

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

مطبوعة بيداغوجية في مقياس إرشاد الحالات الخاصة
موجهة لطلبة السنة أولى ماستر تخصص: إرشاد وتوجيه

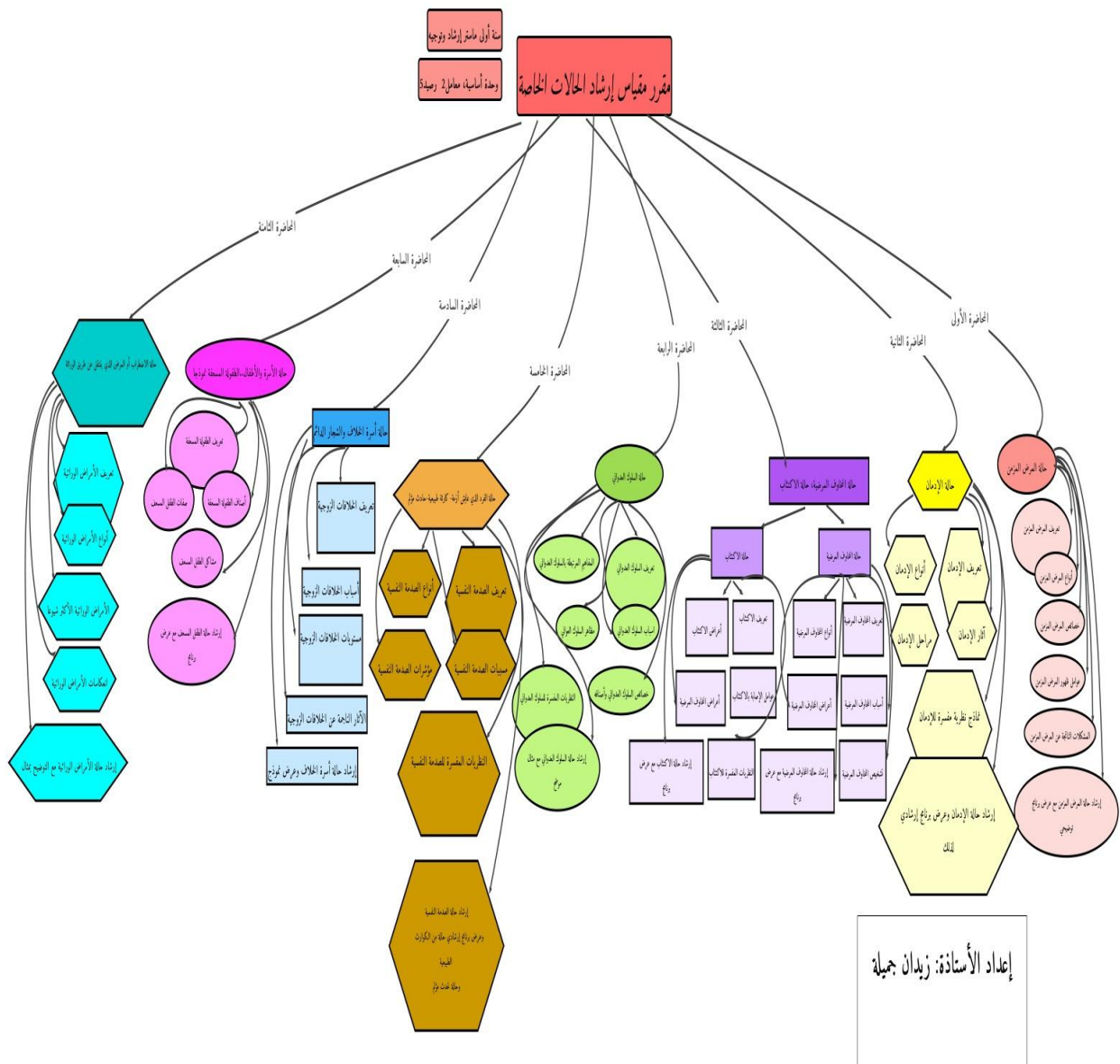
إعداد الدكتورة: جميلة زيدان

السنة الجامعية 2025/2026

عنوان الماستر: علوم التربية تخصص إرشاد وتوجيه

السادسي	الأول
اسم الوحدة	أساسية
اسم المادة	إرشاد الحالات الخاصة
الرصيد	05
المعامل	02

محتوى المادة	
المحاضرات	
المحاضرة الأولى	حالة المرض المزمن
المحاضرة الثانية	حالة الإدمان
المحاضرة الثالثة	حالة المخاوف المرضية، حالة الاكتئاب
المحاضرة الرابعة	حالة السلوك العدواني
المحاضرة الخامسة	حالة الفرد الذي عايش أزمة، كارثة طبيعية، حادث مؤلم، (دراسة حالة من كل صنف)
المحاضرة السادسة	حالة أسرة الشجار والخلاف الدائم
المحاضرة السابعة	الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية)
المحاضرة الثامنة	حالة الاضطراب أو المرض الذي ينتقل عن طريق الوراثة



خريطة مفهوم لمقرر محاضرات مقياس إرشاد الحالات الخاصة

فهرس المحتويات	
الصفحة	العنوان
1	مقدمة
المحاضرة الأولى: حالة المرض المزمن	
3	تمهيد
3	(1) تعريف الأمراض المزمنة.
4	(2) أنواع الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا.
5	(3) خصائص الأمراض المزمنة.
6	(4) العوامل المسببة في ظهور الأمراض المزمنة.
7	(5) المشكلات المترتبة عن الأمراض المزمنة.
8	(6) إرشاد حالة الأمراض المزمنة
المحاضرة الثانية: حالة الإدمان	
15	تمهيد
15	(1) تعريف الإدمان.
16	(2) أنواع الإدمان.
16	(3) مراحل الإدمان.
17	(4) الآثار المترتبة عن الإدمان.
18	(5) نماذج نظرية مفسرة للإدمان.
19	(6) إرشاد حالة الإدمان.
المحاضرة الثالثة: حالة المخاوف المرضية، حالة الاكتئاب	
أولا: حالة المخاوف المرضية.	
25	تمهيد
25	(1) تعريف المخاوف المرضية.
26	(2) أنواع المخاوف المرضية.

27	(3) أسباب المخاوف المرضية.
27	(4) أعراض المخاوف المرضية.
28	(5) تشخيص المخاوف المرضية.
28	(6) إرشاد المخاوف المرضية.
ثانياً: حالة الاكتئاب.	
31	تمهيد
32	(1) تعريف الاكتئاب.
32	(2) أعراض الاكتئاب.
33	(3) عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب.
34	(4) النظريات المفسرة للاكتئاب.
35	(5) إرشاد حالة الاكتئاب.
المحاضرة الرابعة: حالة السلوك العدواني	
40	تمهيد
40	(1) تعريف السلوك العدواني.
41	(2) المفاهيم المرتبطة بالعدوانية.
41	(3) مسببات السلوك العدواني.
43	(4) مظاهر السلوك العدواني.
44	(5) خصائص السلوك العدواني وأصنافه.
45	(6) النظريات المفسرة للسلوك العدواني.
46	(7) إرشاد حالة السلوك العدواني.
المحاضرة الخامسة: حالة الفرد الذي عايش أزمة، كارثة طبيعية، حادث مؤلم، (دراسة حالة من كل صنف)	
53	تمهيد
53	(1) تعريف الصدمة النفسية.
55	(2) مسببات الصدمة النفسية.

55	(3) أنواع الصدمة النفسية.
56	(4) مؤشرات الصدمة النفسية.
56	(5) النظريات المفسرة للصدمة النفسية.
58	(6) علاج وأساليب مواجهة الصدمة النفسية.
59	(7) إرشاد حالة الصدمة النفسية.
المحاضرة السادسة: حالة أسرة الشجار والخلاف الدائم.	
66	تمهيد
66	(1) تعريف الخلافات الأسرية.
67	(2) أسباب وعوامل الخلافات الأسرية بين الزوجين.
70	(3) مستويات الخلافات الزوجية.
70	(4) الآثار السلبية للخلافات الزوجية.
72	(5) إرشاد حالة أسرة الشجار والخلاف الدائم.
المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال إناث، بأطفال ذكور، الطفل المدلل، الطفل المهمل...الطفولة المسعفة نموذجاً.	
79	أولاً: الأسرة بدون أطفال.
80	ثانياً: الأسرة بطفل وحيد.
82	ثالثاً: الأسرة بأطفال إناث.
83	رابعاً: الأسرة بأطفال ذكور.
85	خامساً: الطفل المدلل.
88	سادساً: الطفل المهمل.
الطفولة المسعفة (نموذجاً)	
90	تمهيد
91	(1) تعريف الطفولة المسعفة.
91	(2) أصناف الطفولة المسعفة.
92	(3) خصائص الطفولة المسعفة.

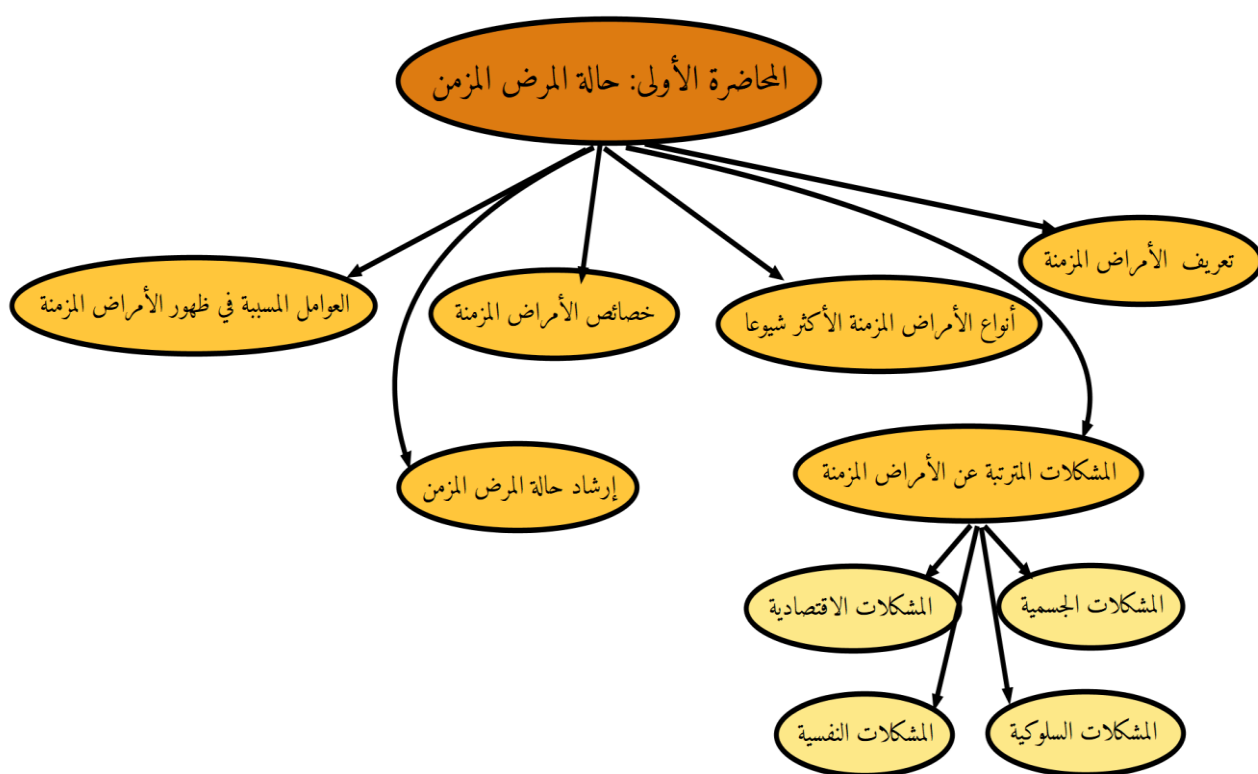
94	4) مشكلات الطفولة المسعفة.
97	5) إرشاد حالة الطفل المسعف.
المحاضرة الثامنة: إرشاد حالة الاضطراب أو المرض الذي ينتقل عن طريق الوراثة.	
101	تمهيد
101	1) تعريف الأمراض الوراثية .
102	2) أنواع الأمراض الوراثية.
102	3) الأمراض الوراثية الأكثر شيوعا.
104	4) انعكاسات الأمراض الوراثية.
104	5) إرشاد حالة الأمراض الوراثية.
108	خاتمة
109	قائمة المراجع

مقدمة

نعيش اليوم في عالم كثير التغيرات سريع التطورات، مليء بالمواجهات والمواقف التي من شأنها أن تخلق العديد من المشاكل والاضطرابات والأمراض، مما يستدعي من العلماء والمختصين في المجالين التربوي والنفسي البحث عن مختلف الطرق والسبل التي تساعد على فهم ذواتنا وضبط انفعالاتنا وتعديل سلوكياتنا لمواجهة ضغوطاتنا وتخطي مشاكلنا، ولعل أبرز ما يعمل على ذلك ما يعرف بالإرشاد النفسي الذي يعني بعملية المساعدة التي يقدمها المرشد المختص لمن يطلبها (المسترشد)، في إطار علاقة مهنية علمية منتظمة لها شروطها وأسسها.

إن الإرشاد النفسي يمكن لجميع من هو بحاجة إليه وعلى غرار جنسه، سنه أو الفئة التي ينتمي إليها الاستفادة منه، فنأهجه عديدة ومتنوعة بين الوقائية، النمائية والعلاجية، وكلها تهدف إلى مساعدة الفرد على إيجاد حل لمشاكله واتخاذ قراراته، وفي هذا السياق تأتي هذه المطبوعة الخاصة بمقياس "إرشاد الحالات الخاصة" التي سنعمل من خلالها على عرض بعض الحالات الخاصة التي تتطلب المساعدة وتحتاج الإرشاد وذلك من خلال عرض مجموعة من المحاضرات.

المحاضرة الأولى: حالة المرض المزمن



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة الأولى



تمهيد:

تعدّ الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية والنفسية التي تواجه الأفراد والمجتمعات على حد سواء في العصر الحديث. ومع التقدم الطبي الهائل الذي يشهده العالم، إلا أن هذه الفئة من الأمراض لا تزال تُشكّل عبئاً كبيراً على المصاب بها، ليس فقط من الناحية الجسدية، بل أيضاً من الناحية النفسية والاجتماعية والاقتصادية.

فالمصاب بمرض مزمن لا يعيش فقط مع أعراض صحية مستمرة، بل يتعامل يومياً مع ضغوط نفسية، تغيرات في نمط الحياة، تحديات في العلاقات الاجتماعية، ومخاوف مستقبلية مستمرة. وهو ما يجعل من التدخل الإرشادي والنفسي عنصراً ضرورياً ومتكاملاً مع الرعاية الطبية.

في هذه المحاضرة، سنسلط الضوء على المفهوم العام للأمراض المزمنة، أنواعها وخصائصها، كما سنناقش أبرز العوامل المسببة لها، والمشكلات المترتبة عنها على المستوى النفسي والاجتماعي. وسنولي اهتماماً خاصاً لسبل إرشاد ودعم الأفراد المصابين بهذه الأمراض، انطلاقاً من فهم احتياجاتهم النفسية والعمل على تعزيز تكيفهم وجودة حياتهم.

1) تعريف الأمراض المزمنة: يمكن أن نشير إلى تعريف الأمراض المزمنة كما يلي:

الأمراض المزمنة هي الأمراض التي تستمر لفترة طويلة وتطور على مر الزمن وتطور ببطء على مدار أشهر أو سنوات، وعادة ما تكون غير قابلة للشفاء الكامل وتحتاج إلى إدارة طويلة الأمد وعناية طبية مستمرة، للتحكم في الأعراض والوقاية من المضاعفات وتحسين جودة حياة المرضى المصابين بها، وتشمل مجموعة من الحالات الصحية مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي مثل الربو والانسداد الرئوي المزمن والسرطان وغيرها، وجميعها تحتاج إلى رعاية ذاتية مستمرة للحد من أعراضها والتقليل من مضاعفاتها، وتغيير في نمط الحياة، ويحتاج المرضى المصابين بالأمراض المزمنة إلى دعم نفسي واجتماعي قوي لمساعدتهم غللاً التعامل مع التحديات اليومية والتأثير المستمر للمرض المزمن على حياتهم. (علواني وعرعار، 2024، ص138)

هي تلك الأمراض التي تلازم الانسان طوال حياته، وهي أمراض غير الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية، تأتي الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، السرطان، الأمراض التنفسية والسكري في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء 63 % من مجموع الوفيات. (حنيشات وصالي، 2021، 139)

هي الأمراض التي يصعب علاجها وتستدعي عدة سنوات ومعالجة ومتابعة طبية، وتظهر هذه الأمراض المزمنة نتيجة للاختلال الوظيفي للجسم أو الضغوطات النفسية والاجتماعية المتكررة مدى سنوات وتظهر أغلبية الأمراض المزمنة عند المسنين وتمثل في مرض السكري وضغط الدم والروماتيزم... (يخلف، 2023، ص652)

من خلال عرضنا لمختلف التعاريف المتعلقة بالأمراض المزمنة يمكننا أن نخلص إلى أن الأمراض المزمنة هي حالات صحية غير سليمة تستمر لفترات طويلة، غالباً ما تكون مدى الحياة، وتسم بإمكانية تطورها التدريجي، مع وقوع تأثيرات دائمة أو متوسطة الأمد على وظائف الجسم والحالة النفسية والاجتماعية للفرد. لا يكون الهدف من التعامل معها عادةً الشفاء التام، بل السيطرة على الأعراض، والحد من المضاعفات، وتحسين نوعية الحياة من خلال المتابعة المستمرة والرعاية الصحية الدورية.

(2) أنواع الأمراض المزمنة الأكثر شيوعاً:

- **مرض السكري:** هو حالة مرضية مزمنة تنتج عند زيادة مستوى السكر في الدم أي ارتفاع تركيز الغلوكوز في الدم بقيمة تساوي أو تتعدى 1.26 غ/ل، تعود أسبابه إلى عوامل وراثية أو بيئية، أو مشتركة تؤدي إلى توقف أو نقص هرمون أو عدم فعالية هرمون الانسولين، كما هو ناتج عن عجز البنكرياس على إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، وحسب منظمة الصحة العالمية ينقسم داء السكري إلى ثلاث أنواع: داء السكري من النمط 1 المعتمد على الأنسولين، داء السكري من النمط 2 غير المعتمد على الأنسولين، وداء السكري الحلمي. (بومدين ودلاسي، 2017، ص182)
- **التهاب المفاصل:** حيث يعد التهاب المفاصل السبب الرئيسي للعجز ويصيب غالباً كبار السن، كما ويتميز بالتهاب وتورم في مفاصل الجسم مع صعوبة تحريكها ثم تقدم التمارين المنتظمة المعتدلة للتخلص من الوزن الزائد مجموعة من الفوائد للأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل عن طريق الحد من آلام المفاصل وتيسرها وبناء العضلات القوية حول المفاصل وزيادة المرونة والقدرة على التحمل.
- **أمراض القلب والأوعية الدموية:** تعد أمراض القلب عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تصيب القلب وتؤثر على وظيفته وهي السبب الرئيسي للوفاة، ويعد التعديل على عوامل الخطر أمراً ضرورياً للوقاية من أمراض القلب والسيطرة عليها وتحسين الصحة بشكل عام ومن هذه الأمراض: الفشل القلبي، ضعف عضلة القلب، مرض الشريان التاجي، عدم انتظام ضربات القلب. (فياض، د س، ص12)

ارتفاع الضغط الدموي: يعتبر مرض الضغط الدموي من أهم عوامل الخطر القلبية الوعائية وهو ارتفاع في الضغط الشرياني الانقباضي بقيمة 140 ملم/زئبقي أو الضغط الشرياني الارتخائي بقيمة تفوق أو تساوي 90 ملم/زئبقي، ومن أهم أعراضه آلام الرأس خاصة النصف الثاني من الليل، فقدان التوازن عند الوقوف وعند المشي، التعب، طنين الأذنين وأعراض على مستوى القلب. (قوارح وصالي، 2017، ص 50)

• **أمراض الجهاز التنفسي:** أمراض الجهاز التنفسي هي مجموعة من الاضطرابات والتي تصيب الجهاز التنفسي وتعيق من أداء وظيفته ومن هذه الأمراض: الربو، إنسداد الشعب الهوائية المزمن، توسع القصبات.

• **السرطان:** حيث يعد السرطان نموا غير طبيعي لبعض خلايا الجسم والتي غالبا ما تنتشر عبر مجرى الدم إلى أجزاء الجسم الأخرى كما ويمكن السيطرة على السرطان إلى حد كبير من خلال الوقاية والتشخيص المبكر والعلاج، حيث يتطلب الحد من السرطان الحد من انتشار العوامل السلوكية والبيئية والتي تزيد من خطر الإصابة بالسرطان كما يتطلب توفير خدمات للفحص والعلاج عالي الجودة. (فياض، د س، ص 12)

بالإضافة إلى أن هناك أنواع أخرى من الأمراض المزمنة كمشاكل صحة الفم، السمنة، مرض الكلى المزمن (الفشل الكلوي)، قصور الغدة الدرقية، أمراض الجهاز الهضمي...

(3) خصائص الأمراض المزمنة: يشتمل هذا النوع من الأمراض على خصائص تميزها عن غيرها وهي:

- بالنظر إلى سبب المرض نجدها لا تنتقل بالعدوى لأن مسببها ليس البكتيريا أو الفيروسات.
 - تتم معرفة الإصابة بها عندما تبدأ مضاعفاتها في الظهور أي لا يشعر بها حين الإصابة.
 - ترتبط ارتباطا وثيقا بالسلوكيات الغذائية والحركية.
 - طول مدة علاجها أي أنها تمتد طول العمر أو لفترات طويلة جدا.
 - يحتاج عدد كبير منها لتكاليف وعلاجات قد تكون في بعض مراحلها مزعجة للمريض.
- (كرمبسط، 2024، ص 456-457)

كما أشار يوسف (2010) إلى مجموعة من الخصائص تتصف بها الأمراض المزمنة نجملها فيما يلي:

- أنها تؤدي إلى ظهور حالات العجز لدى الفرد.
- تتميز بصفة الاستمرارية، وظهور الخوف الذي ينجم عن التغيرات التابعة للمرض.
- أنها تتضمن الشعور بالتعب والألم الذي قد لا يدرك المحيطون بالمريض مداه.
- أنها تستنزف قوى الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية.

- قد يحتاج تشخيصها وعلاجها لفترات طويلة وذلك نتيجة للخوف الذي يرتبط بالإصابة بها.
- العلاج الفاعل للكثير منها غير متوفر، وتقتصر جهود الأطباء على محاولة إيقاف نمو المرض، أو الإبطاء منه، كذلك محاولة التخفيف من أعراضه المؤلمة. (السلي، 2025، ص286)

نستنتج مما سبق أن الأمراض المزمنة تنسم ب:

المدة الطويلة: المرض المزمن يدوم لفترات طويلة، غالباً سنة أو أكثر، ويحتاج إلى عناية طبية مستمرة.

التطور التدريجي: يبدأ غالباً بشكل بطيء، وقد لا تظهر الأعراض بشكل حاد في البداية، بل يزداد التأثير مع مرور الوقت.

الاستمرارية، وعدم القابلية للشفاء الكامل غالباً: قد لا يُشفى المرض تماماً، لكنه غالباً يُدار ويُراقب مدى الحياة، ويتضمن سعيًا للحد من الأعراض والمضاعفات.

الأثر المتعدد الأبعاد: تأثيرات على الجسد، النفس، والعلاقات الاجتماعية، وقد ينتج عنه إعاقات أو اختلالات في الوظائف اليومية للفرد.

متابعة مستمرة: تستلزم مراقبة طبية منتظمة، تغييرات في نمط الحياة، أدوية أو تدخلات متخصصة، وتنسيق بين مختلف التخصصات إن لزم الأمر

4) العوامل المسببة في ظهور الأمراض المزمنة: تتعدد العوامل التي تساهم في ظهور وتفاقم الأمراض المزمنة، ويمكن تصنيفها إلى عوامل بيولوجية وسلوكية وبيئية واجتماعية. ومن أبرز هذه العوامل ما يلي:

- النمط الغذائي غير الصحي:

يُعد تناول الأطعمة الغنية بالدهون المشبعة، والسكريات، والملح، مع انخفاض استهلاك الفواكه والخضروات، من العوامل الرئيسة المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بأمراض مزمنة مثل السكري من النوع الثاني، وأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة.

- قلة النشاط الحركي والحمل البدني:

يرتبط نقص النشاط البدني بزيادة احتمالية تراكم الدهون، والسمنة، واضطرابات النمط الغذائي، مما يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة، خاصة أمراض القلب والسكري وبعض أنواع السرطان.

- الاستهلاك المفرط للتبغ ومشتقاته:

يمثل التدخين أحد أبرز عوامل الخطر القابلة للتجنب، حيث يسهم في تطور أمراض مزمنة خطيرة مثل السرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، وأمراض القلب والشرابين.

■ التعاطي المفرط للكحول:

يؤدي الإفراط في استهلاك الكحول إلى مضاعفات صحية على المدى الطويل، منها أمراض الكبد، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات الجهاز العصبي، فضلاً عن ارتباطه ببعض أنواع السرطان.

