطربين و تنمية قدرات الأفراد المحيطين بهم باستخدام فنيات النمذجة، و الشرح و لعب الدور مع التغذية الراجعة و تدريس مهارات تنظيم السلوك في سلسلة متتابعة.

يتبين مما سبق أن العلاقة بي المعلمين و الأطفال مهمة لنجاح العلاج التربوي فهم بحاجة إلى استراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه و التفاعل الايجابي بين الطفل و المعلم من ناحية و الطفل و الأقران و المنهج الدراسي من ناحية أخرى بحيث تشتمل البيئة التربوية على مجموعة من المشاعر و العواطف الإنسانية المرغوبة لمساعدة الأطفال المضطربين في تنمية القدرة على ضبط النفس و التحكم بالسلوك و تحسين تقديرهم لذواتهم فهم بحاجة إلى من يقوم بتنظيم حياتهم.

5- العلاج النفسي التحليلي:

يشتمل العلاج النفسي علاجا تحليليا يبني على فهم نفسية الطفل و صراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها و بين العالم الخارجي المتمثل بالأسرة و المدرسة، و الحيل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه و توضيح ذلك للطفل من خلال جلسات العلاج النفسي التي تجري مع الأطفال الصغار بواسطة لعب خاصة أو بواسطة الرسم و هذا العلاج التحليلي غالبا ما يتم في إطار فردي و هنالك أيضا العلاج الجماعي الذي يتم في إطار مجموعة من الأطفال حيث تستخدم المجموعة لبناء و تنمية السلوكيات المرغوبة لدى الطفل و نبذ السلوكيات غير مرغوبة بواسطة نقد المجموعة لها و مساعدة الطفل على حبكها.

و تظهر أهمية العلاج النفسي في مساعدة الوالدين و المعلمين لترتيب نظام معين للثواب و العقاب لتعديل الجوانب المزاجية و الانفعالية لدى الطفل و ان يواجهوا المستلزمات الطبيعية للنضج، و يشبعوا الحاجات النفسية للطفل لاكتساب القيم و تكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكيف بالإضافة إلى استخدام فنيات للتعامل مع المشكلات السلوكية ضمن الخطة العلاجية.

و هذا النوع من العلاج يسمح للطفل بإقامة علاقة مع المعالج الذي يفهم الطفل و صعوباته و يستطيع شرحها للطفل و يساعده على تقبل العلاج الدوائي لأنه قد يسيء فهمه و يوضح للطفل بأنه يملك الدور الأساسي و ان الدواء ما هو إلا عامل مساعد له.

و قد يستخدم العلاج النفسي في إطار سياق اجتماعي معين يؤهل الطفل كي يعمل على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية مرغوبة و متميزة مع الآخرين كما يمكنه من إقامة صداقات متعددة و الحفاظ عليها و استمرارها مما يساعد في اندماجه مع الآخرين و بالتالي تحقيق التوافق و يمكن أن يتم ذلك من خلال تدريبه على أساليب التواصل المختلفة و تدريبه على المهارات الاجتماعية و تنمية مثل هذه المهارات و اكتسابه لمهارات حل المشكلات الاجتماعية المختلفة.

لهذه الأسباب تظهر الحاجة إلى العلاج النفسي للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات حيث يقدم للوالدين معلومات كافية عن هذا الاضطراب و الاضطرابات الانفعالية المصاحبة له و كيفية التعامل مع طفلهم من أجل مساعدته على التخلص من هذا الاضطراب أو تخفيف حدته و مساعدة الطفل على التكيف مع البيئة المحيطة به.(ليلى يوسف كريم المرسومي، 2011 ص، من 71 إلى 79).

خلاصة:

و من خلال ما ذكر سابقا حول مفهوم و أعراض النشاط الزائد و الأسباب المؤدية له كالجانب النفسي، يمكننا القول أن هذا الاضطراب يأثر على الطفل من حيث علاقاته مع الأقران و مع الأسرة.

الفصل الثالث

تمهيد:

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها الكثير من الأطفال المضطربين سلوكيا و انفعاليا، و في هذا الفصل سوف يتم التعرض إلى هذا الاضطراب ، من حيث أنواعه و أسبابه، و بعض النظريات المفسرة له، إلى جانب التطرق إلى أشكاله و ومظاهره و في الأخير طرق ضبط هذا السلوك.

1- مفهوم السلوك العدواني:

يشير العدوان إلى أنواع السلوك الذي يستهدف إيذاء الآخرين أو يسبب القلق عندهم، و هو عند الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة و يتضمن الضرب و التدمير للممتلكات و الهجوم اللفظي و مقاومة ما يوجه إليه من طلبات و أوامر، و ميله إلى أن يكون عدوانيا صريحا يتوقف على عدة عوامل منها:

1- شدة رغبته في إيذاء الآخرين و إيلامهم.

2- درجة إحباط البيئة و إثارتها للميول العدوانية.

3- كمية القلق و الشعور بالإثم المرتبطة بالعدوان.

و يعرفه Baneton (1984) بأنه الاعتداء المادي نحو الآخرين و الذي يتضمن الهجوم أو الضرب و ما يعادله من اعتداء معنوي كالإهانة و الازدراء كما أنه محاولة لتخريب ممتلكات الآخرين، و هو أيضا سلوك يحمل عواقب مخربة تتضمن تدمير الذات كالانتحار أو إيذاء الذات.
إنه سلوك ينطوي على شيء من القصد أو النية يأتي بها الفرد في مواقف الغضب و الإحباط الذي يعوق فيها من إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته، و قد تنتابه حالة من الغضب و عدم الالتزام تجعله يأتي من السلوك ما يسبب أذى له و للآخرين، و الهدف من ذلك السلوك تخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط أو الإسهام في إشباع الدافع المحيط فيشعر الطفل بالراحة، و يعود الاتزان لشخصيته.(نبيل حافظ،278،1993).
عادة ما يوصف السلوك الذي يكون موجها ضد الآخرين على أنه سلوك "عدائي" أو "عدواني" لكن قد يختلط و كثيرا ما تختلط على البعض المعاني المحددة لمفهومي"العداوة" و "العدوان" و سيستخدم مصطلح العداوة لوصف خلفية من اتجاهات السلوك عند فرد أو جماعة في حين أن مصطلح العدوان يشير في العادة إلى الفعل و السلوك ذاته ضد الشخص أو شئ من الأشياء أو موضوع من الموضوعات أو ضد جماعة أو ضد مجتمع و يعرف بص من استعراضه و تحليله للبحوث المتعلقة بالعدوان، هذين المفهومين على النحو التالي: العدوان هو استجابة من شأنها أن تسبب و أن توجه مثيرات باعثة على

الأذى و الضرر و الهدم إلى شخص آخر أو أشخاص آخرين أو حتى إلى كائن حي أما العداوة فهي اتجاهات للاستجابة تحملها استجابة لفظية مقنعة أو غير صريحة و تتضمن مشاعر سلبية(سوء النية) و تقييمات سلبية للناس و الأحداث.

و يعرفه بيركويتز (1962) : بأنه أي نوع من السلوك سواء أكان بدنيا أو لفظيا، و الذي يصدر بقصد إصابة شخص ما بأذى.

العدوان سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر و الأذى بالغير، و قد ينتج عن العدوان أذى يصيب إنسانا أو حيوانا كما قد ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات أو يكون الدافع وراء العدوان ذاتيا و يمكن القول إن سلوك العدوان يظهر غالبا لدى جميع الأطفال و بدرجات متفاوتة.

تصنيفات جالاجر (1982) للعدوان إلى:

1 - عدوان سلبي حيث يكون الفرد عنيدا و غير متعاون متذمرا و لكنه بدون مواجهة مباشرة.

2 - عدوان إيجابي حيث نجد الفرد يواجه الآخرين بعدوانه المباشر عليهم.(محمد بيومي، سميرة شندي، 2000،97).

(أسامة فاروق مصطفى،2012،ص121 و 122).

2- النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

تعددت النظريات المفسرة للسلوك العدواني نتيجة لتعدد أشكال العدوان و دوافعه، فمنهم من أكد أن العدوان غريزة، و منهم من قال أنه استجابة للإحباط، و منهم من أشار إلى أنه نتيجة لعملية التعلم الاجتماعي، فكانت لكل نظرية تفسيرا و هذا ما سنوضحه في عرض لأهم النظريات:

1- النظرية النفسية:

2-1- نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن العدوانية واحدة من الغرائز التي يمكن أن تتجه ضد العالم الخارجي أو ضد الذات، وهي تخدم في كثير من الأحوال ذات الفرد، و يمكن تقسيم محاولات فرويد لتفسير العدوان إلى ثلاث مراحل في كل مرحلة جديدة دون رفض التأكيدات الأولى.

أ ـ المرحلة الأولى: 1905

رأى فرويد أن العدوانية كمكون للجنسية الذكرية السوية التي تسعي إلى تحقيق هدفها للتوحد مع الشيء للجنس، إن جنسية معظم الكائنات البشرية من الذكور على عنصر العدوانية و هي رغبة للإخضاع و الدلالة البيولوجية لها و يبدو أنها تتمثل في الحاجة إلى التغلب على مقاومة الشيء الجنسي بوسائل تختلف عن عملية التغزل و خطب الود. و السادية كانت المكون العدواني للغريزة الجنسية التي أصبحت مستقلة و مبالغا فيها. و هكذا فالصياغة الأولى لمفاهيم العدوان عند فرويد كانت قوة تدعم الغريزة الجنسية عندما يتدخل شيء ما في الطريق لمنع الاتصال المرغوب و التوحد مع الشيء، و وظيفة العدوان هذه ترادف التغلب على العقبة الجنسية.

ب ـ المرحلة الثانية: 1915

في هذه المرحلة تقدم تفكير فرويد عن الغرائز في كتابه "الغرائز و تقلباتها" الذي أصدره عام 1915.حيث ميز بين مجموعتين من الغرائز هما (الأنا و غرائز حفظ الذات و الغرائز الجنسية) و المشاعر التي استثارها عصاب التحول أقنعت فرويد بأنه عند جذور كل هذه الوجدانيات نجد أن هناك صراعا بين مزاعم الجنسية و مزاعم الأنا (مطالب الأنا و مطالب الجنسية) و إحياء و تجنب السخط في الأهداف الوحيدة للأنا ، فالأنا تكره و تمقت و تتابع بهدف تدمير كل الأشياء التي تمثل مصدر المشاعر الساخطة عليها دون أن تأخذ في الحسبان إذا ما كانت تعني إحباطا لإشباع الجنسي أو إشباع احتياجات حفظ الذات ، و الواقع أننا يمكن أن نؤكد على النموذج الأصلي الحقيقي لعلاقة الكراهية ليست مأخوذة

عن الحياة الجنسية و لكن من كفاح الرفض البدائي للأنا النرجسية للعالم الخارجي بغيض المثيرات لديه، كما لاحظ فرويد بعد ذلك أن الشخصيات النرجسية يخصصون معظم جهدهم للحفاظ على الذات و الأنا و لديهم قدرا كبير من العدوان رهن إشارتها.

ج ـ المرحلة الثالثة: 1920

بدأت هذه المرحلة مع بدء ظهور كتاب فرويد " ما وراء مبدأ اللذة" حين أعاد فرويد تصنيف الغرائز، فقد أصبح الصراع ليس بين غرائز الأنا و الغرائز الجنسية و لكن بين غرائز الحياة و الموت فغرائز الحياة دافعها الحب و الجنس التي تعمل من أجل الحفاظ على الفرد و بين غرائز الموت و دافعها العدوان والتدمير و هي غريزة تحارب دائما من أجل الذات و تقوم بتوجيه العدوان المباشر خارجا نحو تدمير الآخرين و إن لم ينفذ نحو موضوع خارجي فسوف يرد ضد الكائن نفسه بدافع تدمير الذات.

و بعد أن عرضنا نظرية التحليل النفسي التي حاولت تفسير السلوك العدواني بناءا على ما قامت به من دراسات و بحوث في هذا الصدد إلا أنها ركزت على جانب دون الجوانب الأخرى للسلوك، فهي تعطي الأهمية البالغة للجانب النفسي و تهمل الجانب العضوي.

2 ـ نظرية الإحباط:

أكد جون دولارد و نيل ميلر و روبر سيزر أن الإحباط ينتج دافعا عدوانيا يستثير سلوك إيذاء الآخرين و أن هذا الدافع ينخفض تدريجيا بعد إلحاق الأذى بالشخص الآخر حيث تسمى هذه العملية بالتنفيس أو التفريغ لأن الإحباط يسبب الغضب و الشعور بالظلم مما يجعل الفرد مهيئا للقيام بالعدوان.

و ينصب اهتمام هؤلاء العلماء على الجوانب الاجتماعية للسلوك الإنساني، و قد عرضت أول صورة لهذه النظرية على فرض مفاده وجود ارتباط بين الإحباط و العدوان، حيث يوجد ارتباط بين الإحباط كمثير و العدوان كاستجابة، كما يتمثل جوهر النظرية في الآتي:

ـ كل الاحباطات تزيد من احتمالات رد فعل العدواني.

ـ العدوان يفترض مسبقا وجود إحباط سابق.

فالعدوان من أشهر الاستجابات التي تثار في الموقف الإحباطي و يشمل العدوان البدني و اللفظي حيث يتجه العدوان غالبا نحو مصدر الإحباط، فعندما يحبط الفرد عدوانه إلى الموضوع الذي يدركه كمصدر لإحباطه، و يحدث ذلك بهدف إزالة المصدر أو التغلب عليه أو كرد فعل انفعالي للضيق و التوتر

المصاحب لإحباط، كما توصل رواد هذه النظرية إلى بعض الاستجابات من دراستهم عن العلاقة بين الإحباط و العدوان و التي يمكن اعتبارها بمثابة الأسس النفسية المحددة لهذه العلاقة و هي:

1. تختلف شدة الرغبة في السلوك العدواني باختلاف كمية الإحباط الذي يواجه الفرد و يعتبر الاختلاف في كمية الإحباط دلالة لثلاثة عوامل هي:

- شدة الرغبة في الاستجابة المحبطة.

