الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:.....

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس أكاديمي

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

رفض النشاط والعدوانية لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا

دراسة ميدانية بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا 01 بالمسيلة

إعداد الطلبة:

✍ المداني بابش

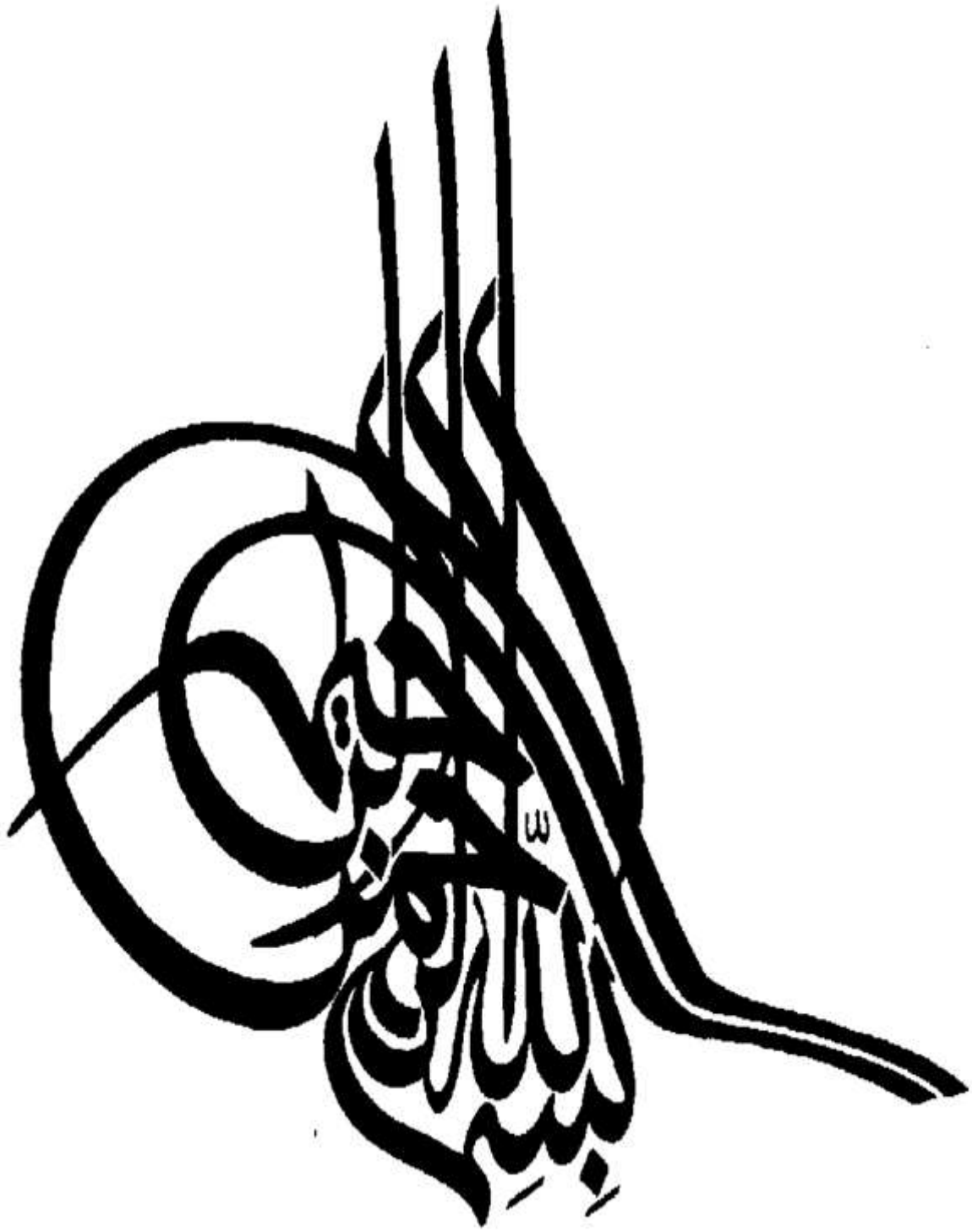
✍ زهرة أمحمدي

✍ رجاء بلخيري

إشراف الدكتور:

✍ عبد الغني براخلية

السنة الجامعية: 2021-2022


بسم الله الرحمن الرحيم

** شكر وتقدير **

الحمد لله ربي العالمين الذي بنعمته تتم الصالحات

وصلاة الله وسلام على اشرف المرسلين صفوة خلقه، وخاتم أنبياؤه ورسله سيدنا محمد ورحمة لله ومغفرة وصحابته أجمعين، وبعد...

بعد توفيق لله في إنجاز هذا العمل انه من دواعي سرورنا بعد ان اكرمنا إنجاز هذا العمل المتواضع ان نتقدم إلى والدينا بجزيل الشكر والعرفان حفظهما لله ورعاهما وان نتقدم بشكر لكل من وقف معنا وساندنا بجهده ومشورته وخبرته حتى أخذ هذا البحث في صورته النهائية.

كما يسرنا أن نتقدم بشكر إلى الجميع الإخوة العاملين

في المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة

الذين لم يتفانوا في تقديم يد العون والمساعدة في تعبئة الاستبانة

وأخير نتوجه بفائق الاحترام والتقدير وبكل مشاعر الحب والامتنان

لكل من ساعدنا وشجعنا وشاركنا من قريب أو بعيد ولو بدعاء

في إنجاز هذا الجهد المتواضع.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
فهرس المحتويات	
شكر وتقدير	
ملخص الدراسة بالعربية	
ملخص الدراسة بالإنجليزية	
مقدمة	أ–ب
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- تحديد الإشكالية	
2- تحديد الفرضيات	
3-أهمية الدراسة	
4-أهداف الدراسة	
5- تحديد المصطلحات	
6- الدراسات السابقة	
7-الخلفية النظرية للدراسة	
7-1- السلوك العدواني	
7-2- الإعاقة الذهنية	
الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة	
1- منهج الدراسة	
2- الدراسة الاستطلاعية	
3- حدود الدراسة	
4- أداة الدراسة	
5- مجتمع وعينة الدراسة	
6- الأساليب الإحصائية	
الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	
-1- عرض نتائج الحالة 01	
-2- عرض نتائج الحالة 02	

-3- عرض نتائج الحالة 03	
-4- عرض نتائج الحالة04	
-5- عرض نتائج الحالة 05	
-6- عرض نتائج الحالة 06	
الاستنتاج العام	
المراجع	
الملاحق	

مقدمة

مقدمة

إن احتكاك الإنسان ببيئته وطبيعة حياته الاجتماعية تجعله يسلك العديد من السوكات والتي من بينها العدوان، سعيا منه للتكيف والتغلب على مختلف التحديات التي يواجهها، و يظهر العدوان في الحياة اليومية بأشكال مختلفة، فيلاحظ تارة مرتبط مع النشاط البناء الذي يبذله الفرد من أجل السيطرة على الشروط المادية التي تحيط به، ويلاحظ تارة أخرى أنه مرتبط مع حالات الدفاع عن النفس أمام أخطار واقعية أو متوقعة، كذلك يلاحظ أنه مرتبط مع السلوك الهادف إلى التملك أو السلوك الهادف إلى ضبط الآخرين. (هشام الخطيب وآخرون، 2000)

فالسلوك العدواني كغيره من السلوكات الإنسانية متعدد الأبعاد ومتشابك المتغيرات وهي في مجمعها وليدة مشكلة تواجه الفرد خاصة في مراحل العمر المبكرة، ويجب أن نذكر أن العدوان كأحد سلوكات الطفل مقرون بفترة عمرية معينة، والفرد الإيجابي هو الذي يعرف كيف يتحكم في نفسه ويكون مسؤولا أمام جميع الظروف والمتغيرات، واختلاف السلوكات العدوانية ومظاهر العدوان الصادرة من الفرد و اختلاف أسبابها يجب علينا أن نتصدى لها ونحاول الحد منها، فمشكلة السلوك العدواني ذات خطورة بالغة إذ هي تعتبر كمرض اجتماعي يجب القضاء عليه أو التقليل من حدته. (صالح محمد علي أبو جادو، 1998، ص76)

والسلوك العدواني يظهر في كل المراحل العمرية من بينها مرحلة الطفولة المتأخرة والتي هي مرحلة هامة من حياة الفرد، وهي بوابة للدخول إلى مرحلة المراهقة، تمتد من عمر 9 سنوات إلى غاية 12 سنة.

ونجد أن السلوك العدواني لا يقتصر على الأفراد العاديين فحسب بل يمتد ليشمل فئة المعاقين بما فيه المعاقين ذهنيا. إذ تعتبر مشكلة الإعاقة من أخطر المشاكل التي تصيب الفرد، والتي تسبب له مشكلات أخرى منها نفسية، اجتماعية، علائقية...الخ.

وباعتبار الإنسان كل متكامل تتفاعل جوانب شخصيته العقلية والنفسية والبيولوجية والاجتماعية، فهو يسعى دوما للحفاظ على هذا التكامل الذي يسمح له بالتكيف والانـــدماج مع مجتمعه، فالفئة التي تعاني من إعاقة عقلية مثلا، تفتقر إلى مثل هذا الترابط والاندماج العلائقي.

فالإعاقة تمثل هاجسا ملازما للمجتمعات الإنسانية منذ أقدم العصور حتى الآن، وقد تباينت تلك المجتمعات في نظرتها للمعاقين، وفي معاملتها لهم حسب القـيم والأعـراف والتقاليد والأفكار الدينية والاجتماعية السائدة في كل منها، فمنهم من نظـر لهـم نظـرة ازدراء ومنهم من نظر لهم نظرة شفقه ورحمة، وقسم ثالـث تقبـل المعـاقين وحـاول استيعابهم اجتماعيا، ورابع رفضهم وحاول عزلهم بوصفهم غير فاعلين اجتماعيا.

لقد ازداد اهتمام كثير من المجتمعات في العصر الحاضر بمشكلة الإعاقة العقليـة، إذ تعد الإعاقة العقلية من أكبر المشكلات التي تهم قطاعا كبيرا من العلماء والمختصـين في المجتمع، فهي مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد وأبعادها طبيـة وصـحية واجتماعيـة ونفسية، وتأهيلية مهنية وهذه الأبعاد تتداخل ببعضها، لذا يجدر التعـاون بـين الأجهـزة المختلفة لحل المشكلة. (خولة أحمد يحي، 2005)

ومن بين خصائص المعاقين عقليا الإحباط والعدوان وذلك حسب دراسـة "**بـالوك وإيسار**" **(1971)** والتي تشير إلى ارتباط العدوان الصريح عند المتخلف عقليا بالحرمـان والإحباط.(سهير محمد سلامة شاش،2001)

فالفرد المعاق عقليا يمر بخبرات متكررة من الفشل، بسبب عدم اكتمـال قدراتـه العقلية والتي لن تكتمل، فهو يعجز عن مسايرة زملائه في مجال التعليم العادي ولا يلاقي في المدرسة العادية سوى الفشل، فيصاب بالإحباط ويشعر بالعجز والملل، كما لا يستطيع القيام بالأعمال التي يقوم بها العاديون في مثل سنه، ويعتمد على الآخرين فـي تصـريف شؤونه، ولهذا أصبح الاهتمام بهم أكثر جدية وعمقا بقصد رعـايتهم، وتـوفير الخـدمات

الصحية، والاجتماعية، والتربوية، والتأهيلية اللازمة لهم لتمكينهم من تحقيق التوافق والكفاية الذاتية والاجتماعية والمهنية. (خولة أحمد يحي، 2005)

وتأتي هذه الدراسة للتعرف على رفض النشاط والسلوك العدواني لدى المعاقين ذهنيا، ومن أجل التحقق من ذلك تم التقسيم البحث إلى ثلاثة فصول:

الفصل الأول: الدراسة النظرية وتكونت من فصل تمهيدي ممثل في الإطار العام للدراسة تناولنا فيه تحديد الإشكالية وفرضياتها، والأهداف والأهمية من دراسة الموضوع، فالتحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة بالمتغيرات المبحوثة، وكذا الخلفية النظرية لمتغيري الدراسة وهو السلوك العدواني والإعاقة الذهنية.

أما **الفصل الثاني:** خصص للإطار المنهجي للدراسة حددنا فيه المنهج الملائم، دراسة الاستطلاعية وخطواتها ثم أدوات جمع البيانات وعينة الدراسة الأساسية وأساليب المعالجة الإحصائية.

وفي **الفصل الثالث:** تناولنا عرض نتائج الدراسة ومناقشتها، خاتمة واقتراحات وصعوبات التي تناولنها في هذا البحث

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- تحديد الإشكالية:

عرف مفهوم العدوان منذ ظهور الإنسان سواء في علاقته بالطبيعة أو في علاقته مع أخيه الإنسان، وهو معروف في سلوك الطفل الصغير، وكذا في سلوك الراشد، وفي سلوك الإنسان السوي والشاذ، وإن اختلفت الدوافع والوسائل، وكذا الأهداف والنتائج، وهو أحد الخصائص التي يتصف بها كثير من الأفراد سواء كانوا عاديين أو شواذ. (عصام عبد اللطيف العقاد، 2001، ص96)

فالعدوان بات في العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار، تكاد تشمل العالم بأسره وهو ما يلاحظ في مختلف أشكال العنف والتطرف مما دفع بالعديد من العلماء إلى دراسة السلوك العدواني واستمرت الجهود متتابعة حتى الوقت الراهن.(سهير محمد سلامة شاش، 2001، ص 43)

حيث أنه اضطراب سلوكي يظهر في مختلف مراحل عمر الطفل كمرحلة الطفولة المتأخرة التي تعتبر بوابة للدخول إلى المرحلة الأكثر حساسية ألا وهي مرحلة المراهقة، إذ تمتاز كغيرها من المراحل العمرية بخصائص مختلفة، فحياة الطفل تتجه إلى مزيد من الاستقرار بعد بروز شخصيته وازدياد قدرته على الضبط، ويكون الطفل أكثر هدوء ورضا عن العالم وقليل التذمر، فنلاحظ ثباتا في حالته الانفعالية، هذا في الحالة العادية.(عفاف أحمد عويس، 2003، ص237)

وقد يكون مضطربا سلوكيا كمشكلة العدوان مثلا، لكن السلوك العدواني لا يقتصر على الأفراد العاديين بل يشمل حتى المعاقين بما فيهم المعاقين ذهنيا، وفي هذا الصدد يرى علماء النفس أن المتخلف ذهنيا إذ لم يستطيع ضبط انفعاله يكون سهل الاستثارة، سريع الاستجابة، يميل إلى العدوان على زملائه، وشديد الغيرة منهم. (سهير محمد سلامة شاش، 2001)

كما أنه غير قادر على إنشاء علاقات اجتماعية مع الغير وغالبا ما يميل إلى المشاركة مع الأصغر سنا في نشاطه، وقد يميل إلى العدوان والعزلة والانطواء وتكرار الإجابة رغم تغيير السؤال، لكن حسب درجة الإعاقة. فنجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعاقين ذهنيا بعضهم البعض، هذا فضلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد وبين العاديين. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 148-149)

وتعتبر مشكلة الإعاقة الذهنية من أخطر المشاكل التي تصيب الفرد، والتي تسبب له اضطرابات أخرى منها نفسية اجتماعية، علائقية...الخ.

وانطلاقا مما سبق تتبلور إشكالية دراستنا في التساؤلات التالية:

- هل يتسم الأطفال المعاقين ذهنيا بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بالمسيلة برفض النشاط والسلوك العدواني؟

2- تحديد الفرضيات:

- إن الأطفال المعاقين ذهنيا بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بالمسيلة يتسمون برفض النشاط والسلوك

3-أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تطرقت إليه ألا وهو رفض النشاط والسلوك العدواني لدى المعاقين ذهنيا، كما أنها شريحة جديرة بالاهتمام ومن هنا تستمد الدراسة أهميتها والتي تكمن في محاولة توعية الأولياء بعدم إهمال هذه الشريحة ومنح الاهتمام والاعتناء أكثر بهم، وكذلك محاولة إثراء البحوث والدراسات السابقة في هذا الموضوع، بالإضافة إلى ذلك لفت الانتباه إلى جوانب من سلوكات الأطفال المعاقين عقليا خاصة العدوانية منها.

4-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1- دراسة السلوك العدواني ورفض النشاط لدى الأطفال المعاقين ذهنيا بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بالمسيلة.

2- محاولة التعرف على مسببات السلوكات العدوانية لدى فئة المعاقين ذهنيا.

3- محاولة التعرف على طرق خفض السلوك العدواني لدى هاته الفئة.

5- تحديد المصطلحات:

5-1-سلوك العدواني:

التعريف اللغوي: العدوانية « Agressivité » هي لفظ مشتق من كلمة لاتينية « Adgrandi » والذي يعني المشي نحو أو ضد، وفي اللغة العربية العدوانية مشتقة من العداء، وهي الميل إلى الاعتداء أو العدوان الذي يكون لفظا أو جسدا.(ج لا بلانش وبونتاليس، 1978، ص256)

التعريف الاصطلاحي: ينظر للعدوان على أنه شعور داخلي بالغضب والاستياء، ويعبر عنه ظاهريا في صورة فعل أو سلوك يقوم به شخص أو جماعة بقصد إيقاع الأذى بالآخرين أو بالذات أو الممتلكات، ويأخذ صور العنف الجسمي متمثلا في (الضرب أو الممتلكات...)، كما يتخذ صور التدمير وإتلاف الممتلكات، والعدوان اللفظي متمثلا في (التهديد، الكيد، ...الخ) (عصام عبد اللطيف العقاد، 2001،ص 97).

إجرائيا: يمكننا السلوك العدواني أنه سلوك الطفل المعاق ذهنيا الذي يهدف إلى تعمد إيذاء طرف آخر، أو الإضرار به، أو مخالفة العرف السائد في التعامل بين الناس، ويأخذ صورا متعددة بديلة أو لفظية، وسواء كان هذا العدوان مباشر أو غير مباشر.

5-2- الإعاقة الذهنية:

لغة: هو نقص خلقي في التطور الفكري ويظهر هذا النقص مبكرا ولا يمكن إتمامه (Sillammy –N, 2006, p 28).

اصطلاحا: يعرف هبير (Heber) الإعاقة الذهنية أنها "حالة قصور في السلوك التكيفي وظيفي دون المتوسط أثناء النمو ويصاحب، هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد. (عبد المحي محمود حسن صالح، 2002: ص 136)

إجرائيا: هو قصور أو ضعف فكري سواء كان لأسباب خلقية أو مرضية أو بيئية، ينجم عنه سوء التكيف النفسي والاجتماعي للفرد مما ينعكس سلبا على درجة تحصيل هذا الفرد المتخلف عقليا في مختلف المجالات.

6- الدراسات السابقة:

فهناك عدة دراسات تناولت علاقة الإعاقة العقلية بالعدوان نجد منها دراسة "**عفاف محمد عبد المنعم**" عن المشكلات السلوكية للمتخلفين عقليا، توصلت إلى أن أولى المشكلات من ناحية الترتيب هي مشكلة السلوك العدواني، وبذلك تؤكد هذه الدراسة ودراسة" قيول **البيلاوي**" على مدى انتشار السلوك العدواني وبروزه في مقدمة مشكلات الأطفال المعاقين عقليا وهذا في كل الفئات العمرية. (أمال عبد السميع مليجي باظة، دون سنة، ص2)

كما نجد دراسة "**بالوك وإيسار**" (**1971** التي أشارت إلى وجود ارتفاع في مستوى العدوانية الصريحة عند نزلاء دور الرعاية(للمتخلفين عقليا) وكان الدافع وراء ذلك رغبتهم في إثارة انتباه الآخرين نحوهم ،والعدوان لديهم ليس موجه لإيذاء أنفسهم ولا لإيذاء غيرهم ،ولكنه موجه لجذب انتباه الآخرين.(إيمان فؤاد محمد كاشف ،2001،ص33)

وقد وجدت "**جرين**" من جهتها أن البنات المتخلفات عقليا في مؤسسات التربية الخاصة، كن غير متكيفات وعدوانيات في المواقف الاجتماعية وتكرر هروبهن من المؤسسة.(سهير محمد سلامة شاش،2001،ص185)

ومن الدراسات أيضا التي اشتملت فئة المعاقين عقليا دراسة" **سعيد دبيس**" (1999) للكشف عن أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا باختلاف نوع الإقامة سواء كانت إقامة خارجية أم داخلية، ويفسر وجود العدوان لدى المتخلفين عقليا في المؤسسات إلى القيود والإحباط وكثيرا ما يكون العدوان نفسه سببا رئيسيا في إرسال الطفل المتخلف ذهنيا إلى المؤسسة الداخلية و التخلص من مشاكله في المنزل ومع الجيران وكذا الأصحاب. (سهير محمد سلامة شاش، 2001، ص186)

7-الخلفية النظرية للدراسة:

7-1- السلوك العدواني:

يعتبر العدوان من المظاهر النفسية التي شغلت اهتمام المفكرين والفلاسفة ورجال الدين، وعلماء النفس والاجتماع، فكان أكثر أنماط السلوك شيوعا في حياة الأفراد والمجتمعات، وما يحدث من عنف وقمع وتسلط وشتم ما هي إلا من مظاهر السلوك العدواني، فظهر بذلك هذا السلوك خاصة عند الأطفال.