■ العوامل الوراثية والاستعداد الجيني:

تلعب العوامل الوراثية دوراً في قابلية بعض الأفراد للإصابة بأمراض مزمنة معينة، إلا أن هذا العامل غالباً ما يتفاعل مع أنماط الحياة والعوامل البيئية.

■ الضغوط النفسية والاجتماعية:

تشير الدراسات إلى أن التعرض المستمر للتوتر النفسي، واضطرابات القلق والاكتئاب، وظروف الحياة الصعبة، قد تكون من العوامل المساهمة في تطور بعض الأمراض المزمنة، خاصة تلك المرتبطة بالجهاز القلبي الوعائي والمناعي.

■ الظروف البيئية المحيطة:

كالتعرض للتلوث الهوائي أو الكيميائي، وسوء ظروف السكن أو العمل، تلعب دوراً غير مباشر في التأثير على الصحة العامة وزيادة خطر الإصابة بأمراض مزمنة، خصوصاً في المناطق الحضرية المكتظة.

(5) المشكلات المترتبة على الإصابة بالأمراض المزمنة: يمكن تصنيف المشكلات التي يعاني منها ذوي الأمراض المزمنة وفقاً لما يأتي:

■ **المشكلات الجسمية:** تؤدي الإصابة بالأمراض المزمنة إلى تغير صورة الفرد عن جسمه، حيث تؤدي الإصابة بمرض مزمن إلى فقدان وظيفة من وظائف الجسم أو عضو من أعضائه، فقد ينتج عن ذلك شعور المريض بالنقص في جسمه أو الشك في بقية وظائف جسمه وقدراته.

■ **المشكلات الاجتماعية:** بداية من مشكلة العلاقات الأسرية حيث أن وجود المريض لفترة من الزمن في المؤسسة الطبية قد يخشى معه على باقي أسرته وعلى من يرعاهم في غيابه وخوفه من أن تضعف علاقتهم به، أيضاً قد يكون المرض سبباً في تفكك العلاقات الأسرية وتهدمها إذا كانت المعاملة للعضو المريض فيها نوع من الإهمال.

بالنسبة للمشكلات الاجتماعية على مستوى العلاقات الخارجية، فقد تتأثر علاقات المريض الاجتماعية، إذا كان يعاني من مرض خطير ومُعدي مثل الدرن والأمراض السارية وقد يقطع بعض أصدقائه وأقاربه صلتهم به، فيشعر المريض بأنه منبوذ منهم، وفي بعض الأحيان يرفض المرضى أن يتغير أساس علاقاتهم بالناس فبعد أن كان تبادل الود والصدقة يصبح أساسها الإشفاق والمساعدة.

■ **المشكلات الاقتصادية:** يؤثر المرض إذا كانت فترة العلاج طويلة على ميزانية الأسرة، ويزيد أثره في حالة عدم وجود مدخرات لديها إذ أن ميزانية الأسرة لا تحتمل تكاليف العلاج، حيث تؤثر الإصابة بمرض مزمن تأثيراً سلباً على ميزانية الأسرة بسبب تكاليف العلاج، كما أن المريض قد يتعرض إلى الانقطاع عن العمل، مما يؤثر سلباً على الناحية المادية للمريض وأسرته ويسبب له الأزمات النفسية والمعنوية التي تقود إلى عدم الاستقرار وسوء تكيّفه.

■ **المشكلات النفسية:** إن المخاوف الناتجة عن المرض قد تؤثر في المريض حيث تكون مصدر القلق أحياناً أو سبباً في مقاومة العلاج أو الجراحة في أحيان أخرى. يواجه المريض بعض الصعوبات الناتجة عن الأمراض الصحية المزمنة وأولاً هذه المشكلات هو صعوبة التكيف مع المستشفى وأيضاً المشكلات الناتجة عن استمرار العلاج مثل متطلبات العلاج الطويلة من الناحية المالية، قد يضطر المريض بمرض مزمن إلى الاعتماد على الآخرين ما يضعف من ثقته بنفسه وتقديره لذاته، هذا فضلاً عن المشكلات المرتبطة بدخوله المستشفى مثل الخوف والقلق والاضطراب النفسي، كما يسبب المرض شعور المريض بالغربة وعدم الاطمئنان إلى الحياة الجديدة التي أصبحت لزاماً عليه.

■ **المشكلات السلوكية:** إن المرض بما فيه من مشكلات يخلق في نفسية المريض صراعاً يعبر عنه بأنواع من السلوك لا يفهمها ولا يفهم دوافعها أحياناً، وعلى سبيل المثال قد نجد بعض المرضى يتمتعون بما يرون من بؤس الخوف والإزعاج على من حولهم وقد يبالغون في التعبير عن حالتهم المرضية ويشكون آلاماً وهمية يبتكرونها لقياس مدى تأثير الآخرين بها، ثم يتمادون في استعمال هذه الطريقة، وقد تصبح جزءاً من سلوكهم يلجؤون إليه هروباً من مواقف المسؤوليات أو المواقف الصعبة وقد يستغل بعض المرضى حالتهم المرضية ويهددون باتتكاس حالتهم في أوقات أو ليرغموا الآخرين على احترام رغباتهم وتنفيذ أمرهم. (السليبي، 2025، ص 289، 288)

(6) إرشاد حالة المرض المزمن:

يُعد إرشاد حالات الأمراض المزمنة أحد المتطلبات الأساسية في حياة الأفراد الذين يعانون من أي نوع من أنواع الأمراض المزمنة، وذلك لما لهذه الأخيرة من تأثيرات سلبية متعددة الأبعاد على الجوانب النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والوظيفية للفرد كما سبق وأن أشرنا إليها في عنصر المشكلات المترتبة عن الأمراض المزمنة، فالإرشاد يهدف إلى مساعدة الفرد المصاب بأحد أنواع الأمراض المزمنة لتخطي مختلف الصعوبات التي تعترضه وإيجاد حلول لمشاكله واستفهاماته من خلال التكيف الإيجابي مع وضعه الصحي. إن العملية الإرشادية التي تركز على أساس العلاقة القائمة على التفاهم والثقة بين المرشد النفسي و المسترشد (الفرد المصاب بمرض مزمن ما) بغرض تحديد احتياجاته ، ومساعدته على تجاوز الصعوبات التي تفرضها عليه حالته الصحية، سواء كانت نفسية كالإحباط والقلق، أو اجتماعية كالعزلة أو فقدان الأدوار، أو حتى اقتصادية ومعيشية تسهم في تعزيز قدرة المسترشد على اتخاذ قراراته وتجاوز مشكلاته. ومن هذا يمكن أن نشير إلى أهمية الإرشاد لحالات المرض المزمن فيما يلي:

- يوفر بيئة آمنة للتعبير عن المشاعر والخاوف.
- يساعد المسترشد (الفرد المصاب بمرض مزمن ما) في فهم طبيعة مرضه وتأثيراته.
- يساعد على إحداث القبول والتكيف مع المرض وتبعاته.
- يدعم الاستقرار النفسي والاجتماعي للمريض.
- يخفف من الآثار النفسية كالاكتئاب، القلق، والإنكار.
- تحديد وتلبية احتياجاته النفسية والاجتماعية.
- بناء خطط واقعية لتحسين نوعية حياته.
- تمكينه من اتخاذ قرارات صحية مدروسة.

ويمكن أن نضع مجموعة إرشادات عامة لحالة المرض المزمن فيما يلي:

- ✓ تفهم طبيعة المرض والثقيف الذاتي حول الحالة الصحية من مصدر موثوق.
- ✓ الالتزام بالعلاج من خلال تناول الأدوية في مواعيدها كما وصفها الطبيب.
- ✓ عدم التوقف عن تناول الأدوية دون استشارة طبية، حتى إن شعر بتحسن.
- ✓ متابعة المواعيد الطبية بانتظام للوقاية من المضاعفات.
- ✓ تبني نمط حياة صحي من خلال ممارسة الرياضة بانتظام وفق قدراتك (المشي، التمارين الخفيفة) واتباع نظام غذائي متوازن مناسب للحالة الصحية.
- ✓ الامتناع عن التدخين والكحول والمواد الضارة.

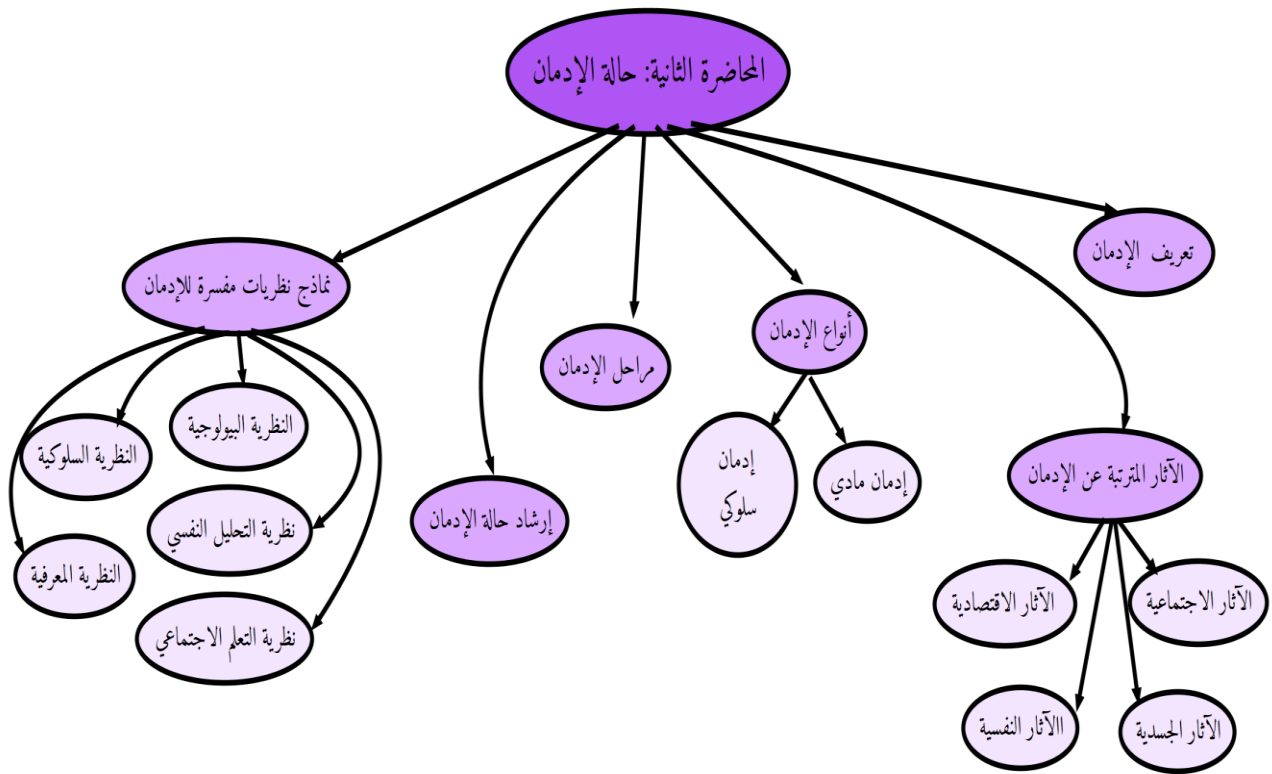
- ✓ تجنب العزلة والاندماج مع المجتمع مع الحفاظ على الدور الموكل إليك في الحياة العملية أو الأسرية قدر الإمكان.
 - ✓ تعلم مهارات جديدة للتكيف مع التغيرات (مثل إدارة الوقت أو التعديل في المهام اليومية).
 - ✓ طلب المساعدة سواء من الأسرة أو الأصدقاء الموثوقين أو المختصين وقت الحاجة.
 - ✓ الاستفادة من تجارب الآخرين لتخطي العراقيل التي يخلفها المرض...
- مثال توضيحي: فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	اهداف الجلسة	الفنيات
١.	التمهيد والتعارف	• التعارف بين الطالبات والباحثتان، بهدف القبول والتقبل وخلق علاقة علاجية واخذ موافقة شفوية باستكمال البرنامج. • تطبيق المقاييس (التشوهات المعرفية- جودة الحياة) كقياس قبلي. • شرح طبيعة العلاج المعرفي السلوكي وأهميته مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة، وضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون في أداء الواجبات المنزلية وأهميتها في العلاج.	المحاضرة والمناقشة
٢.	التعريف بم تلازمة القولون العصبي	تزويد الطالبات بالمعرفة السليمة عن القولون العصبي، ونحوض الخرافات المنتشرة بشأن المرض. كما تم شرح كيفية تأثر الأعراض بما يدور في عقله، وعلاقة التوتر بالأعراض.	المحاضرة- المناقشة- الحوار السقراطي
٣.	استراتيجيات الاسترخاء	• تعليم الطالبات كيفية تخفيف الأعراض الناتجة عن القلق والتوتر، مثل التعرق، وتسارع نبضات القلب والإحساس بخفقانها. وأكثر الأساليب التي نستخدمها هي التنفس من البطن بتعليمات معينة لتهدئة أعراض القلق والتوتر. • تعليم تقنيات التنفس العميق والتأمل.	التحليل- التنفس- الاسترخاء العضلي- المحاضرة- المناقشة التغذية الرجعية- الواجب المنزلي

٤.	تحديد الأفكار المشوهة	• - ممارسة تقنيات الاسترخاء في الجلسة • تعريف التشوهات المعرفية. • - أنواع التشوهات: مثل التفكير الكارثي والمبالغة في الأمور. • - تمارين تفاعلية للتعرف على أنماط التفكير	مفكرة الأفكار - الحوار السقراطي التغذية الرجعية - الواجب المنزلي
٥.	تحدي الأفكار السلبية	• مساعدة المريض لاستخراج العبارات السالبة نحو الذات والعالم والمستقبل وكيفية التصدي للتفكير الخاطئ وتطوير استجابات بديلة متوازنة للأفكار الآلية. • تقديم البدائل للأفكار الأتوماتيكية. • تعلم استراتيجيات لتحديد الأفكار السلبية. • تقنيات لاستبدال الأفكار السلبية بإيجابية. • تمارين جماعية لتطبيق الاستراتيجيات • وتختتم الجلسة بالواجب المنزلي (سجل الأفكار)	فنية إعادة البناء المعرفي - التعرض - صرف الانتباه - لعب الدور - الحوار السقراطي التغذية الرجعية - الواجب المنزلي
٦.	استراتيجيات مواجهة التوتر	• مساعدة المريض على التعامل مع المواقف التي يخافها بصورة متدرجة • مراقبة أعراضها ومعرفة نمطها. فمثلاً، قد توصي الطالبة بحساب الوقت الذي يمكنها فيه حبس رغبتها في دخول الخلاء من لحظة شعورها بالرغبة، ومن ثم سيقال للقلق	• فنية التعرض. • التحصين التدريجي ضد الضغوط - مدرج القلق
٧.	إعادة الخبرة الانفعالية وتوكيد الذات	• والتخوف عند إحساسها بالرغبة في المناسبات الاجتماعية مثلاً وستكون أكثر اطمئناناً. • كيفية التعرف على المشاعر المرتبطة بالقلق والألم. • تمارين لكتابة اليوميات حول المشاعر.	الرجعية - الواجب المنزلي
٨.	تحسين المهارات النفسية والاجتماعية	• التغلب على السلبية وانخفاض تقدير الذات. • إعادة اكتشاف الذات ونقاط القوة فيها. • تنمية القدرة على التواصل الايجابي والتوكيدية مع الآخرين • استخدام فنية لعب الدور لإحراز موضوعية تجاه ما تشعر به الطالبة من مشاعر سلبية تجاه ذاتها والآخرين وانخفاض لتقدير الذات وعدم التوكيدية	توكيد الذات الحوار الذاتي Monologue مراقبة الذات الحوار السقراطي التغذية الرجعية - الواجب المنزلي
٨.	تحسين المهارات النفسية والاجتماعية	• توضيح أهمية الدعم الاجتماعي. • تقنيات لتعزيز مهارات التواصل مع الأصدقاء والعائلة • - تطوير خطة عمل شخصية لتحسين جودة الحياة	مهارة الثقة بالنفس مهارات التواصل التعريض - التغذية الرجعية - الواجب المنزلي

٩.	مهارات حل المشكلات	توجيه وعي الطالبات إلى مشاعرهما وأفكارهما عن المرض والأعراض بدلاً من تركيزها المُنصب كلياً على المرض نفسه	فنية حل المشكلات- التغذية الرجعية- الواجب المنزلي- المحاضرة- المناقشة- الحوار السقراطي
١٠.	تحسين نمط الحياة	• توضيح أهمية التغذية والنشاط البدني. • نصائح لتغيير نمط الحياة وتحسين الصحة العامة	التغذية الرجعية- الواجب المنزلي- المحاضرة- المناقشة- الحوار السقراطي
١١.	تعزيز التفكير الإيجابي	• تقنيات لتعزيز التفكير الإيجابي. • - أنشطة جماعية لمشاركة التجارب الإيجابية	التغذية الرجعية- الواجب المنزلي- المحاضرة- المناقشة- الحوار السقراطي- الحوار الذاتي الايجابي
١٢.	تقييم البرنامج والختام	• تقييم التجربة العامة للبرنامج. • مناقشة النجاحات والتحديات • تطبيق المقاييس كقياس بعدي	المحاضر - المناقشة- التغذية الرجعية

(بدوي والشهري، 2025، ص-ص 53-56)



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة الثانية



تمهيد:

يُعدّ الإدمان من أبرز الظواهر النفسية والاجتماعية التي تشكّل تحدياً متزايداً في المجتمعات الحديثة، نظراً لتعدد أشكاله وتنوع أسبابه وتشابك آثاره على الفرد والأسرة والمجتمع. ويُعرّف الإدمان على أنه حالة من الاعتماد النفسي أو الجسدي المتكرر على مادة أو سلوك، بحيث يفقد الشخص القدرة على التحكم فيه رغم العواقب السلبية المصاحبة له.

إن التعامل مع الإدمان لا يقتصر فقط على الجوانب الطبية أو القانونية، بل يتطلب تدخلاً نفسياً تربوياً متكاملًا، خاصة عند العمل مع الفئات التي تعاني من اضطرابات سلوكية أو عاطفية ناتجة عن هذه الحالة. وفي هذا السياق، يبرز دور المرشد النفسي كفاعل أساسي في مرافقة الأفراد المدمنين من خلال فهم خصوصية حالتهم، تشخيص مستويات الإدمان، وتحليل الدوافع النفسية التي تقف وراءه.

تكتسي هذه المحاضرة أهمية بالغة لطلبة علم النفس والإرشاد، إذ تتيح لهم فرصة التعرف على حالة معقدة وشائعة من حالات الإرشاد الخاصة، وذلك من خلال ما سيتم تناوله من تحديد مفهوم الإدمان وتمييز خصائص المدمن، الكشف عن مراحل الإدمان؛ تصنيف أنواعه المختلفة، التعمق في النظريات المفسرة له ثم التطرق إلى العناصر المتعلقة بمبادئ واستراتيجيات الإرشاد النفسي الملائمة لهذه الفئة.

(1) تعريف الإدمان:

يعرف الإدمان طبيا على انه مرض طبي مزمن قابل للعلاج ينطوي على تفاعلات معقدة بين دوائر الدماغ وتداخل عوامل الوراثة والبيئة وتجارب حياة الفرد.

التعريف النفسي للإدمان: وهو حالة من الاعتماد النفسي والجسمي، ناتجة عن تفاعل الشخص المتعاطي مع المادة المخدرة، ويؤدي ذلك إلى التعاطي القهري لهذه المادة (المخدرة) بصورة دورية أو مستمرة، وينتج عنها آثار سلوكية ونفسية وعقلية واجتماعية، ويشعر برغبة ملحة وقهرية لتعاطي المادة كما يصبح مضطرا إلى أن يقوم بزيادة الجرعة، حتى يصل إلى نفس التأثير الذي حصر عليه سابقا، ويعاني المدمن أيضا من أعراض تسمى أعراض الانسحاب. (جابر وعبد الله، 2024، ص 438)

عرفت هيئة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة للشعور بآثاره النفسية والعضوية.

كما عرف على أنه التعاطي المتكرر وعادة نفسية لدرجة أن التعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. (عزب وآخرون، 2017، ص 63)

إن الإدمان مرض حيث يكرر المريض باستمرار سلوكا يسبب له آثار جانبية سيئة، ويزعج الجهاز العصبي مسببا الاضطراب في أنظمة الدماغ مما يترتب عليه مضاعفات بيولوجية و فيزيولوجية واجتماعية ونفسية (مدخلي، 2023، ص 709)

الإدمان هو المداومة على تعاطي مواد معينة أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة بقصد الدخول في حالة من النشوة واستبعاد الحزن والاكتئاب. (أبو النصر، 2007، ص 27)

(2) أنواع الإدمان: يمكن تصنيف أنواع الإدمان إلى:

- الإدمان المادي: يعتمد الشخص المدمن بشكل جسدي على بعض المواد المخدرة مما يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض تعرف باسم "أعراض الانسحاب" عند توقف المدمن عن تناول هذه المواد، وهذا يشمل المواد الآتية:
الكحول، الكوكايين، المارجوانا، الحشيش، المنومات التي تحتاج وصفة طبية مثل المخدرات المهدئة، المواد المهلوسة، المواد المستنشقة (العطرية)، المسكنات والمهدئات الطبية. (الملوحي، ص 99)
- الإدمان السلوكي: يعنى مجموعة من السلوكيات التي تصبح مهيمنة على الفرد والتي تشعره بأقصى درجات السعادة والنشوة... ويمكن حصره فيما يلي: إدمان لعب القمار، الإدمان الإلكتروني، الإباحية، ممارسة الجنس، إدمان التسوق، إدمان الأكل...

(3) مراحل الإدمان: يمكن أن نلخص مراحل الإدمان فيما يلي:

- تجربة الفرد استخدام مادة أو المشاركة في نشاط بدافع الفضول: في هذه المرحلة، قد يبدأ الفرد بتجربة المادة أو النشاط من باب الفضول أو لتجربة شيء جديد.
- استخدام المادة أو المشاركة في النشاط بشكل منتظم: بعد التجربة الأولية، يبدأ الفرد في استخدام المادة أو النشاط بشكل أكثر انتظاماً. قد يزداد تكرار هذه العادة دون أن يشعر الشخص بآثار سلبية قوية بعد.
- استخدام المادة أو المشاركة في النشاط بطريقة متطرفة مع تجاهل العواقب: في هذه المرحلة، يبدأ الشخص في استخدام المادة أو النشاط بشكل مفرط أو متطرف، ويظهر

تجاهل واضح للعواقب السلبية التي قد تحدث بسبب ذلك. قد يؤثر ذلك في الصحة الجسدية أو النفسية أو العلاقات الشخصية.

- الاعتماد على المادة أو النشاط، والاستخدام اليومي أو المتكرر: في هذه المرحلة، يصبح الفرد معتمداً على المادة أو النشاط، بحيث يشارك فيها بشكل يومي أو عدة مرات في اليوم، حتى في ظل ظهور آثار سلبية محتملة. الإدمان في هذه المرحلة يؤثر بشكل كبير على حياة الشخص وقدرته على التوقف عن سلوكه الإدماني.

(<https://tinyurl.com/ysrnmz56>)

4) آثار الإدمان:

يخلف الإدمان آثاراً سلبية متعددة تمسّ جوانب مختلفة من حياة الفرد، يمكن تصنيفها إلى:

الآثار الاقتصادية

- استنزاف الموارد المالية (يُنْفِق المدمن معظم دخله - وأحياناً أموال غيره - على تلبية حاجته الملحة للمادة أو السلوك المدمن عليه).
- ضعف الإنتاجية (التراجع الملحوظ في الأداء المهني أو الدراسي نتيجة انشغاله بالإدمان).
- فقدان مصادر الدخل إذ قد يصل الأمر إلى فقدان العمل أو الطرد من الدراسة، مما يؤدي إلى تدهور الوضع المعيشي.

الآثار الاجتماعية

- العزلة الاجتماعية حيث يفضّل المدمن الانسحاب من التجمعات العائلية، ويفقد الرغبة في التواصل مع الآخرين.
- اضطراب العلاقات (توتر العلاقات مع الأسرة، الأصدقاء، والزملاء نتيجة سلوكه غير المتزن).
- يُنظر إلى المدمن كعنصر غير مرغوب فيه في المجتمع، مما يزيد من تهميشه.
- الانخراط في سلوكيات منحرفة: مثل السرقة، الكذب، أو حتى ارتكاب الجرائم لتأمين المادة أو ممارسة السلوك الإدماني.

الآثار النفسية

- القلق و الشعور الدائم بالتوتر.

- الاكتئاب والشعور بالذنب: خاصة بعد محاولات فاشلة للإقلاع أو نتيجة وعيه بتدهور حالته.
- الخوف وعدم الشعور بالأمان
- ضعف الثقة بالنفس

الآثار الجسدية

- الإرهاق الجسدي المزمن (الشعور الدائم بالتعب والنعول).
- تدهور الصحة العامة لتأثر أعضاء الجسم الحيوية كالقلب، الكبد، الدماغ، خاصة في حالات الإدمان على المواد الكيميائية.
- نقص الوزن أو زيادته بسبب اضطراب النظام الغذائي أو تأثير المادة المدمنة.