- مدى التدخل أو إعاقة الاستجابة المحبطة.

- عدد المرات التي أحبطت فيها الاستجابة.

2. تزداد شدة الرغبة في العمل العدائي ضد ما يدركه الفرد على أنه مصدرا لإحباطه و يقل ميله الفرد للإعمال غير العدائية حيال ما يدركه الفرد على أنه مصدر إحباطه.

3. يعتبر كف السلوك العدائي في المواقف الإحباطية بمثابة إحباط آخر يؤدي إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدائي. ضد مصدر الإحباط الأساسي و كذلك ضد عوامل الكف التي تحول دونه و السلوك العدائي.

4. على الرغم من أن الموقف الإحباطي ينطوي على عقاب للذات إلا أن العدوان الموجه ضد الذات لا يظهر إلا إذا تغلب على يكف توجيه و ظهوره ضد الذات، و لا يحدث هذا إلا إذا واجهت أساليب السلوك العدائية الأخرى الموجهة ضد مصدر الإحباط الأصلي عوامل كف قوية.

إن جوهر هذه النظرية كما ذكرنا يتمثل في الآتي:

- كل الإحباطات تزيد من احتمالات رد الفعل العدائي.

- و إن كل عدوان يفترض وجود إحباط سابق.

فهذه النظرية اقتصرت على تفسيرها للسلوك العدواني على ذلك السلوك الذي يصاحبه إحباط، بينما وجدت التجارب الأخرى أن الإحباط لا يؤدي إلى العدوان من ، و هناك دراسات وجدت أمثال باس يقوم بوظيفة تقليل العدوان، و أن الاستجابة BUSS و تايلور TOYLORأن الإحباط قد للإحباط تأخذ أشكالا عديدة غير العدوان، كالقلق، الانسحاب، الاكتئاب،و النكوص.

3- النظرية السلوكية:

إن الدراسات التي قام بها السلوكيون ركزت على أن العدوان متعلم من البيئة، و من ثم فإن الخبرات المختلفة(المثيرات) التي اكتسب منها شخص ما السلوك العدواني أي استجابة العنيفة قد تم تدعيمها بما يعزز لدى الشخص ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض لموقف محبط، و انطلق السلوكيون إلى طائفة من التجارب التي أجريت بداية على يد رائد السلوكية جون واطسون، حيث أثبتت أن الفوبيا بأنواعها مكتسبة بعملية التعلم، و من ثم يمكن علاجها وفقا للعلاج السلوكي الذي يستند على هدم النموذج من التعلم السيء(اللاسوي) و إعادة بناء نموذج تعلم جديد سوي، و هكذا يعتبر السلوكيون أن العدوان سلوك متعلم يمكن تعديله، و كان أسلوبهم في التحكم فيه و منعه من الظهور هو القيام بهدم النموذج العدواني.

إن ما تناولته النظرية السلوكية و الدراسات التي قامت بها و النتائج التي توصلت لها توضح لنا أن الفرد سلوكياته متعلمة من البيئة و عن طريق التعلم بالنموذج حيث ركزت على الخبرات المختلفة و ما يعزز ظهور استجابة عدوانية لدى الفرد باستطاعته تعلم سلوكيات غير عدوانية من البيئة.

4 - النظرية المعرفية:

هذا الاتجاه يتزايد يوما بعد يوم نحو الاهتمام بصيغ العدوان التي تفسر السلوك العدواني، و في هذا الصدد يشير مجذوب 1992 بأن الأفكار العدوانية تسئ أولا إلى التوازن النفسي لصاحبها، و من ثم إلى آخر عندما تتحول هذه الأفكار نحو الممارسة.

أما كابرارا 1996 فقد وجد أن المعتقدات و المستويات الشخصية و القيم تبرر و تعزز الالتجاء إلى العدوان و العنف في مجموعة من المواقف التي لا تتضمن إثارة مسبقة.

و فكرة العدوان الانفعالي تخبرنا بأن العدوان يمكن أن يكون ممتعا حيث أن هناك بعض الأشخاص يجدون استمتاعا في إيذاء الآخرين بالإضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات رجولتهم و يوضحون بأنهم أقوياء و ذو أهمية و أنهم يكتسبون المكانة الاجتماعية، و مع استمرار مكافأتهم على عدوانهم يجدون في العدوان متعة لهم فهم يؤذون الآخرين حتى إذا لم تتم إثارتهم انفعاليا فإذا أصابهم ضجر و كانوا غير سعداء على سبيل المثال فمن الممكن أن يظهروه كمرح عدواني. فقد أكدت الدراسات التي أجريت على العصابات العنيفة من الجانحين المراهقين

بأن هؤلاء يمكن أن يهاجموا الآخرين غالبا بلا أي سبب و من أجل المتعة التي يحصلون عليها من إنزال الألم بالآخرين بالإضافة إلى تحقيق الإحساس بالقوة و الضبط و السيطرة.

وعن نظرية بركوفتش قدم Berkowtich 1990 عن تكوين و ضبط الغضب و العدوان نموذجا نظريا يوضح العلاقة بين الانفعالات السلبية و مشاعر الغضب و الميول العدوانية الناتجة. و أن أكثر ما يجذب الانتباه طبقا لهذا النموذج وجود علاقة ارتباطية بين الانفعالات السلبية و المشاعر و الأفكار المرتبطة بالغضب و الميول العدوانية، فمن الأمور المسلم بها أن الأفكار و المعتقدات تتدخل بشكل فعال في ظهور المشاعر و الانفعالات.

فالأفكار هي المحددات الضرورية لردود الأفعال إذ أننا نغضب فقط عندما نعتقد أنه قد و جهت إلينا إساءة أو قام شخص ما بتهديدنا عمدا ثم نؤذي الشخص الآخر بسبب غضبنا. و بسبب هذه الارتباطات نجد أن الأشخاص الذين يشعرون بأنهم ليسوا على ما يرام لسبب أو لآخر فإن مثل هؤلاء يميلون إلى الغضب و لهم آراء و أفكار عدائية و ميول عدوانية.

كما يقرر بركوفتش أن الانفعالات السلبية تؤدي إلى تنشيط الأفكار و الذكريات و ردود الأفعال الحركية و التعبيرية المرتبطة بالغضب و العدوان. كما أن التفكير اللاحق للانفعالات الذي يتضمن التقييم بعمل على أن يقوي أو يقمع أو يثري أو يفرق بين ردود الأفعال المختلفة.

و من خلال ما تعرضت له هذه النظرية في تفسيرها للسلوك العدواني و تركيزها على الجانب المعرفي من شخصية الأفراد إلا أنها لم توجه اهتمامها بالنواحي الأخرى.

5- نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى هذه النظرية بأن الأطفال يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم و مدرسيهم و رفقائهم، حتى النماذج التلفزيونية... و من ثم يقومون بتقليدها، و تزيد احتمالية ممارستهم للعدوان إذا توفرت لهم الفرص لذلك، فإذا عوقب على السلوك المقلد، فإنه لا يميل إلى تقليده في المرات اللاحقة أما إذا كوفئ عليه فسوف يزداد عدد مرات تقليده لهذا السلوك العدواني، هذه النظرية تعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفل السابقة و لعوامل الدافعية المرتكزة على النتائج العدوانية المكتسبة.

وقد اهتم ألبرت باندورا فالشخصية في A.Bandura بدراسة الإنسان في تفاعله مع الآخرين، تصور باندورا لا تفهم إلا من خلال السياق الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي، و السلوك عنده يتشكل بالملاحظة 075218001 و النموذج،فدراستهتضمنت استخدام دمية كبيرة تشبهالرجل،

طولها أربعة أقدام و أطفال ما قبل المدرسة لاحظوا أحد الأشخاص يلعب مع الدمية بطريقة فيها نوع من العدوان، حيث كان يهاجم الدمية فيضربها و يركلها مع الصراخ و توجيه السبان و الشتائم لها، أطفال آخرون يروا رجلا يعامل هذه الدمية بسلوك غير عدواني و عندما أتيحت للمجموعة الأولى التجريبية فيما بعد فرصة اللعب مع الدمية بأنفسهم تصرفوا بطريقة تسبب سلوكيات ذلك النموذج و سلوكياتهم العدوانية كانت ضعف تلك التي لدى المجموعة الضابطة.

ففي كل الدراسات التي قام بها باندورا استنتج أن الأطفال الذين يلاحظون النموذج العدواني و شاهدوه و أظهروا استجابات أكثر عدوانية من الأطفال الذين لم تتح لهم الفرصة.

إن ما تناولته نظرية التعلم الاجتماعي و اهتمامها الكبير في تفسيرها و دراستها للسلوك العدواني على أنه متعلم من خلال الملاحظة و التقليد حيث يتعلم الفرد السلوك العدواني بملاحظة نماذج و أمثلة، فهذه النظرية قدمت تفسير للعدوان لكنه لم يشمل كل سلوك.

6- النظرية البيولوجية:

تعددت الدراسات و الأبحاث التي حاولت تفسير السلوك العدواني و معرفة الأماكن الخاصة بهذا السلوك و كذلك الكشف عن علاقة بعض الهرمونات التي يفرزها الجسم و خاصة الهرمونات الجنسية و السلوك العدواني.

من المعروف أن الذكر يختلف عن الأنثى في وجود كروموزوم Y فالأنثى تكون XX بينما الذكرXY و لذلك يعد الكروموزوم Yهو المحدد للجنس وقد أوضحت الدراسات أن نسبة عالية من الأشخاص المميزون بالعنف و العدوان بهم عيب في توزيع الكروموزوم Y حيث لديهم تأخذ شكل XYY فكان تفسير السلوك العدواني هو وجود كروموزوم Y.زائد عن الطبيعي

أما فيما يختص بأثر الهرمونات الذكرية، فقد ساد الاعتقاد لفترة طويلة أن إزالة الخصية في الحيوانات يؤدي إلى انخفاض معدل السلوك العدائي لديهم، و الواقع أن عملية الإخصاب تؤدي إلى نقص الهرمون الذكري المعروف باسم التستوسيترون و قد استخدمت هذه العملية في بعض المسجونين الذين أدينوا في عملية اغتصاب جنسي مصحوبة بسلوك عدواني، و لوحظ انخفاض العنف لديهم بعد إجراء هذه العمليات. أما فيما يتعلق بالموصلات الكيميائية الموجودة في الجهاز العصبي فقد وجد أن أكثرها استخداما في السلوك هي الأمينات الحيوية، و حيث وجد أن العقاقير التي تؤثر عليها في المشابك العصبية (تقلل من إفرازها) تقلل من السلوك العدواني،و قد

لوحظازدياد الدوبامين و لبسيروتونين و النورادرينالين في بعض أنواع العدوان و هذا ما دلت عليه النتائج التي قام بها روبنسون.

و لقد أشار العالم الفيزيولوجي هيس HESS عام 1932 إلى أن هناك مناطق

بعينها توجد لها علاقة مباشرة بالسلوك العدواني عند كل حيوان و الإنسان و أن تنبيه هذه المناطق يفجر السلوك العدواني، ثم لاحظ كليفر وبوس أن إزالة مناطق معينة من أمخاخ القرود يؤدي إلى انخفاض شديد في العدوانية، مما هيأ الموقف لاستخدام العمليات الجراحية المخية في الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة من السلوك العدواني و تشمل المناطق المخية المرتبطة بالسلوك العدواني، الهيبوتلاموس، و التكوين الشبكي، و الجهاز الطرفي و خاصة اللوزة، و حصان البحر و أخيرا الفص الصدغي. فتنبيهها يؤدي إلى زيادة الأفعال العدوانية، أما حصان البحر فتؤدي إثارته كذلك إلى الأفعال العدوانية.

فلقد ذهب أصحاب هذا التوجه إلى أن العدوان و العنف جزء أساسي في طبيعة الإنسان و أنه التعبير الطبيعي لعدة غرائز عدوانية مكبوتة.(إسماعيل يامنة عبد القادر، إسماعيل ياسين عبد الرزاق، 2014، ص من 97 إلى 106).

3- الدراسات التي بحثت في انتشار العدوان:

لا شك أن الدراسات التي بحثت في انتشار العدوان بين الأطفال في المدرسة الابتدائية كثيرة و متنوعة و قديمة، و قد دلت دراسات جودانف على أن غضب الطفل الصغير قد يتطور إلى وسيلة يسيطر بها على أهله و ذويه، و يخضعهم لنزواته و سلطانه فتعوق هذه اللغة الجديدة نمو اللغة اللفظية الصحيحة، و لعل خير وسيلة لرعاية هذه الثورات الانفعالية هي تدريب الطفل على قبول المعايير الاجتماعية القائمة و تعويده على النظام و مساعدته على فهم المواقف الانفعالية فهما صحيحا، و تهيئته لقبول الوسيلة اللغوية أساسا لتحقيق رغباته حتى لا يلجأ إلى الغضب و الصراع و الثورة.

كما وجد سايموندس في دراسته الواسعة السيكولوجية العلاقة بين الوالين و الأولاد أو الطفل المهمل و غير المرغوب فيه يميل إلى العدوان، و التهاون و الكذب و السرقة أحيانا، إن مثل هذا الموقف ما زال منذ مدة غير قصيرة موضع عناية في لأكثر الأبحاث التي تدرس معاملة الوالدين و تأثير ذلك في شخصية الأولاد.