وبما أننا في صدد دراسة السلوك العدواني لدى الأطفال، اخترنا فصلا خاصا، والذي سوف نتناول فيه تعريف العدوان لغويا، اصطلاحيا، ومفاهيم لها علاقة بالعدوان، مظاهر العدوان، أشكاله وتطوره، بالإضافة إلى النظريات المفسرة للعدوان، العوامل المسببة له، قياسه، وكذا الوقاية والعلاج منه.

1-تعريف العدوان

التعريف اللغوي: العدوانية « Agressivité » هي لفظ مشتق من كلمة لاتينية « Adgrandi » والذي يعني المشي نحو أو ضد، وفي اللغة العربية العدوانية مشتقة من العداء، وهي الميل إلى الاعتداء أو العدوان الذي يكون لفظا أو جسدا.(ج لا بلانش وبونتاليس، 1978، ص256)

التعريف الاصطلاحي: ينظر للعدوان على أنه شعور داخلي بالغضب والاستياء، ويعبر عنه ظاهريا في صورة فعل أو سلوك يقوم به شخص أو جماعة بقصد إيقاع الأذى بالآخرين أو بالذات أو الممتلكات، ويأخذ صور العنف الجسمي متمثلا في (الضرب أو الممتلكات...)، كما يتخذ صور التدمير وإتلاف الممتلكات، والعدوان اللفظي متمثلا في (التهديد، الكيد، ...الخ) (عصام عبد اللطيف العقاد، 2001،ص 97).

تعاريف بعض العلماء، والباحثين:

- **تعريف فرويد:** يرى فرويد أن الإنسان يولد بغريزتين، غريزة الحياة المتمثلة في الجنس، وغريزة الموت المتمثلة في التعبيرات والمظاهر العدوانية، وقد قسم فرويد العدوان إلى:

-**العدوان البديل:** وهو السلوك الموجه نحو مصدر بديل لمصدر العدوان الرئيسي.

-**العدوان المباشر:** وهو السلوك الموجه نحو مصدر التهديد.

-**العدوان الخيالي:** وهو العدوان الذي يتم به توجه الفرد مع أشخاص أو مع ممثلي السينما من خلال مشاهدة الأفلام السينمائية العنيفة. (نايفة قطامي، 2001، ص 157)

ويقول فرويد إن التعبيرات والمظاهر العدوانية إن لم تجد متنفسا تجاه الآخرين فإنها توجه نحو الفرد نفسه، وقد تجد طريقا مقبولا للتعبير عن نفسها من خلال نشاط يفرغ طاقتها كالرياضة مثلا وإلا فإن الناس سيلجؤون إلى العدوان. (عصام عبد اللطيف العقاد، 2001. ص 98)

فتعريف فرويد للسلوك العدواني ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت مقابل الليبيدو وكمظهر لغريزة الحياة، ويولد الطفل بدافع عدواني فهو استجابة غريزية.

وتعرف العدوانية في معجم مصطلحات التحليل النفسي على أنها: "تلك النزعة أو مجمل النزعات التي تتجسد في تصرفات حقيقية أو هوامية، وترمي إلى إلحاق الأذى والضرر بالآخر، أو تدميره وإكراهه، وإذلاله، وقد يتخذ نماذج أخرى غير الفعل الحركي العنيف والمدمر، إذ أن هناك تصرفات سلبية كرفض العون أو ايجابية رمزية كالسخرية (جان لا بلانش وبونتاليس،1978،ص257).

-**تعريف" باندورا":** يري" باندورا "Bandura "(1973) وأنصاره من جهة أخرى أن الطفل يتعلم استجابات جديدة من النموذج وهو يؤدي إلى تقليد محاكاة هذا السلوك الجديد، وأن رؤية الطفل للسلوك العدواني للكبار يضعف من أثر الكف الذي يتعرض

له الدافع العدواني الكامن في نفسه، فينطلق ساخرا دون قيد. (رشاد علي عبد العزيز موسى، 1998، ص 599)

فالعدوان عند" باندورا" هو عبارة عن سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، وينتج عن إيذاء شخص أو تحطيم الممتلكات(حسن عبد المعطي، 2003، ص444).

-**تعريف" دولارد** " « Dollard » يعرفه على أنه فعل يمثل استجابة تهدف إلى إلحاق الأذى بكائن أو بديله. (زكريا الشربيني، 2005)

-**تعريف باص:** « Bass » **(1961):** أما العدوان عند « Bass » هو كل سلوك يلحق الأذى بالآخرين أو ممتلكاتهم، بغض النظر عن القصد الكامن خلف هذا السلوك. (سامر جميل رضوان، 2007، ص 292)

ويرى" موير"«Moyer » 1976 , "بير كوفتز"Berkovitz (1993) أن العدوان لا بد وأن يتضمن القصد أو النية في إلحاق الأذى بشخص معين سواء كان ذلك الأذى مباشرا أو غير مباشر، لكنهما يخصصان كلمة العنف (Vioence) للإشارة إلى السلوك العدواني المبالغ فيه، والهادف إلى إلحاق أذى جسمي خطير بشخص آخر أو تدمير ممتلكاته.(روبرت مكلفين ورتشارد غروس، 2002، ص 335).

ويذهب نعيم الرفاعي إلى تحديد العدوان بالمعنى الواسع، وبالمعنى الضيق، فالمعنى الواسع للعدوانية يعتبرها كل سلوك نشيط وفعال تهدف العضوية من ورائه إلى سد حاجاتها وغرائزها وبهذا المعنى فإن العدوانية تشمل كل الفعاليات الإنسانية الموجهة نحو الخارج المؤكدة للذات الساعية وراء سد حاجاتها الأساسية سواء كانت حاجات الجنس، التملك وغيرها، أما بالمعنى الضيق فالعدوانية تتمثل في السلوك الهجومي المتمثل في الإكراه والإيذاء وتكون بذلك دفاعا هجوميا متجها لإكراه الآخرين، أو إيقاعهم في الأذى. (نعيم الرفاعي، 1979، ص291)

وعلى هذا الأساس: فإن تعريفات السلوك العدواني تشير في مجملها صراحة أو ضمنا إلى أن العدوان سلوك يهدف إلى تعمد إيذاء طرف آخر ،أو الإضرار به، أو مخالفة العرف السائد في التعامل بين الناس، ويأخذ صورا متعددة بديلة أو لفظية، وسواء كان هذا العدوان مباشر أو غير مباشر.

2-مفاهيم لها علاقة بالعدوان:

2-1- الغضب: اعتبر "**باس وبيزى**" (1992) الغضب بمثابة المكون الانفعالي أو الوجداني للعدوان، فهو يشتمل على الاستثارة الفيزيولوجية والاستعداد للعدوان، فهو عبارة عن خبرة وليس سلوكا، وهو استجابة انفعالية متزايدة غالبا ما تظهر على نحو عدواني بطرق لفظية و بدنية وبصفة خاصة عندما يهدد أو يهاجم الشخص. (حسين فايد، 2001،ص 21- 23).

وللغضب سببان رئيسيان هما: الهجوم والإحباط، والغضب كظاهرة نفسية هو أحد الانفعالات أو العواطف الأساسية للإنسان والتي تعتبر إشارة أو دلالة على مواجهة الضغوط وعوامل الإحباط في الحياة، ويكمن الخطر الناتج عن الغضب عندما يتراكم داخل النفس البشرية حيث ينتج عنه الأمراض والاضطرابات النفسية. ومن أضرار انفعال الغضب: يؤثر الانفعال على التفكير فيمنعه من الاستمرار ويجعله غير واضح، ويجعل الإنسان أكثر استعدادا وتهيؤا للاعتداء البدني. كما يقلل الانفعال من قدرة الشخص على النقد وإخضاع التصرفات للرقابة الإدارية مما يؤدي إلى تصرفات عشوائية. وإذا استمرت دائرة الانفعالات دون أن تنتهي، استمرت التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لها المتمثلة في زيادة ضربات القلب ، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة السكر في الدم، مما يؤدي في النهاية إلى تغيرات عضوية في الأنسجة تنشأ عنها الأمراض النفسية. (عصام عبد اللطيف العقاد، 2001، ص100)

2-2-**العدوانية:** هي ميل الفرد للقيام بالأفعال العدوانية وميل لغرض مصالح الفرد أو أفكاره الخاصة رغم المعارضة.(Roger perron، 1988).

بحيث يكون هناك إشباع غريزي من خلال العدوانية اتجاه الموضوع، مثلا رؤيته يعاني. (Bergert, 2000).

وكما بين" كونراد لوزير" (1969) أن العدوانية تظهر أنها غريزية وطبيعية، وهذا يعني أنها تصبح ميلا للاعتداء أو التعدي على الغير في العلاقات الإنسانية (Philipe Chamy, sons lieu d'édition).

2-3-العنف: هو استجابة سلوكية ظاهرة موجهة نحو شخص ما أو جماعة ما تستهدف إلحاق الضرر والألم والتدمير به أو بها. (Roger perron, 1988).

فهي رد فعل للدفاع عن النفس، مفاجئ آني، دون أي إشباع أو إحساس بالذنب، هو موجه لتخفيض حدة القلق في الهجوم.(Bergeret,2000).

3- مظاهر العدوان:

يتجلى السلوك العدواني في عدة مظاهر منها:

3-1- العدوان الجسدي: يقصد به السلوك الجسدي الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين، وذلك باستخدام الضرب، الدفع، وترافق هذه السلوكات نوبات الغضب الشديد. (عبد الرحمان العيساوي، 1984)

فبعض الأطفال يستفيدون من قوة أجسامهم وضخامتها في إلقاء أو صدم أنفسهم بعض الأطفال ويستخدم البعض الآخر يديه كأدوات فاعلة في السلوك العدواني، وقد تكون للأظفار أو الأرجل أو الأسنان أدوات مفيدة للغاية في كسب المعركة.(زكريا الشربيني، 1994، ص86)

3-2- العدوان اللفظي: وهو عدوان يقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب كالشتم والسخرية والتهديد ولا تكون مشاركة الجسد ظاهرة فيه، وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف. (كاملة الفرخ شعبان، 1999، ص 116)

3-3-العدوان الرمزي: ويشمل التعبير بطرق غير لفظية، أي هو سلوك لا يظهر بشكل مباشر وإنما يتخذ شكلا يعبر عن الفرد القائم به ويتضمن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم، كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن العداء له، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه، أو النظر بطريقة ازدراء واحتقار والامتناع عن رد السلام عليه. (خولة أحمد يحي، 2000، ص186)

4-أشكال العدوان:

للعدوان عدة أشكال نلخصها فيما يلي:

4-1- العدوان العدائي: وهو موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط انتقاما من الشخص الذي أغضبه. (خولة أحمد يحي، 2000، ص 186)

4-2- العدوان العشوائي: يكون بدون سبب معين، مثلا الطفل الذي أمام بيته ويضرب المارين بالحجارة أو مطاردة طفل صغير دون سبب. (زكريا الشربيني، 1994)

فالعدوان العشوائي سلوك طائش ذو واقع غامض غير مفهوم وتصدر عن الطفل نتيجة الشعور بالخجل والإحساس بالذنب الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الطفل.

4-3-العدوان الوسيلي: يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه وخطورة هذا النوع تكمن في أن الطفل يتعلم الوصول إلى أهدافه عن طريق العدوان. (خولة احمد يحي، 2000، ص 186)

4-5- العدوان المستبدل: هو اتخاذ الناس الأبرياء هدفا لتفريغ المشاعر العدوانية، حيث يوجه السلوك إلى مثيرات غير أصلية، سواء تعلق الأمر بالأشياء أو بالأشخاص، والسلوك المستبدل يحدث عندما يكون مصدر الإحباط قويا. (زكريا الشربيني، 1994)

4-6- العدوان المباشر: وهو الذي يوجه مباشرة إلى الشخص أو الشيء الذي سبب له الإحباط والفشل. (أحمد الظاهر قحطان، 2004)

4-7- العدوان غير المباشر: هو سلوك يتمثل في الإيذاء بالملاحظات أو الانتقادات الجارحة نحو الشخص مصدر الإحباط ويمكن أن يتخذ صورا كالغش أو الخداع. **(زكريا الشربيني، 1994)**

5- النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

لقد تباينت وجهات نظر علماء النفس بأصل العدوانية وطبيعتها، ويرجع ذلك إلى اختلاف الافتراضات النظرية والمنطلقات الفكرية والفلسفية التي ارتكزت عليها النظريات النفسية والاجتماعية، فوجدوا أن هناك عوامل بيولوجية وفطرية وأخرى بيئية مكتسبة، وهكذا اتجه البعض إلى الأخذ بالتفسير البيولوجي والبعض الأخر اتجه إلى التفسير النفسي، في حين أخذت الأخرى بالتفسير الاجتماعي.

5-1- النظرية البيولوجية: يقول أصحاب هذه النظرية أن العدوان جزء أساسي في طبيعة الإنسان حيث يرى بعضهم أن الانتقال الوراثي لسمات نوعية هو الذي يؤدي إلى الفروق في العدوان بين الأفراد والجماعات ومن ثم فإن الأفراد الأكثر ارتباطا بيولوجيا يتشابهون في مستوى سلوكهم العدواني، بينما يختلف الأفراد غير المرتبطين بيولوجيا في هذا المستوى. (معتز سيد عبد الله، 2001)

وذهب آخرون إلى القول بوجود اختلاف من حيث التركيب التشريحي وعدد الكوموزومات بين المجرمين وغيرهم من عامة الناس، واعتمد البعض الأخر على

دراسة الهرمونات وقالوا بوجود ارتباط بين هرمون الذكورة التيستوستيرون وزيادة العدوان. (عصام عبد اللطيف العقاد، 2001)

5-2-نظرية الإحباط والعدوان: ومن زملاء هذه النظرية" دولارد" Dollard" (1939) الذي يؤكد هو ومساعدوه على أن السلوك العدواني ينتج عن الإحباط ،أي أن الإحباط هو السبب الذي يسبق أي سلوك عدواني ويظهر الإحباط عند الطفل عندما يريد إشباع أحد دوافعه و يواجه عائقا يمنعه ويحوله دون تحقيق وإشباع هذا الدافع، وهذا يبدأ في تفاعله العدواني فيحطم كل ما يراه أمامه. (محمد جميل محمد ويوسف منصور، 1981، ص 166)

فالسلوك العدواني حسب" دولارد "ومساعدوه هو الاستجابة الطبيعية للإحباط،حيث انه كلما ازداد الإحباط وتكرار حدوثه ازدادت شدة العدوان.

ويقول "**هاريس**" (1973) لا يؤدي الإحباط دائما إلى العدوان إذ أن هذا مرهون بقدرة الفرد على تحمل الإحباط حسب تاريخه التكويني الذي يمتد إلى مرحلة الطفولة، ولذا نجد الفرد يتكيف مع الموقف الإحباطي ويكف عدوانه أو يؤجله أو يحوله إلى مسار آخر يظل موجودا حتى يشبع الدافع ويتحقق الهدف فيعود الاتزان إلى الشخصية، أما "**روز نزفيج**" (1944) فيرى أن الإحباط يمكن أن يؤدي إلى العدوان على الآخرين أو العدوان على الذات أو إلى الحل البناء لموقف الإحباط.(نبيل عبد الفتاح حافظ، د ت)

5-3- نظرية التعلم الاجتماعي: ترى هذه النظرية أن السلوك العدواني يتم تعلمه كنتاج لعمليات التفاعل الاجتماعي بحيث يكتسب الأفراد هذا السلوك من خلال التقليد والنمذجة، فالأطفال يلاحظون سلوكات والديهم وإخوانهم وأقرانهم ومعلموهم، ويعملون على تقليدها، كما أنهم يتعلمون أنماط السلوك، بما فيها العدوانية، من خلال مشاهدة الأفلام والمسلسلات. (عماد عبد الزغلول، سنة 2006، ص169)

ويشير" ألبرت باندورا" a.Bandara "ممثل نظرية التعلم الاجتماعي إلى أن العدوان سلوك اجتماعي متعلم مثل غيره من أنواع السلوكيات الأخرى، ويصف العدوان باعتباره مدى واسع من السلوكات يتم بناؤه لدى الإنسان نتيجة الخبرة السابقة التي يكتسب فيها الشخص الاستجابات العدوانية. (حسين فايد، 2004، ص 36-37)

وبهذا فإن العدوان حسب هذه النظرية هو خليط من الملاحظات أو المشاهدات، ومن خلال التقليد والمحاكاة ومن خلال رؤية نماذج معينة للعدوان، ومن تأثير التعزيز أو الحصول على المكافئات من جزاء العدوان.

5-4- النظرية المعرفية: ركز أصحاب هذه النظرية على الكيفية التي يدرك بها العقل الإنساني وقائع أحداث معينة في المجال الإدراكي وعلى مختلف المواقف الاجتماعية المعاشة وانعكاسها على الحياة النفسية للإنسان مما يؤدي إلى تكوين مشاعر الغضب والكراهية وكيف أن مثل هذه المشاعر تتحول إلى إدراك داخلي يقود صاحبه إلى ممارسة السلوك العدواني، وتشير هذه النظرية إلى أن الطفل يشكل سلوك العدوان إذا ما تعرض إلى نقص في المعلومات التي يحتاجها، وهذا النقص في المعلومات حول قضية ما تثير لديه نوعا من القلق وعدم التوازن في معارفه مما يحفزه إلى اللجوء لبنائه المعرفي للخلاص من هذا التوتر والقلق أو قد يلجأ إلى البحث والتنقيب في البيئة المحيطة لإيجاد جواب لتلك القضية فيعود لحالة التوازن المعرفي التي تخلصه من قلقه، ولكن في حالة كون المهمة أعلى كثيرا من مستوى قدرات الفرد، فإنه يشعر بالقلق والتوتر وبالتالي قد يطور سلوكا عدوانيا حول المثير مصدر القلق، بالإضافة إلى أن الطفل يشكل سلوكا انطوائيا وعدم تكيف مع البيئة نتيجة عدم توفر تلك المعلومات اللازمة لذلك. (نايفة قطامي، 2001)

5-5- نظرية التحليل النفسي: من أشهر رواد هذه النظرية" فريد" الذي يعتبر من أوائل النفسانيين الذين اعتبروا العدوانية فطرية وأن الإنسان مزود بغريزتين هما غريزة الحياة والموت.

أ-غريزة الحياة: وتشمل هذه الغريزة الغرائز الجنسية وغرائز حفظ الذات التي تحمي الفرد من تلك الغرائز (الموت، العدوان) وتوجيهها نحو العالم الخارجي لتفادي تدمير الذات، وهكذا يكون الأشخاص عدوانيين تجاه بعضهم البعض أو اتجاه الحيوانات أو الأشياء

ب- غريزة الموت: ويرى "فرويد" أن الطفل يولد مزودا بالغريزة العدوانية التي تكون مرتبطة بنموه النفسي الجنسي خلال المرحلة الفمية، الشرجية، القضيبية ثم الأوديبية، فهي من العوامل التي تطور العدوانية وميولها عند الطفل حيث لا شعوريا الرغبة في قتل الأب والقضاء عليه من أجل إيجاد الإشباع لرغبته الجنسية، فالأب يمثل العائق بين الطفل وبين الموضوع المتمثل في الأم. (E.R. Hidgar 1980)

وبهذا فقد نسب "فرويد" العدوان إلى تلك الدوافع الغريزية الأولية الأساسية فالعدوان مظهر لغريزة الموت التي تستهدف تحويل المادة العضوية إلى مادة غير عضوية أي تعمل على فناء الكائن الحي (الإنسان) مقابل غريزة الحياة التي تعمل عن طريق دوافع الحب والجنس وما يحتويه كل منهما من طاقة الليبيدو على حفظ حياة الكائن الحي واستمراريته.