(5) نماذج من النظريات العلمية المفسرة للإدمان:

أولاً: النظرية البيولوجية: يمثل المنحنى البيولوجي في محورين: يفسر المحور الأول الاعتماد كاضطراب موروث حيث تشير العديد من الدراسات إلى ما يعني أن بعض الأفراد يولدون باستعداد فطري موروث للاعتماد، أما المحور الآخر فهو يفسر الاعتماد على أساس التركيب الفيزيولوجي للمخ حيث يحتاج الفرد (فيزيولوجيا) إلى تعاطي المادة مرة أخرى، أي يصبح معتمد عليها فيزيولوجيا نتيجة للتكيف العصبي عليها.

ثانياً: نظرية التحليل النفسي: استندت تلك على الأفكار والمبادئ الأساسية التقليدية للنظرية (الفرويدية) وتتناول الإدمان بوصف نكوصاً إلى المراحل الشبقية الذاتية التناسلية وهي خبرة تنتهي إلى مبدأ (اللذة- اللالذة) وتنازح دورة الإدمان خلالها بين الإشباع المباشر الخاضع لمبدأ اللذة وبين مشاعر الذنب وانخفاض تقدير الذات وضرورياً من الحصر المنتهي إلى مبدأ الواقع مما يؤدي إلى الانتكاسة حتى تخفف من حدة الحصر.

ثالثاً: النظرية السلوكية: تفسر المدرسة السلوكية السلوك الإدماني من خلال نظرية التعلم باعتبار أن السلوك الإدماني سلوك متعلم وليس محتم بيولوجيا، حيث يرى السلوكيون أن الاعتماد على المخدرات سلوك متعلم فالشخص الذي يعاني من القلق يتعاطى المخدر فيشعر بالهدوء والراحة، ويعتبر هذا الإحساس بمثابة تعزيز إيجابي لتناول المخدر في مرات لاحقة وبتكرار التعاطي يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التي تحدث من انقطاعه عن المخدر. ويستمر الإنسان في تعاطيه للمخدر رغم ما يعلمه ورغم ما لها من آثار وعواقب مزرعة ولكنه لا يشعر بهذه الآثار السلبية لأنها لا تحدث في اللحظة التي يتعاطى فيها المخدرات، ولكنها تظهر بعد فترات والمعروف في التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين السلوك ونتيجته طويلاً، ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيز سلبي أو إيجابي ويرتبط الشعور السار أو التعزيز الإيجابي الذي يحصل عليه المدمن من

تعاطيه المخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة وتصبح بمثابة مثيرات شرطية تحث الإنسان على التعاطي. (محمد وآخرون، 2014، ص 92-93)

رابعاً: نظرية التعلم الاجتماعي: يرى أنصار هذه النظرية أن الإدمان يرجع إلى التقليد والنمذجة، وأن الإدمان هو عملية بناء علاقة مرضية بين المدمن والموضوع الإدماني، وهذه العلاقة تأخذ وقتاً حتى تتطور، وكل مدمن لديه طريقته الخاصة في تطوير هذه العلاقة، وذلك يتوقف على طبيعة الشخص جسدياً وعقلياً، وكذلك طبيعة الموضوع الإدماني. (عبد المنعم، 2013، ص 88)

خامساً: النظرية المعرفية: يرى أنصار النظرية المعرفية أن السلوك المضطرب أو الشاذ ومن ضمنه السلوك الإدماني، هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير المتوافقة، والسلوك هنا يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، فقد أولت هذه النظرية أهمية كبيرة للعوامل المعرفية كأفكار الناس ومعتقداتهم في تنظيم السلوك، واعتبروا أن التفكير هو المتغير الوسيط أو الدخيل بين المثير والاستجابة.

لذلك فإن الإدمان حسب أنصار الاتجاه المعرفي يتحدد جزئياً على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثيرها، ويحدث الإدمان عندما يكون لدى الفرد توقعات إيجابية حول استخدام المخدرات أكثر من توقعاته السلبية، وهذه التوقعات قد تتعزز في خبرة قصيرة المدى وتصبح محورا أكثر أهمية من الإلحاح البدني أو ما يسمى بالإشتهاء للمخدر، فالأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثر الكحول والمخدرات قبل أن يبدؤوا في استخدامها لزمناً طويلاً، وحين استخدامها، فإن معرفتهم وتوقعاتهم تصبح أكثر تركيزاً ووضوحاً وتحديداً. (فايد، 2004، ص 31)

(6) إرشاد حالة الإدمان:

يُعدّ الإدمان، سواء أكان مادياً كتعاطي المواد المخدرة (مثل الكحول، الكوكايين، أو المهلوسات)، أو سلوكياً كالإفراط في القمار، الألعاب الإلكترونية، أو السلوكيات الجنسية القهرية، اضطراباً نفسياً معقداً له آثار سلبية متعددة تمس الجوانب النفسية، الاجتماعية، الصحية والاقتصادية في حياة الفرد. ورغم اختلاف طبيعة هذه الأنواع من الإدمان، إلا أنها تتشابه في الآليات المحفزة للإدمان، وفي العواقب الوخيمة التي تترتب عليه. في هذا السياق، يُعدّ الإرشاد النفسي أحد الدعائم الأساسية في الوقاية والعلاج من الإدمان، حيث يساعد الأفراد على فهم دوافعهم، تعديل سلوكياتهم، واتخاذ قرارات صحية ومستقلة. ويعتمد الإرشاد النفسي الفعّال على بناء علاقة علاجية داعمة بين المرشد والمسترشد، تُسهم في تعزيز الوعي بالذات، وتنمية المهارات الحياتية اللازمة للتعامل مع الضغوط.

ومن أبرز الإرشادات النفسية الموجهة للمدمنين:

- مساعدتهم على الاعتراف: الخطوة الأولى نحو التعافي تبدأ بوعي الشخص بأنه يعاني من الإدمان وهو ما يستدعي المساعدة.
- التوجه إلى مختصين في الإرشاد النفسي أو العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يسرع من عملية التعافي.
- التقرب من أفراد داعمين، سواء من العائلة أو الأصدقاء، يُخفف من العزلة ويمنح شعوراً بالأمان.
- تجنب المحفزات وذلك بالابتعاد عن البيئات أو الأشخاص الذين قد يشجعون على العودة إلى الإدمان.
- ممارسة الأنشطة البدنية مثل الرياضة، التأمل، أو الهوايات الإبداعية، لتعويض الفراغ الذي يتركه التوقف عن الإدمان.
- الالتزام بخطط العلاج والمتابعة: الانتظام في الجلسات العلاجية ومراقبة التقدم يساعد على تجنب الانتكاسات.

ويمكننا أن نعرض كمثال: برنامج إرشادي قائم على بعض القيم لخفض إدمان الانترنت وتحسين التوافق النفسي.

طرق الإرشاد: إرشاد جماعي.

مدة البرنامج: 8 أسابيع بواقع جلستين كل أسبوع (أي بمجموع خمسة عشر جلسة)، واستغرقت كل جلسة ما بين (60-90 دقيقة)

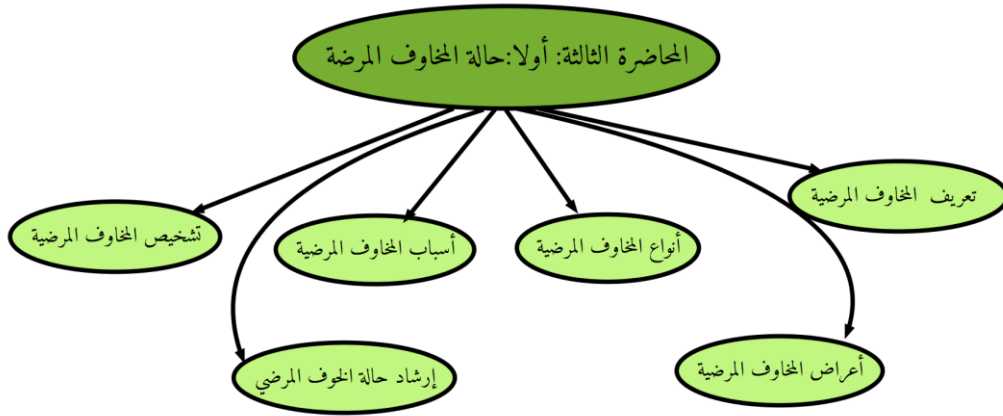
الأساليب والفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج: تم استخدام فنيات إرشادية، وهذه الفنيات إجمالاً: المناقشة والحوار، المحاضرة، القصة الرمزية، ضبط الذات، العصف الذهني، إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء العضلي والتأملي، اليقظة الذهنية، التعزيز، التداعي الحر..

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
١	تمهيد وتعريف	١- إتاحة الفرصة لتعارف الباحثة بطالبات المجموعة الإرشادية، وبناء علاقة إيجابية بين الباحثة والطالبات أفراد المجموعة لتجريبية. ٢- توعية الطالبات بالبرنامج والتعريف بإجراءاته ومضمونه ومحتواه الإرشادي. ٣- تشجيع أفراد العينة على تقبل جلسات البرنامج الإرشادي والاستمرار فيه. ٤- الاتفاق على مواعيد مناسبة للجميع لعقد الجلسات الإرشادية.	المناقشة والحوار، التعزيز، ورق تعارف
٢	التعرف على المفاهيم الأساسية	١- التعرف على المفاهيم الخاصة بالبحث وهي القيم، وإدمان الإنترنت، والتوافق النفسي. ٢- إعطاء معلومات عن استخدامات الإنترنت المتنوعة ما بين الاستخدام الصحيح، والاستخدام السيئ، ومضار الاستخدام السيئ.	المحاضرة المناقشة والحوار، العصف الذهني، اليقظة الذهنية، مقاطع فيديو نشاط كتابي.
٣	القيم	١- التعرف على القيم المعبرة عن مبادئ الحياة بشكل عام. ٢- استبصار الطالبات بما يمتلكونه من قيم، والعمل على تفعيلها بمرونة في سلوكياتهن المختلفة.	الحوار، إعادة البناء المعرفي، اليقظة الذهنية.
٤	فهم الذات	١- التعرف على مفهوم الذات، وأهميته كمكون رئيسي في الصحة النفسية للأفراد. ٢- الاعتراف بإدمان الإنترنت، وأسباب ذلك، والفائدة التي	المحاضرة، المناقشة والحوار، كرسي الاعتراف، الواجبات

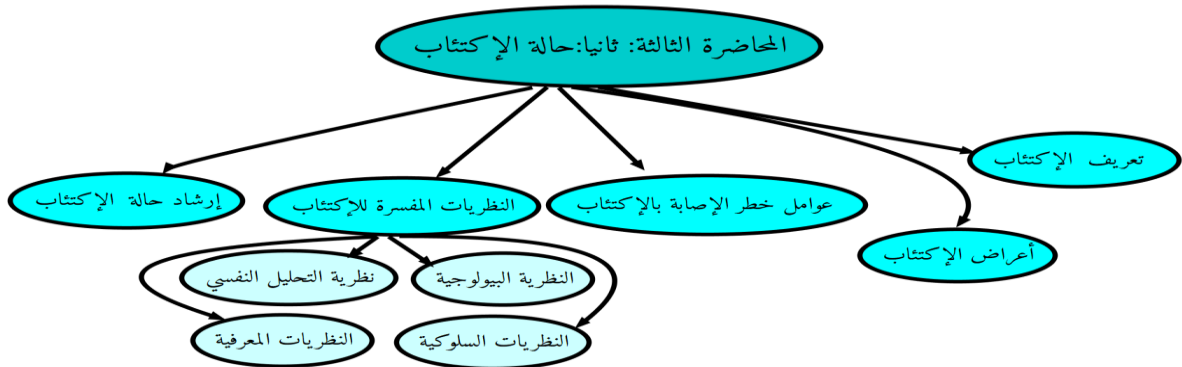
		يجنبها من هذا المكوث الطويل على الإنترنت، وذلك بهدف الفهم العميق والواقعي لهذا الإدمان وأخطاره.	المنزلية.
٥	راقب ذاتك واضبطها (قيمة الالتزام)	١- مناقشة الواجب المنزلي. ٢- أن تتعلم الطالبة مراقبة سلوكياتها، وأوقات مكوثها على الإنترنت. ٣- مراقبة الذات في المواقع التي تدخل عليها. ٤- التدريب على ضبط الذات من خلال تعلم بعض المهارات الجديدة.	المحاضرة، التعزيز، لعب الأدوار، الواجبات المنزلية.
٦	الإدارة الناجحة للوقت (قيمة الوقت)	١- مناقشة الواجب المنزلي. ٢- تحديد عدد ساعات استخدام الإنترنت ٣- التدريب على تقليل عدد ساعات استخدام الإنترنت، باستخدام جدول زمني. ٤- استخدام الوقت الذي سيتم توفيره في أعمال مفيدة (كالذاكرة، الراحة، التواصل الاجتماعي، العبادة.....) ٥- التدريب على مهارة إدارة الوقت.	كرسي الاعتراف، المناقشة والحوار، بطاقات التذكير، التعزيز، التقويم الذاتي.
٧	مجتمعون ووحيدون (المشاركة الاجتماعية وقيمة الأسرة)	١- توضيح سبلات العزلة الاجتماعية بسبب الإنترنت على حياة الطالبات. ٢- التعود على فصل الاتصال بالإنترنت وفقاً للجدول الزمني، في مقابل المشاركة الاجتماعية للأفراد داخل المنزل أو خارجه في حياتهم، واحتياجاتهم، ومشكلاتهم.	المحاضرة، المناقشة والحوار، لعب الدور، التعزيز الإيجابي، الواجبات المنزلية.
٨	تحمل المسؤولية (الذات البالغة)	١- توضيح ما تم في الجلسة السابقة. ٢- مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. ٣- التعرف على مفهوم تحمل المسؤولية. ٤- التعرف على مفهوم الذات البالغة. ٥- القيام ببعض الأعمال سواء داخل المنزل أو خارجه.	المحاضرة، المناقشة والحوار، لعب الدور، مقاطع فيديو، التعزيز، الواجبات المنزلية.
٩	الالتزام الديني	١- توضيح ما تم في الجلسة السابقة. ٢- مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. ٣- الوقوف على بعض الثوابت الدينية. ٤- أداء الصلاة في وقتها مهما كنت مشغولاً بأمر آخرى. ٥- تخصيص أوقات ملزمة بالذكر والعبادة.	المحاضرة، الحوار، مقاطع فيديو، التعاقد السلوكي، الواجبات المنزلية.

١٠	الأمانة	١- مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. ٢- التعرف على قيمة الأمانة في كل شيء وليست في الأموال فقط. ٣- الأمانة في الاستخدام الصحيح للإنترنت من حيث الوقت والمواقع.	المناقشة، المحاضرة، التعاقد السلوكي، التعزيز.
١١	القيم الاقتصادية	١- التدريب على كيفية تحديد الأولويات. ٢- زيادة الوقت للأعمال المسئول عنها الطالبات (مثل المذاكرة، مسئوليات تجاه الأسرة، والأصدقاء.....) ٣- الاستفادة من الكورسات والدورات الموجودة على الإنترنت في مجال التخصص، وفيما يفيد.	المناقشة والحوار، التعزيز، الواجبات المنزلية.
١٢	أسلوب حياة صحي	١- تلخيص ما تم في الجلسات السابقة. ٢- التأكيد على أهمية التوافق النفسي للفرد مع نفسه ومع الآخرين. ٣- العمل على تنظيم الذات. ٤- توضيح العلاقة بين ترشيد استخدام الإنترنت والتوافق النفسي.	الحوار والمناقشة، التأمل، المنبسط الذاتي، الواجبات المنزلية.
١٣	التوافق الأكاديمي	١- الالتزام بحضور المحاضرات، والاستفادة من المقررات الدراسية. ٢- وضع خطة للدراسة من أجل تحقيق النجاح نهاية العام. ٣- التعرف على المهارات الاجتماعية في المجال الأكاديمي في العلاقة مع الزملاء، وأساتذة الجامعة، والقيادات الجامعية.	الحوار، اليقظة الذهنية.
١٤	المشاعر الإيجابية	١- التحدث عن الشعور الإيجابي جراء ترشيد استخدام الإنترنت، وكيفية تأثير ذلك على حياة الطالبات في كافة مجالاتها.	الحوار، التداوي الحر.
١٥	إنهاء البرنامج والتقييم	١- تلخيص ما تم التدريب عليه في الجلسات السابقة. ٢- الاستماع إلى أفراد المجموعة فيما يبدونه من ملاحظات حول البرنامج. ٣- عمل تغذية مرتدة للاطمئنان على استيعاب الطالبات. ٤- إجراء التطبيق البعدي لمقياس إدمان الإنترنت.	الحوار، التعزيز، التغذية المرتدة.

(السحيمي، 2022، ص-ص 443-445)



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة الثالثة: أولاً المخاوف المرضية



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة الثالثة: ثانياً: حالة الاكتئاب



أولاً: حالة المخاوف المرضية

تمهيد:

يعد الخوف من المشاعر الطبيعية التي ترافق الإنسان في مواقف مختلفة من حياته اليومية، فهي استجابة انفعالية أساسية تساعد الفرد على الحذر وتفادي المخاطر. غير أنّ هذا الخوف قد يتحول في بعض الحالات إلى خوف مرضي يتسم بالمبالغة وعدم المنطقية، فيفقد بذلك وظيفته التكيفية ليصبح عائقاً أمام الفرد في أدائه اليومي وتواصله الاجتماعي وانخراطه في مختلف الأنشطة.

إنّ موضوع المخاوف المرضية يُمثل إحدى القضايا النفسية البارزة التي تستدعي اهتمام المختصين في مجالات التربية والإرشاد والعلاج النفسي، نظراً لما تخلفه من آثار سلبية على التوازن النفسي والسلوكي للمصاب بها. ومن هنا تأتي أهمية التعرف على هذا المفهوم بصورة علمية دقيقة، من خلال الوقوف على أنواعه، ومسبباته، وأعراضه، والمعايير المعتمدة في تشخيصه، وصولاً إلى إبراز الدور الحيوي للإرشاد النفسي في مساعدة الأفراد على تجاوز هذه المخاوف.

وفي إطار هذه المحاضرة، سنسعى إلى تقديم رؤية شمولية حول إرشاد حالة المخاوف المرضية، مع التطرق إلى نموذج لبرنامج إرشادي تطبيقي موجه لأحد أنواع هذه المخاوف، بما يتيح تصوراً عملياً لآليات التدخل الإرشادي الممكنة.

1) تعريف المخاوف المرضية:

المخاوف المرضية هي خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدر للخطر، وعلى الرغم من إدراك الشخص لعدم معقوليته أو منطقيته إلا أن هذا الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه. (الطيب ، 1980، ص23)

المخاوف المرضية حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الفرد عندما يتأثر بمؤثر خارجي ويشعر بالخطر وينبعث هذا المؤثر من داخله ويعد انفعال الخوف أحد أهم الحيل الدفاعية من أجل الحفاظ على الذات وبقائها. (المدھون، 2015، ص237)

الخوف المرضي بصفة عامة هو من الأمراض النفسية (العصابية)، ولفظ فوبيا مشتق من مقطع في اليونانية Phobos يعني شعور لاعتقالي بالخوف عندما يواجه الشخص بشيء أو نشاط أو موقف عام، مما يؤدي به إلى تفادي هذا الشيء الذي يخشاه ويدعى بمصطلحات مختلفة منها الفوبيا والخواف والرهاب.

وقد بدأ الاستعمال العلمي لهذا المصطلح مع مطلع القرن التاسع عشر. بينما "سترنج" يعرف المخاوف المرضية بأنه خوف شاذ، أو غير منطقي، أو غير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق، وهو خوف مؤلم وحاد. (منهوم، 2023، ص244)

وعليه نستنتج أن المخاوف المرضية حالة انفعالية تتجلى في استجابة خوف مفرطة غير منطقية ومستمرة، اتجاه موضوع أو موقف أو شخص، بحيث يكون هذا الخوف غير متناسب مع درجة الخطر الفعلي، ويؤدي إلى تجنب متكرر ومقيد للمشير المسبب له. ويختلف هذا النوع من المخاوف عن الخوف العادي بكونه يعطل التكيف النفسي والاجتماعي للفرد، ويصاحبه توتر وقلق شديداً، مما يجعله يشكل عائقاً أمام الأداء السوي للفرد في مواقف الحياة اليومية.

(2) أنواع المخاوف المرضية:

أوضح Eysenck في دراسة عام (1978) أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية وهي:

- مخاوف من الحيوانات: مثل الخوف من (الأفاعي، الفئران، القطط، الخفافيش، الحشرات الطائرة، الصراصير)
- مخاوف من مشاهدة العدوان لدى الآخرين: وذلك كالخوف من: (مشاعر الغضب، الأصوات العالية، الناس الغاضبين، فقدان التحكم، الخوف من شخص ما، الخوف من التشاجر، الخوف من السكاكين).
- الخوف من الموت والأذى: كالخوف من (الدم البشري، دم الحيوانات، الجروح، مشاهدة عمليات جراحية، موت الحيوانات، أخذ الحقن، موت الناس، رائحة العقاقير، حوادث السيارات، الاختناق).
- مخاوف ذات شكل أخلاقي: مثل الخوف من (الانتحار، التفكير في المرض، العذاب في الآخرة).
- الخوف من النقد الاجتماعي: كالخوف من (مشاعر الاستنكار، تجاهل النقد الشخصي، مشاعر النبذ، النظرة السخيفة، عدم النجاح).
- الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى: كالخوف من (الوحدة، المكان الغريب، الدخول إلى حجرة عندما يكون فيها أشخاص غرباء، دخول الأماكن المظلمة).

- الخوف من الأماكن: مثل الخوف من (المصاعد، الأماكن المزدحمة، السفر بالطائرة، المياه العميقة). (الريدي، 2018، ص 181)

(3) أسباب المخاوف المرضية:

يشير حامد زهران (2003) إلى عدة أسباب للمخاوف المرضية وهي:

- تخويف الأطفال وعقابهم، والحكايات المخيفة التي تحكى لهم، والخبرات المريعة القاسية التي يمرون بها، والخبرات المخيفة المكبوتة (خاصة منذ الطفولة المبكرة).
- الظروف الأسرية المضطربة (الشجار- الانفصال - الطلاق - العنف الزائد - الوالدان العصبيان) والتربية الخاطئة (المنع، العقاب، عدم المساواة في المعاملة بين الأطفال).
- القصور الجسمي، القصور العقلي والرعب من المرض.
- الفشل في حل المشكلات.

(4) أعراض المخاوف المرضية: حددت العطار (2017، 11-12) أعراض المخاوف المرضية فيما يلي:

- أعراض جسدية (المظاهر الفسيولوجية): الشعور بالتعب، ضعف الطاقة الحيوية، الإصابة بالصداع وصعوبة التنفس إضافة إلى اضطرابات في المعدة والنوم وعسر الهضم والغثيان، تصبب العرق البارد، الرعشة، بالإضافة إلى زيادة سرعة التنفس وفقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب وزيادة إفراز العرق.
- صعوبة التواصل مع الآخرين والتعبير عن النفس: يعاني الشخص المصاب بالخوف من صعوبة التواصل مع الآخرين والتعبير عما يدور في نفسه من آراء.
- الخوف من المواقف الاجتماعية والدخول فيها: يحاول الفرد المصاب بالخوف الاجتماعية تجنب مشاركة الآخرين في المناسبات الاجتماعية وعدم الالتفات للنقاشات والأحداث الاجتماعية التي تدور بين الأفراد.
- تشتت الأفكار: يعاني الشخص المصاب بالخوف من تشتت أفكاره وعدم القدرة على تجميع الأفكار والآراء ووضعها في المكان المناسب في المواقف الاجتماعية.

ويمكن أيضا إضافة بعض الأعراض السلوكية التي تظهر على الفرد أثناء الموقف المخيف، مثل: التأثتة في الحديث، الحركات العصبية، النوم المضطرب، الانكماش، الخجل وعدم الجرأة، توقع الشر، شدة الحرص، التهاون، الاستهتار، عدم القدرة على التفكير المستقل، إضاعة الوقت بسبب التردد، عدم الإقدام على عمل من الأعمال، الهروب. (رشاد، 2000، ص 21)

(5) تشخيص المخاوف المرضية: حدد الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية

في إصداره الرابع (DSM- IV, 2000) ثمانية معايير تعد محكات لتشخيص المخاوف المرضية وهي:

- وجود خوف مستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي قد تتضمن إحراجاً أو شعوراً بالحرج.
- يثير التعرض للموقف الاجتماعي، أو مواقف الأداء، استجابة قلق فورية.
- يعترف المراهقون والبالغون الذين يعانون من هذا الاضطراب جيداً أن خوفهم هذا مبالغ فيه وغير معقول، وبالنسبة للأطفال فلا يدركون أن خوفهم مبالغ فيها، ففي غالب الأحوال يتم تجنب موقف الأداء أو الموقف الاجتماعي، وقد يتم في بعض الأحوال تحمله مع بعض الرعب.
- تجنب مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية الخفيفة، أو تحملها مع قدر كبير من القلق أو الكدر.
- يجب أن يكون التجنب أو الخوف أو التوقف عن مواجهة المواقف الاجتماعية متداخلاً بصورة واضحة مع أداء الفرد في الحياة اليومية، والأداء الوظيفي، أو الحياة الاجتماعية، أو في حالة ما إذا كان الفرد مضطرباً ومتخوفاً من أن تناله المخاوف المرضية.
- يجب استمرار هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بالنسبة للأفراد الأقل من (18) سنة قبل تشخيص المخاوف المرضية.
- يجب أن لا يكون الخوف أو التجنب راجعاً إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن مادة معينة، أو حالة طبية عامة، وألا يتم تحليله على أنه راجع إلى اضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب الخوف، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب مستمر في النمو، اضطراب الشخصية الفصامية).
- أما إذا وجد اضطراب آخر من هذه الاضطرابات أو تواجدت حالة طبية عامة أثناء التشخيص مثل التهمة، مرض باركنسون، اضطراب فقدان الشهية العصبي، فإن الخوف أو التجنب لا يجب قصره على التأثيرات الاجتماعية فقط. (رمضان، 2021، ص 172-173)

(6) إرشاد حالة المخاوف المرضية:

يعدّ الإرشاد النفسي من الركائز الأساسية في مساعدة الأفراد المصابين بالمخاوف المرضية، نظراً لما تخلّفه من آثار سلبية تمس مختلف جوانب حياتهم اليومية؛ كالجانب الاجتماعي من خلال صعوبة بناء العلاقات والتواصل مع الآخرين، والجانب الدراسي أو المهني عبر ضعف التركيز وتراجع الأداء، إضافة

إلى الجانب النفسي الذي يتجلى في القلق والتوتر المستمرين. ومن هنا تأتي أهمية الإرشاد في تزويد الفرد بالآليات التي تمكنه من فهم طبيعة مخاوفه غير المنطقية، والتعامل معها تدريجياً بطريقة صحية ومتوازنة.