و حظي السلوك المحبط و أثره في العدوان عناية خاصة من دراسات دولارد كما أوردها الرفاعي(1987) حتى أنه يربط ربطا قاطعا بين مظاهر العدوان و المواقف الإحباطية و أشكال السلوك غير الاجتماعي، و قذ جعلت هذه العلاقة موضوعا لعدد من الدراسات التجريبية، منها على سبيل المثال تجربة سيزر و هوفلاند و ميللر.

و من الأبحاث التي أكدت أهمية دور الآباء و الأمهات في دور التنشئة الاجتماعية السوية ما قامت به ميد كما أوردها فهمي (1974) فقد لاحظت من سلوك بعض القبائل البدائية أنها تميل إلى المقاتلة بينما توجد قبائل أخرى تميل إلى مسالمة كبعض القبائل الهندية بعكس قبائل(المندجومور) في غينيا الجديدة التي يتميز سلوكها بالميل إلى العدوان و كان الافتراض الأساسي المنطقي وراء ذلك أن الطفل يكتسب هذا الميل من بيئته الاجتماعية عن طريق الملاحظة و التقليد و تعزيز العدوان.

كما توصل ماكورد و هاوارد إلى عزل أعراض العدوانية الحادة و معرفة من يتصف بها من الأولاد و مقارنة سلوكهم بسلوك الأولاد الأخرين و اعتمد في اختيار الحالات الشاذة العدوانية على المدرسين، و الأخصائيين الاجتماعيين و رجال الشرطة، و غيرهم ممن لهم صلة مباشرة بتلك الحالات، و قد تمكن الباحث من اختيار(24) ولدا يصنفهم المجتمع وصفا جازما بالعدوانية، ثم قارن هؤلاء الأولاد بآخرين ممن لا يتصفون بهذه العدوانية الحادة، و قد دلت نتائج هذا البحث على أن الحالات الحادة العدوانية ترتبط ارتباطا إحصائيا دالا بالبيئة التي نشأ فيها الطفل و هو يعاني من أحد الأمور التالية أو منها جميعا:

- التعرض للإيذاء من أحد الوالدين او من كليهما.

- إحساس الوالدين انفسهما بالفشل.

- كره الوالدين لإنجاب الأطفال و كأن الأطفال جاءوا رغما عنهم.

- افتقار سلوك الوالدين في الأغلب و الأعم إلى العطف و الحنو اتجاه أولادها.

و قد أكدت نتائج هذا البحث دور الآباء و الأمهات في التنشئة الاجتماعية السوية.

و يعرف بندورا أن العدوان إلى عدم قدرة الطفل العدواني على تذويت المعايير الاجتماعية التي تحرم العدوان، و يرى أن التنشئة الاجتماعية للطفل العدواني تتم في سياقات يعزز فيها السلوك العدواني على نحو مباشر و تسود فيها النماذج العدوانية.

كما أوضح أولويس في دراسة له عدم وجود علاقة بين عدوانية الطالب و شعبيته و أنه عادي من حيث التحصيل و القدرات المدرسية، أي لا يعاني من إحباط أو فشل غير عادي في وضعه الدراسي، و هو غير قلق، و يثق بنفسه، و مؤكدا لذاته، و هذا ما دعا أولويس إلى الاستنتاج بأن البيئة المدرسية لا تشكل دورا رئيسيا في تكوين النزعات العدوانية عند الطالب العدواني، بل يحمل هذه النزعات المتأصلة لديه نسبيا معه إلى المدرسة.

و من بين الدراسات الحديثة حول العدوان تلك الدراسة التي أجراها كونين و كيما التي أوردها نشواتي أثر سلوك المعلمين الودي في تعلم تلاميذ المدارس الابتدائية و تكيفهم إذ أظهرت هذه الدراسة أن الأطفال الذين يتولى تعليمهم معلمون يستخدمون العقاب يظهرون سلوكا عدوانيا و عدم اهتمام بالتعلم و الموضوعات المدرسية عند مقارنتهم بالأطفال الذين يقوم بتعليمهم معلمون متسامحون، و يبدو أن المعلم الذي يستخدم العقاب يعوق عملية الثقة بالمدرسة عند التلاميذ، في حين يسهل المعلم الودود أو المتعاطف مثل هذه الثقة.

و في الأردن، كانت الدراسات التي بحثت عدوان الأطفال محدودة، منها دراسة غريس التي تحرت أثر العنف التلفزيوني في انتشار السلوك العدواني بين الأطفال.

و قد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن إثارة العدوان إذا ما حدثت فإنها تؤدي إلى أعمال عدوانية بين عدد محدود من الأطفال الذين يتصفون بالاضطراب العاطفي و غير الآمنين و الذين يقدمون على مشاهدة التلفزيون و لديهم إحباطات عائلية و أولئك الذين يأتون من بيوت مفككة أو الذين تربطهم علاقات غير مرضية مع والديهم.

كما أجرى البكور دراسة في الأردن بحثت في تحديد أنماط العدوان الصفي و تأثره بعدد من التغيرات الديموغرافية و الاجتماعية، و قد أظهرت نتائج هذه الدراسة تشابها في أنماط العدوان الصفي السائدة في المرحلة الابتدائية بشكل عام.

أما فيما يتعلق بدراسة البكور فقد أظهرت النتائج بالنسبة لعامل الجنس، أن الطلبة في شعب الذكور مارسوا العدوان الصفي أكثر مما مارسته الطالبات في شعب الإناث.

و أجرى كاغان و موس دراسة في الولايات المتحدة أشارت نتائجها إلى أن العدوان الجسدي تجاه الرفاق يتصف بالثبات خلال العشرة سنوات الأولى من العمر، أما خلال الفترة(10-14) سنة من العمر فلم يحسب هذا السلوك لقلة المرات التي حدث بها، و هي من الدراسات التي بحثت إثر العمر في السلوك العدواني.

و أظهرت نتائج الدراسة أن الأشخاص الذين تميزوا بنزعات عدوانية أكثر من غيرهم في بداية الدراسة في عمر 8 سنة، كذلك أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف في النظام العدواني ما بين الأجيال و الأشخاص خلال 22 سنة.

أما الدراسة التي قام بها البكور بالنسبة لعامل العمر و علاقته بممارسة العدوان الصفي في المرحلة الابتدائية، فقد أظهرت النتائج تشابها في نمط العدوان الذي مارسه الطلبة بين المرحلة الابتدائية الدنيا و المرحلة الابتدائية العليا، و لكن مع وجود فروق من حيث كمية العدوان بين الطرفينن و كانت لصالح طلبة المرحلة الابتدائية الدنيا.

من هنا نلاحظ أن الدراسات السابقة لم تكن متفقة من حيث العوامل التي أدت إلى السلوك العدواني، فبعضها تناول العدوان بشكل عام و بعضها ركز على عاملي الجنس و العمر، كما أن دراسة واحدة منها ركزت على ثلاثة عوامل ممثلة بالجنس و العمر و حجم الصف، و قد يعود هذا الاختلاف إلى اختلاف البيئات و تنوعها.(خالد عز الدين، 2010،ص:155.....159).

4- أسباب السلوك العدواني:

للعدوان أسباب كثيرة منها: أسباب نفسية، و أسباب اجتماعية، و أسباب حيوية...إلخ.

1 ـ الأسباب النفسية:

من أهم الأسباب النفسية للعدوان ما يلي:

ـ الإحباط :حيث يواجه العدوان نحو عامل الإحباط الذي يحول دون تحقيق أهداف الفرد ، و يصيبه بخيبة الأمل و الشعور بالفشل. و لقد قامت نظرية "الإحباط ـ العدوان" على هذا الأساس.

ـ الصراع : و أهم أشكاله مسببة للعدوان ، الصراع الطبقي، و الصراع العنصري، و صراع الأجيال، دون حل لهذه الصراعات.

ـ الحرمان: و يكون العدوان بسبب عدم إشباع الحاجات و الدوافع، مع الاستثارة كما في الاستثارة الجنسية.

ـ الصدمات: خاصة تلك التي تأخذ شكل كوارث، أو التي تؤدي إلى فشل في حياة الإنسان، و تهدد حاضره و مستقبله، أو التعرض للعنف و للعدوان و خاصة في مرحلة الطفولة، و الحروب ، و تؤثر ما بعد الصدمة.

ـ الانفعالات الشديدة: مثل الكره الشديد،و الغضب الشديد، و الخوف الشديد، مع نقص ضبط النفس.

ـ تعلم العدوان:إثابة السلوك العدواني، و تعزيزه، و لقد قامت نظرية التعلم الاجتماعي على هذا الأساس.

ـ السادية: و يصاحبها التلذذ المرضي من العدوان على الآخرين.

ـ التعصب: و هو الاتجاه المنفعل العنيف الذي يترجم سلوكيا في شكل عدوان،كما في التعصب العنصري.

ـ دافع القتال(أو غريزة القتال):على أساس أن العدوان غريزة قتالية لازمة في حياة الإنسان و حتى الحيوان.

ـ العنف بالعنف و العدوان بالعدوان: حيث الدائرة المغلقة أو الحلقة المفرغة، و حيث العنف يولد العنف، و العدوان يولد العدوان.و مثال ذلك حين يشعر الفرد بأنه يهاجم أو يهان شخصيا ، فإنه يقدم على السلوك العدواني تجاه الشخص الذي هاجمه أو أهانه. كذلك فإن شعور الفرد بالألم النفسي أو الجسمي نتيجة

للعدوان عليه يجعله يوجه عدوانه نحو مصدر العدوان. و يلاحظ أيضا خطورة حلقة الصراع و الغضب و التوتر و المشاعر السالبة، و الاندفاعية، و السلوك العنيف، و ردود الأفعال العنيفة.

(مارتين هلربرت،1980، ضياء الطالب،1983، محمد عبد المؤمن،1986، لاربيريندترو، و نيكولاس لونج،1994، جوى أوسوفسكى، 1990، لورا مكلوسكى، و كارين سوثويك، 1996،ماتى بوترين،2001).

2- الأسباب الاجتماعية:

من أهم الأسباب الاجتماعية للعدوان ما يلي:

- عملية التنشئة الاجتماعية الخاطئة: مثل القسوة، و الإهمال، و الرفض العاطفي، و التفرقة في المعاملة، و العقاب البدني، مما يضعف العلاقة بين الوالدين و الأولاد، و يسبب ردود فعل عدوانية مباشرة أو مزاحة، أو دفاعية، و التساهل، و ترك الحبل على الغارب دون ضبط و حزم، و السلبية، و الحرية الزائدة.

- غياب الأب عن الأسرة: وخاصة الغياب لفترة طويلة أو نهائية، مما يظهر تمرد الأبناء على التأثير الأنثوي للأمهات اللائي يحملن المسؤولية، فيصبح الأبناء شديدي العدوان. و أكثر هؤلاء الأبناء يتصرفون كما لو أنهم يعتقدون أن التصرفات العدوانية تجاه الآخرين هي دليل الرجولة.

- انهيار الأسرة: حيث تتصدع الأسرة و تنهار و تسوء أحوال كل أعضائها.

- المشكلات الاجتماعية: و يصاحبها و يرتبط بها سوء الأحوال المعيشية.

- عدوى العدوان: حيث يعيش الفرد في بيئة عدوانية فيكتسب العدوان بالتقليد و المسايرة، و خاصة من قبل الوالدين و الإخوة و الرفاق.

- المعايير الاجتماعية المشجعة للعدوان: و هذه تبرر العدوان تحت شعار " الغاية تبرر الوسيلة".

- الإعلام الخاطئ: حيث يقدم روايات و مسلسلات و مسرحيات و أفلام العنف و العدوان و الجريمة و التدمير و الوحشية، فيتوحد البعض مع أبطالها و أحداثها، و يقومون بتقليدها.

- المنافسة الشرسة: حين تسود كأسلوب حياة في التفاعل الاجتماعي لتحقيق الأهداف بأية وسيلة، حتى و إن كانت هذه الوسيلة هي العدوان.

- الرغبة في السيطرة: و الرغبة في إخضاع الآخرين.

ـ الضعف الخلقي: و خاصة حين تتدهور القيم الخلقية، و حين يسود نقص الالتزام بها.

ـ الثقافة المريضة: حيث يشيع في طريقة حياة الناس و تعاملهم ما يشجع على العدوان، و حيث تسود المعتقدات الخاطئة التي تعبر عن العدوان باعتباره تعبيرا عن الذكورة، و عن العدوان على أنه تعبير عن أنه "فتونة" ،و عن العدوان على أنه ثأر.

ـ الرفض الاجتماعي ، و الشعور بتهديد الذات.

(ماريلين إريكسون،1978، كيفين سيمونز و آخرون، 2001، سفين بارنو و آخرون،2001).

3- الأسباب الحيوية(البيولوجية):

من أهم الأسباب الحيوية للعدوان، و التي تجعل الأفراد أكثر استجابة لتأثير البيئة الاجتماعية للعدوان، ما يلي:

ـ القوة العضلية: حيث من المعروف أن ذوي البنية العضلية يكونون أكثر ميلا للعدوان من غيرهم.

ـ كثرة هورمونات الذكورة: حيث زيادة هورمون تيستوستيرون ، كما في حالة الإناث اللائي يلاحظ لديهن ميول للسلوك الذكري في شكل عدوان.

ـ اضطراب نظام السيادة في النصفين الكرويين للمخ.

ـ النقص العضوي: حيث يكون العدوان تعويضا لهذا النقص.

ـ العاهات و التشوهات الخلقية: و يعبر عن ذلك المثل القائل: "كل ذي عاهة جبار".

(جون أرتشر1994،أنجيلا بوك و آخرون،2001).