أما "**أدلر**" فقد قام بتعديل وتطوير فكرة العدوان من خلال أعماله المتتالية ويمكن إيجاز ذلك فيما يلي: العدوان إحساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم القدرة على تحقيق الإشباع ويمكن للعدوان أن يتحول عبر طرق عديدة عندما لا يستطيع الفرد توجيهه للموضوع الأساسي، ومنها كتحويل طاقة العدوان إلى دافع بديل آخر كالغيرة وتحويل العدوان إلى هدف آخر كتحويله إلى الذات.

ربط "**أدلر**" فكرة العدوان من أجل التغلب على مشاعر العجز و النقص بالذكورة لما يرتبط بها بيولوجيا وثقافيا من مشاعر التميز والقوة إلا أنه قلل من أهمية ذلك فيما بعد. (خليفة أحمد محمود، 1977)

ومهما اختلفت الاتجاهات التحليلية في تفسيرها للسلوك العدواني فإنها تشترك جميعها في غريزية العدوان في الإنسان.

إذن بعد عرضنا لمختلف النظريات التي فسرت السلوك العدواني نستنتج أن كلا منها قد فسرت جانبا من هذا السلوك ولم تفسر السلوك كله، ولكنها متكاملة وليست متعارضة لأن السلوك العدواني كأي سلوك محصلة مجموعة من العوامل المتفاعلة بعضها ذاتي وبعضها يكمن في ظروف التنشئة الاجتماعية والأفكار التي يتبناها الفرد ومواقف الحياة التي يعايشها بما فيها من إحباط وصراع وعقاب وغير ذلك.

6- العوامل المسببة للسلوك العدواني:

إن الفرد يتعرض لمختلف المواقف التي تستثير غضبه، والتي من شأنها تظهر سلوكات عدوانية لديه تكون غالبا مصحوبة بإصدار سلوك ما لفرض ذاته والتعبير عنها، لكن سرعان ما يختفي ويزول هذا السلوك بزوال الموقف المثير، غير أن هناك عدوان يكون نتيجة تراكم عوامل ومثيرات يصعب بعدها التغلب على السلوك العدواني الناتج عنها و لعل من بين أهم هذه العوامل ما يلي :

6-1-العوامل البيولوجية: هناك تجارب كثيرة أجريت لتأييد افتراض العوامل البيولوجية في تفسير العدوان، وتدور هذه الأبحاث التي تؤيد التفسير البيولوجي في إطار دراسة الهرمونات ومراكز الدماغ، فلقد تبين أنه عندما يتم تنبيه اللوزة وهي منطقة في وسط المخ، كهربائيا أو كيميائيا أو نتيجة ورم في المخ أو تمزق في نسيجه، يصبح الكائن الحي عنيفا ويسلك بعدوانية. (عبد الرحمان العيسوي، 2000)

كما أشارت بعض الدلائل إلى أثر الهرمونات في السلوك العدواني مثل التيستوستيرون (هرمون الذكورة) فالحقن بهذا الهرمون يؤدي إلى زيادة السلوك العدواني لدى الحيوانات، وتوصل "**دابس**" وزملاؤه في تجربتهم إلى أن مستويات التيستوستيرون التي تفرز طبيعيا أعلى بصورة جوهرية لدى السجناء الذين ارتكبوا جرائم عنف من السجناء الذين ارتكبوا جرائم غير عنيفة.(معتز عبد الله، 2001)

وذكر بعض الباحثين ارتباط العدوان بالكر وموسومات الذكرية، فمن المعروف أن الذكر يختلف عن الأنثى في وجود الكروموسوم (y)، فالأنثى تكون (xx)، بينما الذكر (xy) ولذلك يعد الكروموسوم (y) هو المحدد للجنس، وقد أوضحت الدراسات أن نسبة عالية من مجرمي العنف الذين تم إيداعهم في السجون بهم عيب في توزيع الكروموسوم (y) حيث كانت الكروموسومات لديهم تأخذ شكل (xxy)، وحاول البعض إرجاع السلوك العدواني لدى هؤلاء الأفراد إلى وجود كروموسوم (x) زائد عن الطبيعي، وقد أوضح" **موني**" Maoneg أن الأفراد الذي يوجد لديهم (xyy) لا يعانون من ارتفاع معدل السلوك العدواني بهم مقارنة بغيرهم من الأسوياء بصور قاطعة. (حسن مصطفي عبد المعطي، 2003).

6-2-العوامل النفسية :

- **العوامل اللاشعورية:** أكد الكثير من العلماء أهمية العوامل اللاشعورية في السلوك العدواني مثل الانفعالات أو العوامل الغريزية فيبدو لنا أن الطفل يعتدي لسبب تافه إلا أنه في الحقيقة يوجد سبب لا شعوري لا نستطيع معرفته مباشرة، كذلك فإن الانفعالات المكبوتة تدفع الطفل إلى العدوان لذلك فعقاب الطفل قد يحدث مزيدا من الإحباط والثورة والواجب هو تخليص الطفل من صراعاته الداخلية. (عبد الرحمان العيسوي، 1997)

- **الشعور بالغضب:** فالغضب حالة انفعالية تعبر عن عدم الرضا يشعر بها الفرد بصفة عامة والأطفال بصفة خاصة، وهناك اختلاف في التعبير عن هذا الغضب، فالبعض يتجه إلى الهدم وإتلاف ما يحيط به، والبعض يعاقب نفسه، ويضر ذاته بشد شعره أو ضرب رأسه بالأثاث. (زكريا الشربيني، 2005)

- **الشعور بالإحباط:** تبدأ بوادر العدوان تتجمع بسبب العراقيل وعوامل الإحباط التي يتلقاها الطفل في اندفاعه نحو تحقيق ذاته وإشباع رغبته و إذا استمر الإحباط لفترات طويلة أصبح الطفل عدوانيا. (معتز سيد عبد الله، 2001)

فقد يؤدي عامل الفشل كرسوب الطالب أكثر من مرة في الصف الذي يدرسه، أو الفشل في شؤون الحياة الأخرى كالهزيمة أيضا في المسابقات، إذ يؤدي إلى دفع الطالب إلى العدوانية، كرد فعل تجاه هذا الفشل والإحباط. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2007، ص 464)

ولقد قام كل من" **بيكر**" وزملائه عام (1941) بدراسة هدفت إلى الوقوف على الآثار النفسية للإحباط، وتمثلت إجراءات التجربة في مشاهدة مجموعتين من الأطفال لغرفة مملوءة بالدمى، بعدها أتيح للمجموعة الأولى الدخول واللعب مباشرة بعد المشاهدة، بينما تركت المجموعة الثانية تنتظر دون تمكينها من اللعب بالدمى لفترة، ثم أدخلوا ليلعبوا بها، فلوحظ أن أطفال المجموعة الأولى التي لم تتعرض لخبرة الإحباط أكثر هدوء في لعبهم وأقل نحوها بصورة تدميرية. (معتز سيد عبد الله، 2001).

- **الشعور بالنقص:** قد يدفع الشعور بالنقص من الناحية الجسدية أو العقلية أو النفسية إلى العدوانية في التعامل داخل المدرسة وخارجها.(أسامة محمد البطانية وآخرون، 2007، ص 464).

- **الشعور بالغيرة:** إن الأساس في انفعال الغيرة هو متغيرات القلق والخوف وانخفاض الثقة بالنفس، ونتيجة عدم راحة الطفل لنجاح غيره من الأطفال يكون من الصعب عليه

الانسجام معهم أو التعاون مع بعضهم، وربما اتجه إلى الانزواء أو إلى التشاجر معهم، أو التشهير بهم، أحيانا يظهر الأمر أكثر وضوحا بين الطفل وأخيه الذي يتميز عليه في بعض الأشياء كالممتلكات أو استحواذ الحب والعطف من الآخرين وهذا ما يجعلنا نشاهد سرعة تغير سلوك الطفل الغيور من الود والحب اتجاه أخيه إلى صراع و عدوان.(زكريا الشربيني،1994، ص 79)

- **الشعور بالفشل والحرمان:** إن فشل الطفل أكثر من مرة في تحقيق هدف ما مثل النجاح في لعبة ما مثلا، قد يجعله يوجه عدوانية إليها بكسرها أو بدفعها بعيدا، وكذلك فشله في الحصول على الحب والتقدير رغم جهده لكسب ذلك يجعل سلوكه عدوانيا، فحرمان الطفل من حاجاته باستمرار، ذلك ينعكس في صورة سلوك عدواني يصدره الطفل.(سناء محمد سليمان،2008)

6-3- عوامل اجتماعية: وتمكن فيما يلي:

- **الأسرة:** لثقافة الأسرة دور كبير في تحديد مسؤوليات العدوان التي يجب أن يتخذها الطفل تجاه ما يقابله، كما أن للعلاقات داخل الأسرة دورا في دعم العدوانية لدى الأطفال.(زكريا الشربيني، 1994، ص 90)

ويرى "**جافيه**" (1990) وآخرون أن تطرف الصراع بين الوالدين و زيادة حدته وعلانيته يؤدي إلى إساءة الاستخدام الجسمي بينهما، وأن رؤية الأطفال لمثل هذا العنف يزيد من احتمال أن يظهر هؤلاء الأطفال أنفسهم العنف في تعاملاتهم. (ألان كازدين، 2000، ص121)

ويرى "**هويسمان**" (1984) أن مستوى العدوانية لدى الوالد عندما كان في نفس العمر الزمني لطفله في الوقت الراهن يعد هو أفضل مؤشر أو منبئ لمدى عدوانية ذلك الطفل.

ثم إن الفقر والازدحام الزائد لأفراد المنزل وظروفه السيئة والبطالة تعد من العوامل التي تدل على سوء المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة التي تحول دون الرقابة والإشراف الجيد على الطفل، والتي تزيد من مخاطر تعرض الأبناء للاضطرابات السلوكية العدوانية، حيث الأسر ذوي المستوى الاجتماعي المنخفض يستخدمون العقاب البدني بصورة اكبر من الطبقات الوسطي والعليا التي تميل إلى استخدام العقل النفسي مثل النبذ، اللامبالاة، وهذا يفسر زيادة نسبة السلوك الإجرامي بين الطبقات الدنيا. (ألان كازدين، 2000، ص 121)

- **الوالدان كنموذج للعدوان:** إن الأسرة التي يخرج منها الطفل العدواني هي الأسرة التي تقدم أمثلة عدوانية للطفل، فالطفل الذي يشاهد أباه يحطم الأشياء من حوله عندما ينتابه الغضب أو يصفع أمه على وجهها إنها يتشرب ذلك السلوك في الغالب ويستعين به في علاقته مع أقرانه ومع كل من يتسنى له استخدامه معهم من الكبار. (يوسف ميخائيل أسعد، 1988، ص197)

ويعتقد" **باندور**"ا Bindura أن الآباء الذين يتسمون بالقسوة مع أبنائهم يتعلم أبناؤهم السلوك العدواني، كما توصل أيضا أن الآباء الذين كانوا يشجعون أبناءهم على المشاجرات مع الآخرين وعلى الانتقام ممن يعتدي عليهم والحصول على مطالبهم بالقوة كانت درجة العدوانية لديهم أكبر من درجة العدوانية عند الآباء، الذين لم يشجعوا أبناءهم على السلوك العدواني بأي شكل من الأشكال.(رفيق صفوت مختار، 2001، ص70)

- **الحماية الزائدة و التسامح مع العدوان:** يقال أن الأبوين يسرفان في حماية الطفل إذا كان يبالغان في رعايته ووقايته ومحبته فالطفل من هذا النوع وفي داخل جو شديد الحماية، لا يعرف إلا لغة الطاعة لكل رغباته، يتعلم أن يصير متجبرا متخذا العدوانية

كسلوك وتصرف يحقق له كل رغباتـــه رافضـــا لأبســـط درجـــات الحرمان.(زكريـــا الشربيني، 1994، ص 89)

ولقد أكد كل من" **سيرز**" **وما كويي زلفين**" أن التسامح الشديد عند تعدي الطفـــل يتسبب في تصعيد عدوانه وأن التسامح الزائد عند الآباء وعدم معاقبتهم على ســـلوكهم العدواني أن يجعل درجة العدوان ترتفع عند الأبناء.(وفيق صـــفوت مختـــار، 2001، ص70)

- **الرفض الوالدي:** حيث تعتبر أساليب المعاملة الوالدية من أهم العوامل التـــي تـــؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل بما في ذلـــك ظهـــور العدوانيـــة علـــى سلوكاتهم من عدمه، ولقد ذكر "**عبد الفتاح**" (1990) أن أســـاليب المعاملـــة الوالديـــة تتمثل في بعدين رئيسيين هما: القبول الوالدي والذي يعبر عنه بمدى الحب الذي يبديـــه الوالدين للطفل في المواقف المختلفة، هذا يؤدي إلى تكوين عدد من سمات الشخصـــية المرغوب فيها لدى الطفل، أما الرفض الوالدي للطفل فإنه يأخذ عدة مظـــاهر منهـــا: الرفض الصريح، الإهمال، العقاب البدني وهذا يـــؤدي إلـــى عـــدم التوافـــق النفســـي والاجتماعي لدى الطفل، كما أن سلوكه يأخذ الطابع العدواني(محمد برد فائقة، 2003، ص 03).

وأكدت دراسة "**سوشاين**" أن العدوانية لدى الأطفال ترتبط ايجابيا بشدة القسوة في العقاب والرفض وعدم الرضا من جانب الأم عن السلوكيات التي تصدر مـــن الأبنـــاء ،وأن كثرة عقاب الطفل جسديا يجعله يعتقد أن العدوان والقسوة شيء مسموح به مـــن القوي إلى الضعيف (وفيق صفوت مختار، 2001، ص 70).

7-قياس السلوك العدواني:

بما أن العدوان ظاهرة سلوكية معقدة ليس لها تعريف واحد متفق عليـــه، فـــإن طرق القياس أيضا اختلفت واعتمدت على تفسير الباحث للسلوك العدواني والأســـباب

التي يعتقد أنها تكمن وراءه ومع ذلك هناك عدد من الطرق تم إتباعها لقياس السلوك العدواني وأهم هذه الطرق شيوعا:

7-1- **الملاحظة المباشرة:** وتتم عن طريق تدريب الملاحظين على استخدام نظام الملاحظة المباشرة، وذلك بعد تعريف السلوك العدواني تعريفا إجرائيا، وقد تتم الملاحظة في البيت أو في المدرسة أو في ساحة المدرسة.

7-2- قياس السلوك العدواني من خلال تحديد النتائج المترتبة عليه، وذلك عن طريق تحديد النتائج التي أحدثها السلوك بالنسبة للأشخاص المعتدي عليهم، أو الممتلكات المستهدفة عن ذلك الفعل. (أسامة محمد البطاينة، 2007، ص466)

7-3- التقارير الذاتية: ويقوم الطفل بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه فقد يسأل عن عدد المرات التي اعتدي فيها على الآخرين أو عدد المرات التي أتلف فيها ممتلكاته أو ممتلكات الآخرين، و يعتبر قياس "**بس وود بركي**" Buss Et Burkee(1957) ومقياس "**نوفاك**"NAVACON 1975 أكثر مقاييس التقدير الذاتي استخداما لقياس العدوان. (مصطفي القمش، 2007)

7-4-المقابلة السلوكية: تعتبر وسيلة هامة للتعرف على خصائص العدوان وتحديد الظروف التي يحدث فيها، والعمليات المعرفية والانفعالية التي تصاحبه، وأنواعه وردود أفعال الأشخاص الآخرين، أو تتبع نتائج السلوك.

7-5-المتابعة الذاتية: وفيها يقوم الشخص بملاحظة سلوكه العدواني وتدوين بيانات تتعلق بالمواقف التي تثير غضبه وطريقة استجابته للموقف والنتائج التي نتجت عن السلوك العدواني، ومن ميزات هذه الطريقة، إنها تساعد الشخص على الوعي بسلوكه والعوامل المرتبطة به، وهي ذات فائدة من الناحية العلاجية. (أسامة محمد البطانية وآخرون، 2007، ص 466)

7-6-الطرق الاسقاطية: وقد تكون هذه الطريقة من أصعب الطرق للتعرف على عدوانية الفرد، لأنها تحتاج إلى شخص ذي خبرة مثل اختبار بقع الحبر لروشاح، اختبار رسم الرجل...الخ.

7-7-قوائم التقدير: في هذه الطريقة يقوم المعلمون أو الآباء أو المعالجون أو غيرهم بتقييم مستوى السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة، وأفضل مثال على ذلك، المقياس الذي طوره **يودو فسكي وسلفر وجاسكون.** (أحمد الظاهر الرشدان، 2004)

8-الوقاية من السلوك العدواني:

من أساليب الوقاية من السلوك العدواني ما يلي:

- يجب ملاحظة أن الطفل إذا ما عبر عن غضبه في صورة سلوك عدواني فلا يجب النظر إلى ذلك على أنه سلوك تدميري بل العكس، فإن العدوان صورة ايجابية، كما يرى المحللون النفسانيون مظاهر، وعلى الكبار ألا يتخذوا العقاب البدني كوسيلة لإيقاف السلوك العدواني من جانب الطفل، فالغضب الذي يتم كفه خوفا من العقاب لا بد وأن يتراكم ويمتد حتى يصل إلى الانفجار في صورة تدميرية عدوانية.
- على الآباء ضرورة تفهم الأسباب التي تدفع الطفل في بعض الأحيان إلى إصدار استجابات عدوانية، فمعالجة الأسباب تؤدي إلى تلاشي هذه الاستجابات.
- أن يقوم الآباء والأمهات بضبط السلوك العدواني، فعندما يأتي الطفل بموقف يخلو من العدوانية يتفاعل فيه الطفل مع صديق له بشكل جيد فنمدحه على حسن تعامله مع صديقه.

أما إذا قام الطفل بسلوك عدواني يستوجب العزم فيمكن للآباء استخدام أسلوب العزم لبعض الوقت، وهو يعني أن يتم عزل الطفل فترة زمنية محددة قصيرة عن النشاطات الاجتماعية التي يمارسها والتي تعتبر معززات بالنسبة له. (وفيق صفوت مختار، 2001، ص75)

- يجب على الوالدين والمربين عدم مواجهة أي نوع من أنواع السلوك الـــذي يصـــدر عن الطفل، وإنما ينبغي مواجهة عن طريق استخدام أساليب التوجيه والإرشاد، وإتاحة الفرص أمامه لإشباع حاجاته في وقتها المناسب.

- كما لا يجوز إظهار الأطفال بمظهر العجز أو الاستهزاء بهم أو الســـخرية مـــنهم أو لهم أو إذلالهم أو تخوفيهم...الخ، فالسماح لهم بالتعبير عن انفعالاتهم العنيفـــة أحيانـــا يعتبر أمرا صحيا. (وفيق صفوت مختار، 2001،ص ص 75- 76)

- لا بد أن يكون بين الوالدين اتفاق في أسلوب التعامل معهم على أساس أن الأطفـــال يتميزون بطبيعة خيرة ونقية، وأن يتخذوا مواقف واضحة ومحددة من الأنماط السلوكية التي يأتي بها الأطفال.

- عدم إهمال ذات الطفل مهما كانت الأسباب أو الظروف، والعمل على إتباعها وتدعيم إحساس الطفل بأنه وجود وكيان.(وفيق صفوت مختار، 2001،ص67)

9-علاج العدوان:

بما أن التفسيرات المقدمة للعدوان تفسيرات عديدة ومتنوعة، فإن طرق المعالجة أيضا عديدة و متنوعة ونذكر منها ما يلي:

- **اكتشاف الميول العدوانية لدى الأطفال:** كلما تم اكتشاف السلوك العدواني مبكرا لدى الأطفال كلما كانت معالجته أيسر ويتم ذلك بملاحظتهم أثناء ممارســـة النشـــاط الحـــر كاللعب أو الرسم أو الاستماع إلى قصصهم التلقائية دون استخدام موجهات لها.