ومن بين الإرشادات التي يمكن توجيهها للمصابين بالمخاوف المرضية نذكر ما يلي:

- التعرف على طبيعة المخاوف: مساعدة الفرد على إدراك أن خوفه مبالغ فيه وغير مبرر، مما يشكل خطوة أولى نحو تغييره.
- التدريب على الاسترخاء: اعتماد تقنيات التنفس العميق وتمارين الاسترخاء العضلي للتقليل من شدة القلق المصاحب للمخاوف.
- التدرج في المواجهة: تشجيع الفرد على مواجهة المواقف أو الأشياء التي يخشاها بشكل تدريجي ومنظم بدل تجنبها المستمر.
- تنمية التفكير الإيجابي: استبدال الأفكار السلبية المرتبطة بالموقف الخيف بأفكار أكثر عقلانية وواقعية.
- الاستعانة بالدعم الاجتماعي: حث الفرد على مشاركة مخاوفه مع أشخاص موثوقين، لما يوفره ذلك من شعور بالأمان والتخفيف من العزلة.
- طلب المساعدة المتخصصة: توجيه الحالات الشديدة أو المزمنة إلى المختصين النفسيين من أجل المتابعة والعلاج المناسب.

بهذا يصبح الإرشاد النفسي عملية علاجية-تربوية تهدف إلى تعزيز وعي الفرد بنفسه، وتزويده باستراتيجيات تساعد على استعادة توازنه النفسي والاجتماعي، والعيش بشكل أكثر تكيفاً مع متطلبات الحياة.

مثال: برنامج إرشادي للحد من المخاوف المرضية وتحسين مستوى تقدير الذات لدى عينة من طلاب

كلية التربية.

المحاضرة الثالثة: حالة المخاوف المرضية، حالة الاكتئاب

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسات	الفنيات المستخدمة
١ -	جلسة تعارف	التعريف بالبرنامج والتعارف بين المتدربين فيما بينهم وبين المدرب	التعرف بالبرنامج الإرشادي وأهدافه وطرائق تنفيذه وحثهم على الالتزام بحضور جلسات البرنامج بأداب الحوار واحترام الرأي الآخر
٢ -	المخاوف المرضية	شرح مفهوم المخاوف المرضية وآثارها على تقدير الذات	محاضرة - الحوار - المناقشة الجماعية - واجبات منزلية
٣ -	تقدير الذات	شرح مفهوم تقدير الذات وعلاقته بالمخاوف المرضية	محاضرة - مناقشة - لعب ادوار - واجبات منزلية
٤ -	مهارة الإسترخاء	التدريب على مهارة الإسترخاء للحد من المخاوف المرضية	المناقشة الجماعية - المحاضرة - الاسترخاء - والنمذجة والواجب المنزلي
٥ -	حل المشكلات والمشاعر السلبية	القدرة على حل المشكلات التعبير عن المشاعر الراقصة	محاضرة - مناقشة جماعية - النموذج - لعب الدور - واجبات منزلية
٦ -	الشعور بالسعادة والطمأنينة	التعبير عن الشعور بالسعادة والطمأنينة	المحاضرة - المناقشة - لعب الادوار
٧ -	مهارة السيكودراما	التدريب على مهارة السيكودراما	الكرسي العالي ولعب الادوار وقلب الادوار والواجبات المنزلية
٨ -	الدفاع عن الحقوق الفردية والمشاعر في المشاعر	تدريب الفرد بالدفاع عن حقوقه وكيفية التحكم في النفس	المحاضرة - المناقشة الجماعية - لعب الادوار - واجبات منزلية
٩ -	البناء المعرفي	إعادة البناء المعرفي من خلال: ١- إتاحة الفرصة للتعبير عما بداخلهم من مشاعر ٢- التدريب على العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك	المناقشة الجماعية ، والمحاضرة عرض النموذج للربط بين طريقة التفكير من المخاوف المرضية

١٠-	الأفكار العقلانية	استخدام الأفكار العقلانية: التمييز بين معتقداتهم العقلانية والعقلانية، وأن يتعلم القدرة على رفض الأفكار اللاعقلانية وتقبل الأفكار العقلانية	المناقشة الجماعية المحاضرة عرض نموذج توضيح آثرت أليس أفلام ثقافية
١١-	القدرة على تقديم السؤال	يقدم الفرد سؤالاً أو استفساراً عما لا يعرفه وإدارة المواقف الجديدة بشجاعة	محاضرة ومناقشة جماعية والنمذجة واجبات منزلية
١٢-	الحوار الذاتي	تعديل الحوار الذاتي من خلال: شرح مفهومه، والانتقال من الحوار الذاتي السلبي الى الحوار الذاتي الإيجابي	المناقشة الجماعية المحاضرة والحوار الذاتي و قلب الأدوار والاسترخاء الواجب المنزلي تدريب الفرد على الإقصاص الذاتي السلبي والإيجابي.
١٣-	الهدوء النفسي	التدريب على الهدوء النفسي وهدوء الأعصاب وارتفاع الروح المعنوية والشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات	المناقشة الجماعية لعب الأدوار وقلب الأدوار والتعبير العفوي
١٤-	الحاجة إلى تقدير الذات	تدريب الحاجة الى تقدير الذات	مناجاة النفس والمناقشة الجماعية والواجب المنزلي
١٥-	إنهاء تقييم البرنامج	تقييم يتمثل بمراجعة البرنامج الإرشادي وتطبيق المقياس البعدي وإقامة حلقة ختامية	المناقشة الجماعية وتقدير
١٦-	متابعة البرنامج الإرشادي	متابعة التطبيق التتبعي بعد شهرين من تنفيذ البرنامج الإرشادي	شكر وتقدير لافراد المجموعة التجريبية على حسن تعاونهم وحضورهم

ثانيا: حالة الاكتئاب

تمهيد:

يعدّ الاكتئاب من أبرز الاضطرابات النفسية التي تشكّل تحدياً كبيراً في مجال الصحة النفسية والإرشاد، إذ لم يعد مجرد حالة عابرة من الحزن أو الضيق، بل أصبح ظاهرة نفسية واجتماعية ذات أبعاد معقدة تؤثر سلباً في التفكير والانفعال والسلوك، وتنعكس على مختلف جوانب حياة الفرد اليومية والأكاديمية والمهنية والاجتماعية. لقد أولى الباحثون والمختصون في علم النفس اهتماماً واسعاً بدراسة الاكتئاب، نظراً لانتشاره المتزايد في المجتمعات الحديثة وما يخلفه من آثار عميقة في جودة الحياة والصحة النفسية.

وانطلاقاً من هذه الأهمية، تأتي هذه المحاضرة لتسليط الضوء على ماهية الاكتئاب وفهم طبيعته، مع تحديد أبرز أعراضه، والتعرّف على العوامل المسببة والمساهمة في ظهوره، إضافة إلى عرض أهم التفسيرات النظرية التي حاولت تفسيره، وصولاً إلى تقديم جملة من التوجيهات الإرشادية والعملية، مدعّمة بنموذج برنامج إرشادي موجه للمصابين بالاكتئاب، بهدف مساعدتهم على التكيف والتغلب على تداعياته.

1) تعريف الاكتئاب:

حسب "أرون بيك" هو تلك التوقعات السلبية بشأن الذات والعالم والمستقبل والتي تؤدي إلى انفعالات اكتئابيه. فالمكتئب بالنسبة لبيك Beck (1995)، ينظر نمطياً إلى نفسه كالعاجز وعديم القيمة والغير كفء ويفسر الأحداث بشكل غير مبرر وانهزامي وينظر إلى عالمه وذاته ومستقبله بطريقة سلبية. (محيوز وتباني، 2021، ص77)

الاكتئاب "حالة انفعالية دائمة أو وقتية، يشعر فيها الفرد بالانقباض، والحزن، والضييق، وتكثر فيها مشاعر كالهمل والغم والتشاؤم والجزع واليأس والعجز، وهي حالة مصحوبة بأعراض مرتبطة بالجوانب المعرفية والسلوكية والجسمية ومن بين هذه الأعراض: التشاؤم وضعف التركيز ومشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، والوحدة، ونقص تقدير الذات، والشكاوي الجسمية". (عبد الخالق، 2011، ص68)

هو اضطراب نفسي شائع، وينطوي على تكدر المزاج أو فقدان الاستمتاع أو الاهتمام بالأنشطة لفترات طويلة من الزمن. (WHO, 2025)

وعليه نستنتج أن الاكتئاب هو اضطراب نفسي انفعالي معقد يتميز بسيطرة مشاعر الحزن العميق وفقدان الاهتمام أو المتعة بالأنشطة المعتادة، ويصاحبه شعور بالدونية واليأس ونظرة سلبية نحو الذات والمستقبل والعالم المحيط. وهو لا يقتصر على مجرد حالة مؤقتة من الضيق أو الإحباط، بل يمثل حالة مرضية مستمرة تؤثر في التفكير والانفعال والسلوك، وتنعكس سلباً على قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية.

(2) أعراض الاكتئاب: ذكرت "عبوين" (2021، ص) أن أعراض الاكتئاب تختلف شدتها واستمراريتها باختلاف نوع اضطراب الاكتئاب، بالرغم من ذلك يمكن تحديد الأعراض المشتركة وتصنيفها كما يلي:

- الأعراض الجسمية للاكتئاب: تسمى أيضاً الأعراض الفيزيولوجية (اضطرابات النوم، فقدان الشهية، الشعور بالتعب والإجهاد، يقل النشاط الاجتماعي للمصاب ويزيد من شعوره بالوحدة وفقدان الأمل، اضطرابات جنسي).
- الأعراض الانفعالية: الحزن الشديد، عدم القدرة على الشعور باللذة، الحساسية الانفعالية الزائدة، الشعور بالذنب، الشعور بالقلق والتوتر وانعدام الثقة.
- الأعراض المعرفية: البطء المعرفي، نقص الانتباه والتركيز، التفكير السلبي، أفكار مرتبطة بالموت، وجود أفكار انتحارية.

(3) عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب: هناك مجموعة من العوامل التي قد تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- الأمراض النفسية والعقلية: والتي منها المرض النفسي الناشئ عن خلل عضوي في الدماغ، وهي تنشأ عن خلل وظيفي وتشمل الاضطرابات النفسية ومنها: القلق وتوهم المرض، والهستيريا والمخاوف، والوسواس القهري، والاضطرابات العقلية، وقد تكون وراثية ومنها: الفصام والهوس الاكتيبي، وتقوم الأمراض النفسية والاضطرابات النفسية والعقلية بدور مهم في الكثير من حالات الاكتئاب الشديد.
- اضطراب الشخصية: وهي ليست أمراضا نفسية أو عضوية وإنما سمات حادة، تجعل هؤلاء الافراد مختلفين عن بقية الناس، وهم لا يشعرون بأنهم يعانون من اضطراب ومنهم: الشخصية الهستيرية، والشخصية غير الناضجة انفعاليا والشخصية الانطوائية، وكل هؤلاء يعانون الاكتئاب وقد يدفع الاكتئاب ببعضهم إلى الشعور باليأس والعجز ومن ثم الانتحار.
- المشاكل الأسرية وانخفاض تقدير واحترام الذات: قد تؤدي الصراعات العائلية المتكررة والشديدة بين أفراد الأسرة، وبالأخص الوالدان، وتعرض المراهق للنقد المستمر وعدم احترام مشاعره، قد تؤدي به إلى اكتئابه.
- المشاكل الاقتصادية: الفقر والبطالة والمشكلات المالية، وعدم الحصول على المهن المناسبة، تؤدي إلى الاكتئاب.
- الشعور بالذنب: ويعتبر هذا سببا رئيسيا في الإصابة بالاكتئاب، والشعور باليأس، والشعور بالذنب والرغبة في عقاب الذات، وتكثر هذه الحالة عند المراهقين وغير الناضجين معرفيا أو نفسيا أو انفعاليا.
- المشاكل الصحية: فالحالة الصحية لها علاقة مباشرة بالاكتئاب، فالمرضى المصابون بأمراض مزمنة أو مستعصية الشفاء كالسرطان والفشل الكلوي، وأمراض القلب وضغط الدم وداء السكري، أكثر شعورا باليأس والاكتئاب وإقبالا على الانتحار.
- أسباب بيولوجية: كاختلالات في التوازن الهرموني وخاصة لدى الفتيات أثناء البلوغ، أو فقر الدم الناتج عن نقص الحديد، أو اضطرابات في الغدة الدرقية، أو في سكر الدم، أو عدم التوازن الكيميائي في الرسائل العصبية قد تسبب الاكتئاب والشعور باليأس.
- تعاطي بعض العقاقير المضادة للاكتئاب المزمن: حيث أوضحت عدة دراسات أن تناول بعض العقاقير المضادة للاكتئاب قد يؤدي في بعض الأحيان إلى ما يعرف بالضمور العصبي مما يؤثر على الحالة المزاجية لدى مريض الاكتئاب، مما قد يدفعه ذلك إلى مزيد من الاكتئاب.

■ الظروف والأحداث الضاغطة: التي تمر بالأفراد مثل جائحة كورونا. (مرتضي، 2021، ص451-452)

4) النظريات المفسرة للاكتئاب: يمكن حصر هذه النظريات فيما يلي:

أولاً: النظرية البيولوجية: ظهر التفسير البيولوجي الدقيق للاكتئاب في بداية الخمسينيات والستينيات وإن كان هيوكرات قد أشار إليه عام 400 ق.م ، وذكر أن الزيادة في المادة السوداوية تسبب الملائخوليا، ويعد الباحثون في النظرية البيولوجية أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدفاع، وبالتالي فالمشاعر والأفكار والسلوك، قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية في الدماغ، وإذا أن بلايين الخلايا العصبية أو نقص المقدار المنقول أو المسحوب من المادة الكيميائية، أو أي خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال كلها عوامل تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب.

ثانياً: نظرية التحليل النفسي: يرى فرويد (Freud, 1917) في مقالته (الحداد الملائخوليا) وجود أجه شبه عديدة بين الاكتئاب والحداد لدى فقدان موضوع الحب، سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، إذ تنتاب الفرد نوبات من الاكتئاب جراء الشعور بالذنب الذي يصيبه، وكأن الكراهية اللاواعية هي السبب في فقدان مما يؤدي إلى زيادة الشعور بالاكتئاب، وانحنى الداخلي، واتهام الذات، أما أبراهام (Abraham, 1960) فيعتبر أن الإصابة بالاكتئاب تتعلق بموضوع الحب فالفرد الذي لا يتمكن من إشباع رغباته الجنسية، وحاجته إلى الحب تنتابه مشاعر الكراهية والغضب تجاه موضوع الحب، هذه المشاعر ترتد نحو الذات بفعل الشعور بالذنب فالالاكتئاب شعور بالغضب إثر الإحباط وخيبة الأمل في الحاجة إلى الحب، هذا الغضب ارتد إلى الذات بفعل أولويات الدفاع اللاواعية.

ثالثاً: النظريات السلوكية: ترى النظريات السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي، وارتفاع مستوى الخبرات السلبية وغير السارة، ويحدث الاكتئاب جراء عوامل عديدة ينخفض بموجبها تفاعلات الفرد مع البيئة المؤدية إلى نتائج إيجابية، وتزداد معدلات الخبرات السيئة التي تمثل عقاباً بالنسبة له.

هذا ويرى لوينسون أن التعزيز والاكتئاب مفهومان متعلقان ببعضهما ويشير إلى أن السلوك والمشاعر الوجدانية للمكتئب تعكس دلالة على تدني مستوى الاستجابة المتوقعة على التعزيز الإيجابي الذي يكمن في وجود تفاعل الفرد مع البيئة.

رابعاً: النظريات المعرفية: أكد بيك (Beck, 1976) على وجود أربعة مكونات رئيسية للاكتئاب تتمثل في:

- المكونات المعرفية/ التي تتضمن الشعور بالعجز واليأس والميل إلى تضخيم المشكلات وتدني قيمة الذات.
- المكونات الدافعية/ وتمثل في فقدان الدافعية والاعتماد على الشعور بالسرور والهروب والرغبة في الموت وقلة الإرادة.
- المكونات الانفعالية/ وتتضمن عدم القدرة على الشعور بالسرور والبهجة.
- المكونات الجسدية/ وتبرز في أعراض الأرق وفقدان الرغبة الجنسية وسرعة الإجهاد، وارتخاء العضلات، هذا وتشير النظريات المعرفية إلى أن الفشل المعرفي لدى المكتئبين يدل على ان التثوهات في خبرات الفشل والنجاح، وتحريف الإدراك والذاكرة، إذ ينخفض نسيان الأحداث السلبية المرتبطة بالتوقعات السلبية، وبالشعور بعدم السرور، واللذة ويكثر نسيان الأحداث الإيجابية المتعلقة بالمتعة والسعادة. (كنز، 2014، ص 174-175-176)

(5) إرشاد حالة الاكتئاب:

إن حالة الاكتئاب تستلزم تدخل عدة مختصين لمساعدة الفرد المصاب على تخطيها وتجاوزها، ويأتي على رأس قائمة هؤلاء المختصين المرشد النفسي لما له من دور مهم وخاصة اكتسبها من تخصصه ومجموعة المهارات والكفاءات التي يتسم بها دون غيره والتي تسمح له بمساعدة الآخر في العديد من المشكلات والاضطرابات ليتخطاها، ويمكن أن نشير هنا إلى بعض الإرشادات التي تساعد المكتئب لاسترجاع صحته النفسية وتوازن حياته اليومية:

- إتاحة جو من التقبل والاحترام يساعد المسترشد على التعبير عن مشاعره بحرية.
- التوعية بمهية الاكتئاب: مساعدة المسترشد على فهم أن الاكتئاب حالة يمكن علاجها وليست ضعفاً شخصياً.
- 3. تدريب المسترشد على إعادة البناء المعرفي.
- العمل على تصحيح الأفكار السلبية حول الذات والمستقبل والعالم.
- تشجيع النشاط السلوكي
- وضع خطط لأنشطة يومية بسيطة (رياضة، هوايات، تواصل اجتماعي) للحد من السلبية والانعزال.
- تنمية مهارات حل المشكلات
- تدريب المسترشد على خطوات منهجية لمواجهة الضغوط الحياتية والتحديات اليومية.
- التدريب على الاسترخاء وإدارة الضغوط
- استخدام تقنيات الاسترخاء العضلي والتنفس العميق للتقليل من القلق المصاحب.

- تشجيع المسترشد على توسيع شبكة علاقاته الاجتماعية والاندماج مع الأسرة والأصدقاء.
- وضع أهداف واقعية بمساعدة المسترشد على تحديد أهداف بسيطة وقابلة للتحقيق لتعزيز الشعور بالإنجاز.

مثال: برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى مدمني المخدرات في

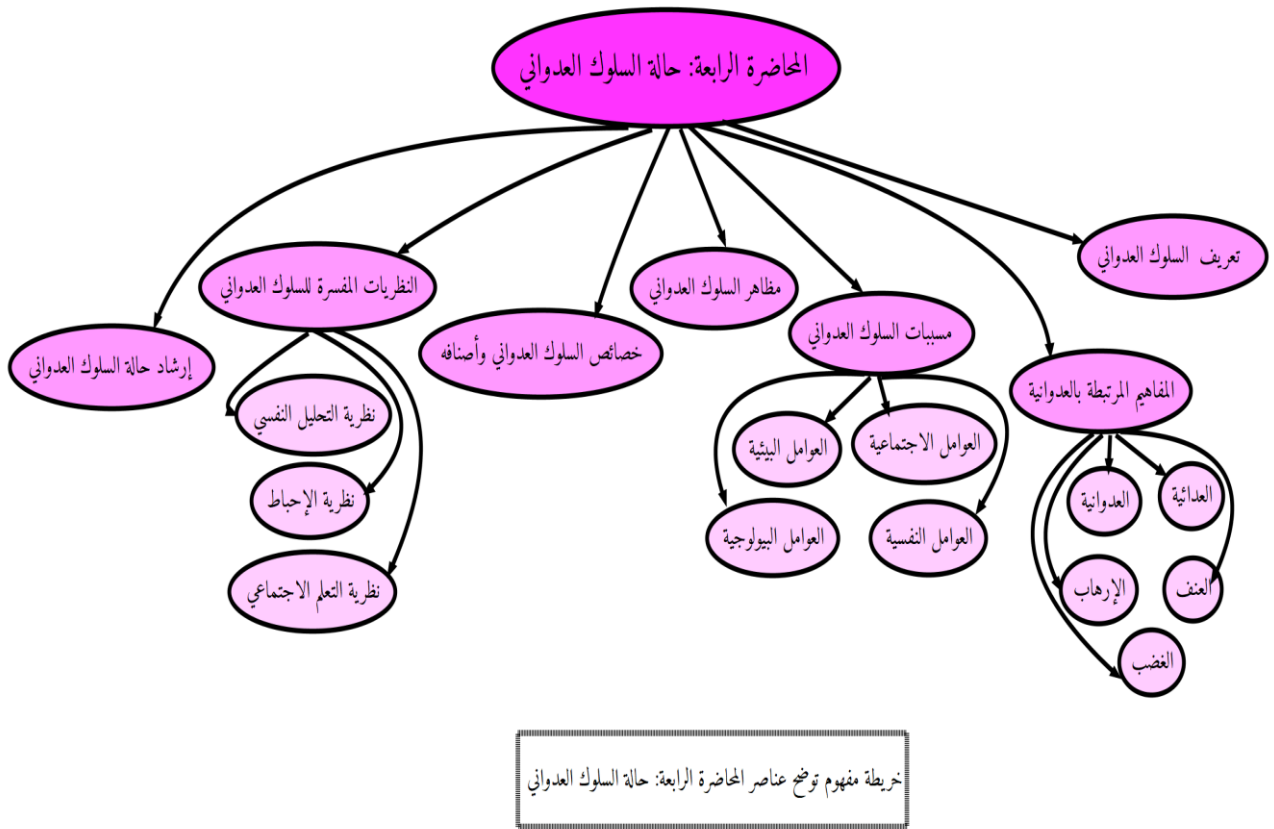
مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	زمن الجلسة	مكان انعقاد الجلسة	ملاحظات
الأولى	التعارف بين المرشدين والأعضاء، والتعارف بين الأعضاء أنفسهم والتعارف إلى طبيعة البرنامج، وأهدافه وتحديد معايير العمل، وتوقيع عقد مع الأعضاء لمتابعة البرنامج إلى نهايته.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة	

الثانية	التعرف إلى آثار الإدمان النفسية ما يسببه من اكتئاب وتبني تقدير للنات لدى المدمنين، ودور البرامج الإرشادية في مساعدة المدمنين. ويمكن في هذه الجلسة التعرف إلى أشكال الاكتئاب والتعرف إلى مفاهيم النات المختلفة مثل (النات الجسمية، والمعرفية الخ.) .	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الثالثة	عرض مواقف حية (فيديو، قصص، شرح حالات) حول آثار المخدرات النفسية والجسمية. ويمكن توظيف الإرشاد الديني في شرح دور الدين في الحد من آثار المخدرات النفسية والجسمية	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الرابعة	استخدام أساليب الاسترخاء والمواجهة للحد من آثار التعاطي النفسية ورفع مستوى النات عند المدمنين ويمكن استضافة داعية ديني لإرشاد المدمنين.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الخامسة	توظيف مهارة التحدث النات لتخفيض الاكتئاب وزيادة توكيد النات لدى المدمنين.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
السادسة والسابعة	التدريب على الضبط النات: أي تعليم الأعضاء أسلوب الضبط النات للتحكم بالسلوكيات.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الثامنة	التحصين ضد التوثر والاكتئاب، حيث سيتم تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوثر، وكيفية التصدي لها ومواجهتها، وسيستخدم الباحث الإرشاد الديني في الجلسة الثامنة.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
التاسعة	التدريب السلوكي والقوة والنمجة لرفع تقدير النات لدى المدمن كونه في الطريق للتعافي.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
العاشر	التعرف والتدريب على مهارة توكيد النات (أن تقول: لا للمخدرات) .	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الحادية عشر والثانية عشر	التدريب على مهارات التواصل والاختلاط الاجتماعي والإصغاء للآخرين، ودور الدين في التواصل بين الأفراد.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الثالثة عشر	تدريب الأعضاء على مهارات حل المشكلات وخصوصاً الاجتماعية والنفسية	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
الرابعة عشر والخامسة عشر	مراجعة عامة لاستراتيجيات تخفيض الاكتئاب وتقدير النات، واستخدام الإرشاد الديني في هاتين الجلستين.	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة
السادسة عشر	جلسة ختامية وإنهاء البرنامج (جلسة التطبيق البعدي والمتابعة) .	ساعة ونصف	مستشفى الأمل بجدة

المحاضرة الثالثة: حالة المخاوف المرضية، حالة الاكتئاب

(الرويلي والشاوي، 2016، ص 299-300-301)



تمهيد:

يُعدّ السلوك العدواني من الموضوعات البارزة في الحقل النفسي والتربوي، حيث حظي باهتمام واسع من قبل الباحثين والممارسين لما يمثله من ظاهرة شائعة تتجلى آثارها السلبية على المستويات الفردية والاجتماعية على حدّ سواء. وقد أفرزت الدراسات النفسية والاجتماعية المعاصرة جملة من المقاربات النظرية والتطبيقية لفهم طبيعة هذا السلوك، والتمييز بينه وبين المفاهيم المتقاربة معه، بما يساهم في تحديد أبعاده وضبط مؤثراته. وفي هذا الإطار، تسعى هذه المحاضرة إلى تقديم معالجة علمية متكاملة لموضوع السلوك العدواني، وذلك من خلال عرض تعريفاته المختلفة وبعض المفاهيم المرتبطة به، ثم الوقوف على أهم أسبابه ومظاهره وخصائصه، قبل الانتقال إلى استعراض أبرز التفسيرات النظرية التي تناولته. كما سيتم في الختام التركيز على البعد الإرشادي للسلوك العدواني، عبر تقديم مجموعة من الإرشادات العملية مدعومة بمثال تطبيقي يوضح كيفية إرشاد حالة تعاني من هذا النوع من السلوك.