4- أسباب أخرى:

هناك أسباب أخرى للعدوان نذكر منها ما يلي:

ـ تأكيد الذات: بأسلوب خاطئ، حتى و لو عن طريق السلوك العدواني على الآخرين.

ـ حماية الذات: ضد مهدداتها الحقيقية أو المتخيلة، و يكون إما في شكل دفاعي أو هجومي أو خليط منهما(هجومي ـ دفاعي).

ـ حب الظهور: بطريقة "خالف تعرف"، و بطريقة البحث عن المغامرة حتى و لو كانت في شكل عدوان.

ـ وقت فراغ غير المرشد: و التأثر برفاق السوء، و ممارسة ألعاب الفيديو ذات المحتوى العنيف أو العدواني، و تقليده أثناء اللعب الحر، و خاصة في مواقف الإحباط.

ـ اللعب العنيف: و من أمثلة ذلك حين يلعب الأطفال مستخدمين لعب البنادق، فقد يختلط العنف و العدوان الظاهري بعنف و عدوان حقيقي، و اللعب الهادئ باللعب العنيف.

ـ الإدمان: كما في استخدام العقاقير و الكحول و غيرها من مواد الإدمان التي تسبب أو تزيد نوبات العدوان. و معروف ن التسمم الكحولي يخفض ضبط الأنا، و يضعف السلوك المتعقل، و يسبب الاندفاعية و العدوان. و هناك علاقة ارتباطية بيت إدمان الكحول و العدوان الجنسي، و خاصة بعد التعاطي.

ـ ضعف الإيمان: و الضلال و تعدي حدود الله.

(مالكولم واتسون، 1996، رولاند إروين، و ألان جروس،1995، ليليان بينسلي، و جوليان فان إينويك).

(إجلال محمد سري، ص42 إلى غاية 47).

5- تصنيف السلوك العدواني:

توجد تصنيفات عديدة للعدوان تختلف كثيرا في طبيعتها و يرجع هذا الأمر إلى صعوبة التعريف، مما جعل الباحثين يميلون لتعريفه من خلال تصنيفاته المتنوعة من حيث نوعه(سويا بناء أو مرضيا هداما) و من حيث أشكاله أو صور التعبير عنه، و من حيث توجهه ضد الآخرين أو ضد الذات.

فبالنسبة لتصنيف العدوان وفقا لنوعه، نجد أن هناك اتفاقا على وجود نوعين من العدوان: العدوان السوي و العدوان المرضي أو العدوان الحميد و العدوان المرضي كما يصنفها أريل فروم أو العدوان في جانبيه السوي البناء و المرضي الهدام كما يرى سيجموند فرويد.

فالعدوان ضروري للإنسان عندما يكون من أجل الحياة و البقاء و المحافظة على الذات و تحقيق الأهداف الفاعلة، هو عكس ذلك إذا تحول(بوعي أو بغير وعي) إلى سلوك فتاك يسبب الأذى و الموت و الخراب سواء للإنسان أو لبيئته على حد سواء.

أما بالنسبة لتصنيف العدوان وفقا لصور التعبير عنه أو أشكاله و أبعاده، فيعد باس أول من قدم تصنيفا للعدوان في ثماني فئات ترتكز على ثلاث محاور أساسية هي:

العدوان النشط مقابل العدوان السلبي.

العدوان المباشر مقابل العدوان غير المباشر.

العدوان البدني مقابل العدوان اللفظي.

أما الفئات هي:

1-البدني النشط المباشر(كضرب الضحية).

2-البدني النشط غير المباشر (المداعبة الجسمية السخيفة).

3-البدني غير مباشر(رفض أداء عمل هام).

4-اللفظي النشط المباشر(إهانة المجني عليه).

5-اللفظي النشط غير مباشر(النميمة الماكرة).

6-اللفظي السلبي المباشر(رفض الكلام).

7-اللفظي السلبي غير مباشر(رفض الموافقة نطقا أو كتابة).

و يعتبر تصنيف "باس وبيري" من أشهر تصنيفات العدوان و أكثرها شيوعا في الدراسات الحديثة في مجال العدوان سواء في البيئة العربية أو البيئة الأجنبية.

كما قدم زيلمان تصنيفا يشمل أربعة أبعاد للسلوك العدواني تتفاوت في مظاهرها التعبيرية:

1-العدوان البدني:

و هو الذي يسعى فيه الفرد المعتدي إلى إلحاق الأذى أو الضرر البدني أو المادي بالأخرين، الذي يميلون إلى تحاشي مثل تلك الأفعال العدوانية.

2-العدائية:

هي التي يرمي الفرد من خلالها إلى الإساءة للآخرين أو خداعهم دون أن يلحق بهم ضرر أو الأم البدينة.

3-التهديدات العدائية:

و ينظر إليها كوسيلة أو إشارة تسبق العدوان أو العداوة المتعمدة، كما أنها تستخدم أحيانا كوسيلة مضادة لمواجهة العدوان أو العداوة.

4-السلوك التعبيري:

و يتمثل في صورة الغضب أو الانزعاج و التي من المحتمل أن تشبه في طبيعتها سلوك العدوان، و لكنها لا تصل في صورتها التعبيرية إلى المستويين الأول و الثاني.

و فيها يختص بتصنيف العدوان من حيث اتجاهه نحو الآخرين أو ضد الذات، فنجد أو العدوان إذا تعذر تصريفه و توجيهه إلى المصادر الخارجية المسببة له ارتد و توجه لينصب على الذات الراغبة في العدوان، و هذا الصدد يأخذ العدوان أشكالا متعددة منها إدمان الخمر و المخدرات.

و يرجع تغيير اتجاه العدوان من الموضوع الخارجي إلى الذات إلى الشعور بالذنب الناتج من مشاعر العداء الموجهة إلى موضوع الحب فحينما لا يجد الشخص تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية و

إشباع حاجاته للحب، فإنه يشعر بالغضب و الكراهية نحو موضوع الحب و لكن هذا الغضب و الكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات.(عبد الستار جبار الضمد،2012،ص:35...38).

6-أنواع السلوك العدواني:

تتعدد أنواع العدوان، و فيها يلي أهم أنواعه و أشكاله:

- **العدوان المعنوي(اللفظي):** و يتضمن السب، و اللعن، و الإغاظة، و الوم، و النقد، و التهكم، و الكيد، و التشهير، و الهجاء، و السخرية، و التهديد، و إطلاق الشائعات.

- **العدوان المادي:** (الجسمي و الحركي): و يتضمن الضرب، و العض، و الرفس، و البصق، و القذف، و الدفع، و الشجار، و التدمير، و الحرق، و الاقتحام، و الاغتصاب، و القتل.

- **العدوان تجاه الأشخاص:** سواء من نفس الجنس، أو من الجنس الآخر، أو من نفس السن، أو من أعمار أخرى، أو من المعارف، أو من الغرباء، أو من نفس الدين، أو من أديان أخرى، أو مواطنين، أو غرباء.

- **العدوان تجاه الأشياء:** مثل ممتلكات الآخرين و منقولاتهم.

- **العدوان الصريح:** الحقيقي الإجرائي الممارس.

- **العدوان الضمني(المتخيل):** الذي لا يتم عمليا.

- **العدوان غير المباشر:** الذي يوجه إلى الضحية بطريق غير مباشر، كأن يتم توجيه العدوان إلى الوالد عن طريق العدوان الفعلي على ولده.

- **العدوان المفاجئ:** و يأخذ شكل المفاجأة أو المباغتة، و يكون دون مقدمات.

- **العدوان التدريجي:** و تكون له مقدمات، و تتصاعد حدته بالتدريج.

- **العدوان الهجومي:** و يوجه ضد ضحية لم يصدر منها أي عدوان.

- **العدوان الدفاعي:** أو العدوان المضاد كرد فعل من جانب الضحية ضد المعتدى، و يوجه ضد تهديد و عدوان من جانب مهاجم، و ذلك دفاعا عن النفس.

- **العدوان الزائف:** و هو عدوان غير مقصود، أو عرضي أو طارئ، أو عدوان في شكل مزاح، أو عدوان أثناء اللعب.

- **العدوان الوسيط:** و هو عدوان يقوم به المعتدى لتحقيق أهداف غير عدوانية، و لكنه يعتقد أن هذا هو أسلوب تحقيق هذه الأهداف.

- **العدوان العدائي:** و هو عدوان لتحقيق الرغبة في الاعتداء ذاته، أي أن العدوان غاية في حد ذاته.

- **العدوان الخارجي:** و هو العدوان الموجه خارجا نحو الاخرين و نحو الأشياء.

- **العدوان الداخلي:** و هو العدوان الموجه نحو الذات، و الذي قد يصل إلى قتل الذات(الانتحار).

- **العدوان المتقطع:** و هو الذي يظهر على فترات أو في مناسبات دون أخرى.

- **العدوان المستمر:** و هو الذي يرتبط بالشخصية العدوانية أساسا.

- **العدوان الكبير:** و هو العدوان واسع النطاق.

- **العدوان الصغير:** و هو العدوان المحدود.

- **العدوان المزاح:** و هو العدوان الموجه بعيدا عن هدفه الحقيقي إلى هدف آخر بدلا منه، أكثر أمنا من الهدف الحقيقي، مثل تغيير مسار السلوك العدواني الموجه إلى أحد الوالدين إلى أحد الإخوة الأصغر، أو إلى لعبة و تحطيمها.

- **العدوان السياسي:** و هو العدوان الموجه ضد السلطة الحاكمة و يتضمن الأعمال المخلة بالنظام، و أعمال الإرهاب، و الأعمال الانتحارية.

- **العدوان الديني:** و هو الذي يستثير التعصب الديني و التطرف الديني.

- **العدوان الاجتماعي:** و هو الذي يتمثل في أعمال الشغب و التخريب في المنشئات الاجتماعية.

- **العدوان الجنسي:** و هو الذي يوجه نحو أفراد الجنس الآخر لأغراض الإشباع الجنسي بالقوة. و يتراوح سلوك العدوان الجنسي بين العدوان المبادئ و العدوان كرد فعل، أو الخليط بين الاثنين.

- **العدوان بين الأزواج:** مثل عدوان الزوج على الزوجة أو العكس أو عدوانهما المتبادل، مما يؤدي إلى التوتر و انخفاض الرضا الزواجي و سوء التوافق الزواجي و احتمال حدوث الانفصال.(إجلال محمد سرى، 2003، ص 37...39).

7- أشكال السلوك العدواني:

يمكن تصنيف العدوان إلى أشكال مختلفة، و إن كان هناك تداخل بين بعضهما البعض، أهمها:

1-حسب الأسلوب:

-عدوان لفظي:

عندما يبدأ الطفل الكلام، فقد يظهر نزوعه نحو العنف بصورة الصياح أو القول أو يرتبط السلوك العنيف مع القول البذيء الذي غالبا ما يشمل السباب أو الشتائم و استخدام كلمات أو جمل التهديد.

-عدوان تعبيري إشاري:

يستخدم بعض الأطفال الإشارات، مثل إخراج اللسان ، أو حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة، و ربما استخدام البصاق و غير ذلك.

-عدوان جسدي:

يستفيد بعض الأطفال من قوة أجسامهم و ضخامتها في إلقاء أنفسهم أو صدم أنفسهم ببعض الأطفال، و يستخدم البعض يديه كأدوات فاعلة في السلوك العدواني و قد يكون للأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوار مفيدة للغاية في كسب المعركة، و ربما أفادت الرأس في توجيه بعض العقوبات.

-المضايقة:

واحدة من صور العدوان التي تؤدي في الغالب إلى شجار و تكون أحيانا عن طريق السخرية و التقليل من الشأن.

-البلطجة و التنمر:

و يكون الطفل المهاجم لديه تلذذ بمشاهدة معاناة الضحية، و قد يسبب للضحية بعض الآلام منها الجسمية، و منها شد الشعر أو الأذن أو الملابس أو القرص.

2-حسب الغرض:

-عدوان وسيلي "دفاعي":

عندما يسلك الطفل بطريقة عدوانية وسيلية يكون لديه هدف معين مثلا حينما يحاول الطفل الانزلاق على السطح المائل، لاحظ طفلا آخر يقف في طريقه، و هنا أقدم الطفل على دفع الآخر، و بذلك يكون الطفل الذي دفع الآخر قد أقدم على أسلوب عدواني وسيلي. و خطورة هذا النوع تكمن في أن الطفل يتعلم الوصول إلى أهدافه عن طريق العدوان.

-عدوان عدائي "هجومي":

إذا تعمد الطفل الانزلاق على السطح المائل كي يصدم طفلا آخر أمامه، و ذلك انتقاما من هذا الآخر الذي سبق أن أغضب الطفل الأول في شيء ما و معنى ذلك أن الطفل عقد النية على آخذ حقه بهذه الطريقة، قيل عند ذلك أنه مارس عدوانا عدائيا.

و يعد البعض العدوان الوسيلي و العدوان العدائي أنهما الشكلان ل"العدوان المقصود":

-عدوان الخلاف و المنافسة:

غالبا ما يكون السلوك العدواني حالة عابرة في سلوك الأطفال، نتيجة الخلاف أثناء اللعب أو المنافسة و الغيرة و التحدي أثناء الدراسة و بعض المواقف الاجتماعية، و عادة ما تنتهي نوبة العدوان بالزعل و التباعد بين الطفلين، و سرعان ما ينسى الموضوع أو يعتذر عنه، و يذوب الخلاف و التشاحن و يعود الأطفال إلى اللعب.

3-حسب الوجهة(الاستقبال):

عدوان مباشر:

يقال للعدوان أنه مباشر، إذا وجهَه الطفل مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط، و ذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية و غيرها.