- **توفير طرق لتفريغ العدوان:** حيث يتم تقديم طرق بديلة متنوعة من أجل الـــتخلص من الغضب أو تفريغ النزعات العدوانية وتتمثل هذه الطرق فـــي اللعـــب، التمرينـــات الرياضية.

- **إعطاء الوقت الكافي للعب مع المتابعة:** إن خير مجالات التعبير عن الانفعالات والتنفيس هي المجالات الرياضية، ويجب منح الأطفال الوقت الكافي.(زكريا الشربيني، 1994)

- **النمذجة:** ويتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل، وذلك في ظروف مثيرة للعدوان، ويمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل اجترار سلوكات غير عدوانية من الطفل ويمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف. (أحمد الظاهر قحطان، 2004)

- **التعزيز التفاضلي:** ويشمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب بها وتجاهل السلوكات غيرا لمرغوب بها (مصطفى نوري القمش،2007).

- **معاونة الطفل كي يقوم المواقف المحبطة:** إن التمييز بين أنواع الإحاطات مهارة مهمة جدا يجب تشجيع الأطفال عليها، ففي سنوات ما قبل المدرسة تستطيع المشرفة مساعدة الأطفال على محاولة السيطرة على ردود الأفعال في مواقف الإحباط، وفكرة" **بيركويتز**" Berkovitz التي تشير إلى أن نظرة الفرد بالنسبة لسبب الإحباط تساعد على تقليل احتمال ظهور ردود فعل عدوانية تجاه هذا الإحباط، وفي ذلك تعويد للطفل على تقييم المواقف والانفعال المعتدل أو ضبط النفس. (زكريا الشربيني، 1994).

- **البعد عن الأساليب المؤلمة مع العدوانيين من الأطفال:** نعرف الطفل العدواني أن سلوكه غير مقبول، وإن استعمال الضرب أو الصراخ أو القرص الذي نوجهه للطفل العدواني من نفس نوع ما يمارسه، أساليب لها جوانب سلبية. (زكريا الشربيني، 1994)

- **الحد من النماذج العدوانية:** يستطيع الأطفال أن يلاحظوا المربي الذي يعالج العدوان بأسلوب خال من العنف، كما يستطيعون ملاحظة الكبار أثناء محاولاتهم التكيف مع المثيرات بأسلوب غير عدواني مع مواقف الإحباط، ونماذج العدوان ليست فقط فيما

يمارسه المربي وسط الأطفال بل أيضا في الكتب والمجلات والقصص التي نرويها لهم لذلك يجب توفير بدائل تشجع على أنماط السلوك السوي. (زكريا الشربيني، 1994)

من خلال ما تناولناه في هذا الفصل يتضح لنا أن السلوك العدواني سلوك معقد، وكذا تداخل العوامل المسببة له كما تشير إلى ذلك النظريات التي حاولت تفسيره إضافة إلى هذا فإن ظاهرة العدوان تزداد انتشارا خاصة في أوساط الأطفال والمراهقين سواء كانوا عاديين أو غير عاديين، ليشمل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كالمعاقين ذهنيا.

7-2-الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي):

يعتبر التخلف العقلي مشكلة متعددة ومختلفة الأبعاد، فهي مشكلة طبية، نفسية تربوية، اجتماعية لكون أثارها تشمل كل هذه المجالات، ولذلك تطرقنا في هذا الفصل لمختلف مفاهيم وتعريفات التخلف العقلي ولأسبابه، ولأعراض التي من خلالها تظهر خصائص ومميزات هذه المشكلة، كما تم تصنيفها حسب أبعادها تصنيفها طبيا، نفسيا، تربويا، واجتماعيا بالإضافة إلى تشخيصها والوقاية منها وطرق التكفل بتلك الفئة التي تعاني من هذه المشكلة.

1- تعريف التخلف العقلي:

تعددت التعريفات حول مفهوم التخلف العقلي بتعدد الميادين التي تناولته منا:

السيكومترية، الطبية، الاجتماعية، التربوية، القانونية فكل ميدان تناول هذا المفهوم من جهة نظره.

- **التعريف السيكومتري:** اعتمد على نسبة ذكاء الفرد الذي يوضحه مقياس الذكاء "لبنيه" و"وكسلر" بحيث يعرف: "جروسمان"Gorss Man" " (1983): التخلف العقلي على "أنه أداء ذهني منخفض عن المعتاد بدرجة معينة مصحوبة بعيوب في التكيف أثناء مرحلة النمو". **(إبراهيم محمد المغازي، 2004: ص 22).**

- **التعريف الطبي:** اعتمد على وصف سلوك المتخلفين عقليا في علاقته بإصابة عضوية أو عيب في وظائف الجهاز العصبي المركزي ومتصلة بالأداء العقلي للفرد.

فيعرف "عبد الباقي إبراهيم" (2000): التخلف العقلي على "أنه الحالة التي يكون فيها نقص أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي، يولد بها الطفل أو تحدث في سن مبكرة نتيجة (عوامل وراثية، مرضية أو بيئية تؤثر في الجهاز العصبي للفرد، مما يؤدي إلى نقص في نسبة الذكاء. (عبد الباقي إبراهيم، 2000: ص 22).

- **التعريف الاجتماعي:** اعتمد على مدى نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة لمتطلبات الحياة الاجتماعية المتوقعة من مقارنته مع الأفراد العاديين فنجد تعريف " Myrian, 1999" والتي عرفته على "أنه عبارة عن وجود كف في استعمال القدرات العقلية مصحوبة بصعوبات التكيف من تواصل وعناية بالذات، ومهارات اجتماعية ويظهر ذلك في المراحل النهائية. (Boubli Myrian, 1999 : p 80).

- في حين تعرف جمعية مراكز استقبال كيباك (A-C-A-Q) في (1978) (L'Aprociation des centres d'accueil de Québec) التخلف العقلي على "أنه عبارة عن انخفاض مستوى الوظائف المعرفية العامة تحت المتوسط، مصحوبة بصعوبات التكيف والذي يظهر في مراحل النمو" (Jean charles Juhel, 2000 : p 59)

- أما الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية المراجع (DSM –IV- R , 2003) الذي عرف التخلف العقلي على أنه "انخفاض ملحوظ دون المتوسط العادي في الوظائف العقلية العامة، يكون مصحوبا بانحصار ملحوظ في الوظائف التكيفية، مع التعرض للمرض قبل سن الثامنة عشر(18سنة).(J-D-Guelfi et All, 2003 : p44)

- **تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (2002):**

The American Association of Mental Retardation (AAMR)

تعرفه على أنه "نقص جوهري في الأداء الراهن يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازما مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية والشخصية استخدام موارد المجتمع، التوجيه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، الأمن، ويظهر ذلك قبل السن الثامنة عشرة (18 سنة). (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007: ص 33).

وبعد التعرض لمختلف التعاريف السابقة نستنتج أن: التخلف العقلي عبارة عن نمو ناقص أو غير كامل في القدرات أو الإمكانيات العقلية، وأنها قصور اجتماعي وتوقف في النمو حيث يمكن ملاحظة أثناء فترة نمو الطفل التي لم تصل سن 18 سنة، ويكون ذلك نتيجة لعوامل وراثية أو مكتسبة أو نتيجة مرض أو إصابة.

2- العوامل المسببة في التخلف العقلي:

هناك أكثر من طريقة لتقسيم أسباب الإعاقة، فمنها الأسباب الوراثية والأسباب البيئية، وتقسم الأسباب حسب عدد من المراحل النمائية مثل: أسباب مرحلة ما قبل الولادة، وأثناء عملية الولادة، وأسباب مرحلة ما بعد الولادة. (أسامة محمد البطانية، عبد الناصر ذباب الجراح، مأمون محمود فواتمة، 2007: ص 129)

أولا: عوامل ما قبل الولادة:

العوامل الجينية (الوراثية):

***- الشذوذ الكروموزومي:**

متلازمة الكروموزوم x **(إكس) المكسور** (Syndrome x Fragile) يسمى المرض باسم كروموزوم x (إكس) المكسور نظرا لوجود موروث على الذراع الطويلة للكروموزوم x(إكس) الذي له قابلية لانكساره عند القيام بتحليل الدم تحت المجهر وذلك

بعد زراعته تحت ظروف معينة وهذا الأخير يعد إحدى الأسباب الرئيسية للإصابة بالتأخر العقلي. (أسامة محمد البطانية، 2007: ص 130، 131)

متلازمة دوان 12 Trisomie: هو خلل كروموزومي يحدث نتيجة اضطراب في الكروموزوم رقم 21 حيث يظهر الزوج الكروموزومي هذا ثلاثيا لدى الجنين، فيصبح عدد الكروموزومات لدى الجنين 47 كروموزوم عكس الحالة العادية أين يكون عددها 46 كروموزوم. ويظهر في عدة أعراض منها نسبة ذكاء تتراوح بين 20 و60 درجة ما يعادل التخلف البسيط. (Farid Kacha, 2002 : p 231, 232)

متلازمة تيرنر (Syndrome Turner) : عبارة عن مرض ناتج عن فقدان كروموزوم (x) إكس يشكل كامل أو جزئي تصاب به الفتيات ومن أهم أعراضه: عدم اكتمال الصفات الجنسية الأنثوية وعادة ما يصابون بالإعاقة العقلية . (أسامة محمد البطانية 2007: ص 133، 134).

متلازمة كوفين لوري(Syndrome coffin lurie) : اضطراب وراثي نادر الحدوث فهو مرتبط بالكروموزوم (x) وتحديدا بالجين الذي يقع على الذراع القصيرة للكروموزوم x ويؤدي إلى الإصابة بالتخلف العقلي وحالات الشذوذ في الرأس ومنطقة الوجه كما يمتاز المصابون به بالتأخر العقلي والتطوري وتأخر نمو المهارات الحركية وتأخر الكلام، ويؤثر هذا الاضطراب على الذكور والإناث على حد سواء، إلا أن أعراضه أكثر حدة عند الذكور. (أسامة محمد البطانية 2007: ص 134، 135).

***) الاضطرابات الأيضية (اضطرابات التمثيل الغذائي):**

تتميز هذه الاضطرابات بغياب جزئي أو كلي للأنزيمات المختصة لتحويل الأحماض الأمينية.(Jran lue lambert, 1978 : p 40). ويعود سبب في هذا الاضطراب نتيجة لعدم قدرة الجسم على القيام بعملية التمثيل الغذائي لبعض العناصر الغذائية، والتي تحدث أثناء عملية الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات،

ويترتب عنه تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء. (عدنان ناصر الحازمي، 2007: ص 50).

الاضطراب في تمثيل البروتين: يؤدي انعدام بعض الأنزيمات لتمثيل الأحماض الأمينية الموجودة في الأغذية البروتينية وتحويلها إلى ما يفيد الجسم إلى تراكم هذه الأحماض في الدم فيتحول في غياب الأنزيم الخاص إلى حمض البروفيك (Pyrovicacid) وهو حمض سام ذو أثر متلف لخلايا المخ ويطلق على هذه الحالة الفيل كيتون يوريا ويعرف باختصار(PKU) (Phenyle-Keton uria) (عدنان ناصر الحازمي، 2007: ص 50)، والذي ينشأ نتيجة جين طفري منتج فيمنع المصاب من تحويل الفنيل ألانين (حمض عضوي) إلى التيروكسين والأدرينالين بفضل أنزيم خاص يسمى الفنيل ألانين هيدروكسيدار فإذا لم يتكون هذا الأنزيم في الكبد فيتمثل الفنيل ألانين جزئيا في الدم ليتكون حمض البروفيك السام. فيمكن تحديد هذه الحالة بعد ميلاد الطفل المتخلف عقليا مباشرة من خلال تحليل بول الطفل، أو أخذ عينة من دمه لأجراء الفحوص اللازمة.(وليد السيد أحمد خليفة، 2006: ص 102).

الاضطرابات في تمثيل الكربوهيدرات: نجد الجلاكتموسيميا فهو مرض وراثي ناتج عن جينات مختلفة يصاب به الطفل إذا انتقل إليه جينان طفريان من والديه فيحدث خلل في التمثيل الغذائي بسبب نقص الأنزيم الذي يحول الجلاكتوز إلى جلوكوز، فيتراكم الجلاكتوز في دم الطفل ثم يترسب ويصل إلى الدماغ والجهاز العصبي عن طريق الدم، ويؤدي إلى تلف خلاياه ويسبب بذلك التخلف العقلي.(إيمان فؤاد محمد كاشف، 2001: ص 26).

اضطرابات في تمثيل الدهون: حيث يؤدي انعدام أو نقص الأنزيم اللازم لتمثيل الدهون وتحويلها إلى ما يفيد الجسم إلى ترسيب المادة الدهنية في خلايا المخ، وهذه المادة الدهنية لها تأثير متلف للخلايا العصبية وللسخاء المخي.(عدنان ناصر الحازمي،

2007: ص 50)، وتحدث هذه الحالة من خلال جين منتجي من والدين حاملين لـنفس الصفة، فيرث الجنين هذه الصفة من كلا الأبوين، مما يؤدي إلى التخلف العقلـي.(علا عبد الباقي إبراهيم، 2000: ص 43، 44).

مرض تاي ساكش (Taysacche): هو مرض وراثي ناتج عن جينات طفرية منتجة تسـبب خلـلا فـي التمثيـل الغـذائي نـاتج عـن أنـزيم هيكسـوز أمينيـدوز (Hescosaminidose) حيث تتجمع مادة جونجليوزيد (Gangliaside) في الخلايـا وتتلف خلايا الدماغ والجهاز العصبي، وتسبب التخلف العقلي الشديد. (وليد السيد أحمد خليفة، 2006: ص 103)

***)- حالات العامل الرايزاسي (RH) أو الاضطراب في تكوين خلايا الدم:**

ويحدد هذا العامل مدى التطابق والانسجام بين دم الأم ودم الجنين أثنـاء فتـرة الحمل، فإذا تزوجت أنثى تحمل فصيلة دمها (RH^-) سالب من رجل يحمل فصـيلة دم (RH^+) موجب ورث الجنين عن أبيه الفصيلة (RH^+) الموجبـة فـإن دم الأم يكـون أجساما مضادة لدم الطفل حيث تتسرب هذه الأخيرة عبر الحبل السري إلـى الجنـين، فتهاجم وتتلف جزء كبير من خلايا دمه، فتؤثر بذلك على نمو الجنين وربما أدت إلـى وفاته، وإذا كان تركيز هذه الأجسام المضادة في دم الأم عاليا، ووصلت إلى مخ الجنين عن طريق الحبل السري، فإنهـا تـؤدي إلـى إصـابته بمـرض كيـر نيكتـروس (Kernictirus) الذي يسبب التخلف العقلي.(نفس المرجع السابق، ص105).

***)- حالات القصاع** (Cretinirmc) : يرجع السبب في حدوث هذه الحالة إلى خلـل في تكوين المخ، أو تلف في بعض هذه الخلايا وتتميز هذه الحالـة بالقصـر المفـرط للقامة، لا يتجاوز طول الفرد 90 سم في سن البلوغ. (نفـس المرجـع السـابق، ص 105).

*)- **كبر حجم الجمجمة (Macrocéphalie):** معظم أسباب هذه الحالة هي عوامل وراثية وأخرى غير معروفة مثل تناول العقاقير والأدوية والكحول، والتدخين، والإشعاعات، وتسمم الحمل، وتبدوا مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الجمجمة.(ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، ص72، 73).

*)- **صغر حجم الجمجمة (Microcéphalie):** هو تخلف عقلي ولادي قد يرجع لمرض الزهري الوراثي أو إلى زيادة السائل المخي الشوكي حول تجاويف المخ حتى يتلف المخ نتيجة الضغط المستمر إلى الداخل، ويزداد تضخم الجمجمة نتيجة هذا الضغط رغم بقاء حجم الوجه عاديا ويصاحب ذلك اضطراب في النمو وصغر في حجم الجمجمة. (وليد السيد أحمد الخليفة، 2006: ص 105، 106).

*)- **الاستسقاء الدماغي (Hydrocéphalie) :** هو نوع من التخلف العقلي يتصف بالاستسقاء الدماغي وبكبر حجم الجمجمة وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية أو مرضية خاصة إصابة الطفل بمرض توكسوبلاسموز (Toxoplasmoses) فتصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ، مما يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ، وترتبط درجة تخلف الطفل بمدى تأثر خلايا الدماغ بهذا السائل. (سامي محمد ملحم، 2007: ص 193).

ب- العوامل الغير الجينية:

*)- **الأمراض التي تصيب الأم الحامل:**

مرض الحصبة الألمانية (Rubella): حيث تؤدي إصابة الأم الحامل بفيروس الحصبة لألمانية إلى خلل في نمو الجهاز العصبي المركزي للجنين في مراحل نموه الأولى، وكذلك صغر حجم الدماغ والإصابة بالشلل الدماغي، ويؤثر إصابة الأم بالحصبة الألمانية أثناء الشهر الأول من الحمل على 50% من الأجنة، وأثناء الشهر الثالث من الحمل تؤثر على 15% من الأجنة.(محمد البطانية، 2007: ص 136).

مرض الزهري la pyphilis : يعد واحد من الأسباب الرئيسية التي تؤثر في الجنين قبل الولادة وتؤدي إلى إصابته بالتخلف العقلي بالإضافة إلى تشوهات أخرى، ولكن في الوقت الحالي ويعد التقدم الكبير في مجال الكشف عن هذا المرض عند الأم الحامل عن طريق فحص الدم وفعالية علاجه بالبنسلين فلم يعد بنفس الدرجة من الخطورة. (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007: ص 79).

الحمى الصفراء: وهي من الأمراض المعدية والتي إذا تعرضت لها الأم فقد يؤثر ذلك على الجنين ويؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود. (مصطفى نور القمش، 2007: ص 49).

السّل: قد يتأثر الجنين عند إصابة أمه بمرض السّل قبل أو بعد الولادة، لذا يجب إبعاد الطفل عن أمه لأن السّل شديد العدوى مما قد يترتب عنه تأخر في النمو العقلي. (نفس المرجع السابق، ص50).

فقر الدم لدى الأم الحامل: إذا استمر فقر الدم لدى الأم الحامل، فإن ذلك يؤثر سلبا على الجنين وقد يؤدي إلى إصابة بالإعاقة العقلية. (مصطفى نور القمش، 2007: ص 50)

الالتهابات وخاصة مرض التوكسو بلاسموز (Toxoplasmoses): إن إصابة الأم الحامل بالالتهابات أو مرض التوكسو بلاسموز قد يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي المركزي للجنين أو إصابته بإعاقات مختلفة كالإعاقة العقلية، والسمعية والبصرية، وصغر حجم الدماغ. (أسامة محمد البطانية، 2007: ص 136).

فيروس نقص المناعة البشري الولادي (V-C-H-D-I): إن إصابة الأم بهذا الفيروس يزيد من احتمالية تعرض الجنين للعديد من المخاطر كالتدهور العصبي التقدمي والإعاقة العقلية وبعض التغيرات في السلوك. (أسامة محمد البطاينة، 2007: ص 136، 137).

الأمراض المزمنة عند الأم: قد تؤدي كثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل إلى أضرار قد تصيب الجنين مثل ضغط الدم الزائد والسكري ومرض الكلى. (خولة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص 41).

الأشعة السينية (Rayon x): يعتبر تعرض الأم الحامل لأشعة (x) وخاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية، حيث تؤدي هذه لأشعة إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين. (أسامة محمد البطانية، 2007: ص 137).

***)- اضطرابات الغدد الصماء:**

اضطرابات الغدة الدرقية: هو خلل جيني يحدث في فترة تكوين الجنين (عبد المنعم عبد القادر الميلادي، 2004: ص27).

إذ تفرز هذه الغدة هرمون "الثيروكسين" (Thyroxine) الذي يساعد على التمثيل الغذائي في الجسم وفي تكوين الخلايا الجديدة، فإذا نقص في جسم الجنين أو الطفل أصيب بالتخلف العقلي. (إيمان فؤاد محمد كاشف، 2001: ص 27).

اضطرابات الغدة التيموسية: إذا أصاب الغدة التيموسية ضعف في الطفولة أدى ذلك إلى التخلف العقلي. (إيمان فؤاد محمد كاشف، 2001: ص 27).