(1) تعريف السلوك العدواني:

عرفه واين (Wayne, 1983, p194) أنه الاستجابة اللفظية والبدنية للفرد التي يهدف من خلالها تحقيق أهداف على حساب الآخرين، وتتضمن الاستجابات اللفظية التهديد وانتهاك الحرمات والتهكم، والمناداة بأسماء سيئة والعبارات التي تتضمن إشارات عنصرية، أو جنسية، أو تأنيبية، وتتضمن الاستجابات البدنية الضرب، الدفع، التشاجر، وقذف الأشياء.

كما عرفه شاذر لاند (Sutherland, 1991, p15) أنه محاولة متعمدة لإلحاق الضرر بالآخرين أو بالذات، وهو إما أن يكون فطرياً أو رد فعل للاحتباط.

أما بونديرا (Bandura, 1973, p64) فقد عرف السلوك العدواني على أنه السلوك الذي ينتج عنه أذى شخص أو تدمير ممتلكات، وهذا الأذى قد يكون نفسياً على هيئة تحقير أو تقليل القيمة، وقد يكون جسيمياً.

عرفه المغربي بأنه دافع أو وسيلة يتم التعبير عنها بالعنف أو التطرف أو الإرهاب وجميعها تشير إلى مضمون واحد وهو العدوان. (العميري وحسن، 2021، ص94)

وعليه يمكننا القول أن السلوك العدواني على أنه نمط سلوكي واعي ومقصود، يتسم باستخدام أشكال متعددة من الإيذاء الجسدي أو اللفظي أو الرمزي، ويهدف من خلاله الفرد إلى إلحاق الضرر بالآخرين أو بممتلكاتهم، استجابةً لدوافع داخلية أو مثيرات خارجية. ويُعدّ هذا السلوك مظهرًا من مظاهر اختلال

التوازن النفسي والاجتماعي، إذ يعكس صعوبة في ضبط الانفعالات والتكيف السليم مع المواقف الحياتية المختلفة.

(2) المفاهيم المرتبطة بالعدوانية:

- **العدائية (Hostility)** والمقصود بها شعور داخلي يمثل بالغضب والعداوة والكراهية موجه اتجاه الذات أو شخص أو موقف ما، وهذه المشاعر تستخدم إشارة نحو الاتجاه الذي يكون وراء السلوك أو المكون الانفعالي للموقف، فالعدوان هو استجابة سلوكية تنطوي على المشاعر العدائية والأحداث والتقويمات السلبية للأشخاص.
- **العدوانية (Aggressiveness)** وهي ميل للعدوان أو ما يوجد في الأفعال العدائية أو ميل لإظهار العداوة وكذلك ميل الفرد إلى فرض المصالح وأفكار خاصة رغم المعارضة وهي أيضا السعي إلى السيطرة على الجماعة.
- **العنف (Violence)** استجابة سلوكية تمتاز بانفعالية شديدة تنطوي على انخفاض مستوى التفكير والبصيرة، ويظهر العنف في استخدام القوى المستمرة من الآلات والمعدات، وهذا يشير إلى صيغة العدوان المتطرف، فالعنف هو المحاولة للإيذاء البدني.
- **الإرهاب:** يعني الاعتداء أو التهديد بالاعتداء على الممتلكات العام أو الأموال أو الأرواح من قبل دولة أو مجموعة م ضد مجتمع من خلال استخدام وسيلة تؤدي إلى نشر الرعب في نفوس الآخرين للوصول إلى هدف معين، أي التهديد باستخدام القوة أو استخدامها فعلا من قبل جماعة سياسية أو عقائدية اتجاه جماعة أخرى أو دولة.
- **الغضب (Anger)** هو استجابة انفعالية متزايدة تظهر في الغالب على شكل عدوان بطريقة لفظية وبدنية خاصة عندما يهدد أو يهاجم شخص، والغضب من الناحية النفسية يعني حالة انفعالية تشمل كل من إرجاع اللوم لخطأ مدرك والدافع لتصحيح هذا الخطأ. (صالح، 2018، ص 16-17)

(3) مسببات السلوك العدواني: يلخص أبو أسعد (2009) أسباب السلوك العدواني فيما يأتي:

- تقليد الطفل لمن يراه مثله الأعلى وقد يكون من أسرته، أو صديقه، وقد يكون من الشخصيات الكرتونية التي يشاهدها ويتعلق بها.
- شعور الطفل بأنه مرفوض وغير مرغوب به اجتماعيا، سواء من أسرته، أم أصدقائه، أم معلميه، نتيجة لبعض السلوكيات السلبية الصادرة من الطفل التي لم يتم التعامل معها بطريقة سليمة.
- تشجيع وتعزيز الطفل من قبل أسرته لسلوكه العدواني باعتباره دفاعا عن النفس.

- شعور الطفل بالنقص نتيجة لوجود عيب خلقي في النطق، أو السمع أو أي عضو آخر في جسمه، أو نتيجة لما يسمعه بشكل متكرر من الآخرين حينما يصفونه بصفات سلبية كالكسل أو غيرها من الأوصاف البذيئة.
- عدم قدرة الطفل عن التعبير عما بداخله من أحاسيس وعجزه عن التواصل، لأسباب قد تكون نفسية كالانطوائية، أو لغوية كأن يتحدث الطفل بلغة مختلفة عن من يتعامل معهم خلال وجوده في المدرسة.
- شعور الطفل بالإحباط والفشل عندما لا يستطيع إنجاز ما طلب منه من مهام أو تأخره فيها، مما يجعله يعبر عنها بالعدوانية.
- قيام الأسرة أو المدرسة بكبت الطاقة الكامنة في جسم الطفل، مما يدفعه إلى إفراغ هذه الطاقة بصورة عدوانية على غيره.

التفكك الأسري والخلافات الزوجية المستمرة، والطلاق وتعدد الزوجات، والخلافات المستمرة بين أفراد الأسرة وعدم تماسك الأسرة، بالإضافة إلى التنازل عن المسؤوليات الوالدية وتسليمها للأطفال، وجهل الوالدين بأصول التربية، ومعاملتهم للأبناء بالقسوة والتزمت والصرامة واللوم المفرط، وعدم الاهتمام بمشاعر الأبناء، كل هذا ينتج عنه إحساس الطفل بالظلم والعدوانية، والرغبة في الانتقام، بالإضافة إلى العصبية بين الوالدين وغضبهم لأتفه الأسباب وصراخهم المستمر الذي يضع الأطفال بين الأبوين المتنازعين مما يؤدي إلى خلق ميول عدوانية وتمرد لدى الطفل. (صباح، 2017، ص 30-31)

يمكننا ان نوضح أكثر مسببات السلوك العدواني كالتالي:

العوامل الاجتماعية:

التنشئة الأسرية: تُمثّل البيئة الأسرية أحد المحاور الأساسية في تشكيل السلوك، حيث إن اعتماد أساليب معاملة غير سليمة، مثل القسوة المفرطة، الإهمال، التمييز بين الأبناء، أو الإفراط في التدليل، قد يؤدي إلى بروز سلوكيات عدوانية لدى الطفل.

النمذجة والتقليد: إذ يُسهم التعرض المستمر لنماذج سلوكية عدوانية سواء داخل الأسرة (كالآباء أو الإخوة) أو في الوسط المدرسي (معلم شديد العقاب)، أو بين الأقران (أصدقاء يتسمون بالعنف) في تعزيز السلوك العدواني لدى الفرد.

المؤثرات الثقافية والإعلامية: تمثل وسائل الإعلام، بما تنقله من مشاهد العنف اللفظي والجسدي، عاملاً محفزاً للتعليم بالملاحظة وتبني أنماط سلوكية عدوانية.

العوامل النفسية:

المشكلات الانفعالية: مثل الغيرة، القلق، الإحباط، والتوتر النفسي، والتي غالباً ما تدفع الفرد إلى التعبير عن معاناته من خلال ممارسات عدوانية.

عد القدرة على الضبط الانفعالي: حيث يعجز بعض الأفراد عن التحكم في مشاعر الغضب أو مواجهة الضغوط بأساليب تكيفية، فيلجأون إلى العدوان كوسيلة للتنفيس.

الحاجات غير المشبعة: إذ يؤدي الحرمان من إشباع الحاجات الأساسية (الانتماء، التقدير، الحب، الأمان) إلى توليد مشاعر سلبية قد تُترجم في صورة سلوك عدواني.

العوامل البيولوجية والفسولوجية:

التركيبية العصبية والهرمونية: إذ تشير بعض الدراسات إلى ارتباط زيادة بعض الناقلات العصبية أو الاختلالات الهرمونية بارتفاع مستويات السلوك العدواني.

الاستعداد الوراثي: تُظهر بعض البحوث أن الاستعداد الجيني قد يلعب دوراً في الميل نحو أنماط سلوكية عدوانية.

الاضطرابات العصبية أو الجسدية: مثل إصابات الدماغ أو الأمراض المزمنة، والتي قد تؤثر على قدرة الفرد على التحكم في استجاباته الانفعالية.

العوامل البيئية والمجتمعية:

الظروف الاقتصادية والاجتماعية: الفقر، البطالة، الحرمان، وسوء ظروف المعيشة، كلها عوامل تزيد من احتمالية ظهور السلوك العدواني.

الضغوط المجتمعية والسياسية: مثل غياب العدالة، التمييز، أو التعرض المستمر لمواقف القمع والعنف، والتي تُغذي الميل إلى العدوان كرد فعل دفاعي أو احتجاجي.

(4) مظاهر السلوك العدواني: من مظاهر السلوك العدواني نذكر:

❖ تخريب ممتلكات غيرهم مثل تمزيق كتب زملائه أو تكسير الأثاث المدرسية والمراوح، وتخريب المنظر الجمالي للساحات المدرسية أو طلاء الجدران، أو طلاء سيارات المواطنين وخاصة الذين لهم معرفة وثيقة وقريبة منهم.

❖ الاعتداء الجسدي على الأقران سواء لغرض الانتقام منهم أو إزعاجهم باستعمال اليدين أو الأظافر أو الردع بالرأس.

❖ نوبة غضب شديدة مصحوبة بحالة من العنف والإحباط.

❖ عداء واضح للواقع المحيط، وعدم تقبله لدرجة معاداة جميع أفراد المجتمع المحيط به.

❖ عدم الامتثال للنظم الاجتماعية أو التعاون والمشاركة مع الآخرين.

❖ مغامر لدرجة عدم الحيلة للأخطار التي تعترض حياته.

❖ توجيه الشتائم والألفاظ السيئة للآخرين. (الكازمي وحسين، 2025، ص 143)

(5) خصائص السلوك العدواني وأصنافه: هناك مجموعة من الخصائص التي إذا توفرت في سلوك معين يمكن اعتباره سلوكاً عدوانياً وهذه الخصائص هي:

- تعتمد الإيذاء حتى وإن لم يحدث، فهناك بعض الأفعال قد تسبب أذى للآخرين (كالسائق الذي يصيب أحد المارة بطريق الخطأ) لا يمكن أن نصفها بالعدوانية لأنها حدثت عرضاً بطريقة غير مقصودة، في حين أن أفعالاً أخرى قد لا ينجم عنها أذى (إطلاق رصاص على آخر وعدم إصابته) تعد عدواناً.

- قد يكون العدوان فردياً يمارسه فرد ضد فرد آخر (ضرب زميل)، أو فرد ضد جماعة، أو جمعياً تمارسه جماعة ضد جماعة (الدولة ضد أحد معارضيها)، أو جماعة ضد أخرى (الاضطرابات الطائفية) أو موجهاً نحو الذات (الانتحار، الإضراب عن الطعام).

- ويكون العدوان ذا طابع مادي حيث يستخدم المعتدي أجزاء جسمه (كايدن، والأصابع واللسان) أو يستعين بأسلحة وأدوات أخرى أو ذا طابع لفظي (كالسب، تهديد، تهكم)

- ويمكن أن يكون العدوان إيجابياً، حيث تصدر عن المعتدي أفعال مادية أو لفظية (ضرب، تحطين، إهانة) من شأنها مساعدة الطرف الآخر، أو سلبياً حيث يمتنع الفرد عن أفعال من شأنها دفع الضرر عن الآخر (الامتناع عن تقديم عون، العصيان المدني، رؤية أوراق مهمة تسرق من زميل وعدم إبلاغه).

- وقد يكون العدوان موجهاً بشكل مباشر نحو الموضوع الأصلي للاستجابة العدوانية (قد يكون هذا الموضوع إنساناً، أو قيمة اجتماعية، أو مؤسسة) أو غير مباشر حيث يوجه إلى أحد رموز

الموضوع الأصلي (من قبيل ترويج شائعات للنيل من نزاهته، أو التباطؤ في الإنتاج كأحد أشكال العدوان على رجال الإدارة)

- ويكون العدوان استجابيا حين يحدث كرد فعل لأحد أشكال المضايقات من الطرف الآخر (استعادة حق مسلوب أو الانتقام) أو تحرشا (وسيليا) حيث يتحرش المعتدي الضحية ويبادر بالعدوان عليها رغم عدم صدور أي بادرة عدائية منها، سعيًا منه للحصول على مكاسب معينة أو تحقيق أهداف محددة (السرقة، إكراه الضحية كما في حالة الاغتصاب، أو تغيير الشهادة أمام المحاكم).

- كذلك يمكن أن يكون العدوان مشروعا اجتماعيا، أي يتماشى مع قواعد المجتمع (قتل عدو، حماية ممتلكات خاصة أو عامة) أو يكون غير مشروع اجتماعيا، أي يشكل انتهاكا لقواعد المجتمع (الضرب كوسيلة لحل الخلافات مع الآخرين، تخطيم ممتلكات عامة). (السيد وآخرون، 2003، ص 47)

6) النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

يمكن الإشارة إلى بعض النظريات المفسرة للسلوك العدواني فيما يلي:

- نظرية التحليل النفسي: يرى فرويد أن العدوان يمثل غريزة الموت التي تستهدف تحويل المادة العضوية إلى مادة غير عضوية أي تعمل على فناء الكائن الحي الإنسان، وهي تقابل غريزة البقاء التي تعمل عن طريق دوافع الحب الجنسي وما تحتويه من طاقة Libido تعمل على حفظ حياة الكائن الحي واستمراره فيسعى إلى التغلب على العقبات عن طريق الاعتداء على الآخرين. (السبيعي وآخرون، 2025، ص 94)
- نظرية الإحباط: من أشهر مؤيدي هذا الاتجاه ميلر (Miller)، وسيزر (Seaser)، ودولارد (Dollard) وغيرهم، حيث فسرت هذه النظرية السلوك العدواني بأنه يولد دافعا للإحباط ويصبح من الضروري للعضوية العمل على خفض هذا الدافع، حيث اهتم أصحاب هذه النظرية في الجوانب الاجتماعية للسلوك الإنساني، والعدوان من أشهر الاستجابات التي تثار في المواقف التي تسبب الإحباط ويشتمل هذا العدوان على العدوان البدني واللفظي حيث يتجه نحو مصادر الإحباط أو يحدث لإزالة المصدر أو التغلب عليه أو يكون رد فعل انفعالي للتوتر أو الضيق الذي يصاحب الإحباط، وتوصل أصحاب هذا الاتجاه إلى أن شدة السلوك العدواني تختلف باختلاف كمية الإحباط التي يواجهها الفرد وهذا له دلائل مثل شدة الرغبة في الاستجابة المحبطة ومدى

التخيل أو إعاقة الاستجابة المحبطة وعدد مرات الاستجابة المحبطة. (صالح، مرجع سابق، ص 32-31)

• نظرية التعلم الاجتماعي: يعد "ألبرت باندورا" واضع أسس نظرية التعلم الاجتماعي أو ما يعرف أيضاً بالتعلم من خلال الملاحظة، ويعرف أصحاب هذه النظرية السلوك العدواني بأنه سلوك متعلم على الأغلب، ويعزون ذلك إلى أن الفرد يتعلم الكثير من أنماطه السلوكية عن طريق مشاهدتها عند غيره وخاصة لدى الأطفال، حيث يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم... إنخ من النماذج ومن ثم يقومون بتقليدها، فإذا عوقب الطفل على السلوك المقلد فإنه لا يميل في المرات القادمة لتقليده، أما إذا كوفئ عليه فيزداد عدد مرات التقليد لهذا العدوان. ويعتقد أصحاب هذه النظرية بأن العدوان ينتج عن ثلاث عوامل هي: المبادرة، والتعزيز والتعليم عن طريق التقليد. وتشتمل هذه النظرية على تحليل المتغيرات الثلاثة ذات العلاقة بالسلوك وتقييمها، وهي: المثيرات السابقة أي كل ما يحدث قبل السلوك من أحداث، والعمليات المعرفية وهي كل ما يدركه الفرد أو يشعر به أو يفكر به، والمثيرات اللاحقة أي كل ما يحدث بعد السلوك.

ولقد أكدت النظرية على تأثير التعلم من خلال النمذجة والقُدوة والتي تعني التعلم بالملاحظة والتقليد لنماذج أخرى، في تطور الكثير من السلوكيات منها السلوك العدواني. (صباح، 2017، ص 33-34)

(7) إرشاد حالة السلوك العدواني:

يُشكّل السلوك العدواني خطراً بالغاً على التوازن النفسي للفرد وعلى الاستقرار الاجتماعي بصفة عامة، لما ينجم عنه من تداعيات سلبية تتمثل في ضعف القدرة على التكيف، تدهور العلاقات البينية، وتهديد منظومة القيم والتماسك الاجتماعي. وانطلاقاً من هذه الآثار الوخيمة، يبرز دور الإرشاد النفسي كضرورة ملحة لمعالجة هذه الظاهرة المتنامية، باعتباره عملية علمية مخطّط لها تهدف إلى مساعدة المسترشد على فهم ذاته، ضبط انفعالاته، واكتساب مهارات سلوكية أكثر تكيفاً. ومن بين أهم الإرشادات التي يوصي بها المختصون للحد من السلوك العدواني:

- تعزيز مهارات التواصل الإيجابي كبديل عن استخدام العنف في التعبير عن المشاعر.
- تدريب المسترشد على استراتيجيات الضبط الانفعالي مثل الاسترخاء، العدّ العكسي، أو إعادة تفسير المواقف المثيرة للغضب.
- تشجيع التفرغ الانفعالي السليم من خلال ممارسة أنشطة بدنية أو فنية بناة.

- تعزيز التفكير العقلاني وحل المشكلات بدلاً من اللجوء إلى الاستجابات العدوانية الفورية.
- توظيف أسلوب النمذجة السلوكية من خلال عرض نماذج إيجابية يسهل على المسترشد تقليدها.
- تعزيز الدعم الأسري والاجتماعي بما يوفر بيئة آمنة تساعد على خفض حدة التوتر والاندفاعية.

وبذلك، فإن الإرشاد النفسي لا يقتصر على معالجة السلوك العدواني بعد ظهوره، بل يسهم أيضاً في الوقاية منه عبر تنمية الوعي الذاتي، ترسيخ القيم التربوية، وإكساب الأفراد كفايات حياتية تمكّنهم من التفاعل الإيجابي مع ذواتهم ومع الآخرين.

عرض مثال:

البرنامج الإرشادي المقترح:

ما مدى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض السلوك العدواني لدى أفراد العينة؟

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج إلى تعديل السلوك العدواني للطفل اليتيم

الأهداف الخاصة :

- استبدال السلوك العدواني بالسلوك المقبول أو التقليل منه
- تدريب الطفل على ضبط انفعالاته و التحكم فيها لتحقيق التوافق الانفعالي و التكيف النفسي

المحاضرة الرابعة: السلوك العدواني

- تقوية الثقة بالنفس لدى الطفل اليتيم و القدرة على تحمل المسؤولية
- تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار أخرى أكثر عقلانية و منطقية
- تنمية روح الجماعة من خلال تنمية روح التعاون

أهمية البرنامج:

يقوم البرنامج على إتباع طريقة الإرشاد الجماعي لما لها من مزايا خاصة و فوائد كثيرة من حيث استفادة أكبر عدد من المسترشدين بأقل تكلفة و بأسرع وقت .
يركز على التفاعل الاجتماعي من خلال العمل الجماعي و المواقف الاجتماعية و التي تقوم على أساس تعديل السلوك غير المرغوب اجتماعيا عن طريق احلال المفاهيم الصحيحة من خلال اكتساب المهارات المعرفية و الانفعالية.

النظرية المتبناة هي النظرية المعرفية السلوكية

مدة البرنامج : أربع أسابيع بتقدير 45د في الجلسة

مكان إجراء الجلسات : قاعة بالمدرسة

وصف البرنامج : قامت الباحثة بتصميم البرنامج مراعية المراحل العمرية لإفراد المجموعة و باستخدام طريقة الإرشاد الجماعي ، و يحتوي البرنامج على المحاضرات و المناقشات و الأنشطة المختلفة ، لعب الأدوار ، التفرغ الانفعالي بهدف التخفيف من السلوك العدواني من اجل مساعدة أفراد .

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة و المناقشة :و ذلك لما تحققه من ايجابية في التفاعل بين أفراد المجموعة وتنمية الأساليب الصحيحة للمناقشة و الحوار .
- فنية إعادة البناء المعرفي .
- فنية التعزيز و التحفيز :و تكون الاتابة معنوية بحسب ما تقتضيه المواقف لثناء الجلسات .
- فنية لعب الدور
- الواجبات المنزلية : تهدف إلى تطبيق فنيات البرنامج الواقعي .
- التغذية الراجعة .
- النمذجة : وهي جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك و هي تفترض إن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين .

المحاضرة الرابعة: السلوك العدواني

الوسائل المستخدمة في البرنامج :

صور ، ملصقات ، قصص ، كمبيوتر ، فيديو ، بروجيكتور ، عرض بوربونت

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

الأسس العامة: مراعاة حق الطفل في التقبل ، مراعاة قابلية السلوك للتعديل و التغيير .

الأسس الفلسفية: مراعاة الفروق الفردية ، الكينونة، الصيرورة.

الأسس الجماعية هي الاهتمام بالفرد كعضو في الجماعة ، مراعاة العمر الزمني للأطفال المشاركين و مراعاة

الخصائص النمائية للمرحلة التي يمر بها

مراعاة مطالب النمو التي يمر بها الأطفال

مراعاة حالة اليتيم

واقعية البرنامج واستخدامه في حدود الإمكانيات المتاحة و الممكنة وبناءا على تلك الأسس التي يقوم عليها البرنامج.

شروط البرنامج الإرشادي:

1الالتزام بالسرية التامة بين المرشد

2الالتزام بالواجبات المنزلية المقيدة في الجلسات الإرشادية

3حضور الجلسات وعدم التأخر

جلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: جلسة تعارفه '45د'

تفتح الباحثان الجلسة بالترحيب بالأطفال الذين يعانون من الحرمان العاطفي المتواجدين بالمدرسة والتعريف بنفسيهما وبطبيعة عملهما ،وتهدف هذه الجلسة إلى إحداث نوع من التعارف مع الأطفال المشاركين في البرنامج وتحقيق الألفة بينهم ثم نطلب من الجماعة الإرشادية التعريف بأنفسهم (اسم- اللقب- السن- المستوى الدراسي- عدد الأخوة- الرتبة- حالة الأبوين- الشكوى)، التعريف عن البرنامج والهدف منه طلبا منهم التعاون معا لتحقيق هذه الأهداف والالتزام بالواجبات المنزلية التي تدعم البرنامج

ويتم فيها . كسر الحاجز النفسي بين المشاركين و الباحثان ،

واجب منزلي:

تطلب الباحثان من الأطفال المتواجدين في المركز إعطاء نسبة تقديرية لنجاح البرنامج الإرشادي بهدف التعرف على مدى استعدادهم وتعاونهم معها.