عدوان غير مباشر:

ربما يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي، خوفا من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية، فيحوله إلى شخص آخر أو شيء آخر (صديق، خادم، ممتلكات) تربطه صلة بالمصدر الأصلي أي ما يعرف ب كبش الفداء كما أن هذا العدوان قد يكون كامنا و غالبا ما يحدث من قبل الأطفال الأذكياء، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة و إيذاء الأخرين بسخريتهم منهم، أو تحريص الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعيا.

4-حسب الضحية:

عدوان فردي:

يوجهه الطفل مستهدفا إيذاء شخص بالذات، طفلا كان(كصديقه أو أخيه أو غيره) أو كبيرا(كالخادمة و غيرها).

عدوان جمعي:

يوجه الأطفال هذا العدوان ضد شخص أو أكثر من شخص، مثل الطفل القريب الذي يقترب من مجموعة من الأطفال منهمكين في عمل ما عند رغبتهم في استبعاده، و يكون ذلك دون اتفاق سابق بينهم. و أحيانا يوجه العدوان الجمعي إلى الكبار أو ممتلكاتهم كمقاعدهم أو أدواتهم، و قد يتمثل أحد الأطفال صورة الكبير المقصود و ينهال عليه باقي الأطفال عقابا. و حينما تجد مجموعة من الأطفال طفلا تلمس فيه ضعفا، فقد تأخذه فريسة لعدوانيته.

عدوان نحو الذات:

إن العدوانية عند بعض الأطفال المضطربين سلوكيا قذ توجه نحو الذات، و تهدف إلى إيذاء النفس و إيقاع الضرر بها. و تتخذ صورة إيذاء النفس أشكالا مختلفة، مثل تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو كراساته، أو لطم الوجه، أو شد الشعر، أو ضرب الرأس بالحائط أو السرير، أو جرح الجسم بالأظافر، أو عض الأصابع أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر.

عدوان عشوائي:

قد يكون السلوك العدوني أهوجا و طائشا، ذا دوافع غامضة غير مفهومة، و أهدافه مشوشة و غير واضحة، و تصدر من الطفل نتيجة عدم شعوره بالخجل و الإحساس بالذنب الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الطفل. مثل الطفل الذي يقف أمام بيته مثلا، و يضرب كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب، و يعود جرى خلف الطفل المتعدي عليه مسافة ليست قليلة، و قد يمزق ثيابه أو يأخذ ما معه، و يعود فيكرر هذا مع كل طفل يمر أمامه، و ربما تحايل عليه الأطفال إما بالكلام أو بالبعد عن المكان الذي يقف فيه هذا الطفل.(رأفت محمد بشناق،2001،ص:229..231).

8- مظاهر السلوك العدواني:

- سلوك يحمل الضرر إلى الكائنات أخرى من الإنسان أو الحيوان.

- يدخل ضمن السلوك العدواني استخدام أسباب الضرر أو الإيذاء أو الانتقام أو الصراخ.

- هناك مواقف يحدث فيها العدوان على شكل إزعاج متكرر أو مضايقات للآخرين.

- هناك مواقف تتضمن الإزعاج المتكرر جسمانيا أو يحدث فيها اشتباك بدني مع الغريب في غير مواقف اللعب مثل جذب الشعر أحيانا.

- و قد يلجأ المعتدي إلى إغاضة غيره عن طريق التدخل في الألعاب التي يقومون بها أو الأنشطة التي يمارسونها، و لا يكون ذلك بغرض الحصول على الأشياء.

- و قد يكون العدوان بشكل التهديد المادي أو اللفظي باستخدام القوة و العنف مثل: لن أشركك في اللعب بعد اليوم.

- و قد يظهر في أثناء اللعب على هيئة تعرض بدني كالإمساك حول الرقبة.

و عموما يظهر السلوك العدواني بالمظاهر التالية:

- يبدأ السلوك بنوبة مصحوبة بالغضب و الإحباط، يصاحب ذلك مشاعر من الخجل و الخوف.

- تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة في البيئة.

- الاعتداء على ممتلكات الغير، و الاحتفاظ بها، أو إخفائها لمدة من الزمن بغرض الإزعاج.

يتسم في حياته اليومية بكثرة الحركة، و عدم أخذ الحيطة لاحتمالات الأذى و الإيذاء.

- عدم القدرة على قبول التصحيح.

- مشاكسة غيره و عدم الامتثال للأداء و التعليمات و عدم التعاون و الترقب و الحذر أو التهديد اللفظي و غير اللفظي.

- سرعة الغضب و الانفعال و كثرة الضجيج و الامتعاض و الغضب.

- تخريب ممتلكات الغير كتمزيق الدفاتر و الكتب و كسر الأقلام و إتلاف المقاعد و الكتابة على الجدران.

- توجيه الشتائم و الألفاظ النابية. (خالد عز الدين،2010،ص:155،154).

مظاهر أو سمات السلوك العدواني في المدارس:

- إحداث فوضى في الصف عن طريق الضحك و الكلام و اللعب و عدم الانتباه.

- التهريج في الصف.

- الاحتكاك بالمعلمين و عدم احترامهم.

- التدافع الحاد و القوي بين التلاميذ أثناء الخروج من قاعة الصف.

- العناد و التحدي.

- الإيماءات و الحركات التي يقوم بها التلاميذ و التي تبطن في داخلها سلوكا عدوانيا.

- تخريب أثاث المدرسة و مقاعدها و الجدران و دورات المياه.

- إشهار السلاح الأبيض أو التهديد باستعماله أو حتى استعماله.

- استخدام المفرقعات النارية سواء داخل المدرسة أو خارجها.

- الإهمال المتعمد لنصائح و تعليمات المعلم و لأنظمة و قوانين المدرسة.

- عدم الانتظام في المدرسة و مقاطعة المعلم أثناء المسرح.

- الاعتداء على الزملاء.

- الخروج المتكرر من الصف دون استئذان.

- التحدث بصوت مرتفع.

(خالد عز الدين، 2010، ص: 26،25).

9- طرق ضبط السلوك العدواني:

من أساليب ضبط السلوك العدواني ما يلي:

1 - التعزيز التفاضلي: و يشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، و تجاهل السلوكيات الاجتماعية غير المرغوب فيها. و قد أوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال هذا الإجراء ن ففي دراسة قام بها براون و إليوت استطاع الباحثان تقليل السلوكيات العدوانية اللفظية و الجسدية لدى مجموعة من الأطفال في الحضانة خلال إتباع المعلمين لهذا الإجراء، حيث طلب منهم الثناء على الأطفال الذين يتفاعلون بشكل إيجابي مع أقرانهم، و تجاهل سلوكاتهم عندما يعتدون على الآخرين.

2 - الحرمان المؤقت من اللعب: و يستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص و الألعاب الجماعية، و قد استخدم بريسكلاد و جاردنر هذا الإجراء مع طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الصراخ و رمي الأدوات و إيذاء الآخرين من زملائها، و كانت النتيجة تقليل سلوك العدواني عند الطفلة من 45% إلى 41% بعد هذا الإجراء.

3 - تقليل الحساسية التدريجي: و يتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدواني و تدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع تدريبه على الاسترخاء، و ذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة و بطريقة تدريجية، و ذلك لمواجهة المواقف إلي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني.(دليل التربية الخاصة،199).

4 - أسلوب العزل و ثمن الاستجابة: و يتم هناك توضيح للطفل بأن قيامه بالسلوك العدواني لا يؤدي فقط إلى عدم الحصول على مكافآت، بل إن نتائج سلوكه هذا تعني العقاب.

5 - إجراء التصحيح الزائد: و هو قيام الأطفال بسلوكات بديلة للسلوكات العدوانية بشكل متكرر، مثال ذلك: عندما يقوم الطفل بأخذ الأشياء بالقوة من زملائه، يطل منه إعادته و الاعتذار للمعلمين و الزملاء على سلوكه الخاطئ، و يشتمل التصحيح على ثلاثة عناصر أساسية هي :

أ. تحذير الطفل العدواني لفظيا و ذلك بقول : لا.... و يتوقف عن هذا في حالة اعتدائه على طفل آخر.

ب. الممارسة الإيجابية: و تشتمل على الطلب من الطفل لفظيا أن يرفع يده التي ضرب بها الطفل الآخر وأن ينزلها أربعين مرة مباشرة، بعد قيامه بالسلوك العدواني.

ج. إعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك العدواني، و ذلك من خلا اعتذار الطفل المعتدي إلى الطفل المعتدى عليه مرات عدة.

6 ـ النمذجة : تعتبر طريقة النمذجة من أكثر الطرق فعالية في تعديل السلوك العدواني، و يتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل، و ذلك في ظروف استفزازية و مثيرة للعدوان، و يمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل استجرار سلوكات غير عدوانية. و يمكن من إظهار (HallahanKKauffmanK1991)تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل . السلوك العدواني في الموقف.

7 ـ توفير طرق لتفريغ العدوان: و هنا يتم تقديم وسائل بديلة متنوعة من أجل التخلص من الغضب أو تفريغ النزعات العدوانية مثل اللعب، و التمرينات الرياضية... إلخ.

(خولة أحمد يحيى، 2000،ص 191 و 192).

خلاصة:

و أخيرا بعد التطرق إلى أهم أسباب و أعراض و مظاهر السلوك العدواني يمكننا القول أن الطفل الذي يقدم لنا اضطراب العدوان

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

تمهيد:

إن الجانب المنهجي يعتبر كمكمل للجانب النظري من البحث و هذا لغرض الإجابة على التساؤلات المطروحة في الإشكالية وتأكيد الفرضيات، مما فرض علينا اتباع منهج معين، و أدوات خاصة لجمع البيانات و تحليلها بهدف الوصول إلى استنتاجات و استدلالات قابلة للتعميم.

1 – المنهج المعتمد للدراسة:

المنهج الإكلينيكي: (المنهج العيادي):

يعتمد المنهج العيادي على الدراسات المتعمقة للظواهر النفسية و الاجتماعية و انعكاساتها على ديناميات الشخصية، و يعتمد المنهج الاكلينيكي علة مجموعة من الأدوات و الاختبارات و الاستمارات الإكلينكية التي تعتمد على مساعدة الأفراد و تحليل أداءاتهم بصورة أو بأخرى للغور داخل كننونات البناء النفسي لهم للكشف على نواحي القوة و الضعف في شخصياتهم.(خضر عبد الباسط متولي، 2014، ص 160).

: العينة

هي الجزء الذي يمثل مجتمع الأصل أو النموذج الذي يجري الباحث مجمل و محور عمله، و لا يمكن أن ينجح البحث إلا إذا كان الباحث يستخدم أساليب خاصة بإختيار العينات، و إن الباحث عند دراسته الأفراد و المجتمعات لا يستطيع أن يأخذ كافة الأفراد أو المجتمع بأسره لدراسته لأن هذا يتطلب جهدا ووقتا و تكاليف مادية كبيرة جدا، لهذا يختار الباحث عينة محددة من هذا المجتمع لدراسته، فكلما زاد مجتمع الأصل كلما قلت النسبة و كلما قلت النسبة زاد مجتمع الأصل للعينات.

العينات المقصودة:

هي تلك العينة يقصد الباحث بإختيارها ليعمم نتائج هذه العينة على الكل فكثير من الباحثين يختارون عينة لسهولة جمعها، أو مدرسة لسهولة مراجعتها و توفير المستلزمات الخاصة بالبحث بتلك الكلية.(خالد أحمد فرحان المشهداني، رائد عبد الخالق عبد الله العبيدي،2013،ص230،229).

2- أدوات الدراسة:

دراسة حالة:

تمثل دراسة الحالة نوعا من البحث المتعمق عن العوامل المتعددة التي تسهم في فردية وحدة اجتماعية ما شخصا كان أو جماعة، أو مِؤسسة اجتماعية أو مجتمعا محليا، فمن خلال استخدام عدد من أدوات البحث، تجمع بيانات دالة عن الوضع القائم للوحدة، و الخبرات الماضية و العلاقات مع البيئة، و بعد النظر في العوامل و القوى التي تحدد سلوكها بعمق و تحليل نتائج العوامل و علاقتها، يستطيع المرء أن ينشئ صورة شاملة متكاملة للوحدة.(عطيفة حمدي أبو الفتوح، 2012، ص 89).

الملاحظة:

هي توجيه الحواس لمشاهدة و مراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة و تسجيل جوانب ذلك السلوك و خصائصه، فهناك ظواهر لا يتمكن الباحث من دراستها عن طريق المقابلة أو الإستبانة و لا للباحث من اختيارها بنفسه مباشرة مثل: العادات و التقاليد الاجتماعية و الاحتفالات و الأعياد و غيرها. حيث تتطلب هذه المواقف من الباحث أن يعيشها بنفسه بملاحظة واعية.

أنواع الملاحظة:

الملاحظة المباشرة: هي التي يقوم فيها الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال اتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يقوم بدراستها.

الملاحظة الغير المباشرة: فهي التي يقوم بها الباحث بالاطلاع على السجلات و التقارير و المذكرات التي أعدها الآخرون.

(عباس محمد خليل، 2009، ص254).

المقابلة:

هي عملية تتم بين الباحث و شخص آخر أو مجموعة أشخاص تطرح من خلالها أسئلة و يتم تسجيل اجاباتهم على تلك الأسئلة المطروحة.(الضامن منذر، 2009،ص:96).

أنواع المقابلة:

مقابلة غير موجهة: يكتفي الباحث بطرح سؤال هام جدا و يترك الشخص يتكلم.

مقابلة نصف موجهة: في حوزة الباحث رزمة من الأسئلة التي سيطرق إليها (في ترتيب غير محدد مسبقا) خلال المقابلة.