***)- سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل:** تعتبر التغذية مهمة للأم الحامل في جميع مراحل حياتها، حيث يجب أن يشتمل غذاء الأم على العناصر اللازمة لصحتها ولتطوير نمو الجنين، لأن عدم توازن المواد الغذائية الكيماوية المختلفة والفيتامينات قد يتسبب في تلف دائم للجنين ينتج عنه تخلف عقلي. (خولة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص 41).

*)- **تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل:** إن العقاقير التي تتناولها الأم الحامل، قد تصيب الأجنة بأضرار وقد تؤدي إلى الموت أو يخرج البعض مشوهين، وبينت الأبحاث أن المخدرات التي تتعاطها الأم الحامل مثل "الهيروين" و"المورقين" يمكن أن تؤدي إلى إصابة الجنين بالنزيف أو الإصابة التخلف العقلي أو إلى الموت. (خولة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص 40).

*)- **الإدمان على الكحول:** يؤثر إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل تأثيرا سيئا على الجنين، وقد اكتشفت أعراض إصابة الجنين نتيجة إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل ومن بين هذه الأعراض في نقص النمو وتشوهات في الوجه والجمجمة، إضافة إلى إصابة الطفل بالتخلف العقلي. (ماجدة السيد عبيد، 2007: ص 82).

*)- **التدخين:** وجد أن التدخين أيضا يعمل على زيادة الإصابة بالإعاقة العقلية إذا كانت الأم مدمنة عليه. (أسامة محمد البطاينة، 2007: ص 139).

*)- **الإجهاد العاطفي:** إن تعرض الأم للضغوط النفسية والإجهاد العاطفي أثناء فترة الحمل من الممكن أن يؤثر سلبا على الجنين (ماجدة السيد عبيد، 2007: ص 84).

*)- **تلوث الماء والهواء:** تعتبر المياه الملوثة والهواء الفاسد من العوامل التي تؤثر بطريقة مباشرة على نمو الجنين، فتعرض الأم الحامل للتسمم قد ينتقل إلى الجنين عن طريق الدم وقد يترتب على ذلك حدوث شكل من أشكال الإعاقة العقلية. (ماجدة السيد عبيد، 2007، ص85).

ثانيا): عوامل أثناء الولادة:

- **الولادة المبكرة:** تفيد الدراسات أن هناك علاقة بين التخلف العقلي وبين الولادة الميسرة، فالولادة المبكرة لها مجموعة من الأسباب، والنتائج وكلها تكون ضد الوليد، فالمواليد غير المكتملين أكثر عرضة للتلف العصبي. (خولة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص42).

- **نقص الأكسجين (o_2) في المخ:** فقد يحدث أثناء الولادة المتعسرة أن ينقطع وصول الأكسجين إلى دم الجنين مما يؤثر على كمية الأكسجين التي تصل إلى المخ. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000: ص 46)، ومن أسبابه نجد التسمم وانفصال المشيمة بسرعة، والنزيف واستطالة مدة الوضع، وزيادة جرعات الأكسيتوسين (oxytocin) وهو مادة هرمونية كيمائية تستخدم لدفع وتنشيط الولادة. (خولة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص43)، بالإضافة إذا انعقد الحبل السري بطريقة خاطئة، وإذا استنشق الجنين السائل الأمنيوزي الذي يعوق وصول الأكسجين إلى الرئتين (ماجدة السيد عبيد، 2007: ص 8)، ومن المعروف طبيا أن المخ لا يستطيع أن يقوم بوظائفه دون كمية مناسبة من الأكسجين وإن انقطاع الأكسجين عنه ولو لفترة قصيرة يؤدي إلى تلف بعض خلاياه، ويصاب الطفل بالإعاقة العقلية.(علا عبد الباقي إبراهيم، 2000: ص46).

- **الصدمات الجسدية** (Physical Traurmas): قد يتعرض الجنين إلى الصدمة الجسدية إثناء الولادة وهي العوامل المتمثلة في الصدمات الجسدية أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة مثل ملقط عملية الولادة الذي يسحب به رأس الجنين في حالات صعوبات الولادة، واستخدام الأدوات الخاصة بعملية الولادة القيصرية بسبب وضع رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع حجم رحم الأم، وقد تحدث أثناء عملية الولادة بعض التعقيدات والتي قد تؤدي إلى حدوث جروح في دماغ الطفل أو نزيف داخلي، وقد تؤدي أخطاء في عملية الولادة إلى تورم الغشاء الخارجي للمخ وامتلاؤه بالدم بسب النزيف الداخلي به، مما يؤدي إلى إصابة الطفل بإعاقة عقلية. (ماجدة السيد عبيد، 2005: ص 86).

ثالثا): عوامل ما بعد الولادة:

- **الأمراض والالتهابات:** تعبر الأمراض والالتهابات التي يتعرض لها الأطفال في سنوات حياتهم الأولى سببا مباشرا من أسباب حدوث الإعاقة العقلية، أو غيرها من الإعاقات الأخرى والأمراض خاصة إذا لم يتم تطعيم الأطفال ضدها. (ماجدة السيد عبيد، 2005: ص94).

- **الحوادث والصدمات**(Trauma – Brain Inyury): قد يؤدي إصابة دماغ الطفل في حادث إلى تلف الجهاز العصبي، حيث يعتبر حوادث السيارات والارتطام بجسم صلب وتعذيب الأطفال من أسباب إيذاء خلايا الجهاز العصبي وبالتالي ظهور التخلف العقلي. (خولدة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص 46).

- **المواد الكيمياوية** (chemicals): يختلف تأثير السموم على الجسم من فرد لآخر فالمواد الكيميائية ذات تأثير سام على الجهاز العصبي المركزي، فتحدث ضررا بنقص الأكسجين عنها، وإنها تؤثر بشكل مباشر على الأنسجة فتحدث تلف وقد يكون حادا أو مزمنا بالإضافة إلى المبيدات التي تعتبر من أخطر المواد تأثيرا على الإنسان وقد ينتج عنها التسمم. (محمد محروس الشناوي، 1997: ص 104، 105).

- **المعادن الثقيلة** (Metals): تعتبر المعادن الثقيلة ذات تأثير مضر، فتؤدي إلى تلف الجهاز العصبي، ومنها الزئبقي والرصاص والتي تتلف المخ، وتعتبر الأجنة في بطون أمهاتهم و الأطفال والمراهقون هم أكثر الفئات تعرضا للتسمم خاصة بالزئبق، فتؤدي إلى ضعف العضلات والتشنجات والتخلف العقلي. (خولة يحي، ماجدة السيد عبيد، 2005: ص47).

4- أعراض التخلف العقلي:

يتميزون المتخلفون عقليا بالفروق الفردية الكبيرة فيما بينهم وعدم تجانس أو تطابقهم من حيث ما يتمتعون به من استعدادات، وما يتصفون به من سمات وخصائص

ومع ذلك فإنه توجد عدة أعراض عامة، يجب عدم إغفالها للتعريف عليهم، ومن أهم هذه الأعراض هي: **(إبراهيم محمد المغازي، 2004: ص 96)**.

4-1) الأعراض الجسمية:

* بطىء النمو الجسمي.
* نقص حجم وزن المخ عن المتوسط.
* تشوه شكل حجم الجمجمة والأذنين والعينين والفم واللسان والأسنان.
* بطىء النمو الحركي وتأخر الحركة واضطراباتها وروتينيتها.
* ضعف واضطراب النشاط الحركي.
* اضطراب وعدم اتزان الطفل أثناء السير.**(صفوت مختار،2005: ص99، 100)**.
* الميل إلى القصر والسمنة مع عدم التناسب بين الوزن والطول.
* شذوذ وتشوه في الشكل الخارجي للجسم وكذلك في الأطراف.
* انعدام الشم والتذوق أحيانا.
* البلوغ يكون مبكرا إلا أن هناك ضعفا واضطرابا في النشاط الجسمي.
* نسبة القابلية للتعرض للإصابة بالأمراض العقلية عالية بينهم، وبالتالي فإن متوسط العمر لديهم منخفض. **(مدحت أبو النصر، 2005: ص 130)**.

4-2) الأعراض العقلية والمعرفية:

* بطىء معدل النمو العقلي المعرفي.
* نقص نسبة الذكاء عن 70 درجة.
* عدم توافق وانسجام القدرات.
* العجلة في تبني الحلول الواردة للذهن والتسرع بإصدار الحكم دون التفكير العميق والناقد والجهود المعرفي والتحجر الفكري حول أراء جامدة تمنع مرونة التفكير وحركته لمواجهة المواقف المتجمدة والمتطورة.

* عدم القدرة على استيعاب ما يشرحه المعلم كما يفهمه غيره من الأطفال، كذلك عدم استيعاب ما يقال له فإن تنفيذ الأوامر تلقى على الطفل الضعيف عقليا تكون صعبة.

* ضعف التحصيل (صفوت مختار، 2005: ص 100، 101).

* يعاني من نقص في التمييز Discrimination

* يعاني من عجز في قدرته على التصور حيث لا يمكنه إعطاء صورة دقيقة لما يراه فالتأمل الباطني ضعيف لديه.

* ضعف القدرة على التخيل Imagination، ويتسم التفكير لديهم بالسذاجة وذلك نظرا لقلة معلوماتهم ونقص خبراتهم.

* ضعف القدرة على الانتباه Attention والتركيز وهم يحتاجون دوما لمثيرات قوية لجذب انتباههم.

* ضعف القدرة على التذكر Memory، حيث أنهم كثيرو النسيان، قدراتهم على التفكير قاصرة.

* قدراتهم على الملاحظة الدقيقة أو المقارنة أو التفضيل بين الأشياء ضعيفة، وهي ترتبط بقلة معلوماتهم وضعف خبراتهم وضآلة أفكارهم. (مدحت أبو نصر، 2005: ص 131).

4-4) الأعراض اللغوية:

* بطئ في النمو اللغوي بشكل عام.

* التأخر في النطق.

* التأخر في اكتساب اللغة.

* شيوع التأتأة والأخطاء في اللفظ.

* بطئ النطق والكلام ومخارج الألفاظ غير واضحة.

* استخدام مفردات لغوية بسيطة لا تتناسب مع العمر الزمني لهم. (مدحت أبو نصر، 2005، ص132).

4-5) الأعراض الاجتماعية والأخلاقية:

* صعوبة التوافق الاجتماعي.

* اضطراب التفاعل الاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات.

* الانسحاب والعدوان.

* المثل العليا والاستجابات الأخلاقية لديهم منخفضة لأن رغباتهم قريبة من المستوى الغريزي.

* لا يمكنهم التحكم في رغباتهم، وهذا ما يميزهم أحيانا للاندفاع دون تعقل وهذا ما يفسر أيضا وجود الانحراف الجنسي بينهم.

* انخفاض القدرة لديهم للتعامل مع المشكلات والمواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها مما يصيبهم بالإحباط والإحساس بالفشل.

* اضطراب التفاعل الاجتماعي والميل إلى مشاركة الأصغر سنا في النشاط الاجتماعي.

* ضعف في الإرادة حيث يسهل انقيادهم للغير دون مقاومة وقابليتهم للاستهواء وسرعة التأثير فيهم وسهولة استخدامهم في أعمال إنحرافية (مدحت أبو النصر، 2005: ص 133).

4-6) الأعراض الانفعالية والنفسية:

* سوء الاستقرار الانفعالي والهدوء.

* سرعة التأثر.

* بطيء الانفعال وغرابته.

* قرب ردود الأفعال من المستوى البدائي.

* عدم تقبل الإحباط والقلق.

* عدم اكتمال نمو وتهذيب الانفعالات بصفة عامة.

* الانفعال الشديد في مواجهة المواقف والمشكلات، وهذا الانفعال لا يسمح للتفكير الإنساني بالعمل النشيط، لأن الانفعال الشديد يشل التفكير أو يعوقه.

* التسرع والتهور.

* ضعف في الشخصية وعدم الثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين.

* عدم القدرة على التعبير، وتقديم الابتسامة البلهاء، وسرعة الاستثارة والغضب الشديد المصحوب بالعنف لأتف الأسباب (صفوت مختار، 2005: ص101، 102).

* وجود اضطرابات علائقية مثل الانعزال، النقص العاطفي والتصرفات المتكررة التي يتم التعبير عنها بالعدوانية والاندفاعية وربما تؤدي إلى الموت. (Damiel Marcelli, 1999 : p178).

5- تشخيص التخلف العقلي:

إن التعرف على الإعاقة العقلية وتشخيص الحالة أمر يحتاج إلى دراسة دقيقة حيث يمكن التعرف على الأشخاص شديدي التخلف العقلي بقدر أكبر من السهولة نظرا لأن مظاهر علتهم أكثر وضوحا بينما يكون التعرف على الأشخاص المصابين بدرجة أقل من التخلف العقلي بقدر أقل من السهولة (أشرف عبد الغني شريت، 2002: ص48).

وتشخيص التخلف العقلي مسؤولية مشتركة بين أسرة الشخص المتخلف عقليا والأشخاص المهنيين مثل المربين، الطبيب الأخصائي، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي والمدرس. (مدحت أبو النصر، 2005: ص 134).

وبالتالي فإن التشخيص في حالة التخلف العقلي يترتب عليها مستقبل الطفل وعلاقته مع الأسرة.(ماجدة عبيد السيد، 2000: ص 54).

5-1) التشخيص السيكومتري (النفسي) Diagnostique psychométrique :

يقوم بهذا العمل الأخصائي في علم النفس، ويتضمن تقريرا عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية مثل مقياس "ستاتفورد بنيه" أو مقياس "وكسلر" (مصطفى نور القمش2007: ص 64) ومظاهر السلوك العام، ودرجة التوافق النفسي ومظاهر النمو الانفعالي، وأية مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000: ص78).

5-2) التشخيص حسب الدليل التشخيصي الإحصائي المعدل للاضطرابات العقلية المعروف (DSM-IV-R)**:** إن أهم خاصية للتخلف العقلي هو الأداء المعرفي العام الذي يكون أدنى من المتوسط يصاحبه قصور في اتجاهين على الأقل من مخاطر السلوك التكيفي التالية: الاستقلالية، الاتصال الحياة اليومية الاستعدادات الاجتماعية، الاستفادة من مصادر المحيط، المسؤولية الفردية التعامل مع المكتسبات المدرسية، العمل، أوقات الفراغ، الصحة والأمن، ويبدأ التخلف العقلي في الظهور قبل سن الثامنة عشر (18 سنة).

* **الأداء العقلي العام:** ويحدد بالقيمة العقلية، أو المستوى العقلي (QI) المقاس بواسطة اختبار أو عدة اختبارات للذكاء المقننة والتي تطبق بطريقة فردية ومن بين هذه الاختبارات اختبار "وكسلر" للأطفال المراجع (الطبعة الثالثة)، اختبار "بنيه ستانفورد" (الطبعة الرابعة)، بطارية كوفمان للأطفال ويعد تطبيقها يكون الأداء العقلي أدنى من المتوسط لمعامل ذكاء (QI) يقارب 70 فما تحت.

***التكيف:** ويدل على الطريقة التي يواجه بها الفرد متطلبات الحياة وعلى قدرته في الوصول إلى الاستقلالية الشخصية، فالسلوك التكيفي تؤثر فيه عدة عوامل كالتربية، الإرادة، خصائص الشخصية، الإمكانيات الاجتماعية والمهنية، الاضطرابات العقلية أو المشاكل الصحية العامة التي يمكن أن تظهر في آن واحد مع التخلف العقلي ومن

الضروري جمع المعلومات ودلائل حول خلل في السلوك التكيفي انطلاقا من مصدر أو عدة مصادر مستقلة وصادقة، وهناك عدة سلالم خصصت لتقييم السلوك التكيفي منها: سلم السلوكات التكيفية "فينلاند" (Vineland)، وسلم السلوك التكيفي للمنظمة الأمريكية للفرد تبعا الوضعية هذا الأخير الاجتماعية، والثقافية، ومستواه الدراسي، الإعاقات المصاحبة، إرادته (J-D-Guelfi et all, 2003 : p 48).

6)- تقييم المرض العقلي لدى الأشخاص المعاقين عقليا:

إن التقييم التشخيصي النفسي للأشخاص المعاقين عقليا، لا يختلف من حيث المبدأ عن تقييم الأشخاص العاديين، وتعتمد العملية التشخيصية على المستوى المعرفي للمريض، وخاصة مهارات الاتصال، فالأشخاص الذين يعانون من إعاقة عقلية معتدلة ويمتلكون مهارات شفوية جيدة، تستخدم معهم طرق تقييم لا تختلف كثيرا عن طرق تقييم الأشخاص الذين يمتلكون المهارات المعرفية المتوسطة أما الذين يعانون من فقر مهارات الاتصال، فيجب أن يعتمد المشخص بالدرجة الأولى على المعلومات المزودة من قبل مقدمي الرعاية القريبين من المريض وعلى الملاحظات السلوكية المباشرة وبشكل عام تتضمن عملية التقييم المكونات التالية:

6-1) التاريخ الشامل: إن الخطوة الأولى والأكثر أهمية في تشخيص الإعاقة العقلية هي الحصول على تاريخ مرضي وعائلي شامل عن المعاق، حيث على المقّيم أن يجمع المعلومات التاريخية من المريض ومن مقدمي الرعاية له بحيث تغطي مجالات مختلفة تتضمن:

- الأوصاف الملموسة للسلوك في مختلف الحالات والأماكن، والتغيرات التي حدثت له بمرور الوقت (أحداث سابقة).

- المراجعة النفسية للأنماط الشخصية والسلوكية الحالية غير المرضية والعناية الذاتية والوظيفية التكيفية، والاتصال والوظيفة الاجتماعية.

- تفاصيل المعالجة النفسية السابقة، مع التأكد على التأثيرات السلبية للأدوية التي يمكن أن تسبب ظهور بعض الأعراض.
- التدخلات التربوية القديمة والحديثة وبرامج العمل والوضع المعيشي للفرد.
- اتجاهات الآباء ومقدمي الرعاية نحو المريض، وما طبيعة فهمهم من عجز المريض.
- مراجعة الاختبارات المعرفية والتقييمات الماضية إن كانت تلزم التقييمات الجديدة.

6-2) مقابلة المريض: يجب إعطاء الوقت الكافي لمقابلة المريض لوضعه في وضع مريح، والتي تحتاج إلى وقت أطول من مقابلة المريض العاديين، كما أن الفحص الشفوي يجب أن يتكيف مع مهارات الاتصال لدى المريض، ويجب أن يستعمل المقيم لغة واضحة ومطمئنة وداعمة معه، ويجب تجنب الأسئلة التي تتطلب الإجابة بنعم أو لا قدر الإمكان وبالمقابل يجب أن يضمن بأن الأسئلة مفهومة من قبل المريض.

وقد يتم تقييم الحالة العقلية للمريض ضمن سياق المحادثة معه، بدلا من إجراء الفحص الرسمي، ويجب أن تبدأ المقابلة بمناقشة جوانب القوة لدى المريض واهتماماته، بدلا من التركيز في البداية على مشاكله، ثم يلي ذلك التركيز على فهم نواحي العجز والتقييدات لدى المريض، وأسباب الإحالة، ويجب الانتباه إلى السمات الغير شفهية خلال المقابلة مثل مدى تأثير العبارات على المريض، ومدى الانتباه ومستوى النشاط لديه.

6-3) المراجعة الطبية: هذه المراجعة يجب أن تتضمن التاريخ التطوري والطبي وتقديرات الأسباب المرضية الماضية، وتواجد الاضطرابات الطبية العامة ومعالجتها لأن الحالة الصحية غير المشخصة المتكررة عند المريض قد تؤدي إلى العديد من الأعراض السلوكية.

6-4) الصياغة التشخيصية: وهنا يتم ترجمة البيانات التي يتم جمعها من عمليات التقييم في ضوء المستوى التطوري، ومهارات الاتصال والإعاقات المرتبطة وتوجهات الحياة، والتعليم، والعوامل العائلية والاجتماعية والثقافية ويجب أن يتضمن البيان التشخيصي وصفا لعناصر القوة والضعف. **(أسامة محمد البطانة، 2007: ص 157، 158).**

8)- مشكلات قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

هناك العديد من المشكلات التي تواجه عملية قياس وتشخيص الإعاقة العقلية يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

* إن معظم المقاييس المستخدمة لقياس الإعاقة العقلية لم تبنى أصل لهم، وإنما هي مستعارة للاستخدام للمعوقين عقليا.