الجلسة الثانية: التعريف بالبرنامج '45د'

تبدأ الباحثان الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق ثم يعرف بالبرنامج تكون على شكل محاضرة يشرح فيها المرشد المصطلحات التي يستعملها حول السلوك العدواني ، أعراضه، وأخيرا كيف يمكن التغلب عليه.توضيح أهمية العمل الجماعي و التعاوني للأطفال

واجب منزلي:

تطلب منهم الأسباب التي تدفعهم إلى الشعور بالسلوك العدواني والأعراض التي يعانون منها موضحين أيضا أكثر الأوقات التي يشعرون فيها بأنهم محرومين عاطفيا وهذا بهدف رصد الأفكار الخاطئة واعطاءهم الفرصة للتحدث عن ما يحسون به نتيجة حرمانهم

الجلسة الثالثة: تعديل الأفكار "45د"

تفتح الباحثان الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق ومن خلاله يتم رصد الأفكار الخاطئة التي يحملها الأطفال والوقوف عند كل فكرة خاطئة وتعديلها.تبصير الاطفال باهمية الحفاظ على ممتلكات العامة و تعديل سلوكهم عن طريق لعب الدور وفي النهاية ترك المناقشة للمسترسدين فيما بينهم . يطلب منهم القيام ببعض التمارين التنفسية بهدف الاسترخاء العقلي والتخلص من التوتر العضلي.

واجب منزلي:

تطلب الباحثان من الأطفال إعادة تطبيق تمارين الاسترخاء وأن يصفوا شعورهم بعدها، وكلما شعروا بالتوتر عندما يتذكرون أنهم أبناء يتامى يجب عليهم إعادة تطبيق الاسترخاء في مواقف حياتية ضاغطة

الجلسة الرابعة: لعب الأدوار "45د"

كالعادة تفتح الباحثان الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق وكلما لاحظت تحسن على الحالات تعزز سلوكياتهم بالمدح كقول "جيد، تطور ملحوظ ، واصلوا..." ثم يقوم بتوزيع الأدوار على الأفراد لتمثيلها في مشهد تربوي أسري وتتمثل الأدوار في الأب- الأم- الطفل، والباقيون يعطون تقييمهم على المشهد وبعد انتهاء المشهد يطلب الباحث منهم وصف شعورهم داعما ذلك بآراء الباقيين، ثم يعكس الأدوار، نشر فكرة المحبة بينهم للتقليل من مظهر الضرب بينهم

وفي آخر الجلسة تقدم نموذج كان يعاني من السلوك العدواني نتيجة الحرمان من الحنان وتخلص منه بإرادته وبالعلاج حتى يقتدوا بسلوكه ويقلدوه، لأجل بناء أسرة سوية في المستقبل.
واجب منزلي: يطلب الباحث منهم تقليل عدد الساعات الاستخدام مع وصف شعورهم.

الجلسة الخامسة: التخلص التدريجي من الحساسية:

تبدأ الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق، وعلى أساسه يتم استخدام تقنية التخلص التدريجي من الحساسية وذلك من خلال تقليل عدد الساعات الاستخدام لمساعدة أنفسهم على التخلص من السلوك العدواني .
الواجب المنزلي: يطلب الباحث من الحالات تخفيف الشعور لديهم بأنهم محرومين عاطفياً ووصف شعورهم.

الجلسة السادسة: جلسة تقييمية "45د"

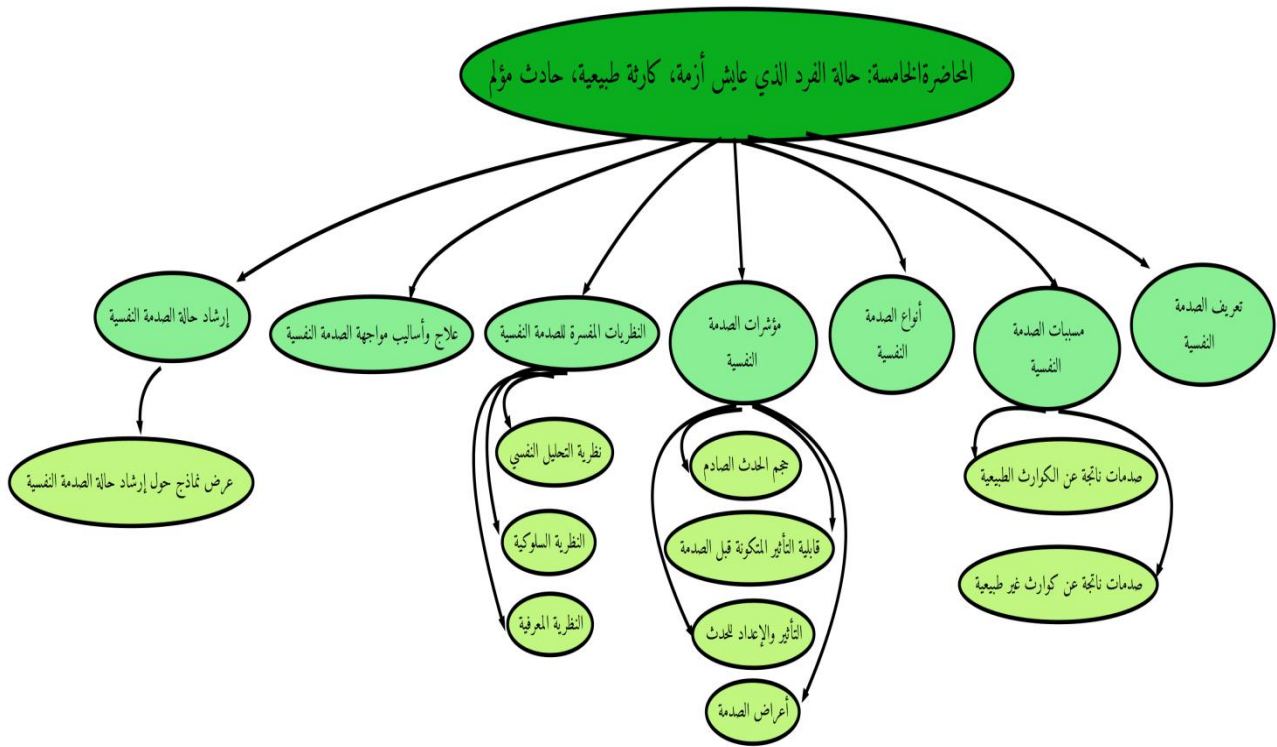
تناقش الباحثتان مع الأطفال الواجب السابق، ثم تعيد المقياس الذي أستخدم في أول جلسة والتي على أساسها تم اختيار الحالات، وإن وجد فرق بين القياسين (القبلي والبعدي) تلمس تحسن الحالات ونجاح وتحقيق الأهداف المرجوة، ثم تشكرهم على المشاركة في البرنامج بهدف تهيئتهم لنهايته وعلى تعاونهم معه ويودعهم طالبا منهم التواصل معه متى استطاعوا واعطائهم نصائح وتذكروهم بالجلسة التي ستجرى بعد شهر

الجلسة السابعة: جلسة تتبعية "45د"

بعد شهر تعيد الباحثتان تطبيق مقياس على الحالات لمعرفة مدى استمرارية فاعلية البرنامج.

(صافي وقادري، 2017، ص-ص 346-350)

المحاضرة الخامسة: حالة الفرد الذي عايش أزمة، كارثة طبيعية، حادث مؤلم (دراسة حالة من كل صنف)



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة الخامسة: حالة الفرد الذي عايش أزمة، كارثة طبيعية، حادث مؤلم



تمهيد:

يُعدّ الإنسان كائناً اجتماعياً يتعرض في مسار حياته اليومية لمواقف وخبرات متعددة، منها ما يكون عادياً يمكن التكيف معه بسهولة، ومنها ما يكون شديد الوقع ومفاجئاً، فيترك آثاراً سلبية عميقة على توازنه النفسي والجسدي. وتُعرف هذه المواقف المفاجئة وغير المتوقعة عادةً بالأحداث الصادمة، حيث تضع الفرد في حالة من العجز أو فقدان القدرة على التكيف الفوري، مما ينعكس في صورة اضطرابات نفسية أو نفس-جسدية متفاوتة الحدة.

وتبّين الصدمات النفسية من حيث طبيعتها ومصادرها؛ فهناك صدمات ناتجة عن كوارث طبيعية كالزلازل والفيضانات والأعاصير، وأخرى تعود إلى عوامل من صنع الإنسان كالحروب وأعمال العنف والقتل والاغتصاب. ومهما اختلفت مسبباتها، فإنها تمثل تحدياً وجودياً للفرد، يهدد شعوره بالأمان ويُضعف قدرته على التكيف النفسي والاجتماعي.

وانطلاقاً من أهمية هذا الموضوع، تهدف هذه المحاضرة إلى التعريف بمفهوم الصدمة النفسية، والتطرق لمسبباتها وأنواعها، واستعراض بعض مؤشرات ظهورها لدى الأفراد، إضافةً إلى عرض أبرز النماذج النظرية المفسرة لها. كما سنتناول الأساليب المعتمدة في مواجهتها والتخفيف من حدتها، مع التركيز بوجه خاص على إرشاد حالة الصدمة النفسية، باعتباره تدخلاً منهياً يضطلع فيه المرشد بدور أساسي في مساعدة المتضرر على تجاوز الآثار النفسية التي تخلفها الصدمة، واستعادة توازنه وقدرته على التكيف.

1) تعريف الصدمة النفسية: يمكن أن نذكر مجموعة من تعاريف الصدمة النفسية فيما يلي:

الصدمة النفسية هي حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجده الشخص فيه نفسه عاجزاً عن الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض. (جنحية، 2023، ص 74)

تعرف الصدمة النفسية في القاموس الطبي: كاضطراب ناتج عن مثير معين، ووصفها بطابعها الطارئ، فهي استجابة من الفرد اتجاه الوضعيات الطارئة فجاء فيه: "الصدمة هي مجموعة من الاضطرابات النفسية أو النفس جسدية الناتجة عن عامل مفاجئ خارجي يثير الشخص المصاب. والصدمة النفسية في IV-DSM (1994) بأنها " معاشة الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته، وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذى حقيقياً أو تهديداً للفرد أو لأشخاص آخرين، مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد، أو العجز، أو الرعب. (بزوييري، 2024، ص 339)

وعرفها Sillamy (1999, 269) على أنها رضة عنيفة تؤدي إلى تحرض اضطرابات نفسية وجسدية.

ويعتبر فرويد الصدمة النفسية تجربة معاشة تحمل معها خلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة في التأثير لدرجة أن إرصانها بالوسائل المألوفة ينتهي بالفشل مما ينجر عنه اضطرابات دائمة. (Laplanche, 1997, p 300)

نستنتج أن الصدمة النفسية هي حالة نفسية معقدة تنشأ لدى الفرد نتيجة تعرضه لحادث مفاجئ، عنيف أو غير متوقع، يتجاوز قدراته على التكيف والمواجهة، مما يؤدي إلى خلل في توازنه النفسي والانفعالي، وقد تتجلى آثارها في صورة اضطرابات نفسية (كالقلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة) أو في مظاهر نفس-جسدية تؤثر على الأداء اليومي للفرد وعلاقاته الاجتماعية. أهم المصطلحات المرتبطة بالصدمة النفسية:

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD): تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة بأنه: الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز". (منصور، 2021، ص 227-228)

الحدث الصادم:

كثيرة هي الأحداث التي تحيط بنا كل يوم ولكننا نتعامل معها ونتمكن من التكيف معها بشكل يضمن لنا استمرار النظام في حياتنا، أما الحدث الصادم فإنه يختلف عن الأحداث العادية في عدد من الصفات التي تميزه عن غيره وهي:

- يشكل الحدث الصادم تغيرا جوهريا مفاجئا وسريعا غير قابل للمعاكسة في الوسط القريب المحيط بنا، إنه يصيب مساحة اعتدنا على أنها تحت سيطرتنا بالكامل.
- يختلف عن التغيرات الحياتية العادية بأنه يعيق نمط التكيف المعتاد، لا تتفع معه أساليب تكيفنا المعروفة لنا من قبل.
- قد يكون بسيطا أو مركبا (من حيث أضراره والمجال أو أكثر من مجالات حياتنا). (جنحية، 2023، ص 75)

(2) مسببات الصدمة النفسية:

يمر البعض بخبرات مؤلمة مختلفة وهذه الخبرات قد تؤدي بهم إلى الإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة، نذكر من هذه الخبرات ما يلي:

- أن يشاهد البعض أمامه أعمال العنف والقتل والدم (أحد الأبوين أو أحد أفراد العائلة يتعرض للاعتداء والقتل مثلاً)
- أن يسمع البعض بأن أحداً من الأشخاص الأعزاء يتعرض للتعذيب والخطف والاعتداء.
- الانفصال عن الأبوين بسبب أعمال الحرب والعنف أو لأسباب أخرى.
- التهجير وتدمير المنزل والانفجارات.
- الإصابة الجسدية والإعاقة (للبعض).
- الحرمان الشديد من الحاجات الأساسية بسبب الحرب مثلاً.
- معسكرات الاعتقال.
- تهديد البعض بالقتل أو خطفه واعتقاله وضربه.
- الاعتداء الجنسي على البعض.
- التعرض لهجوم قناصة.
- التعرض لمواد خطيرة أو لمرض خبيث وما يترتب على ذلك من تدخلات جراحية وعلاجية معقدة.
- التعرض للغرق والحروق.
- حادثة اعتداء أو اغتصاب لأحد أفراد الأسرة وأمام البعض. (مرعي، 2023، ص 1126)

(3) أنواع الصدمة النفسية:

الصدمة النفسية حسب نوعية الحدث الذي تسبب في حدوثها نوعين وهي كالتالي:

- الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث غير طبيعية (من صنع الإنسان): وتتضمن كل من الانفجارات من كل نوع، الاعتداءات، الأسر، الاغتصاب... الخ. وتعتبر الكارثة الحربية إحدى أقصى الصدمات منذ وجد الإنسان والمرتبطة مباشرة بالموت وتمتاز لكونها تخلق محيطاً مهدداً بالموت بحيث يطال هذا التهديد أعداد كبيرة من البشر.
- الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث طبيعية: وتتضمن كل من الزلازل والأعاصير والفيضانات وانفجار البراكين... وغيرها. ولقد درس الباحثون ردود الفعل النفسية لدى الناجين من الزلازل (سان فرانسيسكو) الزلازل اليابانية، كما تمت دراسات كوارث من نوع

انهيار سد "Malpanet" والتي أثبتت وجود فروق أساسية للآثار النفسية تميز بين ردود أفعال الأفراد أمام كل من هذين النوعين من الكوارث. (الناقلي، 1991، ص 32)

4 مؤشرات الصدمة النفسية: تم تحديد مؤشرات الصدمة النفسية فيما يلي:

المؤشر الأول: حجم الحدث الصادم: يمكن قياس حجم الحدث الصادم بمدى قوته أو تركيزه، والفترة الزمنية التي استغرقها، إضافة لخطورة الحدث على الصعيد الشخصي والاجتماعي، وحدة خبرة التعذيب.

المؤشر الثاني: قابلية التأثير المتكونة قبل الصدمة (ضعف الصلابة النفسية): ويعتمد على أسباب جينية وراثية، وعلى أسباب اجتماعية تتعلق بالتنشئة الأسرية والاجتماعية، والصحة النفسية، وعلى أسباب تتعلق بسمات الشخصية أما الأسباب الجينية البيولوجية فقد أكد كل من سميث ودافيدسون وكودلر (1989) أن الأعراض الحادة للصدمة النفسية تكون أكبر لدى الأشخاص الذين لديهم سجل وراثي نفسي سيء. كما أكد الكثير من العلماء أن أكثر الأشخاص تعرضا للصدمة النفسية هم أولئك الذين تلقوا تنشئة أسرية واجتماعية سيئة، وأخيرا فإن سمات الشخصية المتعلقة بالانطواء والشعور بالذنب، والخوف، والوساوس القهرية لها أهميتها في حدة أعراض ما بعد الصدمة.

المؤشر الثالث: التحضير والإعداد للحدث: أثبتت الدراسات ان التحضير الجيد للحدث، إذا كان ذلك ممكنا طبعاً، يحمي الأفراد بشكل كبير من أعراض ما بعد الصدمة. وتحديدًا فإن ذلك التحضير يخفف من حدة الشعور باللاواقعية، وفي نفس الوقت الذي يرفع من قوة تحكم الفرد وسيطرته على ردود أفعاله والتي تكون أفضل بشكل كبير مما لو لم يكن تحضير أو استعداد للحدث حتى ولو كان فجائياً.

المؤشر الرابع: أعراض الصدمة: الأعراض الفورية واللاحقة: وتشمل:

- تغيرات سلوكية ملحوظة.

- أعراض انفعالية/ إدراكية.

- ميكانيزمات انسحابية. (مرعي، 2023، ص-ص 1128-1130)

5 النظريات المفسرة للصدمة النفسية: يمكن أن نشير إلى بعض النظريات المفسرة للصدمة النفسية فيما يلي:

- نظرية التحليل النفسي: يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي، حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال "فرويد" في كتاب "دراسات حول المستيريا" وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما وبين الصدمة النفسية التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص.

استعمل "فرويد" هذا المفهوم أي الصدمة النفسية في فترة 1895-1900 لشرح نظريته حول أسباب العصابات وخاصة المستيريا، حيث كان يعتقد أن كل عصاب هو نتيجة حادث صادم غير متوقع وأن هناك عجز في قدرات الطفل لرد الفعل الملائم. احتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة أساسية في نظرية التحليل النفسي، كان يشير إليها دائماً "فرويد" في مقالاته الأولى ولم يتوقف إلى الرجوع إلى الصدمة خلال أعماله التي لخصها في كتاباته "ما وراء مبدأ اللذة".

نلاحظ أن "فرويد" تناول الصدمة النفسية من زاويتين رئيسيتين، يصعب التمييز بينهما كونهما متداخلتين ومكملتين (التناول الديناميكي، التناول الاقتصادي):
التناول الديناميكي: افترض "فرويد" في البداية أن الصدمة النفسية تكون دائماً جنسية (نظرية الإغواء) وظهر هذا في كتاباته 1892-1897، ويعتبر الإغواء امتداداً لنظرية صدمة العصابات، فكان يرى "فرويد" أن الصدمة النفسية تنتج عن الإغواء أي حدث إغواء طفل من طرف شخص راشد، وكان يصفه "فرويد" بالشاذ.

التناول الاقتصادي: وتعتبر الصدمة النفسية من خلال التناول الاقتصادي حدثاً في حياة الشخص يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الاستجابة بشكل مكيف، حيث أن أهمية الحدث ومدة استمراره نفسياً لا ترجع فقط إلى خطورة الفعل المرتكب أو للهشاشة الداخلية للفرد بل تتدخل فيها عوامل كثيرة ومتشعبة منها الخارجية والمحيطية أو الداخلية المتعلقة ببنية الشخص وتنظيمه النفسي. (عروج، 2017، ص-ص 49-50-51)

- النظرية السلوكية: تعددت التجارب العملية لدراسة السلوكات المختلفة وظهرت نماذج متعددة في هذه النظرية حيث أسس (Skinner.B, 1953) ما يعرف بالارتباط الشرطي الفعال، ويعتبر أن البيئة الخارجية تتحكم في السلوكات، كونها تعد مدخلاً صحيحاً لزيادة احتمال صدور استجابة معينة أو خفض هذا الاحتمال، وصاغ ذلك على الشكل التالي:

تكرار السلوك = صدور السلوك + تدعيم السلوك عدة مرات، وميز "سكينر" بين ما أسماه السلوك الانفعالي، تصدر كرد فعل على المنبه (وهو ما تعبر عنه مثلاً حالات توتر الصدمة) وأوضح أن السلوك الفعال الذي يصدر عن الكائن ليس فقط كاستجابة لمنبهات خارجية محددة، بل يصدر عنه تلقائياً، سواء كان سوياً أو مضطرباً يهدف إلى الحصول على نتائج معينة وهو ما تعبر عنه مثلاً حالة التجنب لمواقف ترتبط بالصدمة.

- النظرية المعرفية: تميز المقاربة المعرفية بين ثلاثة اختلالات أساسية في الوظيفة المعرفية، الانحراف المعرفي، العجز المعرفي وأخيرا الاعتقادات الخاطئة وظيفيا أو الموارد المعرفية، بالنسبة للخلل الأول فهو يظهر في عدم القدرة على تحقيق بعض الوظائف المعرفية القاعدية، وكيفما كان محتوى المعلومة التي تعالج في الذاكرة أو أثناء الانتباه أو أثناء تنفيذ سلوكات مثلا: عدم القدرة على تذكر السياق الذي سمعنا فيه خبرا ما، عدم استطاعة كبح المعلومة التي لا صلة لها بالموضوع أو غير المفيدة، فيما يخص العجز المعرفي في عملية الانتباه والذاكرة وفي التأويل، فإنها لا تأخذ الصبغة العامة التي تعطي طابع مختلف للمعتقد النموذجي وحسب رأي (أندرسون، 2007 Anderson) يعالج الفرد تفضيلا بعض أنواع المعلومات على حساب معلومات أخرى مثل المعلومات التي لها طابع سلبي أو تلك التي تثير فكرة خطر ما. وأخيرا الاعتقادات الخاطئة معرفيا والتي تقوم على مجموعة معقدة من الروابط بين مفاهيم تكون مخزنة في الذاكرة الدلالية تصبغ لونا خاصا على إدراك وفهم الفرد للعالم بتعديل عملياته النفسية والمعرفية والوجدانية والعلائقية مثلا: إذا كان الفرد يعتقد بأن الظهور أمام جمهور سيؤدي إلى الحكم عليه سلبا، فإن موقفه من المشاركة في تظاهرات عمومية سيصبح متشجعا. (عروج، مرجع سابق، ص 55-56)

(6) أساليب مواجهة الصدمة النفسية: يمكن تحديد أربعة أنماط لاستجابة المواجهة للأحداث الصدمية، هي على النحو التالي:

- ✓ المواجهة الوسيطة: هي محاولات حل المشكلات بغية التحكم تحكما مباشرا بالمطالب التي تفرضها الضواغط في الموقف، وتتضمن مخططا معرفيا للفعل والعمل.
- ✓ المواجهة التعبيرية: تنصف بمحاولات خفض الاستثارة الانفعالية والشعور بالضيق من خلال بعض الأساليب المعرفية والانفعالية، وينتج عن هذا الأسلوب من المواجهة أن تتأثر سلبا العمليات المعرفية الرئيسية، وهي: الإدراك والتقدير، وتشمل المشاعر السالبة مشاعر العجز واليأس والاستهداف.
- ✓ إعادة البناء المعرفي: يشير هذا الأسلوب إلى المواجهة عن طريق إعادة التقدير المعرفي وإعادة بناء الأفكار والمشاعر المتعلقة بالضواغط التي خبرها الفرد و من شأن الأسلوب الإيجابي في إعادة البناء المعرفي أن يندمج الفرد في معرفة تعمل على زيادة معالجة المعلومات عن طريق: توسيع نطاق الانتباه إلى خصائص مجال المنبهات وعناصرها: البحث النشط عن بيانات جديدة متعلقة بحل المشكلة، بناء مخططات معرفية للعمل والفعل.

أما في حالة الأسلوب السالب لإعادة البناء المعرفي فإن الشخص يركز على استخدام عمليات دفاعية، مثل الإنكار أو التحريف لمواجهة الحدث الصادم.

✓ المواجهة القائمة على مرونة التكيف والقابلية لاستعادة التوازن، ويشير هذا الأسلوب إلى مقدرة الفرد على إبداء المرونة، والتمكن من الأحداث الضاغطة على نحو مستمر دون الإخلال بالاتزان النفسي، ولا يمثل هذا الأسلوب عبثاً على مصادر الفرد وإمكاناته أو يفوقها، حيث يستند الفرد في ممارسة هذا الأسلوب إلى عمليات عقلية دقيقة في إدراك الحدث الصدمي وتقديره. (زيدان، 2021، ص 364، 365)

7) إرشاد الصدمة النفسية:

تعدّ الصدمة النفسية من التجارب الانفعالية الحادة التي قد يتعرض لها الفرد نتيجة مواقف أو أحداث قاسية تتجاوز قدراته على التكيف، وقد تنشأ بفعل كوارث طبيعية، أو حوادث فجائية، أو فقدان عزيز، أو حتى التعرض للعنف بمختلف أنواعه. ونظراً لتعدد مسببات الصدمة وحدة انعكاساتها على الجانب النفسي والسلوكي والاجتماعي للمصاب، يبرز دور الإرشاد النفسي كعملية مهنية ممنهجة تهدف إلى مساعدة المتأثرين على التخفيف من وطأة التجربة واستعادة توازنهم النفسي.