مقابلة موجهة: التي تدنوا من مفهوم الاستفتاء (استمارة لمجموعة أسئلة): الأسئلة الصريحة / المفتوحة هي نفسها لكل الأشخاص و تطرح على الجميع في ترتيب نفسه و في الطريقة ذاتها.

(محسن شفيق، 2008، ص: 59،60).

الاستبيان:

هو سلسلة من الأسئلة أو المواقف التي تتضمن بعض الموضوعات النفسية أو الاجتماعية أو التربوية أو البيانات الشخصية. يطبق على أفراد أو مجموعات بهدف الحصول على بيانات خاصة بهم أو ببعض المشكلات التي تواجههم (منسي محمود عبد الحليم، 2003، ص 95).

3- مكان و زمان الدراسة:

تمت الدراسة في وحدة الكشف و المتابعة الواقعة بمتوسطة أحمد قادري بحي فالرفوفيل ببئر الجير وهران من 27 فيفري إلى غاية 11 ماي 2017 بمساعدة من الأخصائية النفسية لعينة من التلاميذ المتمدرسين في:

مدرسة محمد درعي،مدرسة ميرازي، و مدرسة محمد جلولي، و ذلك لعدم توفر مجموعة البحث في مؤسسة واحدة.

يشمل الجدول التالي معلومات حول المدارس الثلاث:

	مدرسة جلولي محمد:	مدرسة محمد درعي:	مدرسة ميرازي:
تاريخ افتتاح المؤسسة:	1949	1993	2015
عدد التلاميذ:	466	467	140
إناث:	232	227	68
ذكور:	234	240	72
عدد المعلمين:	12 معلم عربية+ 2 معلمين فرنسية	12 معلم عربية + 2 معلمين فرنسية	6 معلمين عربية+ 1 معلمة فرنسية.
عدد الأقسام:	12 قسم: تحضيري: 1 قسم. السنة الأولى: قسمين. السنة الثانية: قسمين. السنة الثالثة: قسمين. السنة الرابعة: 3 أقسام. السنة الخامسة: قسمين.	11 قسم: السنة الأولى: 3 أقسام. السنة الثانية: 3 أقسام. السنة الثالثة: قسمين. السنة الرابعة: قسمين. السنة الخامسة: 3 أقسام.	12 قسم. القسم التحضيري: قسم. السنة الأولى:1. السنة الثانية:1. السنة الثالثة:1. السنة الرابعة:1. السنة الخامسة:1.
مطعم:	يوجد	لا يوجد	لا يوجد.
الدوام:	دوام واحد	دوام جزئي	دوام واحد.

و هذا بهدف ملاحظة سلوكيات التلاميذ من حيث فرط الحركة و مدى عدوانية اتجاه الآخرين بأخذ بعين الاعتبار كل حركة و كل سلوك و كل تعبير لفظي و لكن دون أن يلاحظ الطفل ذلك.

زمان و مكان الملاحظة:

مدرسة جلولي: الثلاثاء 07 فيفري 2017 في الفترة الصباحية ما بين 9:30- 9:45 في وقت الاستراحة.

مدرسة درعي: الثلاثاء 14 فيفري 2017 في الفترة الصباحية ما بين 9:30- 9:45 في وقت الاستراحة.

مدرسة ميرازي: الثلاثاء 21 فيفري 2017 في الفترة الصباحية ما بين 9:30-9:45 في وقت الاستراحة.

و قمنا باختيار يوم الثلاثاء لأن التلاميذ لا يدرسون في الفترة المسائية و يكونون في كامل النشاط و الحركة.

الملاحظة كانت مباشرة و غير مباشرة، بالإعتماد على ملاحظات (المعلمين و الأولياء) و لا تعتبر الملاحظة رؤية فقط بل دراسة السلوك و تحليله لمعرفة الشخصية بخصائصها التعبيرية.

4- مجموعة الدراسة:

تتكون مجموعة بحثنا من (04) حالات، ومن خصائص مجموعة بحثنا أن جميع أفرادها لديهم نشاط زائد، و عند اختيارنا مجموعة البحث لم نراعي الجنس يتراوح سنهم من 09 إلى 12 سنة، مستى الدراسي من السنة الثانية إلى السنة الخامسة ابتدائي، و في الجدول الموالي نوضح أفراد المجموعة:

يمثل الجدول أفراد المجموعة و خصائصها:

الاسم:	السن:	المستوى الدراسي:
ب – م	12 سنة	السنة الخامسة.
خ – ع	9 سنوات	السنة الثانية.
ك – خ	10 سنوات	السنة الثالثة.
ب – م	10 سنوات	السنة الثالثة.

بعد التحاق الأطفال برفقة الأولياء إلى وحدة الكشف و المتابعة، قمنا بإجراء مقابلات مع الأولياء بالإضافة إلى مقابلات مع الأطفال بمفردهم، باعتمادنا على الملاحظة.

و دراسة الحالة النفسية و الاجتماعية للطفل و الخبرات الماضية و العلاقات مع البيئة و القوى التي تحدد سلوك الطفل و التي تسمح بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات.

استخدام اختبار اكتشاف الذات العدوانية :

عند "صلاح محمود علان" اختبار اكتشاف الذات العدوانية كما في الملحق(1)و هو اختبار يتكون من مجموعة من الأسئلة و هو عبارة عن 18 سؤال يكشف درجة الشخص العدواني.

و تعليماته كالتالي:

تعطى درجة واحدة في حالة الإجابة ب "نعم" عن جميع الأسئلة ما عدا السؤال الأخير رقم 18، فتعطى درجة واحدة في حالة الإجابة عنه ب "لا":

تجمع الدرجات عن كل الأسئلة.

- إذا تحصل على 13 درجة فأكثر فهو شخص عدواني بدرجة كبيرة.

- إذا تحصل على درجة من (6-10) فهو شخص عدواني بدرجة متوسطة.

- إذا تحصل على أقل من 6 درجات فهو شخص غير عدواني.

خلاصة:

بعدما تم التطرق في هذا الفصل إلى المنهج المعتمد عليه في هذا البحث و كيفية اختيار مجموعة البحث و كذلك مختلف الأدوات المستعملة سيتم التعرض في الفصل الموالي إلى عرض دراسة الحالات.

الفصل الخامس

الحالة الأولى:

الاسم: ب - م

السن: 12 سنة

المستوى الدراسي: السنة الخامسة.

مبعوث من طرف: المعلمة.

سبب الزيارة: صعوبة الدراسة + نشاط الزائد.

المسكن: فيلا.

الولادة: عادية.

الرضاعة: شهرين + حليب اصطناعي.

الحالة الصحية: ضعف في الرؤية.

اسم الأب: م (متوفي).

السن: 48 سنة.

المهنة:

الأم: ت (أعادت الزواج).

السن: 41 سنة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الإخوة: 3 ذكور و بنت واحدة.

ترتيب الطفل بين إخوته: الأصغر.

المستوى المعيشي: متوسط.

تاريخ الحالة:

ب- م تلميذ يبلغ من العمر 12 سنة يدرس في مدرسة ميرازي قسم السنة الخامسة ابتدائي وجه من قبل المعلمة و ذلك بسبب صعوبة الدراسة و فرط الحركة، اتى برفقة خالته لأن بعد زواج أمه تركته لخالته و هي من قامت بالتكفل به حتى يومنا الحالي و والده متوفى عندما أتم العام من عمره.

و حسب قول أمه أن الولادة كانت عادية في الوقت المحدد قامت بإرضاعه شهرين و من تم أعطته الحليب الاصطناعي، تعلم المشي و اللغة عندما كان يبلغ عام و 4 أشهر، التحق بالقسم التحضيري قبل دخوله السنة الأولى.

أباه المتوفي كان عون أمن و أمه ماكثة في البيت، له 4 إخوة 3 منهم ذكور و بنت واحدة لكن لا يمكث معهم هو الأصغر بين إخوته و هو الوحيد الذي يدرس أما الآخرون فانقطعوا عن الدراسة.

بالنسبة للمعيشة الاقتصادية فهي متوسطة، مكرر السنة الثانية و يعاني من ضعف في الرؤية لكنه لا يضع نظارة لأنه يرفض ذلك.

حسب قول خالته أنه الطفل له نشاط حركي زائد و ذلك من خلال انتقاله من مكان إلى آخر و عدم تركيزه و انتباهه أثناء الحديث إليه و له عدوانية و خاصة ضد الفتيات.

و كذلك المعلمة فقد لاحظت نشاطه الزائد داخل القسم لكنها أمكنت من التحكم فيه لكن فور خروجه من القسم يصبح شخصا آخر فقد يدمر أو يخرب أي شيء يمكن أن يكون في طريقه.

فحسب المعلومات التي جمعناها من المحيط (الخالة و المعلمة) و من خلال الملاحظة:

و حسبDSM4فإن أعراض النشاط الزائد التي تتمثل في:

- غالبا ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يلتوي في كرسيه.

- يسهل تشتت انتباهه بمنبه خارجي.

- غالبا ما ينتقل من مكان إلى آخر.

- صعوبة في المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة.

- لا يبدو مصغي عند توجيه الحديث إليه.

- كثير النسيان في حياته اليومية.

- و بهذا فإن الطفل يقدم لنا جملة من الأعراض المتمثلة في :

- كثير النسيان.

- ينتقل من مكان إلى آخر.

- يكون دائم النشاط.

- يسهل تشتت انتباهه بمنبه خارجي.

و من بين الأعراض المدروسة و ما يقدمه الطفل من اضطراب يمكننا القول أن الطفل له اضطراب النشاط الزائد المصحوب بالسلوك العدواني.

و من خلال ذلك إن لم يكن للطفل متابعة و تكفل و رعاية سليمة من قبل المختص النفسي أو العائلة و المعلمة داخل القسم فإن الطفل يمكنه أن يقدم لنا جملة من الاضطرابات أخرى مثل: (اضطرابات القلق و اكتئاب -أو نوبات غضب - و الكذب - أو السرقة).

الحالة الثانية:

الاسم: خ – ع.

السن: 9 سنوات.

المستوى الدراسي: السنة الثانية ابتدائي.

مبعوث من طرف: المعلمة.

سبب الزيارة: فرط الحركة.

المسكن: فيلا.

العنوان: بئر الجير.(فارنوفيل).

الولادة: عادية.

الرضاعة: 3 أشهر حليب الأم + حليب اصطناعي.

الحالة الصحية: عادية.

التاريخ الطبي: عملية جراحية (البعج أو الفتق الإربي).

الأب: ب (على قيد الحياة).

السن: 64 سنة.

المهنة: عون أمن في البنك.

الأم: ر (على قيد الحياة).

السن: 51 سنة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الإخوة: 4 ذكور و بنت واحدة متوفية.

ترتيب الطفل في الإخوة: الأصغر.

المستوى المعيشي: متوسط.

تاريخ الحالة:

خ – ع يبلغ من العمر 9 سنوات يدرس بمدرسة جلولي محمد ببئر الجير قسم السنة الثانية ابتدائي موجه من قبل المعلمة، و ذلك بسبب صعوبة في الدراسة و سلوكياته.

حسب ما قالته أمه فإن الحمل كان عادي، ولدته أمه في وقت لأوانه حيث وضع في الحضانة اصطناعية لاكتمال نموه، الولادة كانت معقدة.

أرضعته أمه 3 أشهر الأولى ثم أعطته الحليب الاصطناعي، أخذ وضعية الجلوس في 6 أشهر الأولى من عمره و تعلة المشي و اللغة في 9 أشهر من ولادته دخل الروضة قبل التحاقه بالمدرسة.

الأب يعمل عون أمن في البنك يبلغ من العمر 53 سنة و أمه ماكثة في البيت تبلغ 51 سنة، له 4 إخوة ذكور و بنت واحدة متوفية، هو الأصغر في ترتيب إخوته، إخوته الأكبر منه لم يواصلوا الدراسة فكل واحد منهم توجه للحياة المهنية بغية المساعدة في المصاريف المنزلية.

بالنسبة للمعيشة الاقتصادية فهي تحت المتوسط.

الطفل مكرر السنة الثانية، تحصيله الدراسي منخفض، رغم تكراره العام الدراسي إلا أنه لم يتحصل على المعدل.

قام بعملية جراحية عند بلوغه 3 أشهر و ذلك بسبب البعج في البطن (الفتق الإربي)، و عندما أتم السنة أعاد القيام بالعملية.

لاحظت أمه نشاطه الدائم داخل المنزل و مع أصدقائه في الشارع و تسبب للمشاكل بسبب سلوكياته العنيفة ضد الآخرين.

و حسب المقابلة التي أجريت مع المعلمة أن الطفل كثير الفوضى و مشوش و لديه مشكلة الانتباه و التركيز أثناء شرح الدرس و أنه لا يترك الفرصة لزملاءه من أجل الدراسة و تميزه بسلوكيات عنيفة و عدوانية اتجاه نفسه و الأخرين.

فحسب الأعراض المتمثلة للنشاط الزائد المتمثلة في :

- نقل المقعد من مكان إلى آخر.

- حركة التململ باليدين و القدمين.

- عدم التنظيم و التهور.

- هز الجسم أثناء الجلوس.

- نوبات مصحوبة بالغضب و الاحباط.

- الاعتداء على ممتلكات الغير.

بهذا فإن الطفل يقدم لنا جملة من الأعراض المتمثلة في :

- هز الجسم أثناء الجلوس.

- عدم التنظيم و التهور.

- انتقال من مكان إلى آخر.

فحسب ما قدم من الأعراض المذكورة و ما يظهر من سلوكيات الطفل فإنه يقدم لنا اضطراب النشاط الزائد.