* هناك بعض الشكوك بمدى صدق وثبات المقاييس المستخدمة في عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية.

* عدم الشمولية في التشخيص، فمعظمها مقاييس للذكاء ولا تشخص جوانب الشخصية الأخرى عند المعاق.

* الاختبارات المستعملة تعطي نتيجة واحدة تفيدنا بأن المفحوص متخلف عقليا بدرجة ما، ولكنها لا تحدد مواطن الضعف والقوة عند الطفل، وتعطينا فكرة عن ما يعرفه الطفل أو يتقنه، وماذا لا يعرف الطفل أو لا يتقنه من مهارات.

* حركية قياس وتشخيص المعاقين مازالت حركة حديثة تحتاج إلى مزيد من الاختبارات التي يجب أن تطور في هذا الجانب، وكذلك مازلنا بحاجة إلى دراسات وبحوث في هذا المجال.

* مشكلة اللغة إذ قد يصاحب المتخلف عقليا اضطرابات في اللغة، لذا فإن تشخيص التخلف وقياسه تصبح عملية صعبة، لأن الاختبارات المستعملة في التشخيص تعتمد في غالب الأحيان على اللغة.

* الهدف من التشخيص حيث أنه إذا لم تحدد بعد ما هو الهدف من التشخيص أي هل تريد أن تعطي الصفة وتقول هذا متخلف عقليا أم تريد أن تعرف قدراته ومستوياته العقلية حتى نرسم له البرنامج المناسب؟

* بالنسبة لعملية تشخيص المعاقين عقليا، فنحن نحتاج إلى بناء مقاييس أو اختبارات أو أدوات تشخيص محلية أيضا ولا تكتفي فقط بترجمة وتقنين اختبارات أجنبية، صحيح أن تقنين الاختبارات الأجنبية تفيدنا في هذا الظرف إلا أننا نريد أدوات مستعجلة ولكن أيضا مع هذه الحركة يجب أن تقوم ببناء وتطوير أدوات التشخيص المناسبة لبيئتنا.

* مشكلة أو صعوبة تفسير النتائج: إن عملية التشخيص تكون ممكنة أحيانا ولكن المهم أيضا هو كيف تفهمها وتفسرها، فليس من السهل على الفرد أن يقوم بذلك.

* تقديم المعلومات للأهل بصدق وموضوعية دائما ولكن بالأسلوب المناسب، وأن تتذكر دائما بأننا نتعامل مع أهل الطفل، وهم بشوق لسماع النتائج الإيجابية عن طفلهم، ولكن المهم أن لا يكون الأسلوب على حساب الصدق والموضوعية.

* تواجهنا حالات متعددة الإعاقة (عقليا وجسميا أو عقليا وسمعيا)، لذا فإن الاختبارات يجب أن تعدل قبل أن تطبق على الطفل حتى نحصل على نتائج صادقة وثابتة.

* الدافعية في كثير من الأحيان قد تنخفض درجة ذكاء المعاق على اختبار نتيجة لعدم وجود دافعية لديه للقيام بالمطلوب من ذلك الاختيار، لذلك يجب أن نراعي الدافعية.

* التشتت والانتباه، من المعروف أن المعاق سهل التشتت وقدرته على التركيز والانتباه ضعيفة، لذا يجب مراعاة ذلك.

* صعوبة الفهم : لا يفهم المعوق المطلوب منه إذا لم يوضح بصيغة بسيطة ومناسبة لفهمه واستيعابه (مصطفى نور القمش، 2007: ص 64، 65، 66).

9)- الآثار النفسية الناجمة عن الإعاقة:

للإعاقة تأثير على سلوك الفرد وتصرفاته ويتوقف حجم الآثار على شخصية المصاب ذاته، المرحلة العمرية التي تعرض فيها للإعاقة، درجة أو شدة الإصابة، وقد حدد المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين عام (1986) مجموعة من السمات أو الآثار النفسية للمعوق هي:

* **الشعور الزائد بالنقص:** يشعر المعوق دائما بالنقص إذ يميل إلى التقليل في تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تعتمد على المنافسة مما يعيق تكيفه الاجتماعي (عبد المحي، 2002، ص 25)، وهو ما وضحه (أدلر 1977)، حيث يرى أن حالة المعوق تتصف بالتبعية والصعوبة والاستقلال. (Adler, 1977 : p80).

* **الشعور بالعجز:** مما يولد لدى المعوق الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة، كذا يسعى للحصول على محبة الآخرين والاعتماد عليهم.

* **عدم الشعور بالأمن:** تظهر عليه سمات القلق والخوف من المجهول.

* **عدم الاتزان الانفعالي:** حيث يعيش المعاق صراعات داخلية، مخاوف وتنتابه ثلاث صفات أساسية:

* انعدام الشعور بالأمن النفسي العاطفي المستمر وهذا راجع إلى شعوره بالدونية وفشله في التعويض.

*الاضطراب الانفعالي بسبب تبعيته لغيره.

* عدم قدرته على الاستقلالية (فتاجين، 1990: ص 42).

* **السلوك الدفاعي:** الإنكار، التعويض، الإسقاط، التبرير التي يكونها المعاق بمثابة حماية لذاته وهذه العملية يلجأ إليها باستمرار أثناء اتصالاته اليومية مع الأفراد العاديين (عبيد، 2000: ص 229).

* **الانطواء:** ينتج الانطواء لدى المعوق من كثرة تركيز اهتمامه على إعاقته ومن خوفه الشديد لمصير علاقاته الاجتماعية ومن نظرته للإعاقة على أنها جرح لكبريائه. (دويدار، 2004: ص 288).

* **الإحباط:** كلما وجد المعاق نفسه أمام مواقف تتجاوز إمكانياته يستجيب بالكف ويؤدي تكرار هذه الحالة إلى فشل، الكف يحبس طاقات هامة ما يسبب القلق اللاأمن يمنع الشخصية من النمو السليم وعدم التوظيف الطاقات الفكرية.(ميموني، 2005: ص 234).

10)- المشكلات والصعوبات التي يواجهها المعوق عقليا:

توجد العديد من المشكلات التي يعاني منها الطفل المعوق عقليا أهمها:

10-1) المشكلات النفسية: تتمثل في مشاعر العجز والنقص والضعف أي الشعور بأنه أقل من الآخرين، والشعور بالقلق الدائم والخوف المستمر والتوتر العصبي وعدم الشعور بالرضا وعدم القدرة على التوافق الاجتماعي مما يدفع ذلك بالمعوق إلى الشعور بالغيرة والحقد على الآخرين العاديين وربما إلى التخريب وعدم التكيف الانفعالي مع الآخرين. (نور عصام، 2002: ص 30).

10- 2) المشاكل الاجتماعية: لقد أصبح من المتفق عليه أن الإعاقة لأي فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها منذ أن اعتبرت الأسرة بناءا اجتماعيا يخضع لقاعدة التوازن والذي هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالمساندة والتكامل والاستمرار ومن صور هذه المشكلات:

* مشكلات العمل والتي تتمثل في عدم وجود فرص العمل أمام المعوقين وبالتالي يشعر بأنه عاطل وعاجز ولذلك يفقد الثقة في نفسه وتتضاءل نظرته إلى ذاته ويشعر بأنه أقل من الآخرين ولذا تعتبر المشكلات المهنية من أكثر المشكلات عمقا وتأثيرا في حياة المعوقين ومن ثم يجب على الدول أن تحرص على توفير العمل اللازم لهم حتى يشعرون بالتوافق الاجتماعي والانفعالي والصحي داخل البيئة التي يعيش فيها.

* مشكلات الأصدقاء: تحتل جماعة الرفاق والأصدقاء أهمية قصوى في حياة المعوق وشعوره بعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين قد يؤدي إلى الانعزال والانطواء.

* المشكلات الترويحية: تؤثر الإعاقة على عدم قدرة المعوق في الاستمتاع لوقت فراغه وقد يرجع ذلك إلى ما يجده الفرد من صعوبة في التعبير عما يريده لأن تحقيق ذلك يتطلب شخص أخر يملك مهارة خاصة أو جهازا ميكانيكيا فعالا. (عبده، 2003: ص 265).

10-3) المشكلات الاقتصادية: تسبب الإعاقة الكثير من المشاكل الاقتصادية التي قد تدفع بالمعوق إلى مقاومة العلاج أو تكون سببا في انتكاس المرض ومنها:

* تحمل الكثير من النفقات.

* انقطاع الدخل أو انخفاضه.

* قد تكون الحالة الاقتصادية سبب في عدم تنفيذ خطة العلاج أيضا قد ينتج مشكلة الاقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدى المعوق في العمل لعدم وجود طموحات لديه مما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية. (عبده، 2003: ص265).

10-4) المشكلات العلمية والتربوية: يشير عالم المعوقين مشكلة تعليمية إذا كانوا صغارا أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كبارا فكثيرا ما يفصل المعوق نفسه عن الآخرين ليس فقط أن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم ولكنه أيضا لا يستطيع مشاركة الآخرين خاصة في أفكارهم ومشاعرهم أو في التمتع بصفات تتكافأ مع أي درجة من

الأخذ والعطاء وهو غالبا ما يعاني من حرج في الاتصال ويشعر أنه شخص خـــارجي وغريب وهذا الشعور يشجع الآخرين على رفضه، بالإضافة إلى عدم توفير ضـــمانات لسلامة المعوقين والشعور بالرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤيـــة المعـــوقين وانعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون انسحابا أو عدوانيا كعميله تعويضية.

إضافة إلى مشكلة الإمكانيات التي تتطلبها مدارس التربية الفكرية للمعاقين ذوي الإعاقة الذهنية من حيث معلمين أكفاء مؤهلين للتعرف على كيفية التعامل مع هذه الفئة وكذلك مناهج دراسية مناسبة تتناسب مع ميـــول هـــؤلاء الطـــلاب وحاجـــاتهم الضـــرورية والأساسية، وأيضا وسائل تعليمية ملائمة لإثارة التعلم لدى هؤلاء، مع العلم أن الطفـــل القابل للتعلم لا يصل إلى أكثر من الصف الخامس أو السادس لأن الطفل الذي يكـــون عمره 6 سنوات يكون عمره العقلي 3 أو أربعة سنوات والطفل الـــذي يكـــون عمـــره الزمني من (12–18) سنة يكون عمره العقلي بين (7– 11) ســـنة. (نـــور عصـــام، 2002: ص 31).

10– 5) المشكلات الطبية: يتعرض المعوق الأشكال مختلفة من المشـــكلات الطبيـــة منها:

* عدم معرفة الأسباب الحاسمة.

* طول فترة العلاج الطبي وارتفاع التكاليف.

* عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين.

10– 6) المشكلات المتعلقة بالتأهيل: وهي مشكلات يتعرض لها المعوق وقد تكـــون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة بما هو خارج الفرد فبالنسبة لما هو مرتبط بـــالفرد قـــد ترجع المشكلات إلى إتكالية المعوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه، أما العوامـــل التي تكون خارج نطاق التردد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة تبعا لطبيعـــة المجتمـــع

وإمكانيته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين بالعملية التأهيلية. (عبده، 2003: ص 265، 268).

ومن خلال التطرق إلى المشكلات المترتبة عن الإعاقة يظهر أن ليس العجز الذي تحدثه الإعاقة وحده الذي يشكل عائقا لدى الفرد بل يتعدى ذلك ليس بجوانب أخرى لتصل إلى المجال النفسي الذي يحوي الشعور بالعجز والنقص وعدم الشعور بالأمن والاطمئنان والإسراف في الوسائل الدفاعية، كما تمس المجال الاجتماعي والتي تتمحور حول مشكلات العمل والأصدقاء والمشكلات الترويحية، بالإضافة إلى الجانب الاقتصادي حيث يعاني عدم تحمل نفقات العلاج وانقطاع الدخل، كما يعاني المعوق من مشكلات تعليمية نظرا للصعوبات التي تلحق به إلى جانب المشكلات الطبية والمشكلات المتعلقة بالتأهيل، كما أن هذه المشكلات لها تأثير على مستوى الأولياء حيث أن معاناة الابن هي أيضا معاناة الأولياء وذلك سلوكاته الشاذة وآلامه إلى جانب ذلك، فإن المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها الإبن تأثر على الحالة النفسية لدى أوليائه من حيث الجانب النرجسي لديهم وبتقديرهم لذواتهم إذ يخلق لديهم الشعور بالنقص وعدم الأهمية، كما أن الجانب الاقتصادي أثر في ذلك إذ أن عدم تحمل الأولياء نفقات العلاج، التعليم والتأهيل ومتطلبات الابن المعاق يؤدي إلى تراكم الضغوطات عليهم وكل هذا يحدث اضطراب على مستوى حالتهم النفسية من خلال معاناتهم من القلق والحصر والضيق.

11)- الوقاية من التخلف العقلي:

لقد سبق أن وضحنا أن هذه الإعاقة ترجع إلى العديد من العوامل، وأن هذه العوامل متشابكة ومتداخلة، كما أن الآثار السلبية المترتبة على هذه الإعاقة متعددة، وتشمل جميع جوانب النمو الإنساني، عقليا وجسميا، واجتماعيا، وهذا كله يوضح لنا أن جوانب هذه العلاقة وأبعادها متعددة ومتداخلة، حيث تشمل البعد الطبي والتربوي

والنفسي والاجتماعي والمهني ولذلك، ينبغي تضافر جهود كل من الأطباء والمتخصصين في علم النفس والتربية والاجتماعيين لوضع البرامج الوقائية اللازمة للحد من حدوث هذه الإعاقة وأن تتعاون الأجهزة المهنية في المجتمع لنشر تلك البرامج وتوصيلها إلى جميع السكان في كل مكان بالمجتمع. **(د. علا عبد الباقي إبراهيم، 2000: ص 102)**، فهناك مجموعة من الإجراءات التي تساعد في منع حدوث الإعاقة العقلية تشمل ما يلي:

- **الرعاية المستمرة:** الرعاية المستمر للأم والجنين قبل وأثناء وبعد الولادة بحيث تشمل الفحص الجسمي والتطوري المستمر والتغذية الكافية.

- **الراحة والغذاء الكامل:** يجب على المرأة أثناء الحمل أن تحمي الجنين النامي من خلال الحصول على الراحة باستمرار، والنوم الكافي وتناول وجبات الطعام المغذية وتفادي الكحول والسجائر والمخدرات، وتفادي المرض بأمراض معدية.

- **خدمات الدعم:** والتي تتمثل في توفير خدمات الدعم للأسرة بحيث تكون سهلة للوصول.

- **الإرشاد الوراثي:** تزويد خدمات الإرشاد الوراثي للأسرة، بمعلومات قيمة حول الظروف الوراثية للمواليد الجدد التي قد تكون سببا في حدوث الإعاقة العقلية مثل الخلل في الجينات أو الكرموزومات.

- **اختبارات قبل الولادة:** إن اختبارات قبل الولادة يمكن أن تزود بمعلومات القيمة بحيث يتم تحديد نوع الدعم والمساعدة التي سوف تقدم للطفل بعد الولادة مباشرة وخاصة من الناحية الطبية ومن هذه الاختبارات فحص مصل الدم الأمومي، والذي يستعمل لاكتشاف مدى شلل الحبل الشوكي، ومرض المنغولية. (أسامة محمد البطانية، 2007: ص 159).

- **فحوص حامض الفوليك وعيوب الحبل الظهري:** تحدث عيوب الحبل الظهري في الدماغ أو الحبل الشوكي، ويمكن أن تؤدي إلى ولادة طفل ميت، ويمكن تخفيض خطر الإصابة من خلال تناول للفتامين "ب" وحامض الفوليك قبل الحمل أو في الشهر الأول من الحمل.

- **الرعاية الصحية الخاصة:** بعض النساء مصابات باضطرابات أو أمراض تحتاج أحيانا لتناول أدوية يمكن أن تؤثر على الجنين مثل الصرع، ومرض السكري، والسمنة، وارتفاع ضغط الدم وفقر الدم، فهي بحاجة إلى رعاية خاصة واستشارة دائمة للطبيب قبل وأثناء الحمل.

- **تعليم وتثقيف الأسرة:** حول أخطار وتعرض الجنين للأشعة السينية، والتدخين والكحول والمخدرات، والأمراض المنقولة جنسيا.

- **التطعيم للأم:** ويكون ضد الأمراض المعدية قبل الحمل.

- **فحص المواليد:** جعل برامج فحص المولود الجديد إلزامية، بحيث تجرى بأسرع وقت لإعطاء نتائج دقيقة وسريعة، بحيث يتم معالجة اضطرابات الأيض إن وجدت مثل مرض الفنيل كيتونيوريا. ومرض ارتفاع سكر الحليب في الدم، ومرض قصور الغدة الدرقية.

- **تطعيم الطفل:** إن التطعيم إلزامي للأطفال ضد كل الأمراض المعدية.

- **التطعيم والتثقيف:** تعليم وتثقيف الأسرة حول إصابات الطفولة التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية، حول خطر استعمال الأسبرين على الأطفال.

- **الوقاية من حوادث السير:** وضع برامج وقائية وتدابير من أجل تجنب حوادث السير التي قد تكون السبب في الإصابة العقلية مثل الاستعمال الإلزامي لحزام الأمان في السيارات.

- **الكشف المبكر:** يعد الكشف المبكر الأساسي الذي ترتكز عليه الوقاية من الإعاقة ويمكن الحد من حجم المشكلة بالتدخل المبكر حيث تبدأ مع الصغار الذين يبدوا عليهم خطر الإصابة العقلية في عمر مبكر، ففيه يتم تقوية قدراتهم الإدراكية، وتشجيعهم استخدام اللغة التعبيرية، وتميزهم على التفكير كما يتم تشجيع الأولياء على الاستمرار في هذه الفعاليات في البيت. (أسامة محمد البطانية، 2007: ص 160، 161).

12)- طرق التكفل بالأطفال المتخلفين عقليا:

إن كون أثار التخلف العقلي متعددة الأبعاد فإن أثارها تشمل مختلف نواحي الحياة النفسية الجسمية واللغوية، وهذا ما يستدعي تدخل العديد من الأخصائيين النفساني والأرطوفوني والطيب، من أجل تحسين وضعية المصاب وليس العلاج لأنها مشكلة غير قابلة للعلاج، وهذا ما تم ملاحظته من خلال دراستنا الميدانية في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بالمسيلة.

* **التكفل الطبي:** باعتبار المتخلف العقلي قد تصاحبه اضطرابات جسمية وعقلية خاصة في حالة التخلف العقلي الشديد، فعلى الطبيب العقلي التدخل بوصف أدوية نفسية تساعد الطفل المتخلف على التخفيف من شدة الأعراض وتقوية نسبة الذكاء مثل تناول دواء الجلوتامين، حتى يتسنى للأخصائي النفساني التدخل فيما بعد بالإضافة إلى الآثار التي قد تنجم عنها، هذا ما يستدعي توجيه المصاب إلى الطبيب المختص لإعادة توظيف العضو الذي لديه خلل حتى يؤدي وظيفته الطبيعية.

* **التكفل النفسي:** بعدها يتدخل الأخصائي النفساني بإقامة علاقة علاجية مع الطفل المصاب وأوليائه ومن خلالها يصل إلى تشخيص الحالة بتطبيق اختبارات الذكاء على الطفل المصاب سواء كان تخلف عقلي بسيط، شديد، متوسط، ومعرفة أسباب الإصابة وذلك بإجراء مقابلة مع الأولياء حتى يعرف المختص كيف يمكنه أن يتدخل في التكفل بالحالة، بعدها يقوم بمساعدة الطفل المصاب على التكيف الاجتماعي مع الأسرة

وتدريبه على حل مشكلاته، وتعزيز ثقته بنفسه، وإدراك الإمكانيات المحدودة لديه وتبصيره بها وكيف يوظفها ويستفيد منها بالإضافة إلى توجيه وإرشاد الأولياء إلى طرق التكفل ومعاملة ابنهم المتخلف عقليا بإحاطته بالأمن ومساعدته على استغلال إمكانياته المحدودة وتدريبه على السلوك السوي.