فالمرشد النفسي يعمل على الإصغاء الفعال للمتصل بالصدمة، وإتاحة المجال للتعبير عن مشاعره وأفكاره دون أحكام مسبقة، مع مساعدته على إدراك طبيعة ما يمر به وفهم ردود أفعاله الانفعالية. كما يوجهه نحو استراتيجيات التكيف الصحيحة بدل الهروب أو الإنكار، ويعمل على تعزيز قدرته في استخدام مهارات المواجهة الإيجابية.

وتمثل مهام المرشد في:

- التشخيص الأولي لمستوى شدة الصدمة ودرجة تأثيرها على سلوك الفرد ونفسيته.
- توفير بيئة آمنة للتفريغ الانفعالي تسمح للفرد بالتعبير الحر عن مشاعره دون خوف من النقد أو الرفض.
- مساعدة الفرد على استيعاب ما حدث عبر إعادة صياغة الحدث الصادم وفهمه في سياق خبراته الحياتية.
- توجيه الفرد نحو التكيف الواقعي مع وضعه الجديد، والبحث عن البدائل والحلول الممكنة لمشكلاته.

- مرافقة الفرد في عملية إعادة البناء النفسي بما يُعينه على استعادة توازنه الداخلي، وقدرته على أداء أدواره الاجتماعية والعملية.
 - إرشادات عملية للتعامل مع حالات الصدمة النفسية.
- يمكن للمرشد النفسي الاسترشاد بمجموعة من المبادئ العملية التي تسهل مهمته في مرافقة الأفراد المتأثرين بالصدمة، ومن أهمها:
- تهيئة جو من القبول والدعم النفسي: يبدأ التدخل بخلق علاقة مهنية قائمة على الثقة والاحترام المتبادل، مما يتيح للفرد الشعور بالأمان.
 - تشجيع التعبير الانفعالي الحر: السماح للمسترشد بسرد تفاصيل تجربته ومشاعره المرتبطة بها دون مقاطعة، لأن ذلك يعد خطوة أساسية في التحرر من أثر الصدمة.
 - التدخل الفوري للحد من التوتر النفسي: عبر استخدام تقنيات الاسترخاء، التنفس العميق، أو الحوار المطمئن لتخفيف الأعراض الحادة.
 - إعادة بناء المعنى: مساعدة الفرد على إعادة تفسير الحدث الصادم بطريقة تقلل من أثره السلبي، وتدعم رؤيته الواقعية للحياة.
 - تنمية مهارات التكيف الإيجابي: تدريب المسترشد على مهارات حل المشكلات، إدارة الضغوط، والتفكير الإيجابي.
 - تعزيز الدعم الاجتماعي: تشجيع الفرد على الاستعانة بأسرته وأصدقائه كمصادر أساسية للدعم النفسي والاجتماعي.

عرض أمثلة لحالات تعرضت للصدمة النفسية:

الرقم	البيان	الوصف
1.	المسمى	برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من حدة الصدمة النفسية للأطفال المتأثرين بالعدوان (الإسرائيلي) على غزة.
2.	بناؤه	من إعداد الباحث.
3.	النظرية المستخدمة	نظرية العلاج المعرفي السلوكي.
4.	غرضه	الحد من الصدمة النفسية وما ينتج عنها.
5.	عدد جلساته	(14) جلسة.
6.	جلسات الأطفال	(11) جلسة.
7.	عدد أطفال المجموعة	(10) أطفال.
8.	جلسات أولياء الأمور	(3) جلسات.
9.	الفئة الإكلينيكية	الأطفال الذين يعانون من آثار الصدمة النفسية وأعراضها.
10.	طبيعة الفئة	أطفال يعانون من الصدمة النفسية.
11.	طبيعة الجلسات	مغلقة.
12.	تواتر الجلسات	جلستان أسبوعياً.
13.	مدة التدخل العلاجي	من المقرر بسيط الأجل (6 أسابيع).
14.	مدة المتابعة	شهرين.
15.	إجمالي مدة البرنامج	أربعة شهور ونصف الشهر.
16.	المتدخلين علاجياً	الباحث ومتطوع ومتطوعة.
17.	منفذ الجلسات	الباحث والمتطوعين المساعدين.
18.	مكان تنفيذ الجلسات	في مؤسسات المجتمع المدني المناسبة لتنفيذ البرنامج وعددها أربع مؤسسات، لتشمل مجتمع الدراسة وعينة الدراسة.

المحاضرة الخامسة: حالة الفرد الذي عايش أزمة، كارثة طبيعية، حادث مؤلم (دراسة حالة من كل صنف)

الرقم	عنوان الجلسة
1.	الجلسة الأولى: بناء الثقة والعلاقة الإرشادية المهنية مع الفئة.
2.	الجلسة الثانية: التثقيف النفسي وبناء الوعي المعرفي حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
3.	الجلسة الثالثة: الاستجابات والإرجاع للأحداث الصادمة.
4.	الجلسة الرابعة: الممارسة السلوكية وتوليد الرغبة بالتغير.
5.	الجلسة الخامسة: التعامل مع ذكريات الصدمة: الأفكار والمشاعر وبناء المعنى.
6.	الجلسة السادسة: ممارسة التدريب على عملية التنفس ومهارات الاسترخاء.
7.	الجلسة السابعة: تعزيز العبادات ودور الجانب الديني.
8.	الجلسة الثامنة: التيقظ والاستئارة: ماذا تغير بجسمي؟
9.	الجلسة التاسعة: التجنب: السيطرة وتعزيز الممارسة.
10.	الجلسة العاشرة: الوقاية من الانتكاس
11.	الجلسة الحادية عشر: الجلسة التتبعية.
12.	ملحق: 3 جلسات لأولياء الأمور.

(أهل، 2021، ص 15-16)

المثال الثاني: برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي.

م	عنوان الجلسة	الأسلوب العلاجي	الأهداف
٢-١	تمهيد وتعارف	المحاضرة – المناقشة – التعزيز – الواجب المنزلي	-التعارف بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية - العمل على تنمية المشاعر الإيجابية - تبصير أفراد المجموعة التجريبية بالأدوار المناطة بهم
٤-٣	التعرف على ضغوط ما بعد الصدمة	المحاضرة – المناقشة – التعزيز – لعب الدور – الواجب المنزلي	- تعريف التلاميذ بضغط ما بعد الصدمة - التعرف على أسباب ضغوط ما بعد الصدمة وأثاره النفسية والجسمية - توضيح أنواع ضغوط ما بعد الصدمة ودرجاته
٥	الحديث عن الحقائق المتعلقة بالخبرة الصادمة	المحاضرة – المناقشة – التعزيز – لعب الدور	-تشجيع أفراد المجموعة على الحديث عن تجاربهم المؤلمة - تحويل الذكريات المتعلقة بالحدث الصادم إلى كلمات - مساعدة أفراد المجموعة على التعرف على الأفكار السلبية المتعلقة بالحدث.

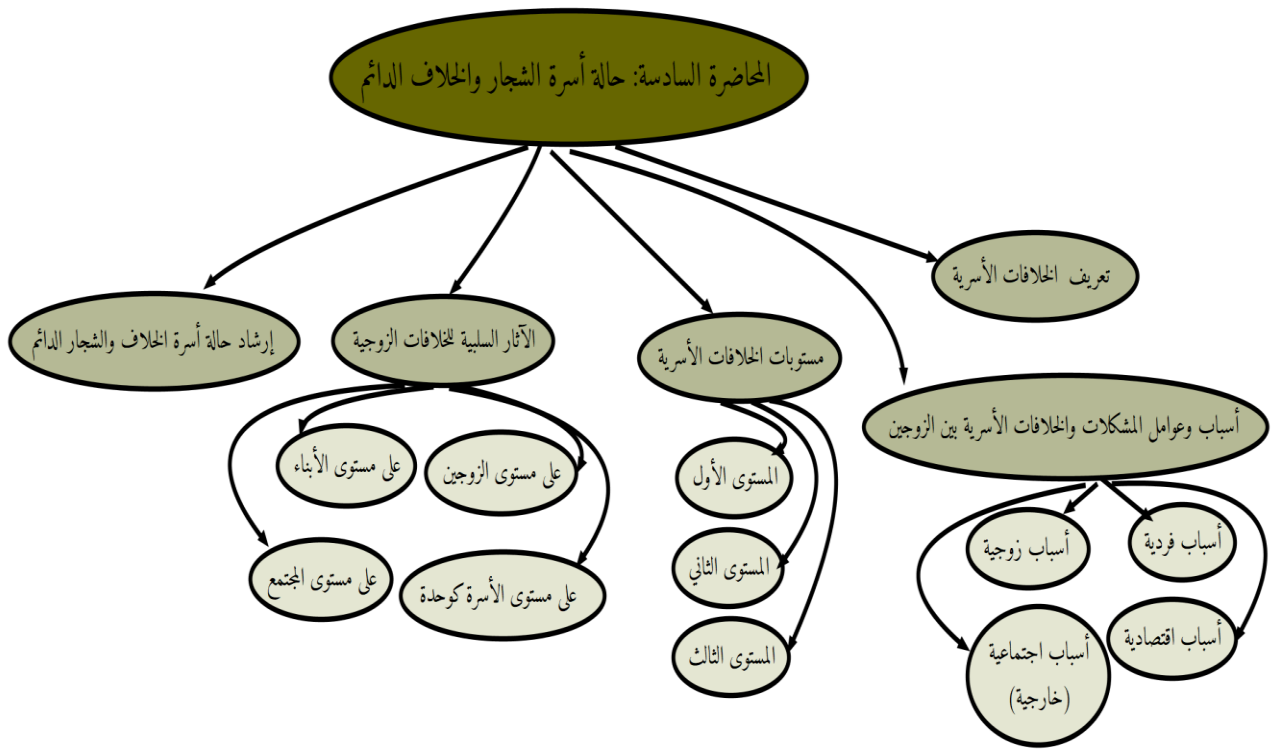
٦	الأفكار والمشاعر المتعلقة بالخبرة الصادمة	المحاضرة – المناقشة ، - لعب الدور – التعزيز - الواجبات المنزلية – العرض التخلي	توضيح العلاقة بين الأفكار السلبية والمشاعر المؤلمة. - تصحيح الأفكار السلبية المتعلقة بالحدث - تفعيل دعم المجموعة
٨-٧	التعرف العلاج العلاج العقلاني الانفعالي	الحوار – المناقشة – فنية – الواجبات المنزلية A.B.C	- معرفة أفراد المجموعة التجريبية للعلاج العقلاني الانفعالي من خلال شرح مفهوم A.b.c

١٠	الاسترخاء العضلي	المحاضرة – المناقشة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	- تدريب التلاميذ على الاسترخاء العضلي
١١	الأفكار غير العقلانية المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية	المحاضرة – المناقشة – التحكم الذاتي	- الحد من الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي إلى التوتر - تدريب التلاميذ على خفض الاستثارة الانفعالية - تدريب التلاميذ على التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية
١٢	تعديل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث إيجابي	المناقشة والحوار – الحديث الذاتي – الاسترخاء – الواجب المنزلي – التخييل	-تعديل الحديث الذاتي السلبي لدى التلاميذ إلى حديث ذاتي إيجابي - تدريب التلاميذ على طريق التخييل للتخفيف من معاناتهم

١٣	الأفكار المرتبطة بالمشاركة الاجتماعية	الحوار والمناقشة ، الدحض والدريب ، التنفيس الانفعالي	- أن يتعرف التلاميذ على مصادر الأفكار الاعقلانية. - معرفة الأفكار الاعقلانية المرتبة بالعلاقات الاجتماعية. - التدريب على تغيير الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية في العلاقات الاجتماعية.
١٤	التفريغ الانفعالي	المحاضرة - المناقشة - التنفيس الانفعالي - الواجب المنزلي	- التعبير عن المشاعر والانفعالات اتجاه الاحداث
١٥	التفريغ الانفعالي	المحاضرة - المناقشة - التنفيس الانفعالي - الواجب المنزلي	- أن يعبر التلاميذ عن مشاعرهم السارة والصعبة. - أن يتعلم التلاميذ تحمل المسئوليات وما يترتب عليها من التزامات. - يستخلص التلاميذ إجراءات تيسر تعاملهم مع الاحداث

١٦	التخيل الانفعالي العقلاني في مواجهه الأفكار الاعقلانية	المحاضرة - المناقشة - الاسترخاء - التخيل - الواجب المنزلي	- مساعدة التلاميذ على التخلص من الأفكار اللاعقلانية - توضيح العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وضغوط ما بعد الصدمة . - تعليم التلاميذ مواجهه الموافقة المزعجة عن طريق التخيل - التخلص من اعراض التجنب
١٧	توثيق الاقتناع في الأفكار الاعقلانية	المحاضرة - المناقشة - التعزيز - لعب الدور	- تدريب التلاميذ على التفكير المنطقي - تعزيز الاقتناع في جدوى الأفكار العقلانية - العمل على إعادة تشكيل الجانب المعرفي للتلاميذ.
١٨	الجلسة الختامية	المحاضرة - المناقشة	- أن تتعرف الباحثة مدى استفاد التلاميذ من جلسات البرنامج - تطبيق مقياس ضغوط ما بعد الصدمة - الاتفاق مع التلاميذ على موعد لقياس المتابعة

(بص، 2015)



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة السادسة: حالة أسرة الشجار والخلاف الدائم



تمهيد:

تُعدّ الأسرة النواة الأولى في بناء المجتمع وأساس تماسكه، إذ تمثل الإطار الذي تُغرس فيه القيم، وتُبنى داخله العلاقات الإنسانية الأولى، ويتشكل من خلاله التوازن النفسي والاجتماعي للفرد. غير أنّ هذه المؤسسة الحيوية قد تُعرض إلى خلافات وصراعات داخلية، سواء بين الزوجين أو بين أفرادها، نتيجة لتعدد الأسباب والعوامل المؤثرة فيها، مثل الضغوط الاقتصادية، التباين في القيم والتصورات، ضعف مهارات التواصل، أو تأثير المحيط الخارجي. وتختلف هذه الخلافات في حداثتها من مجرد مشاحنات يومية بسيطة إلى نزاعات عميقة تهدد استقرار الأسرة وتماسكها.

إنّ استمرار هذه الخلافات دون تدخل قد يؤدي إلى آثار سلبية على جميع الأطراف، بدءًا من الزوجين مرورًا بالأبناء، وصولًا إلى انعكاساتها على المجتمع ككل، من خلال تفكك الروابط الاجتماعية وارتفاع نسب الطلاق والانحرافات السلوكية. وهنا يبرز الدور المحوري للإرشاد النفسي، وخاصة الإرشاد الزواجي والإرشاد الأسري، باعتباره عملية مهنية علمية تساعد الأسرة على فهم طبيعة خلافاتها، وتشخيص أسبابها، وإكسابها مهارات التواصل وحل المشكلات، بما يضمن استقرارها وتحقيق رسالتها الأساسية في بناء مجتمع سليم ومتوازن.

(1) تعريف الخلافات الأسرية:

تعرف الخلافات الزوجية على أنها النزاع الدائم بين الزوجين الذي يتعلق بالجوانب العاطفية والنفسية والشخصية والشرعية والسلوكية والصحية والجنسية والاجتماعية والتعليمية والوظيفية وطريقة التعامل بين الزوجين وما يتعلق بالأطفال وتعدد الزوجات ويؤدي هذا النزاع إلى عدم تحقق التوافق الزواجي.

أما حاتم محمود (2010) فيعرف الخلافات الزوجية بأنها تعارض وجهات النظر في أمور الحياة المختلفة بين الزوج والزوجة، الأمر الذي يؤدي إلى خصومة أو مشاجرة بين الزوجين. (الجوهري، 2020، ص41)

كما تعرف أيضا الخلافات الأسرية بأنها ظهور عائق بين الزوجين يمنعهما أو يمنع أحدهما من إشباع حاجات أساسية، أو تحقيق أهداف ضرورية، أو تحصيل حقوق شرعية، فيشعر أي منهما أو كلاهما بالحرمان والإحباط، ويدرك التهديد وعدم الأمن في علاقته الزوجية، وينتابه القلق أو الغضب في تفاعله الزواجي، ويسوء توافقه مع الشريك الآخر. (عبد اللطيف، 2015، ص264)

تعرف أيضا الخلافات الأسرية بأنها المعاناة التي تحدث بسبب العلاقات المضطربة كالتواصل السيء، والجدال المدمر، والألم النفسي. (Cordovan & Jacobson, 1993, p483)

وعليه نستخلص أن الخلافات الأسرية هي حالة من التوتر والاضطراب تصيب البنية الداخلية للأسرة، تنشأ نتيجة اختلاف وجهات النظر أو تضارب المصالح أو تعارض القيم بين الزوجين أو بين أفراد الأسرة، مما يؤدي إلى ضعف التواصل والتفاهم المتبادل، ويترتب عنه فقدان التوازن والاستقرار الأسري. وتعد هذه الخلافات نتاجاً لتفاعل عوامل شخصية، نفسية، اجتماعية واقتصادية متشابكة، قد تتفاوت في شدتها من مشاحنات بسيطة عابرة إلى نزاعات عميقة تهدد بكان الأسرة ووظائفها الأساسية.

(2) أسباب وعوامل المشكلات والخلافات الأسرية بين الزوجين: لا بد من البحث عن أسباب المشكلات والخلافات الأسرية بين الزوجين من أجل تقديم الحلول والمقترحات لمعالجتها، وتجنب مثيراتها حتى لا تظهر آثارها على مسيرة الحياة الزوجية، ومن يتطلع إلى المشكلات والمنازعات الأسرية بين الزوجين يجد أن الأسباب الداعية إلى الخلاف والنزاع متعددة ومتنوعة، وعليه لا بد من عرض مجموعة من الأسباب هي:

■ الأسباب التي تتعلق بالزوجة: إن الزوجة هي الركن الأساس في الأسرة مع الزوج، لا بد من أن تدرك معنى المسؤولية والأمانة التي تقع على عاتقها من المحافظة على بيت الزوجية وأسرته، وجعل البيت السكن الآمن لجميع أفراد الأسرة، فالزوجة مطيعة لأوامر الله بالحفاظ على نفسها وعلى أسرته لقوله تعالى بمدح المؤمنات الصالحات: "فَالصَّالِحَاتُ قَاتَاتٌ حَافِظَاتٌ لِلْغَيْبِ بِمَا حَفِظَ اللَّهُ" (النساء، 34). ولكن إذا جهلت أو قصرت في أداء التكليف والمهام الشرعية ستكون الزوجة عندئذ عاملاً رئيسياً في المشاكل والخلافات الزوجية، فتحكيم العاطفة وعدم إدراكها لطبيعة زوجها، وجهلها بالحقوق والواجبات المترتبة عليها، وسوء الطباع عندها، بالإضافة إلى نشوزها وترفعها عن خدمة زوجها وأسرته، كل ذلك يؤدي إلى وقوع النزاع والخلاف. فعندما تظهر الزوجة الكراهية لزوجها وعدم طاعته بما يرضي الله تعالى، وتعامله بأسلوب وأخلاق سيئة، وتسعى دائماً إلى تكدير الحياة عليه بجميع ألوان المنغصات حتى يكرهها ويقابلها بالخلاف والنزاع، عندئذ تحاول بكافة الوسائل والأساليب أن تخرج الزوج عن أطواره الطبيعية إلى حال الخلافات والمشكلات الزوجية المستمرة.

■ الأسباب التي تتعلق بالزوج: إن الزوج أحد أهم ركني الأسرة، حيث أعطاه الإسلام القوام، فقال تعالى: "الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ عَلَى بَعْضٍ وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ" (النساء، 34). فالقوام مسؤولية عظيمة جعلت الزوج هو المتحمل للتبعات والالتزامات المادية وغيرها، فمعرفة الزوج حقوقه وواجباته المترتبة عليه، فإن ذلك يؤدي إلى

حياة خالية من المشكلات والخلافات والنزاعات، وإذا قصر في أداء هذه الحقوق والواجبات وابتعد عن تعاليم التربية الإسلامية هذا يؤدي إلى جعل الأسرة غير قادة على العيش بشكل صحيح، مما يؤدي في النهاية إلى النزاعات والخلافات الأسرية بين الزوجين.

■ الأسباب تتعلق بالزوجين معا: إن الخلافات والنزاعات قد يكون لكل من الزوجين علاقة رئيسية في إيقاعها، فالزوجة تسيء عشرة الزوج وتكثر من الخلافات معه، والزوج يعاملها بالمثل أو يزيد، وهذا يؤدي إلى السب والشم بألفاظ قبيحة بينهما، فتكثر المشاكل والخلافات بين الزوجين وتكون هناك مبالغة كبيرة في ظلم كل منهما للآخر، وتبادل الكراهية وسوء المعاملة هذا كله يؤدي إلى إنهاء الحياة الزوجية بينهما.

■ الأسباب المتعلقة بتدخل الأطراف الخارجية (أهل الزوج أو أهل الزوجة): هناك أطراف خارج نطاق الزوجين يكون لهم السبب الرئيس في المشكلات والخلافات بين الزوجين، من ذلك تدخل الأهل سواء أكانوا أهل الزوج أم أهل الزوجة في شؤون الحياة الزوجية، والفضول الذي يكون لديهم في معرفة كل ما يتعلق بأمور الزوجين، بالإضافة إلى لجوء الكثير من الأهل إلى اعتماد الخبرة الذاتية لديهم في حل النزاعات والخلافات والمشكلات بين الزوجين، والتسلط الدائم من قبل أم الزوجة أو أم الزوج وإحداث المشاكل الأسرية، ولا يعنى من ذلك أن تدخل الأهل ممنوع بإطلاق، بل هذا التدخل مضبوط بما فيه صلاح وخير لكلا الزوجين.

وتجب الإشارة هنا إلى وجود أسباب للمشكلات والخلافات الأسرية بين الزوجين تكون خارجة عن نطاق الزوجين، ومن هذه الأسباب ما يلي:

- الأسباب الأخلاقية: مثل سوء اختيار كل من الزوجين للآخر، ووضع شروط ومعايير في كلا الزوجين لا تساعد على استمرار الحياة الزوجية، كالاهتمام بالجانب الجمالي أو المالي وإغفال الجانب الأخلاقي والإيماني.
- الأسباب الاجتماعية: كالاختلاف في البيئة وما يتبع ذلك من اختلاف في التربية والأخلاق والسلوك والعادات والتقاليد فهذا الاختلاف يجعل لكل من الزوجين نظرتة الخاصة إلى مختلف الأمور التي تعترضهما.
- الأسباب الاقتصادية: كالاختلاف المادي بين الزوجين، بأن يكون أحد الزوجين غنيا ميسورا، والآخر فقيرا معدما، فيكون التفاوت المادي بينهما وهذا يكون واضحا في حالة إذا كانت الزوجة أغنى من الزوج، فإنها قد تتعالى عليه بمالها، وقد تستغل ذلك لتسيطر عليه وتعامله معاملة القوي للضعيف.

- الأسباب الجسدية (الشكلي): كالاختلاف في الخلق والتكوين، بأن يكون أحد الزوجين مختلفا في تكوينه وصورته عن الآخر، كأن يكون أحدهم جميلا والآخر غير جميل، فكلما كان الاختلاف بين الزوجين كبيرا ازدادت كثرة الخلافات بينهما، وتسببت في النفور وعدم التوافق والانسجام.
- الأسباب الطارئة (المفاجئة): كالخلافات الزوجية الطارئة التي تعكر صفو الحياة، وتدخل الزوجين بالمشكلات والخلافات الأسرية، كأن يصاب أحد الزوجين بعاهة طارئة تمنعه من القيام بواجباته، وكذلك إفلاس مفاجئ يفرض عليه نمطا جديدا من العيش، أو أن يكون سبب نفسي مفاجئ، أم سلوكيات خاطئة طارئة يقوم بها أحد الزوجين مثل الإدمان على المخدرات وشرب الخمر فهذه الأسباب تؤدي حتما إلى وجود المشكلات والخلافات والمنازعات الأسرية بين الزوجين. (عودة، 2021 ، ص 86-87)

كما يمكن تصنيف أسباب الخلافات الزوجية كالتالي:

❖ الأسباب الشخصية (الفردية):

- السمات الشخصية: مثل الأنانية، التسلط، الإهمال، ضعف مهارات التواصل.
- الخلفية الأسرية والتنشئة: النشأة في بيئة عنيفة أو غير مستقرة مما يؤثر على أسلوب التعامل مع الشريك.
- الاضطرابات النفسية أو الانفعالية: مثل العصبية المفرطة، الاكتئاب، أو الغيرة المرضية.

❖ الأسباب الزوجية (العلاقة الثنائية):

- ضعف التفاهم والتواصل بين الزوجين.
- اختلاف القيم والأولويات الحياتية (مثلاً: نظرة كل طرف للمال، أو للأبناء، أو للعمل).
- ضعف التقدير والاحترام المتبادل.
- المشاكل المتعلقة بالعلاقة الحميمة وما قد يرافقها من برود أو فتور.

❖ الأسباب الاقتصادية:

- الضغوط المالية، مثل البطالة أو الإفلاس.
- غياب التوازن في الإنفاق أو سوء التدبير المالي.
- التباين في المستوى المعيشي والتطلعات المادية بين الزوجين.

❖ الأسباب الأسرية والاجتماعية (الخارجية):

- تدخل الأهل أو الأقارب بشكل سلبي في شؤون الزوجين.
- تأثير المحيط الاجتماعي أو ضغط التقاليد.