و من المعطيات السابقة فإن الطفل إذ لم يكن له متابعة و تكفل و رعاية سليمة من قبل الوالدين و المختصة النفسية و المعلمة داخل القسم فإن الطفل يمكنه أن يقدم لنا جملة من الاضطرابات الأخرى مثل: (الاكتئاب و اضطرابات سلوكية انفعالية).

الحالة الثالثة

اسم: ك – خ.

السن: 10 سنوات.

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ابتدائي.

مبعوث من طرف: المعلمة.

سبب الزيارة: فرط حركي.

المسكن: حوش.

العنوان: حي خميستي بئر الجير- وهران.

الولادة: عادية.

الرضاعة: 3 أشهر + حليب اصطناعي.

الحالة الصحية: عادية.

التاريخ الطبي: لا يوجد.

الأب: ق

السن: 52 سنة.

المهنة: حداد.

الأم: ب- ب.

السن: 45 سنة.

المهنة: ماكثة في البيت.

الإخوة: أخ واحد.

ترتيب الطفل في الأخوة: الأكبر.

مستوى المعيشي: منخفضة.

تاريخ الحالة:

ك-خ تلميذ يبلغ من العمر 10 سنوات يدرس في مدرسة أحمد درعي بئر الجير قسم السنة الثالثة ابتدائي وجه من قبل المعلمة و ذلك بسبب صعوبة الدراسة.

أتى برفقة والدته ، و حسب قول أمه أن الحمل كان مرغوب فيه و الولادة كانت بعملية قيصرية و صعبة، قامت بإرضاعه 3 أشهر من تم أعطته الحليب الاصطناعية ، تعلم المشي في عامه الأول و اللغة عندما كان يبلغ عامين و نصف من عمره.

أباه يبلغ من العمر 52سنة يعمل حداد و أمه تبلغ 45سنة ماكثة في البيت.

له أخ أصغر منه يبلغ 6سنوات، و بالنسبة للمعيشة الاقتصادية منخفضة.

مكرر السنة الثانية ابتدائي و يعاني من نقص الشهية.

و حسب قول أمه أنه طفل له نشاط حركي زائد مصحوب بتشتت الانتباه و ذلك من خلال تحريض أخيه الأصغر للقيام بسلوكيات غير سوية كالضرب أو تخريب أغراض منزلية.

و كذلك المعلمة فقد لاحظت سلوكياته داخل القسم و الساحة.

فإنه يسبب الأذى للآخرين بطريقة غير مباشرة و يدفع و يقرص الآخرين.

فحسب المعلومات التي جمعناها من المحيط(الأم و المعلمة)

وحسب DSM4 فإن أعراض النشاط الزائد و تشتت الانتباه التي تتمثل في:

- غالبا ما يخفق في إعارة الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء طيش في الواجبات المدرسية أو في العمل أو النشاطات الأخرى.
- غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه,
- غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي.
- كثير النسيان في حياته اليومية.
- غالبا ما يغادر مقعده في الصف أو في حالات أخرى ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده.

و بهذا فإن الطفل يقدم لنا جملة من الأعراض المتمثلة في :

- كثير النسيان.
- تسهيل تشتت انتباهه.
- غالبا ما يغادر مقعده في الصف أو في حالات أخرى ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده.

و من بين أعراضDSM4 و ما يقدمه الطفل من اضطراب يمكننا القول أن الطفل له اضطراب النشاط الزائد/مصحوب بتشتت الانتباه و سلوك عدواني.

و من خلال ذلك إن لم يكن للطفل متابعة و تكفل و رعاية من قبل مختص نفسي و العائلة و المعلمة داخل القسم فغن الطفل يمكنه أن يقدم لنا جملة من اضطراب أخرى مثل: (الكذب، القلق، الاكتئاب، العزلة).

الحالة الرابعة:

اسم: ب- م.

السن: 10 سنوات.

المستوى الدراسي: الثالثة ابتدائي.

مبعوث من طرف: المعلمة.

سبب الزيارة: فرط حركة.

المسكن: فيلا.

العنوان: بئر الجير- وهران.

الولادة: صعبة.

الرضاعة: عامين و شهر.

الحالة الصحية: عادية.

التاريخ الطبي: لا يوجد.

الأب: متوفي.

الأم: م (على قيد الحياة).

السن: 43 سنة.

المهنة: موظفة إدارية.

الإخوة: أخت و أخ واحد.

ترتيب الطفل في الإخوة: هو الثاني في ترتيب الإخوة.

المستوى المعيشي: عادي.

تاريخ الحالة:

ب- م يبلغ من العمر 10 سنوات يدرس بمدرسة محمد درعي في بئر الجير قسم السنة الثالثة ابتدائي، موجه من قبل المعلمة بسبب فرط الحركة.

حسب ما قالته أمه فإن فترة الحمل كانت صعبة و الولادة معقدة، أرضعته أمه عامين و شهر، المناغاة في 6 أشهر و المشي في 11 شهر، و تعلم اللغة عندما أتم العام من عمره،

له شهية جد مفتوحة.

توفي الأب عندما كان يبلغ الطفل عامين، و أمه موظفة إدارية تبلغ من العمر 43 سنة، له أخت واحدة و أخ واحد، و هو الثاني في ترتيب إخوته، يقطن برفقة أمه عند جده لأن لا مسكن لهم بعد وفاة الأب، بالنسبة للمعيشة الاقتصادية فهي متوسطة.

الطفل مكرر السنة الثانية تحصيله الدراسي منخفض رغم تكراره السنة.

يعاني الطفل من التبول اللاإرادي.

لاحظت أمه نشاطه الدائم في البيت، فهو كثير الكلام و لا يستطيع الجلوس في مكانه إلا بصعوبة شديدة، يحب اللعب مع أصدقائه ، غير منظم في حياته اليومية، متهور، و مهمل و كثير الملل و لا يستطيع التركيز في نشاط واحد، وكان من السهل التجاوب معه.

و حسبDSM4 أعراض النشاط الزائد المتمثلة في:

- يتحدث بإفراط.

- دائم النشاط أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك.

- يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يلتوى في كرسيه.

و بهذا فإن الطفل يقدم لنا العرضين الآتيين:

ينتقل من مكان إلى أخر.

دائم النشاط.

كثير الكلام و مقاطعة حديث الآخرين.

و من بين الأعراض و ما يقدمه الطفل من اضطراب و سلوكات يمكننا القول أن الطفل يعاني من فرط الحركة.

و من خلال ذلك إن لم يكن للطفل متابعة و تكفل و رعاية من قبل المختص النفسي و العائلة و المعلمة داخل القسم فإن الطفل يمكنه أن يقدم لنا جملة من اضطرابات الأخرى مثل: (الكذب، و السمنة و مرض السكري).

الفصل السادس

تفسير و مناقشة النتائج:

نص الفرضية:

يوجد علاقة بين النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل المتمدرس.

1 – عرض نتائج الحالة الأولى:

<u>عرض نتائج اختبار الذات العدوانية:</u>

نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الأولى و تحليلها:

الرقم:	إجابة ب "نعم"	إجابة ب "لا"	الدرجة
1	X		01
2	X		01
3		X	
4	X		01
5	X		01
6	X		01
7		X	
8		X	
9	X		01
10	X		01
11		X	
12		X	
13		X	
14	X		01
15		X	
16	X		01
17	X		01
18		X	
المجموع: 10			

نلاحظ من خلال نتائج اختبار الذات العدوانية أن الدرجة تقدر ب 10، و منه الحالة عدوانية بدرجة متوسطة.

2- عرض نتائج الحالة الثانية:

<u>عرض النتائج اختبار الذات العدوانية</u>:

1- نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الثانية و تحليلها:

الرقم:	إجابة ب "نعم"	إجابة ب "لا"	الدرجة
1	X		01
2	X		01
3		X	
4	X		01
5	X		01
6	X		01
7	X		01
8	X		01
9		X	
10		X	
11		X	
12		X	
13		X	
14	X		01
15		X	
16		X	
17	X		01
18	X		01
المجموع:			

نلاحظ من خلال نتائج اختبار اكتشاف الذات العدوانية أن الدرجة تقدر ب 10، و منه الحالة عدوانية بدرجة متوسطة.

3- عرض نتائج الحالة الثالثة:

<u>عرض النتائج اختبار الذات العدوانية</u>:

1- نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الثالثة و تحليلها:

الرقم:	إجابة ب "نعم"	إجابة ب "لا"	الدرجة
1	X		01
2	X		01
3		x	
4		x	
5		X	
6		X	
7		x	
8	X		01
9		X	
10	X		01
11	X		01
12	X		01
13	X		01
14		X	
15		X	
16		X	
17		X	
18	X		01
المجموع: 8			

نلاحظ من خلال نتائج اختبار اكتشاف الذات العدوانية أن الدرجة تقدر ب 8، و منه الحالة عدوانية بدرجة متوسطة.

3- عرض نتائج الحالة الرابعة:

<u>عرض النتائج اختبار الذات العدوانية</u>:

1- نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الرابعة و تحليلها:

الرقم:	إجابة ب "نعم"	إجابة ب "لا"	الدرجة
1		X	
2		X	
3	X		01
4	X		01
5		X	
6		X	
7	X		01
8		X	
9		X	
10		X	
11		X	
12		X	
13	X		01
14		X	
15		X	
16		X	
17		X	
18	X		01
المجموع: 5			

نلاحظ من خلال نتائج اختبار اكتشاف الذات العدوانية أن الدرجة تقدر ب 5، و منه الحالة غير عدوانية.

مناقشة النتائج:

يتبين لنا من خلال نتائج اختبار الذات العدوانية أن:

الحالة الأولى:

يتبين لنا من خلال نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الأولى (ب – م)، لديه سلوك عدواني بدرجة متوسطة تقدر ب (10) درجات.

حسب المقابلة التي أجريناها مع المعلمة التي أكدت لنا أن الطفل يعاني من سلوك عدواني خاصة ضد الفتيات، فيسهل عليها التحكم في سلوكاته داخل القسم لكن فور خروجه تنعكس عليه سلوكات عدوانية.

و قد يكون ذلك راجع لأسباب نفسية بسبب الأب و بعد الأم مما يولد له حرمان عاطفي و الشعور بالإحباط، و الفشل الذي يعزز له ذلك السلوك.

كما ذكر في نظرية الإحباط الذي أكدها جون دولارد و نيل ميلر و روبر سيزر أن كل الإحباطات تزيد من احتمالات رد الفعل العدائي.

و المقابلة التي أجريناها مع خالته التي قامت بالتكفل به منذ عامه الأول، فهي تقدم له الرعاية و العناية و تحرص على ضبط سلوكاته، لكن الطفل لم يتحصل على اشباع عاطفي كامل، فهو يحتاج إلى إشباع الحاجات و الدوافع من قبل الوالدين.

الحالة الثانية:

يتبين لنا من خلال نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الثانية (خ- ع) لديه سلوك عدواني متوسط الذي يقدر ب (10) درجات.

فمن خلال جمع المعلومات و أسلوب الملاحظة و المقابلة مع المعلمة تبين لنا أن أسلوب المعلمة له دور كبير في تهيئة السلوك العدواني لدى الحالة و ذلك يرجع لاستخدامها أساليب العقاب و التهديد و الإهمال، حيث أن الطفل معزول عن زملاؤه داخل القسم، إذ أنه يجلس في أخر الصف بفرده.

حيث المستوى الدراسي للطفل منخفض و مكرر السنة الثانية مرتي، مما يسبب له فشل في حياته المدرسية و سخرية الزملاء له، يلعب دور في تعزيز السلوك العدواني، إذ لا يستطيع تكوين علاقات اجتماعية صحيحة، الذي يؤدي إلى حرمان اجتماعي و قهر نفسي.

الحالة الثالثة:

تبين لنا من خلال نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة (ك – خ) لديه سلوك عدواني متوسط و الذي يقدر ب (8) درجات.

و حسب ما صرحت به أم الحالة أنه لديه بعض أعراض السلوك العدواني من خلال تحريض أخيه الأصغر للقيام بسلوكات غير سوية كالضرب و تخريب ممتلكات منزلية.

و ذلك راجع لعدة أسباب منها، تدني مستوى الدخل الاقتصادي للأسرة و الظروف السكن السيئة، و إحساس الطفل بالنقص النفسي و الدراسي(مكرر السنة)، و سوء معاملة الأب للطفل، بالإضافة إلى المستوى الثقافي للأسرة المتدني.

الحالة الرابعة:

تبين من خلال نتائج اختبار الذات العدوانية للحالة الرابعة (ب- م) لا يعاني من السلوك العدواني و الذي يقدر ب (5) درجات.

فمن خلال المعلومات التي قمنا بجمعها من الأم و المعلمة أن الحالة ليس لديه سلوك عدواني، رغم أن أباه متوفي و يعيش مع أمه في بيت جده، إذ أن ذلك لم يؤثر على تعزيز السلوك العواني لديه.

خلاصة:

يتضح من خلال نتائج الاختبار أن الأسباب و الدوافع التي تعزز ظهور السلوك العدواني للطفل، تختلف من حالة إلى أخرى من حيث الجانب النفسي، أو الاجتماعي، أو العاطفي.

و نستنتج من خلال الملاحظة و المقابلة و دراسة الحالات يمكننا القول أن أطفالمفرطي النشاط يتميزون ببعض سلوكات العدوانية وذلك مما تبين لنا في اختبار الذات العدوانية.