* **التكفل الأرطوفوني:** يحتاج معظم المعوقين عقليا إلى التكفل الأرطوفوني لأنهم يعانون من اضطرابات في النطق والكلام ويتأخرون في الكلام في النمو اللغوي حيث يتدخل الأرطوفوني لتصحيح عيوب النطق وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل ومساعدته على التعبير اللفظي السليم والتخلص من الكلام الطفلي بهدف اندماجه في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية والاستفادة من التدريب على أحد المهن التي تتناسب مع قدراته المحدودة وإقامة علاقات مع أطفال آخرين.

* **العلاج التربوي:** ويقصد به البرامج التربوية الخاصة التي يقوم بإعدادها المختصون في علم لنفس والتربية والتي يراعي فيها القدرات والإمكانيات المحدودة للمعوقين عقليا والخصائص والسمات التي يتميز بها هؤولاء الأفراد في نواحي التدريب ويهدف العلاج التربوي إلى إخراج القدرات المحدودة لدى العملاء والأفراد وتنميتها عن طريق التدريب على المهارات الشخصية والأسرية والاجتماعية لمواجهة الحياة الاجتماعية اليومية والتفاعل الايجابي مع الآخرين ممن يعيشون بينهم والاندماج في المجتمع مما يقلل المشكلات النفسية والاجتماعية المترتبة على الإعاقة العقلية. (قحطان أحمد الظاهر، 2005: ص 102، 103).

العلاج التصحيحي: والمقصود بهذا النوع من العلاج تصحيح بعض العيوب والتشوهات الجسمية التي يعاني منها الفرد والمعوق عقليا والتي تؤثر سلبا على تقبله لذاته وتزيد من مشكلاته النفسية والاجتماعية مما يؤدي إلى انعزاله عن الحماية ورفض الآخرين له فيما بينهم ويعمل هذا العلاج إلى تحسين المظهر العام الخارجي للجسم لمساعدة

الفرد على بناء الثقة والتغلب على مشكلاته النفسية والاجتماعية والتفاعل مع الآخـــرين والاندماج في المجتمع الذي يعيش فيه.(فرج، 2007: ص 129، 130).

العلاج السلوكي: يطلق عليه تعديل السلوك ويتضمن البرامج العلاجية التي تعـــد مـــن اجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب أو القضاء على هـــذا الســـلوك نهـــائي وسيتضمن أيضا البرامج التدريبية التي تعمل على اكتساب الطفل سلوكا جديـــدا يـــراد تعليمه أو زيادة معدل ممارسة سلوك مرغوب، ويعتمد العلاج السلوكي على إجراءات وفنيات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى وتبعا لدرجـــة الإعاقـــة، ونـــوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل.

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل فالتخلف العقلي يعتبر نقص فـــي نســـبة ذكاء الفرد أين يقل معامل ذكائه عن 70 درجة قبل سن 18 سنة وقد تعود أسبابه إلـــى عوامل جينية أو غير جينية قبل أو أثناء، أو بعد الولادة، مما قد ينتج عنه نقـــص فـــي أداء الفرد في مختلف نواحي الحياة كضعف التكيف النفسي، الاجتماعي ونقـــص فـــي النواحي الجسمية واللغوية هذا ما قد يجعل الطفل المتخلف عقليا يمثل عبئا على الأسرة والذي قد يولد ردود أفعال إذا استمرت مع الوقت تتحول إلى ضـــغوط نفســـية وهـــذه الأخيرة سنتناولها في الفصل الموالي.

الفصل الثاني:

الإطار المنهجي للدراسة

التمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية جانب مهم من جوانب البحث، وهي مكملة للجانب النظري، فهذا الأخير عبارة عن مجموع المعارف والأفكار المنظمة حول ظاهرة ما في حين يهدف الجانب الميداني إلي جمع المعلومات والبيانات، وكذا الاقتراب من الظاهرة بشكل علمي وبالتالي الوصول إلي نتائج أكثر دقة وموضوعية.

وسوف أتطرق في هذا الفصل إلى(الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، مجموعة البحث، وأدوات البحث).

1- القيام بالدراسة الاستطلاعية.

قبل هذا تم حصولي علي رخصة من قسم علم النفس، وكذا رخصة من مديرية النشاط الاجتماعي للسماح لي بإجراء بحثي، وبعدها تأتي الدراسة الاستطلاعية حيث الهدف منها هو التحقق من وجود مجموعة بحثي في الميدان، وكذلك هل يمكن تطبيق اختبار رسم الرجل على مجموعة البحث، إضافة إلي جمع أكثر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع الدراسة، لذلك في بداية بحثي قمت بزيادة مديرة المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بالمسيلة، وتحاورت معها في شأن بحثي، وتأكدت من وجود أفراد المجموعة في المركز، وكذا إمكانية تطبيق اختبار رسم الرجل عليهم، إضافة إلي هذا وبحكم الدراسات السابقة التي تقول وجود مشكلة العدوان لدى الأطفال المعاقين ذهنيا، قالت لي مديرة المركز بما أنها مديرة المركز وكذا مختصة نفسانية أن مشكلة العدوان لديهم قد تكون، وقد لا تكون ونسبة كبيرة لا تكون، وبعدها تعرفت على أفراد العينة من خلال الذهاب إلى القاعات التي يدرسون فيها، حيث لاحظت قليلا ملوكا تهم، وبعد تعرفي على الأفراد قمت في الأيام الأخرى بتطبيق اختيار رسم الرجل عليهم.

2- منهج البحث:

لاشك أن اختيار أي باحث لمنهج علمي يراه مناسبا لبحثه إنما يأتي انطلاقا من طبيعة المشكلة التي هو بصدد دراستها، وعن اختلاف المناهج المتبعة من قبل الباحثين إنما يرجع إلي نفس هذا السبب حيث كثيرا ما يجد الباحث نفسه مضطرا لإتباع هذه الخطة دون غيرها، نظرا لكونها أكثر ملائمة واقرب من غيرها من المنهجية الأخرى، ويهدف بحثي إلي دراسة السلوك العدواني لدى الطفل المعاق ذهني وعليه فقد اعتمدت في بحثي هذا على المنهج العيادي الملائم وطبيعة هذا الموضوع، معتمدة في ذلك على طريقة تطبيق اختيار رسم الرجل لـ Florence Good Nough.

فويتمر يعرف المنهج العيادي علي "انه منهج في البحث يقوم علي استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحد تلوى الأخر من أجل استخلاص مبادئ عامة توحي بها ملاحظة كفاءتهم أو قصورهم.

ويرى "دانيل لاقاش" أن المنهج العيادي هو تناول السيرة الذاتية في منظوره الخاص، وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للحالة والتعرف على بنيتها ،كما يكشف على الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرد حلها (عبد الرحمن الوافي ،1998)

3- مكان إجراء البحث:

تمت الدراسة الميدانية بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا 02 بولاية المسيلة.

4- مجموعة البحث:

ونقصد بها الأفراد الذين يجرى عليهم البحث، حيث تتكون من أطفال معاقين ذهنيا بالمركز البيداغوجي. حيث تم العمل مع ثلاثة عشر (06) حالات تتكون من (04) ذكور (02) إناث، وذلك في المركز الطبي البيداغوجي الأطفال المتخلفين ذهنيا بالمسيلة.

4-1- كيفية اختيار مجموعة البحث:

لاختيار مجموعة البحث تم الاعتماد على ثلاثة شروط وهي:

- أن يكون لكل فرد من أفراد المجموعة معاقا ذهنيا

-أن تكون درجة الإعاقة لدى أفراد المجموعة متوسطة.

4-2- خصائص مجموعة البحث:

تتوفر مجموعة البحث على خصائص أهمها: العمر يتراوح ما بين (09-12) سنة، وتتكون من ثلاثة عشر (13) حالة من كلا الجنسين، حيث تتكون من سبعة (07) ذكور، وستة(06) إناث، وكل هذه الحالات عبارة عن أطفال معاقين ذهنيا إعاقة ذهنية متوسطة.

4-3- مدة إجراء البحث:

أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 2022/05/01 إلي غاية 2022/05/30 أي دامت حوالي شهر في اليوم الأول التحقت بمكان تواجد مجموعة البحث، وتواجدها في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بالمسيلة، واليومين التاليين تعرفت على أفراد المجموعة، وفي الأيام الأخرى قمت بتطبيق اختبار رسم الرجل عليهم.

5- أدوات البحث:

لإجراء الجانب الميداني للبحث تم الاعتماد علي ما يلي:

- **رائز رسم الرجل:** يسمح لنا رائز رسم الرجل بتكملة الدراسة المعرفية للكشف عن الجوانب النفسية التي لا يمكن أن يفصح عليها الفرد والسبب في اختيارنا لهذا الرائز يعود إلى:

-الكشف عن المشاكل الشعورية وللاشعورية.

-وسيلة علاجية يستطيع المفحوص أن يبرز من خلالها ميولا ته واندفاعاته العدوانية.

- يهدف إلي استخلاص النتائج التي تلقي الضوء علي الصراعات النفسية التي تميز شخصية المفحوص.

-لهذا الرائز قدرة كبيرة للكشف عن النواحي العاطفية.

-هو رائز إسقاطي غير لفظي.

- **التعليمة:** على هذه الورقة سترسم رجلا ارسمه بأحسن طريقة ممكنة خد الوقت الكافي لذلك. ويجب أن تتفادى المساعدة والإعجاب بالرسم أو أي اقتراح لكن إذا لا حضنا تردد المفحوص نتدخل ببعض العبارات المكتوبة على الورقة مثل: جيد، واصل وللرد علي السؤال نقول له "اعمل كما تحب".

- **كيفية إجراء أو تطبيق الرائز:** لقد طبقنا الاختبار بصفة فردية وهذا لكي يكون الطفل:

- مركز عند قيامه بالرسم دون أي إزعاج من احد.
- يكون الرسم موضوعيا أي أن الطفل لا يقوم بالنقل من طرف أخر.
- حتى يشعر الطفل بالراحة وحرية في الرسم.
- لا يشعر أن زملائه يراقبونه ويقومون بالتعقيب عليه.

واخترت هذا الاختبار لأنه الأنسب لدراسة موضوعي ألا وهو دراسة السلوك العدواني، إذ من خلال شبكة تحليل رسم الرجل يتضح أنه من سمات الشخصية العدوانية الإحساس بالذنب، الغضب، تقييم وتعزيز القوة البدنية، ثرثار، الاندفاع، عدم التأقلم مع المعايير الاجتماعية.

الفصل الثالث

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

1-عرض الحالات وتحليلها:

1-1 تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة (1):(ق،ع)

- تقديم الحالة(1):((ق،ع)

الاسم: علي

السن:12 سنة

المستوي الدراسي: قسم ما قبل التمدرس

نوع الإعاقة: متوسطة

- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة(01): (ق، ع)

مكان الرسم في الجهة اليمنى للورقة، ويدل على تمثيل المستقبل وكلما دل علي وجود قوة المراقبة الفكرية والنضج، كما تمثل التعلق بالأب، ومكان الرسم على شكل أفقي في المنطقة اليمنى الوسطى ويدل على المستقبل، الخطوط المستقيمة تدل علي الرزانة، الصلابة، وضعية منحنية للذراعين وضعية متقدمة ونادرة فهي تساهم في التعبير، رجلين مبتعدين نجدها عند الذين لديهم ثقة بالنفس، الفم مضموم هو إشارة للتوتر، الشعر يشير للاحتجاج الشهواني، الوجنتين تدل على الصحة والبشاشة، سروال له معنى جنسي وهذا بالنسبة للمواضيع التي يغطيها، الخطوط مضغوطة إلي غاية خدش الورقة، الرقبة عندما تكون ممتدة فتدل على الشكل من الجانب المورفولوجي وكذلك عندما يظهر الطفل إعجاب بالنفس وطموحا.

وفيما يخص الألوان أستعمل ألوان كثيرة منها اللون الأزرق الذي يدل علي الهدوء ، الصفاء، الحنان، واللون الأصفر يدل علي الزهو، البهجة، التفوق، واللون الأصفر يدل علي الأمل، المرارة، القساوة، الثورة، الغضب.

- **خلاصة محتوى رسم الحالة (1):**

من خلال رسم (ق.ع) يتضح أنه ليس عدواني ،لأنه أستعمل الخط المضغوط إلي غاية خدش الورقة، وأيضا اللون الأخضر واللذان يدلان على العدوانية، لكنهما عرضان فقط، وبالتالي لا يكفي للحكم عليه بأنه شخص عدواني، والأمور الأخرى التي ترمز للعدوانية من خلال رسم الرجل هي الوضعية العامة متصلبة، وعضو من عصابة أو عسكري، أيضا فم خشن وصلب هو إشارة إلي العدوانية، واليدان عندما تكون غير موجودة فهذا يدل على عدم القدرة علي إقامة علاقات مع الغير أو الشعور بالذنب، ويدان بأصابع حادة، وبالنسبة للألوان فاللون الأحمر يدل على الغضب، العدوانية، والأخضر، الأسود يدل علي الذنب.

تفاصيل وجه الرجل تعبر عن الغضب (العين شريرة، الأنف واسع، الشفاه خشنة) وأحيانا وجود أسنان، الاضافر، والكتف العريض، الرجل يكون مصحوب أحيانا بسلاح أو يؤدي فعل مهدد، والذراعات واليدان الغير موجودتان، استعمال الألوان المظلمة.

كل هذا لا يوجد في رسم (ق.ع) . وبالتالي ليس عدواني.

1-2- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة (02):(د،م)

- تقديم الحالة (02):(د،م)

الاسم: ماريا

المستوى الدراسي: قسم ما قبل التمدرس

نوع الإعاقة: متوسطة

السن:12سنة

- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة (02):

مكان الرسم في الوسط يدل علي الحاضر والواقع، الخط القائم فهو يعبر عن الشهوانية والاندفاعية إلي حد خدش الورقة، وهو إشارة لعدم الرضا والعدوانية، وضعية الذراعين منحنية وهي وضعية متقدمة ونادرة فهي تساهم في التعبير، وضعية الساقين، رجلين مبتعدين نجدها عند اللذين لديهم ثقة بالنفس، رأس كبير يدل على النرجسية وعدم نضج الأنا، الأنف بها تشوهات فهي مرتبطة بالمشاكل الجنسية، الشعر يشير للاحتجاج الشهواني كما يستعمل كستار، اليدان غير موجودة وهذا يدل علي عدم القدرة على إقامة علاقات مع الغير، أو الشعور بالذنب، الرقبة ضيقة فهي تدل على نزوات الاختناق، وبالنسبة الألوان نجد اللون الأحمر والذي يدل على الغضب، العدوانية، وكذا نقص التحكم في الأحاسيس، واستعملت اللون الأصفر الذي يدل علي البهجة، الحكمة، التفوق، واللون الأخضر والذي يدل علي الأمل كما يدل علي المرارة، القساوة، الغضب، وكيفية أداء خطها مضغوط، مندفع غالبا ما تكون متنفسة

-خلاصة محتوى رسم الحالة (02):

من خلال رسم (د.م) يتضح لنا أن لديها شخصية عدوانية ذلك من خلال استعمال الخط المضغوط إلي غاية خدش الورقة وهو إشارة للعدوانية، أيضا اليدان غير موجودتان، وهذا يدل علي الشعور بالذنب، وكذلك تظهر شخصيتها من خلال الألوان المستعملة كاللون الأحمر والأخضر، فالأحمر يدل على الغضب، وكذا العدوانية واللون الأخضر والذي يدل على المرارة، القساوة، الغضب.

وبالتالي نستنتج أن شخصية (د،م) تتميز بالعدوانية.

1-3-تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة (03):(د،ي)

- تقديم الحالة (03): (د.ي)

الاسم: يوسف

السن:12سنة

المستوي الدراسي: قسم ما قبل التمدرس

نوع الإعاقة: متوسطة

- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة (03): (د. ي)

مكان الرسم في الجهة الوسطى للورقة تمثل الحاضر والواقع، والخط الغليظ إلي حد خدش الورقة هو إشارة لعدم الرضا والعدوانية، الوضعية العامة متصلبة وتعني عدوانية قوية تكون غالبا مختفية تحت هذه الوضعية، وضعية الساقين مبتعدين نجدها عند اللذين لديهم ثقة بالنفس، والرسم بالنسبة له يمثل لص وبالتالي يعبر عن عدوانية مباشرة، الرأس كبير يدل على النرجسية، وعدم نضج الأنا، فم خشن وصلب هو إشارة إلي العدوانية، الأذن بارزة ويعني فضولية حساسية للنقد، اضطرابات في السمع والشعر يشير للاحتجاج الشهواني والقدمان مشكلتان بصفة بارزة تدل علي تمثيل مقنع للعضو الجنسي، والأصابع الحادة تشير إلي عدوانية الرسام، والأزرار تشير إلي الخضوع للسلطة والرقبة غليظة وتدل علي الخشونة، وبالنسبة للألوان أستعمل (د.ي) اللون الأحمر بكثرة والذي يدل على الغضب، العدوانية، وكذلك أستعمل اللون البنفسجي والذي يدل علي الحزن، الغرابة.

- تفاصيل وجه الرجل تعبر عن الغضب (العين الشريرة، الفم خشن وصلب)

-خلاصة محتوى رسم الحالة(03):

من خلال الرسم نستنتج بأن (د. ي) شخصية عدوانية

-ذلك من خلال أداء رسمه الذي كان مضغوط إلي غاية خدش الورقة، والرسم بالنسبة له يمثل لص، كما أن تفاصيل وجه الرجل تعبر عن الغضب كالفم الخشن والصلب والعين شريرة، إضافة إلي ذلك الأصابع الحادة والتي تشير إلي عدوانية الرسام، وكذلك استعمال اللون الأحمر، فهذا إن دل علي شيء إنما يدل علي أن شخصية (د. ي) هي شخصية عدوانية.

1-4- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة (04):(و،خ)

- تقديم الحالة(04): (و،خ)

الاسم: خليفة

السن: 11سنة

المستوي الدراسي: قسم ما قبل التمدرس

نوع الإعاقة: متوسطة

- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة(04): (و،خ)

مكان الرسم في الجهة اليسرى للورقة يدل علي تمثيل الماضي، الرسم علي شكل أفقي للورقة في المنطقة اليسرى العلوية يدل على الحلم، أحلام اليقظة، رأس صغير، يدل على التحكم في الغرائز أو صعوبة الاتصال، الفم مستدير هو إشارة إلي السلوك الطفلي والتبعية السلبية، الإذن بارزة يعني فضولية حساسية للنقد، اضطرابات في السمع، والشعر يشير للاحتجاج الشهواني كما يستعمل كستار واليدان غير موجودة، فهذا يدل علي عدم القدرة علي إقامة علاقات مع الغير أو الشعور بالذنب، والأزرار الكثيرة تشير إلي الخضوع للسلطة وبالنسبة للألوان نجد في هذا الرسم اللون الأصفر والذي يدل على الحكمة، البهجة، الاستعلاء، واللون الأخضر الذي يدل على المرارة ، القساوة، التمرد، الثورة، الغضب، ورسم الرجل صغير جدا يعني صعوبات الاتصال الاجتماعي، وإحساسات النقص المعنوية، وكيفية أداء خطه يكون مضغوط مندفع غالبا ما يكون متنفس ومدبب، وتفاصيل وجه الرجل تعبر عن الغضب والمتمثلة في الشفاه الخشنة.

-خلاصة محتوى رسم الحالة(04):

من خلال الرسم نستنتج بأن (و،خ.) له شخصية عدوانية ذلك من خلال اليدان غير موجودة، والتي تدل على الشعور بالذنب وأيضا استعمال الخط المضغوط إلي غاية خدش الورقة، إضافة إلي استعمال اللون الأخضر الذي يعبر عن الغضب، القساوة، ومن خلال تفاصيل الوجه كالشفاه الخشنة، فهذا يكفي لنحكم على أن شخصية (و،خ) تتسم بالعدوانية.