استنتاج العام:

من خلال عرض النتائج و دراستها و مناقشتها، أنه توجد علاقة بين اضطراب النشاط الزائد و السلوك العدواني و يعتبر هذا إجابة عن تساؤل الدراسة ألا و هو: هل يوجد علاقة بين النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل؟

حيث توصلنا من خلال النتائج المتحصل عليها عن الحالات (04) التي تطرقنا إليها في الجانب التطبيقي و أن أغلبية مجموعة بحثنا أي (03) من (04) تعاني من سلوك عدواني بدرجة متوسطة سواء في المنزل أو المدرسة، كما وضح Kavale ; Forness ; King ; Kasari ;1994 أن النشاط الزائد قد يكون مرتبطا بالعدوانية. (غالي محمد الحياري 2012 ص 409).

ماعدا الحالة الرابعة ليس لديها سلوك عدواني برغمها من نشاطها الزائد سواء في البيت أو المدرسة.

فإن النتائج التي توصلنا إليها في الميدان بفضل اختبار الذات العدوانية و دراسات الحالات و الملاحظة و المقابلة، بينت لنا عن مدى تأثير النشاط الزائد على سلوكيات الطفل الذي تعزز له سلوكات عدوانية، و كشفت النتائج أن كل السلوكات و الحركات الزائدة كما أوضح عبد العزيز الشخصي و زيدان السرطاوي إلى أن الأطفال الذين يتصفون بنشاط زائد يعانون من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية، مما تسبب في ظهور السلوك العدواني لدى الطفل الذي قد يكون متعلم من خلال الملاحظة و التقليد كالنماذج التلفزيونية، فهذا ما ذكر في نظرية التعلم الاجتماعي، بالتالي تحقق الفرضية بأنه هناك علاقة بين النشاط الزائد و السلوك العدواني.

خاتمة:

من خلال الدراسة الميدانية و النظرية وجدنا أنه يوجد علاقة بين النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل و ذلك باختلاف الجوانب النفسية و الاجتماعية و الأسرية و البيئية، لأنها تؤثر بشكل كبير عليه، حيث يجد صعوبة في تكوين علاقات سليمة مع الأخرين.

و لقد أثبتت العديد من الدراسات كدراسة:

Kavale ; Forness ; King ; أن النشاط الزائد قد يكون مرتبطا بالعدوانية.

Kasari ;1994

فنجد الأطفال المضطربين كثيري النشاط و الحركة و لا يستطيعون الجلوس في المقعد إلا بصعوبة شديدة، و غالبا ما يجد تعسر في اللعب أو الاشتراك في أنشطة أوقات الفراغ مما يولد له سلوك عدواني على شكا ازعاج متكرر أو مضايقات للأخرين، فيؤدي به ذلك إلى إيجاد صعوبة في الحفاظ على أصدقائه و ذلك يكسب له سمعة سيئة بين الأقران.

فإذا اجتمعت تلك العوامل السلبية في حياة الطفل و لم تكن هناك متابعة و تكفل من قبل المختص النفساني و العائلة و المعلمة، فكل هذه الأمور تلعب دورا سلبيا في تحسن الطفل، و يزداد الأمر سوءا مع مرور السنوات و يصبح الطفل يعاني من هذا الاضطراب المزعج و المؤلم بالنسبة له أو لوالديه أو لمن يحيط به.

و أخيرا نقول أن النتائج المتحصل عليها و الاقتراحات المقدمة و الدراسات السابقة تفتح المجال لبحوث أخرى لإيجاد أو الكشف على هذه الاضطرابات التي تؤثر على حياة الطفل.

و على ضوء ما قدمناه في الدراسة نأمل أن نكون قد تطرقنا إلى التعرف على النشاط الزائد و السلوك العدواني لدى الطفل.

اقتراحات و توصيات:

بعد الدراسة النظرية و الميدانية لموضوع النشاط الزائد و علاقته بالسلوك العدواني للطفل ارتأينا أن نضع بعض التوصيات و الاقتراحات التي قد تفيد من يتطلع على هذا البحث و هي:

- يجب على الجهات المعنية بالمبادرة و التوعية عن مثل هذه المشكلات السلوكية و ما ينتج عنها من اضطرابات أخرى في المجتمع عن طريق ندوات، و محاضرات.

- ضرورة اجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب النشاط الزائد و علاقته بالسلوك العدواني لتحديد أبرز و أهم الأسباب الكان

منة خلف هذا الاضطراب.

- ضرورة الاهتمام بالأطفال من حيث الفروق.

- زيادة الحجم الساعي لفترات اللعب في الأسبوع.

- ضرورة العناية بالتلاميذ داخل الصف و خارجه و مراعاة الظروف البيئية الاجتماعية و الأسرية و تأهيل معلميهم تربويا و نفسيا.

- توعية معلمي المدارس الابتدائية بتعريفهم بأهم أعراض اضطراب النشاط الزائد و علاقته بالسلوك العدواني و التي ترجع إلى عدة أسباب.

مصادر و مراجع:

- أسامة فاروق مصطفى،(2012)، *مدخل إلى اضطرابات السلوكية و الانفعالية*، ط2، عمان: دار الميسرة للنشر و التوزيع.

- إسماعيل يامنة عبد القادر، (2014)، *دراسة في الاكتئاب و العدوان، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع*.

- إجلال محمد سري، (2003)، *الأمراض النفسية الاجتماعية*، القاهرة: عالم الكتب للنشر و التوزيع.

- أشرف سعد نخلة، (2011)، *المشكلات السلوكية و النفسية للأطفال*، دار الفكر الجامعي.

- حسن مصطفى عبد المعطي، سيد عبد الحميد أبو قلة، (2010)،*اضطرابات الانفعالية و السلوكية*، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر و التوزيع.

-حمدي أبو الفتوح عطيفة، (2012)، *منهجيات البحث العلمي في التربية و علم النفس*، مصر: دار النشر للجامعات.

- خالد أحمد فرحان المشهداني، رائد عبد الخالق عبد الله العبيدي، (2013)، *مناهج البحث العلمي*،عمان: دار الميام للنشر و التوزيع.

- خالدة نيسان، (2009)، *سلوكيات الأطفال بين الإعتدال و الإفراط*، عمان: دار أسامة للنشر و التوزيع.

- خولة أحمد يحيى، (2000)، *الاضطرابات السلوكية و الانفعالية*، عمان: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

- رأفت محمد بشناق،(2001)، *سيكولوجيا* الأطفال، بيروت: دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع.

- عبد الستار جبار الضمد، (2011)، *العدوانية عند الأطفال: مفهوم و علاج*، عمان: دار البداية ناشرون و موزعون.

- عز الدين، (2010)، *السلوك العدواني عند الأطفال*، عمان: دار أسامة للنشر و التوزيع.

- غالب محمد الحياري، (2011)، *خصائص اضطرابات السلوكية و انفعالية للأطفال و المراهقين*، عمان: دار الفكر ناشرون و موزعون.

- فاطمة الزهراء النجار، (2011)، *مشكلات الأطفال السلوكية و الانفعالية*، جامعة الأزهر: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.

- ليلى يوسف كريم المرسومي، (2011)، *فاعلية البرنامج السلوكي*، جامعة تعز: مكتب جامعي الحديث.

- محمد خليل عباس، و أخرون، (2009)، *مدخل إلى مناهج البحث في التربية و علم النفس*، ط2، عمان: دار الميسرة للنشر و التوزيع.

- مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، (2005)، *النشاط الزائد لدى الأطفال*، جامعة المنيا: المكتب الجامعي الحديث.

- منصوري مصطفى، (2008)، *مشكلات الأطفال النفسية و السلوكية*، جامعة وهران: للنشر و التوزيع.

مرجع مذكرة:

- يوبي نبيلة، (2015)، *فعالية العلاج السلوكي للأطفال المتمدرسين مفرطي الحركة و متشتتي الإنتباه ما بين 6 إلى 12 سنة*، جامعة وهران.

الملاحق:

الملحق (01):

الرقم:	الأسئلة:	نعم	لا
1	هل تحب مشاهدة أفلام العنف؟		
2	هل تحب مشاهدة برامج المصارعة الحرة و الملاكمة؟		
3	هل تحب اللون الأحمر؟		
4	هل تقوم بضرب الآخرين عندما يشد الخلاف معهم؟		
5	هل تتشاجر كثيرا مع الآخرين؟		
6	هل تحطم الذي أمامك في لحظات غضبك؟		
7	هل أنت كثير الخصام مع الآخرين؟		
8	هل تجد متعة في نصب شراك الآخرين؟		
9	هل تجد تصرخ في وجه الآخرين عند اختلافك معهم؟		
10	هل تسب الآخرين في السر عندما تتضايق معهم؟		
11	هل تسب الآخرين علنا عندما تتضايق معهم؟		
12	هل تشعر بالغيرة كثيرا من الآخرين؟		
13	هل تحب أن تنتقد الآخرين؟		
14	هل تسخر من الآخرين و تتهكم عليهم؟		
15	هل تقوم بمعايرة الآخرين و تذكر عيوبهم عندما تكون غاضبا منهم؟		
16	هل تحطم ممتلكات الآخرين في لحظات غضبك منهم؟		
17	هل تصرخ أو تحطم سرا ممتلكات الآخرين الذين تحمل لهم مشاعر بغيضة؟		
18	هل تسامح الآخرين إذا أخطأوا في حقك؟		

الملحق (02):

بطاقة الملاحظة

- سبب الزيارة.....

- اسم الطفل.....

- لقب الطفل.....

- السن.....

- تاريخ الميلاد.....

- مكان الإستشارة.....

- تاريخ الإستشارة.....

- العنوان.....

- نوع المنزل.....

تاريخ الحالة:

- كيف كانت مرحلة الحمل؟

مرغوب ☐ غير مرغوب ☐ عادي ☐ خطر الإجهاض ☐ صعب ☐

- كيف و أين كانت عملية الولادة؟

في المشفى ☐ عند الحكيمة ☐ في المنزل ☐

- هل كانت الولادة صعبة؟

سهلة ☐ ولادة قيصرية ☐ بالملقط ☐

- هل بكى الطفل مباشرة؟.....

- هل كان عليهم إعادة إحياءه؟.....

- كم كان وزنه عند الولادة.....

- وزنه الحالي؟.....

- الرضاعة:

من الثدي ☐ حليب اصطناعي ☐ مزج بين الاثنين ☐

- هل افترق الطفل عن أمه؟.....

- كم كان عمره؟.....كم كانت مدة الانفصال؟.....كيف كانت الظروف؟.....

- عمر الطفل عند بروز أول أسنانه؟.....

- سن المشي؟.....

- سن نطقه أول كلمة؟.....

- النظافة.....

- كيف هي شهيته؟.....

- هل يعاني من اضطرابات النوم؟ نوم مشوش☐ يعاني من الأرق ☐

- هل يتذكر ما يحلم به؟.....

<u>بعض الأمراض التي عان منها في طفولته:</u>

- المستشفى

- التلقيح

- حودث أو عمليات جراحية

- احتمال وجود اضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي

<u>التاريخ العائلي:</u>

- هل الأب و الأم على قيد الحياة؟.....

- اسم الأب.....

- السن.....

- المهنة.....

- المستوى الدراسي.....

- اسم الأم.....

- السن.....

- المهنة.....

- المستوى الدراسي.....

- صحة الأبوين مرضى☐ أصحاء ☐

- شخصية الوالدين؟.....

- كيف يتعاملون؟.....

الإخوة و الأخوات:

- على قيد الحياة؟.....

- متوفي؟.....

- الجنس.....

- السن.....

- متزوج ☐غير متزوج ☐

- متمدرس.....

- الصحة.....

- المهنة.....

العلاقات العائلية:

- نمط العلاقة الحالية و القديمة للآباء مع الطفل؟.....

- لمن يشبه الطفل؟.....

- العلاقات الحالية و القديمة مع إخوته و أخواته؟.....

- **العلاقات الاجتماعية:**

- هل للطفل أصدقاء؟..... كثيرا أم قليلا؟.....

- ما هي هواياته؟.....

- هل يحب العيش لوحده أم مع الجماعة؟.....

المدرسة:

- سن التحاقه بالمدرسة؟.....

- سلوكه داخل المدرسة؟.....

- سلوكه مع المعلمين؟.....

- سلوكه مع المدير؟.....

- اضطرابات و مشكلات مدرسية؟.....

- مشكلة التذكر؟.....مشكلة الاستيعاب؟.....

الغياب و الشرود الذهني؟.....

الملحق(03):

بطاقة المتابعة:

- تاريخ أول مقابلة:

- قام به:

السنة الدراسية للطفل:

موجه من قبل:

تاريخ الطفل:

الحمل:

الولادة: مكان الولادة:

في الوقت المحدد ☐

سابق لأوانه ☐

ما بعد فترة ☐

الولادة: قيصرية ☐ معقدة ☐

الرضاعة: ثدي الأم حليب اصطناعي

الوزن عند ولادة الطفل:

النوم:

التطور النفسي الحركي للطفل:

الابتسامة الأولى:

التحكم في الرأس:

وضعية الجلوس:

المشي:

اللغة:

النظافة:

التطور الاجتماعي:

مربية روضة مسجد تحضيري

شروط الحياة:

العائلة:

اسم الأب:

مكان و تاريخ الازدياد:

المهنة:

اسم الأم:

لقب الأم:

تاريخ و مكان ازدياد:

المهنة:

الإخوة: عدد الإخوة:

ترتيب الطفل في إخوته:

اسم و سن و المستوى الدراسي للإخوة و الأخوات:

-

-

-

-

-

شروط المعيشة الاقتصادية:

جيدة متوسطة

التاريخ المدرسي:

-

-

-

التاريخ الطبي:

-

-

-

التاريخ العائلي:

-

-

-

تاريخ الاضطراب:

- في البداية:

- الوصف:

الملاحظة و الوصف الاكلينيكي للطفل:

-

-

-

-

-

-

-

ديناميكية المقابلة:

-

-

-

-

-