1-5- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة رقم (05)(ع،ه)

- تقديم الحالة (5): (.ع، ه)

الاسم: هاجر

السن: 12سنة

المستوي الدراسي: قسم ما قبل التمدرس

نوع الإعاقة: متوسطة

- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة رقم(05): (ع. ه)

مكان الرسم في الجهة الوسطى للورقة وتمثل الحاضر والواقع، الرسم بالجنب يدل علي موقف الخوف من المواجهة ، رأس صغير يدل على التحكم في الغرائز أو صعوبة الاتصال، الفم مستدير ومقعر هو إشارة إلي السلوك ألطفلي والتبعية السلبية، الأنف به تشوهات أو تعزيز في الخط الأنفي هي مرتبطة بالمشاكل الجنسية، والقدمان مشكلتان بصفة بارزة تدل على تمثيل مقنع للعضو الجنسي، واليدان غير موجودة فهذا يدل على عدم القدرة علي إقامة علاقات مع الغير أو الشعور بالذنب، وفيما يخص اللباس نجد في هذا الرسم استعمال التنورة المنتفخة تبرز النرجسية الأنثوية التعويضية، والرقبة ضيقة فهي تدل علي نزوات الاختناق، وبالنسبة للألوان استعملت (ع. ه) اللون الأزرق فقط والذي يدل علي الهدوء، الصفاء، الحنان، الصدق.....الخ، وطريقة أداء الرسم بطريقة غير مضغوطة وغير متنفسة أثناء الرسم، وتفاصيل وجه الرسم لا يعبر عن الغضب

-خلاصة محتوى رسم الحالة رقم (05):

من خلال رسم (ع، ه) اتضح لي أنها ليست شخصية عدوانية، فالذارعات واليدان الغير موجودان، و التي تدل على عدم القدرة على إقامة علاقات مع الغير والشعور بالذنب لا يكفي الحكم على أنها شخصية عدوانية لأنه عرض واحد من سمات الشخصية العدوانية إذن (ع. ه) شخصية ليست عدوانية .

1-6- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة رقم(06):(م،ع)

- تقديم الحالة رقم(06):

الاسم: عبد الرؤوف

السن:12سنة

المستوي الدراسي: قسم ما قبل التمدرس

نوع الإعاقة: متوسطة

- تقديم وتحليل محتوى رسم الحالة رقم(06): (.م، ع)

الرسم على شكل أفقي للورقة في المنطقة الوسطى العلوية والذي يدل علي الحياة الخيالية، الوضعية العامة متصلبة وتدل علي عدوانية قوية تكون غالبا مختفية تحت هذه الوضعية، وضعية الذراعين وضعية منحنية وهي وضعية متقدمة ونادرة فهي تساهم في التعبير، ورجلين مبتعدين نجدها عند اللذين لديهم ثقة بالنفس، ووجود شئ ما في اليدين يدل على حركة الشخص، ورأس كبير يدل علي النرجسية وعدم نضج الأنا، فم خشن وصلب هو أشارة إلي العدوانية، الأنف في شكل بارز يشير إلي القضيبية، الشعر يشير للاحتجاج الشهواني كما يستعمل كستار، والذقن عندما يكون بارزا جدا يدل علي الرجولة والرغبة في تحقيق الذات والسلطة، يدان بأصابع حادة تشير إلي عدوانية الرسام، الأزرار الكثيرة تشير إلي الخضوع للسلطة، والرقبة ضيقة فهي تدل علي نزوات الاختناق، أما الألوان نجد في هذا الرسم استعمال اللون الأحمر الذي يدل علي الغضب "العدوانية"، كذلك اللون الأخضر والذي يدل أيضا على الغضب، المرارة، القساوة، الثورة، إلي جانب هذه الألوان استعمل (.م، ع) أيضا اللون الأصفر والذي يدل على الإشراف، الحكمة، الاستعلاء، تفاصيل وجه الرجل تعبر عن الغضب (العين شريرة، الأنف الواسع) والأظافر.

-خلاصة محتوى رسم الحالة رقم (06):

من خلال رسم (م، ع) والذي فيه الوضعية العامة متصلبة والتي تشير إلي العدوانية، أيضا يدان بأصابع حادة والتي تشير إلي عدوانية الرسام، بالإضافة إلي تفاصيل وجه الرجل والتي تعبر عن الغضب، وبالنسبة للألوان فاللون الأحمر والأخضر يدل علي الغضب، وبالتالي على العدوانية، كل هذا إن دل علي شئ فإنما يدل على أن (م، ع) شخصية عدوانية.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام:

نظرا لكون الإعاقة من أخطر المشاكل، والإعاقة الذهنية بصفة خاصة هو ما تناولناه في بحثنا، ونظرا لكون مرحلة الطفولة فترة مهمة جدا لتكوين شخصية الإنسان وبنائها، هذا عن الطفولة ككل هو ما تناولناه بطبيعة الحال في بحثنا هذا، إذ تعتبر بوابة للدخول إلى مرحلة المراهقة التي هي مرحلة حساسة فكل المراحل مهمة، أيضا تناولنا مشكلة العدوان لديهم، إذ يعد السلوك العدواني اضطراب نفسي يجب القضاء عليه أو التقليل من حدته .

لدراسة السلوك العدواني لدى الطفل المعاق ذهني، هذا الموضوع الذي كانت إشكاليته كما يلي:

هل يتسم الأطفال المعاقين ذهنيا بالسلوك العدواني

وكانت فرضية بحثنا كما يلي:

-يتسم الأطفال المعاقين ذهنيا بالسلوك العدواني

فكان بحثنا إحدى المواضيع المهمة التي تمس الطفل المعاق ذهني، وقد حاولنا أن ندرس السلوك العدواني لديه. إذن من خلال هذه الدراسة الميدانية التي قمنا بها في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بالمسيلة، وذلك من خلال الاعتماد على المنهج العيادي المتمثل في تطبيق اختبار رسم الرجل، استطعنا أن نثبت تلك الفرضية التي قام عليها بحثنا، والقائلة بوجود السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين ذهنيا، وما أثبته الدراسات التي أجريت حول الإعاقة بأنواعها على أنها مشكل خطير، وتسبب للفرد اضطرابات أخرى منها نفسية، اجتماعية، علائقية ...الخ

ومما تجدر الإشارة إليه أن الكفالة النفسية المستمرة داخل المراكز الخاصة بالمعاقين ذهنيا، وكذا التقبل والعناية الكبيرة من طرف المجتمع لهذه الشريحة، وذلك من أجل التخفيف من حدة هذه الاضطرابات.

هذا دون أن ننكر دور المؤسسات الخاصة، وكذا مجوداتها من أجل التحسين وكذا دور بعض الأولياء.

- **التوصيات:**

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ارتأينا إلى تقديم بعض التوصيات والاقتراحات لأنها تعتبر مهمة، وتعتبر كنقطة انطلاق لأبحاث أخرى، ومن أهم التوصيات:

-التكثيف من الحملات التحسسية لتوعية الأولياء من أجل التكفل بأبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة في صغرهم أفضل، أي ضرورة الكشف المبكر عن إعاقتهم وإدخالهم إلى المراكز الخاصة بهم في أقرب وقت ممكن.

-إنشاء مراكز بيداغوجية إضافية علي مستوى الولاية للتكفل بعدد اكبر من المخلفين ذهنيا في مختلف الأعمار ودرجات الإعاقة، نظرا لما توفره هذه المراكز من الخدمات لهذه الفئة.

- توجيهات وإرشادات للأولياء علي كيفية التعامل مع أبنائهم في البيت خاصة في أيام العطل، وهذه التوجيهات ليست للأولياء فقط، وإنما للمجتمع ككل.

- عدم غلقهم في مؤسسات خاصة بهم، وإنما ضرورة تفتحهم نحو العالم الخارجي.

أما بالنسبة للاقتراحات فهي كما يلي:

- إجراء دراسات في هذا الموضوع ومن خلال مقياس أخر مع إجراء مقابلات مع الأولياء، أو ملاحظتهم للسلوك (تقنية المقابلة والملاحظة).

-إجراء دراسات حول مدى نجاح المربيات في معالجة السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا، من خلال تاريخ دخول كل فرد إلي المؤسسة.

-إجراء دراسات حول مدى تأثير البرامج التربوية على إدماج المتخلفين ذهنيا في الحياة الاجتماعية، خاصة وان المعاق ذهني بصفته لديه صعوبة في الاتصال، وما لاحظته من خلال تطبيقي لمقياس رسم الرجل عليهم.

قائمة

المصادر والمراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1.إبراهيم محمد المغازي (2004): **مدخل إلى التخلف العقلي**، المكتبة الأكاديمية، مصر.

2.أحمد الظاهر ذقحطان (2004): **تعديل السلوك**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الثانية.

3.أسامة محمد البطانية وآخرون (2007): **علم النفس الطفل غير العادي**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

4.أسعد ميخائيل يوسف (1988):**المشكلات النفسية** ،دار النهضة نصر للطباعة و النشر ،الفجالة، القاهرة ،بدون طبعة .

5.أشرف محمود عبد الغني شريت (2002): **مخاوف الأطفال المعاقين عقليا** ،المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع ، الإبراهيمية ، الإسكندرية .

6.ألان كازين ترجمة عادل عبد الله محمد (2000): **الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين**، دار الرشاد للنشر، الطبعة الأولى.

7.أمال عبد السميع مليجي باظة (دون سنة): **مقياس السلوك العدواني للأطفال**، مكتبة المصرية للنشر، مصر، بدون طبعة.

8.إيمان فؤاد محمد كاشف (2001): **الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه**، دار طباء للنشر والطباعة والتوزيع.

9.توما جورج خوري (2000) : **سيكولوجية النمو عند الطفل والمراهق**، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الأولى.

10. حابس العواملة (2003): **علم نفس النمو**، سيكولوجية الطفل، الأهلية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

11. حسن مصطفي عبد المعطي (2003): **الاضطرابات النفسية في الطفولةو المراهقة، الأسباب، التشخيص، العلاج**، دار القاهرة، مكتبة القاهرة للكتاب، الطبعة الأولى.

12. حسن مصطفى عبد المعطي وآخرون، (2000): **علم نفس النمو المظاهر والتطبيقات**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، الجزء الثاني.

13. حسين عبد الحميد أحمد رشوان (1999) : **دراسات في الاجتماع النفسي** ،المكتب الجامعي الحديث الأزارطية ،الإسكندرية ،مصر ،الطبعة الرابعة .

14. حسين فايد (1995) : **العدوان والاكتئاب**، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الطبعة الخامسة، الإسكندرية، بدون طبعة.

15. حسين فايد (2004): **العدوان والاكتئاب**، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، سبورتج الإسكندرية، القاهرة، بدون طبعة.

16. حسين فايد، (2001): **العدوان والاكتئاب**، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، الطبعة الأولى.

17. خليفة أحمد محمود (1977): **مقدمة في دراسة السلوك الإجرامي**، دار الثقافة، القاهرة، الطبعة الثانية.

18. خليل ميخائيل معوض (2003) : **سيكولوجية النمو الطفولة والمراهقة**، توزيع مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، بدون طبعة.

19. الخوجا عبد الرحمن محمد (2001): **سيكولوجية الإعاقة**، المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية القدس، الطبعة الأولى.

20. خولة أحمد يحي (2000): **الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

21. خولة أحمد يحي، ماجدة السيد عبيد (2005): **الإعاقة العقلية**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، الطبعة الأولى.

22. رشاد علي عبد العزيز موسى (1998): **علم النفس المرضي**، المؤسسة للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الثانية.

23. روبرت مكلفين ورتشارد غروس (2002): **مدخل إلى علم النفس الاجتماعي**، ترجمة ياسين حداد، موفق الحمداني و فارس الحلمي، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

24. زكريا الشربيني (1994): **المشكلات النفسية عند الأطفال**، الفكر المعرفي، القاهرة، بدون طبعة.

25. زكريا الشربيني، (2005): **المشكلات النفسية عند الأطفال**، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، بدون طبعة.

26. زهران حامد عبد السلام (2005):**التوجيه و الإرشاد النفسي** ،عالم الكتب ،القاهرة ،الطبعة الأولى

27. سامر جميل رضوان (2007):**الصحة النفسية**، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ،الطبعة الثانية .

28. سامي محمد ملحم (2004) : **علم النفس النمو**، دورة حياة الإنسان، دار الفكر، الأردن، الطبعة الأولى.

29. سعيد حسين بركات (2002): **المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، (المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس)**، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،

30. سناء محمد سليمان (2008): **مشكلات العنف والعدوان**، عالم الكتب، القاهرة، دون ذكر الطبعة.

31. سهير محمد سلامة شاش (2001): **اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية**، دار القاهرة، مصر، بدون طبعة.

32. الشناوي محمد محروس (1997): **التخلف العقلي**، دار العريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الأولى.

33. عبد الرحمن العيسوي (1984): **سيكولوجية الجنوح**، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الأولى.

34. عبد الرحمن العيسوي (دون سنة): **سيكولوجية النمو، دراسة في نمو الطفل والمراهق**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

35. عبد الرحمن محمد العيسوى (1997): **سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة الأولى.

36. عبد الرحمن محمد العيسوى: (2000)، اضطرابات **الطفولة والمراهقة وعلاجها**، دار الرتب الجامعية، لبنان، الطبعة الأولى.

37. عبد الفتاح حافظ نبيل و فتحي نادر قاسم ،بدون سنة ،**مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني لدى الأطفال** ،مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة ،بدون طبعة .

38. عبد الكريم قاسم أبو الخير (2004) : **النمو من الحمل إلى المراهقة**، منظور نفسي اجتماعي طبي تمريضي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.

39. عبد الله الزاهي الرشدان (2005) : **التربية والتنشئة الاجتماعية**، دار النشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

40. عبد المنعم عبد القادر الميلادي (2004): **مشاكل نفسية تواجه الطفل**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.

41. عزت عبد العظيم الطويل (1999): **معالم علم النفس المعاصر**، دار الثقافة الجامعية، الإسكندرية، مصر، الطبعة الثانية.

42. عصام عبد اللطيف العقاد (2001): **سيكولوجية العدوانية وترويضها**، دار غريب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة، بدون طبعة.

43. عصام عبد اللطيف العقاد، (2001): **سيكولوجية العدوانية وترويضها**، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، بدون طبعة.

44. عصام نور (2006) : **علم نفس النمو**، الناشر مؤسسة شباب الجامعة.

45. عفاف أحمد عويس (2003): **النمو النفسي للطفل**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، بدون طبعة.

46. عماد عبد الزغلول،(2006) : **الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدي الأطفال**، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى.

47. القريطي عبد المطلب أمين (2001): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الثالثة.

48. كامل الفرج شعبان (1999): **النمو الانفعالي عند الطفل**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون طبعة.

49. ماجدة السيد عبيد (2000) : **مقدمة في تأهيل المعوقين** ،دار للطباعة و النشر ،عمان ،الأردن ،الطبعة الأولى .

50. ماجدة السيد عبيد (2000): **الإعاقة الحسية العقلية**، دار الصفاء للطباعة والنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

51. ماجدة بهاء الدين السيد (2007): **الإعاقة العقلية**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثانية.

52. محمد برد فائقة (2003): **السلوك العدواني**، دار الفكر للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، بدون طبعة.

53. محمد برد فائقة (2003):**السلوك العدواني**، دار الفكر للطباعة و النشر ،بيروت – لبنان

54. محمد جميل محمد يوسف منصور، (1981): **قراءات في مشكلة الطفولة**، دار النشر للنعامة، جدة م.ع، السعودية.

55. محمد شحاتة ربيع، جمعة سيد يوسف، معتز السيد عبد الله، **علم النفس الجنائي**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

56. مدحت أبو النصر (2005): **الإعاقة العقلية**، المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، القاهرة، الطبعة الأولى.

57. مريم سليم (2004) : **علم النفس التربوي**، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الأولى.

58. مريم سليم(2002) :**علم نفس النمو**، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الأولى.

59. مصطفي نوري القمش (2000) : **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار المسيرة، عمان، بدون طبعة.

60. معتز سيد عبد الله، (2001): **علم النفس الاجتماعي**، دار عريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، بدون طبعة.

61. ميمون بدر معتصم، (2005): **الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق**، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، الطبعة الثالثة

62. نايفة قطامي (2001): **نمو الطفل ورعايته**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى.

63. نعيم الرفاعي، (1979): **الصحة النفسية**، مطبعة ابن حيان، القاهرة، الطبعة الأولى.

64. هشام الخطيب وآخرون(2000): **الصحة النفسية للطفل**، الدار العلمية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى.

65. وفيق صفوت مختار (1999): **مشكلات الأطفال السلوكية**، الأسباب وطرق العاج، دار المعرفة العربية، بدون طبعة.

66. يوسف قطامي (2005) : دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الثانية.

القواميس والمعاجم:

1.جان لا بلاش وبونتاليس (1984): معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفي الحجازي، دار النهضة للطباعة والنشر.

2.رولان دورون فرانسواز يارو (دون سنة): ترجمة فؤاد شاهين، لبنان.

3.منجد اللغة العربية والإعلام (دون سنة) منشورات دار المشرق، بيروت، لبنان، الطبعة 29.

قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

1. Roger perron, (1988) **l'enfant en difficulté,** dunod paris 3eme édition
2. Bergeret J (2000). **psychologie pathologique**, paris Masson, 8eme édition.
3. Philipe chany, **Christine I dictionnaire encyclopédique de d'éducation et de la formation**, sans maison d'édition, 2eme édition sans lieu d'édition.
4. Hidgar (1980) **« introduction à la psychologie »** édition etndes, paris.

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01: اختبار رسم الرجل.

الملحق الأول:

أعضاء الجسم	ق.ع	د.م	د.ي	و.خ	ع.ه	م.ع
الرأس	+	+	+	+	+	+
العينين	+	+	+	+	+	+
الأنف	+	+	+	+	+	+
الفم	+	+	+	+	+	+
الأذنين	+	-	+	+	-	+
الشعر	+	+	+	+	-	+
الرقبة	+	+	+	+	-	+
الكتفين	+	+	+	+	-	+
الذراعين	+	+	+	+	-	+
اليدين	+	-	+	-	-	+
الجذع	+	+	+	+	-	+
المفاصل	+	+	+	+	-	+
الرجلين	+	+	+	-	+	+

أعضاء الجسم	ر.ط	ي.أ	د.ي	د.ع	م.أ	خ.ج	ذ.س
الرأس	+	+	+	+	+	+	+
العينين	+	+	+	+	+	+	+
الأنف	+	+	+	+	+	+	−
الفم	+	+	+	−	+	+	−
الأذنين	+	−	+	−	−	+	−
الشعر	+	+	+	+	−	+	−
الرقبة	−	−	−	−	−	+	−
الكتفين	−	−	−	−	−	+	−
الذراعين	−	+	−	−	+	−	+
اليدين	−	−	−	−	+	−	+
الجدع	−	−	−	−	−	+	−
الساقين	+	+	−	+	+	+	−
الرجلين	+	+	−	+	+	−	+

الحالة	عدد أعضاء رسم الرجل	عدد أعضاء في رسم الحالة
ق.ع	13	13
د.م	13	11
د.ي	13	13
و.خ	13	11
ع.ه	13	05
م.ع	13	13

الملحق رقم 02:تصريف شرفي بالنزاهة العلمية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: ..علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة): امحمدي زهرة

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث دائم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 207006487

والصادرة بتاريخ: 2021.09.28

عن دائرة: بن سرور

المسجل (ة) بكلية: العلوم الاجتماعية والإنسانية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)، عنوانها: رفض الانتماء والهوية لدى المحافين ذهنيا

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 31 ماي 2022

إمضاء المعني

31 ماي 2022
عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
و بتفويض منه الموظف المكلف
بشيري صابر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila
1985
الرقم: /2021

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): بابتي الدراجي

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالب سنة ثالثة علم النفس العيادي

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 209305891

الصادرة بتاريخ : 2018/01/25 عن دائرة : المسيلة

المسجل بكلية: العلوم الانسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: عيادي تحت رقم التسجيل:

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه) .

عنوانها: مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

الاعراض المصاحبة لاضطراب القلق عند الاطفال المتخلفين ذهنيا

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه.

المسيلة في: 2022/06/02

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة): باحبري رجاء

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث دائم:

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 200033532

والصادرة بتاريخ: 2017/11/09

عن دائرة: عين الملح (مسيلة)

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)، عنوانها:

اضطراب نقص الانتباه لدى المتمدرسين ذوي الإعاقة السمعية

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ:

إمضاء المعني

بحمد الله