- مقارنة الحياة الزوجية بحياة الآخرين (خاصة مع تأثير الإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي

(3) مستويات الخلافات الأسرية: صنفها "جورين" إلى:

المستوى الأول: ويشمل الخلافات البسيطة التي تحدث بين الزوجين ولا تستمر طويلاً، ويظهر فيها الغضب والتذمر، ويسعى كل من الزوجين إلى حلها دون أن يفسد الود بينهما ولا يتأثر كلا منهما بالآخر وعلى التفاعل الزوجي، حيث يظل المناخ النفسي والعاطفي في الأسرة جيداً.

المستوى الثاني: وفيه تشتد النزاعات بين الزوجين وتستمر لمدة طويلة وهي خلافات تشير إلى العداوة والاتهامات والسب ومع هذا تظل قنوات الاتصال بين الزوجين مفتوحة والرغبة في حل الخلافات قائمة، فالرغبة في الاستمرار عند هذا المستوى من الخلاف مازالت قائمة.

المستوى الثالث: وتستمر فيه الخلافات مدة تزيد عن ستة أشهر تؤدي إلى تغير المشاعر واتساع الفجوة بين الزوجين واضطراب التواصل بينهما مما قد يصل إلى الهجر والخصام لمدة طويلة مما يصعب علاجها. ويلاحظ علماء النفس أن طبيعة الصراع الزوجي تختلف حسب تربية الزوجين فهي قد تتخذ صورة عبارات تهكمية تحمل أكثر من معنى أو قد تشتعل فتتخذ صورة نزاع حاد لا يخلو من الشتائم والتطاول اللفظي، أو قد تشتد حدة الخلاف فتصل إلى درجة التشاجر والاشتباك، وهذا النزاع يتوقف إلى الصدم على مستوى الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها كل من الزوجة والزوج. (عفيفي، 2011، ص 239-240)

(4) الآثار السلبية للخلافات الأسرية:

يمكننا أن نضع مجموعة الآثار الناجمة عن الخلافات الأسرية فيما يلي:

على مستوى الزوجين (الأفراد البالغين):

- اضطرابات نفسية وانفعالية مثل القلق، الاكتئاب، العصبية الزائدة.
- ضعف الصحة النفسية والجسدية نتيجة الضغوط المستمرة.
- فقدان الشعور بالرضا والسعادة الزوجية.
- اللجوء إلى سلوكيات هروبية سلبية مثل إدمان المخدرات أو شرب الكحول.
- احتمالية الوصول إلى الانفصال أو الطلاق في حال تفاقم الخلافات.

على مستوى الأبناء:

- اضطرابات نفسية مثل الخوف القلق، الشعور بعدم الأمان.
- ضعف التحصيل الدراسي وفقدان الدافعية للتعلم.
- الانحرافات السلوكية (الكذب، العدوانية، العناد، الهروب من البيت).
- تكوين صورة سلبية عن الزواج والأسرة، ما ينعكس على حياتهم المستقبلية.

على مستوى الأسرة كوحدة اجتماعية:

- تفكك الروابط الأسرية وضعف الترابط العاطفي بين أفرادها.
- غياب الاستقرار الأسري واقتقاد جو المودة والتعاون.
- فقدان الأسرة لوظيفتها الأساسية في التربية والرعاية.

على مستوى المجتمع:

- ارتفاع نسب الطلاق والتفكك الأسري.
- انتشار الانحرافات الاجتماعية (الجريمة، العنف، الإدمان...).
- اختلال التوازن الاجتماعي نتيجة ضعف الأسر باعتبارها النواة الأساسية للمجتمع.
- زيادة الأعباء على مؤسسات الرعاية الاجتماعية والنفسية.
- الخلافات الأسرية إذا لم تُعالج في وقت مبكر تؤدي إلى سلسلة من النتائج المتشابكة، تبدأ باضطراب الفرد، ثم تفكك الأسرة، وصولاً إلى إضعاف نسيج المجتمع ككل.
- كما نذكر أن مظاهر الآثار السلبية المترتبة عن الخلافات الزوجية خاصة على الأطفال يمكن حصرها فيما يلي:

- اختلال عملية الانضباط: عند حدوث النزاع بين الوالدين، فإنه يؤثر على انضباط الأطفال وعدم اكتراثهم بأوامر الوالدين، وتعتبر هذه إساءة كبيرة للزوجين، وثمة خطر آخر يهدد الأسرة أيضاً ألا وهو انقسامها إلى معسكرين أو صنفين حيث سيتبنى كل طفل موقفاً معيناً فيكون إلى جانب أمه أو أبيه، ويدافع عنه، وهذا ليس في صالح أي من الوالدين.
- إساءة الظن بالوالدين: قد يكون أحد الوالدين محقاً في هذا الانشقاق ولديه أدلة قوية وكثيرة، إلا أن الطفل يحمل تصوراً مختلفاً عن هذا الموضوع، فينظر نظرة خاصة تقوم على إدراكه وتفكيره فيدين مثلاً طرفاً معيناً، وقد يلجأ الأب للإساءة إلى الأم ويحاول إقناع الطفل بأنه على حق في ذلك النزاع، لكن هذا لا يعني أن الطفل سيقبل بوجهة نظر أبيه رغم سكوته الظاهري، بل سيعتبر الأب مذنباً فيسيء الظن بمجرد أن يشاهد بكاء أمه وتوددها إليه، كما أن ولاء الطفل يتشتت بين الأب والأم، ودائماً يتجه إلى صف الطرف الذي يراه الأضعف والذي عادة ما يكون الأم.

- توقف عملية النمو: أشارت بعض الدراسات في المجتمعات الغربية إلى أن نزاع الوالدين في محيط الأسرة يؤدي إلى توقف عملية نمو الطفل وظهور مشاكل جديدة في هذا المجال، وقد تقل شهية الطفل للطعام، أو يحصل تباطؤ في عملية الهضم بسبب حدوث خلل في إفرازات بعض الغدد. وهذا كله بسبب شعور الطفل بالغم والحزن، ويؤدي نزاع الوالدين أيضاً في حال

مرض الطفل إلى تباطؤ عملية شفائه واستعادته لصحته وسلامته، أو قد يؤدي إلى المضاعفة. ومن القواعد المتفق عليها الآن أن أول أساس لصحة النفس إنما يستمد من العلاقة الحارة الوثيقة الدائمة التي تربط الطفل بأمه، أو من يقوم مقامها بصفة دائمة، وأن أي حالة تجرم الطفل من حنان الأم تظهر آثاره في تعطيل النمو الجسدي والذهني والاجتماعي مما يؤدي إلى اضطراب النمو النفسي.

- **تخطيط المعنويات:** يؤدي النزاع إلى تخطيط معنويات الأولاد ويجذر في نفوسهم حالات القلق والاضطراب، فيصاب الأطفال بعدة أمور، منها: التشنج، عقدة الانطواء، نظرة السخط لما حولهم. (مرزاق و شرفاوي، 2025، ص 540-541)

(5) إرشاد حالة أسرة الخلاف:

يُعدّ الإرشاد النفسي بصفة عامة، والإرشاد الزوجي بصفة خاصة، ضرورة ملحة لمواجهة الخلافات الزوجية لما له من أثر إيجابي في تحقيق التوافق الأسري وضمان الاستقرار بين أفراد الأسرة. فالإرشاد الزوجي يمثل عملية مهنية علمية منظمة، يقوم من خلالها المرشد بمساعدة الزوجين على فهم طبيعة خلافتهما، وتشخيص أبعادها وأسبابها، ثم تزويدهما بالمهارات والاستراتيجيات اللازمة لإدارتها بفعالية، بما يحقق التوازن العاطفي والاجتماعي ويحافظ على ديمومة العلاقة الزوجية.

ويعتمد المرشد النفسي في هذا السياق على مجموعة من الاستراتيجيات الإرشادية التي تهدف إلى تمكين الزوجين من إدارة خلافتهما بشكل بناء، ومن أهمها:

- تعزيز مهارات التواصل الفعال: مساعدة الزوجين على الإصغاء المتبادل، والتعبير عن المشاعر بطريقة بناءة بعيدة عن التهجم أو النقد السلبي.
- تنمية مهارة حل المشكلات: تدريب الزوجين على تحديد المشكلة بدقة، وتحليلها، ثم وضع بدائل متعددة واختيار الأنسب منها.
- إعادة بناء الثقة والاحترام المتبادل: عبر التركيز على نقاط القوة في العلاقة وتقدير كل طرف لجهود الطرف الآخر.
- ضبط الانفعالات وإدارة الغضب: من خلال تدريب الزوجين على التحكم في ردود أفعالهم الانفعالية أثناء المواقف الخلافية.
- تعزيز القيم الأسرية المشتركة: مثل المسؤولية، التعاون، العدل، والحرص على مصلحة الأبناء.
- الدعم الاجتماعي الإيجابي: من خلال توجيه الزوجين إلى الحد من تدخل الأطراف الخارجية السلبية في حياتهما الزوجية، والبحث عن المساندة من مصادر داعمة وموضوعية إن لزم الأمر.

إنّ نجاح عملية الإرشاد الزواجي يسهم في مساعدة الأسرة على تجاوز أزماتها، ويقلل من احتمالية تفككها، بل ويُعيد إليها التوازن الذي يميّنها من أداء دورها في بناء مجتمع متماسك وسليم.

مثال توضيحي:

البرنامج الإرشادي المقترح:

ما مدى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض السلوك العدواني لدى أفراد العينة؟

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج إلى تعديل السلوك العدواني للطفل اليتيم

الأهداف الخاصة :

- استبدال السلوك العدواني بالسلوك المقبول أو التقليل منه
- تدريب الطفل على ضبط انفعالاته و التحكم فيها لتحقيق التوافق الانفعالي و التكيف النفسي

- تقوية الثقة بالنفس لدى الطفل اليتيم و القدرة على تحمل المسؤولية
- تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار أخرى أكثر عقلانية و منطقية
- تنمية روح الجماعة من خلال تنمية روح التعاون

أهمية البرنامج:

يقوم البرنامج على إتباع طريقة الإرشاد الجماعي لما لها من مزايا خاصة و فوائد كثيرة من حيث استفادة أكبر عدد من المسترشدين بأقل تكلفة و بأسرع وقت .
يركز على التفاعل الاجتماعي من خلال العمل الجماعي و المواقف الاجتماعية و التي تقوم على أساس تعديل السلوك غير المرغوب اجتماعيا عن طريق احلال المفاهيم الصحيحة من خلال اكتساب المهارات المعرفية و الانفعالية.

النظرية المتبناة هي النظرية المعرفية السلوكية

مدة البرنامج : أربع أسابيع بتقدير 45د في الجلسة

مكان إجراء الجلسات : قاعة بالمدرسة

وصف البرنامج : قامت الباحثة بتصميم البرنامج مراعية المراحل العمرية لإفراد المجموعة و باستخدام طريقة الإرشاد الجماعي ، و يحتوي البرنامج على المحاضرات و المناقشات و الأنشطة المختلفة ، لعب الأدوار ، التفريغ الانفعالي بهدف التخفيف من السلوك العدواني من اجل مساعدة أفراد .

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة و المناقشة :و ذلك لما تحققه من ايجابية في التفاعل بين أفراد المجموعة وتنمية الأساليب الصحيحة للمناقشة و الحوار .
- فنية إعادة البناء المعرفي .
- فنية التعزيز و التحفيز :و تكون الاتابة معنوية بحسب ما تقتضيه المواقف لثناء الجلسات .
- فنية لعب الدور
- الواجبات المنزلية : تهدف إلى تطبيق فنيات البرنامج الواقعي .
- التغذية الراجعة .
- النمذجة: وهي جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك و هي تفترض إن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين.

الوسائل المستخدمة في البرنامج :

صور ، ملصقات ، قصص، كمبيوتر، فيديو، بروجيكتور، عرض بوربونت

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

الأسس العامة: مراعاة حق الطفل في التقبل ، مراعاة قابلية السلوك للتعديل و التغيير .

الأسس الفلسفية: مراعاة الفروق الفردية ، الكينونة، الصيرورة.

الأسس الجماعية هي الاهتمام بالفرد كعضو في الجماعة ، مراعاة العمر الزمني للأطفال المشاركين و مراعاة

الخصائص النمائية للمرحلة التي يمر بها

مراعاة مطالب النمو التي يمر بها الأطفال

مراعاة حالة اليتيم

واقعية البرنامج واستخدامه في حدود الإمكانيات المتاحة و الممكنة وبناءا على تلك الأسس التي يقوم عليها البرنامج.

شروط البرنامج الإرشادي:

1\الالتزام بالسرية التامة بين المرشد

2\الالتزام بالواجبات المنزلية المقيدة في الجلسات الإرشادية

3\حضور الجلسات وعدم التأخر

جلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: جلسة تعارفيه "45د"

تفتح الباحثتان الجلسة بالترحيب بالأطفال الذين يعانون من الحرمان العاطفي المتواجدين بالمدرسة والتعريف بنفسيهما ويطبيعة عملهما ،وتهدف هذه الجلسة إلى إحداث نوع من التعارف مع الأطفال المشاركين في البرنامج وتحقيق الألفة بينهم ثم نطلب من الجماعة الإرشادية التعريف بأنفسهم (اسم- اللقب- السن- المستوى الدرامي- عدد الأخوة- الرتبة- حالة الأبوين- الشكوى)، التعريف عن البرنامج والهدف منه طلبا منهم التعاون معا لتحقيق هذه الأهداف والالتزام بالواجبات المنزلية التي تدعم البرنامج

ويتم فيها . كسر الحاجز النفسي بين المشاركين و الباحثتان ،

واجب منزلي:

تطلب الباحثتان من الأطفال المتواجدين في المركز إعطاء نسبة تقديرية لنجاح البرنامج الإرشادي بهدف التعرف على مدى استعدادهم وتعاونهم معها.

الجلسة الثانية: التعريف بالبرنامج "45د"

تبدأ الباحثتان الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق ثم يعرف بالبرنامج تكون على شكل محاضرة يشرح فيها المرشد المصطلحات التي يستعملها حول السلوك العدواني ، أعراضه، وأخيرا كيف يمكن التغلب عليه.توضيح أهمية العمل الجماعي و التعاوني للأطفال

واجب منزلي:

تطلب منهم الأسباب التي تدفعهم إلى الشعور بالسلوك العدواني والأعراض التي يعانون منها موضحين أيضا أكثر الأوقات التي يشعرون فيها بأنهم محرومين عاطفيا وهذا بهدف رصد الأفكار الخاطئة واعطاءهم الفرصة للتحدث عن ما يحسون به نتيجة حرمانهم

الجلسة الثالثة: تعديل الأفكار "45د"

تفتح الباحثتان الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق ومن خلاله يتم رصد الأفكار الخاطئة التي يحملها الأطفال والوقوف عند كل فكرة خاطئة وتعديلها.تصير الاطفال باهمية الحفاظ على ممتلكات العامة و تعديل سلوكهم عن طريق لعب الدور وفي النهاية ترك المناقشة للمسترسدين فيما بينهم . يطلب منهم القيام ببعض التمارين التنفسية بهدف الاسترخاء العقلي والتخلص من التوتر العضلي.

واجب منزلي:

تطلب الباحثتان من الأطفال إعادة تطبيق تمارين الاسترخاء وأن يصفوا شعورهم بعدها، وكلما شعروا بالتوتر عندما يتذكرون أنهم أبناء يتامى يجب عليهم إعادة تطبيق الاسترخاء في مواقف حياتية ضاغطة

الجلسة الرابعة: لعب الأدوار "45د"

كالعادة تفتتح الباحثتان الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق وكلما لاحظت تحسن على الحالات تعزز سلوكياتهم بالمدح كقول "جيد، تطور ملحوظ ، واصلوا..." ثم يقوم بتوزيع الأدوار على الأفراد لتمثيلها في مشهد تربوي أسري وتتمثل الأدوار في الأب- الأم- الطفل، والباقيون يعطون تقييمهم على المشهد وبعد انتهاء المشهد يطلب الباحث منهم وصف شعورهم داعما ذلك بآراء الباقيين، ثم يعكس الأدوار، نشر فكرة المحبة بينهم للتقليل من مظهر الضرب بينهم

وفي آخر الجلسة تقدم نموذج كان يعاني من السلوك العدواني نتيجة الحرمان من الحنان وتخلص منه بإرادته وبالعلاج حتى يقتدوا بسلوكه ويقلدوه، لأجل بناء أسرة سوية في المستقبل .

واجب منزلي: يطلب الباحث منهم تقليل عدد الساعات الاستخدام مع وصف شعورهم.

الجلسة الخامسة: التخلص التدريجي من الحساسية:

تبدأ الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي السابق، وعلى أساسه يتم استخدام تقنية التخلص التدريجي من الحساسية وذلك من خلال تقليل عدد الساعات الاستخدام لمساعدة أنفسهم على التخلص من السلوك العدواني .

الواجب المنزلي: يطلب الباحث من الحالات تخفيف الشعور لديهم بأنهم محرومين عاطفياً ووصف شعورهم.

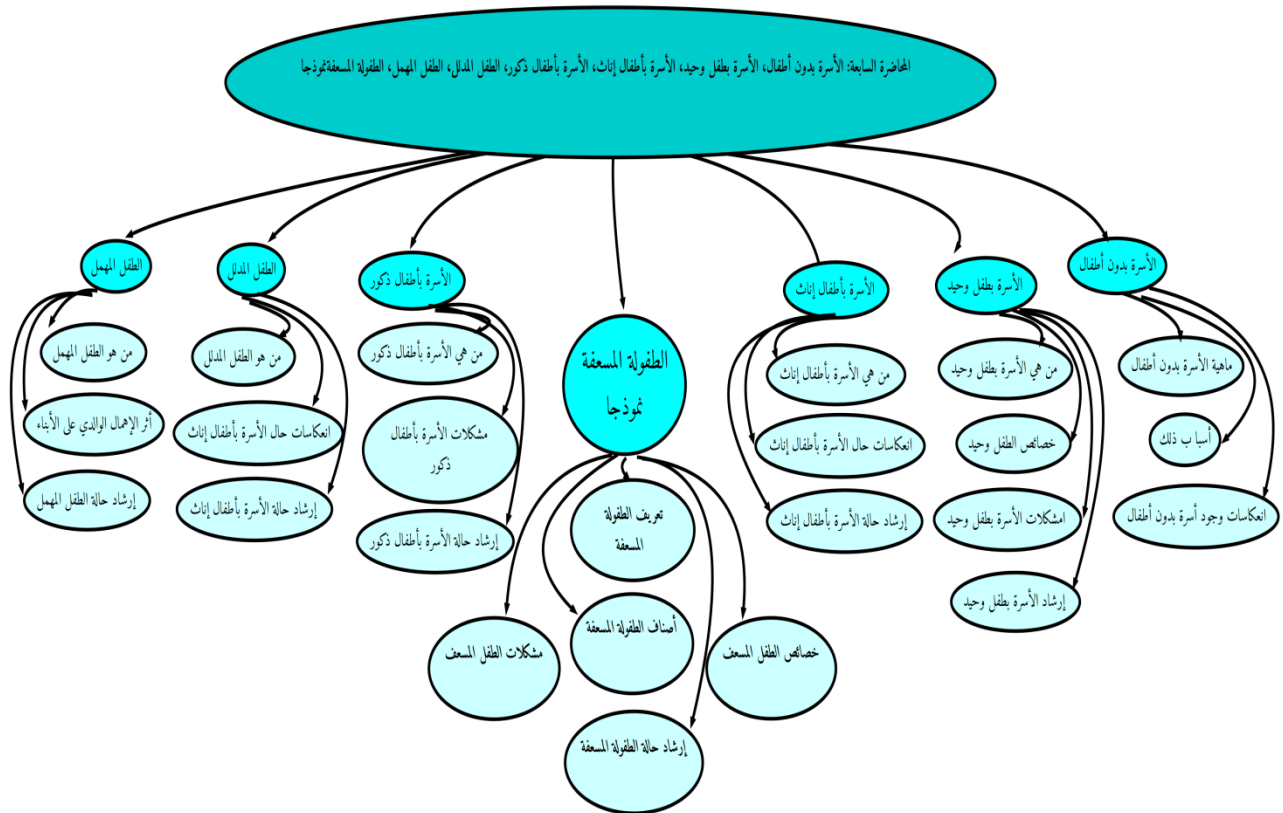
الجلسة السادسة: جلسة تقييمية "45د"

تناقش الباحثتان مع الأطفال الواجب السابق، ثم تعيد المقياس الذي أستخدم في أول جلسة والتي على أساسها تم اختيار الحالات، وإن وجد فرق بين القياسين (القبلي والبعدي) تلمس تحسن الحالات ونجاح وتحقيق الأهداف المرجوة، ثم تشكرنهم على المشاركة في البرنامج بهدف تهيئتهم لنهايته وعلى تعاونهم معه ويودعهم طالباً منهم التواصل معه متى استطاعوا واعطائهم نصائح وتذكرهم بالجلسة التي ستجرى بعد شهر

الجلسة السابعة: جلسة تتبعية "45د"

بعد شهر تعيد الباحثتان تطبيق مقياس على الحالات لمعرفة مدى استمرارية فاعلية البرنامج.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) - الطفولة المسعفة نموذجاً



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة السابعة: لأسرة بدون أطفال، الأسرة بطفل وحيد، الأسرة بأطفال إناث، الأسرة بأطفال ذكور، الطفل المدلل، الطفل المهمل، الطفولة المسعفة نموذجاً



أولاً: الأسرة بدون الأطفال:

إن الأسرة وفي جميع المجتمعات تعد الركيزة الأساسية لبنائها، حيث يمكن النظر إليها على أنها "الوحدة الاجتماعية الأولى التي تستهدف المحافظة على بقاء النوع الإنساني واستمراره، فهي نواة المجتمع وأساس كافة النظم الأخرى، ففيها يتعلم الطفل الوطنية التي تنشأ على شكل ولاء للأسرة باختلاف المجتمع الذي توجد في كنفه". (يونسى و ميطر، 2021، ص339)

ويمكن أن نختصر تعريف الأسرة على أنها مجموعة أفراد يعيشون تحت سقف واحد تجمعهم ضوابط شرعية وقانونية متفق عليها في المجتمع الذي ينتمون إليه، كما تقع على عاتق هذه الأسرة مجموعة من الوظائف تأتي على رأسها وظيفة الحفاظ على النسل من خلال إنجاب الأطفال، إلا أنه أحياناً نجد أسرة بدون أطفال، فمن هي الأسرة بدون أطفال، وما أسباب ذلك وما يترتب عنها؟

أما الأسرة بدون أطفال فنعرفها بأنها تلك الأسرة التي لا يتواجد فيها أبناء سواء بشكل دائم أو مؤقت، ويعود ذلك إلى عدة أسباب منها:

أسباب طبية-بيولوجية: كالعقم عند أحد الزوجين أو كليهما.

أسباب اختيارية: نتيجة اتفاق وإع بين الزوجين على تأجيل الإنجاب أو الامتناع عنه.

أسباب غير متكافئة وغير متفق عليها: حين يفرض القرار من طرف واحد دون علم أو قبول الطرف الآخر.

ورغم أن الأبناء يُعتبرون امتداداً طبيعياً للحياة الأسرية و"زينة الحياة الدنيا"، فإن غيابهم قد ينعكس على الأسرة في أبعاد متعددة:

1. الأبعاد النفسية والانفعالية:

- الشعور بالنقص والدونية عند أحد الزوجين أو كليهما.
- الإحساس بالذنب أو فقدان الثقة بالنفس خاصة إذا ارتبط الأمر بالعقم.
- ظهور حالات من القلق أو الاكتئاب نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية.

2. الأبعاد الاجتماعية:

- نظرة المجتمع الممزوجة بالشفقة أو الاستغراب.

- التساؤلات المتكررة من الأقارب والمعارف حول غياب الأطفال.
- ضعف التقدير الاجتماعي للأسرة مقارنة بالأسر الأخرى التي لديها أبناء.

3. الأبعاد الأسرية والعلاقات الزوجية:

- احتمالية توتر العلاقة الزوجية إذا وُجّه اللوم إلى أحد الطرفين.
- صعوبة تحقيق التكامل الأسري الذي غالباً ما يُبنى على دور الوالدين.
- إمكانية بروز خلافات جوهرية مرتبطة بمسألة الإنجاب.

وعليه، فإن الأسرة بدون أطفال ليست مجرد حالة بيولوجية، بل هي وضعية إنسانية واجتماعية تتداخل فيها الأبعاد النفسية والعاطفية والاجتماعية، مما يجعلها بحاجة إلى دعم إرشادي ونفسي يهدف إلى مساعدتها على التكيف مع ظروفها الخاصة، وتوجيهها نحو إيجاد بدائل للتقدير الذاتي وتحقيق الإشباع العاطفي، سواء من خلال أدوار اجتماعية أخرى أو عبر خيارات بديلة كالتكفل أو رعاية الأطفال.

ثانياً: الأسرة بطفل وحيد:

في الحقيقة إن الأسرة بطفل وحيد هي تلك الأسرة التي لديها طفل واحد دون أشقاء سواء كان ذلك خياراً إرادياً للوالدين لأسباب فكرية (تبني قناعة الاكتفاء بطفل واحد لتوفير كل الرعاية له)، أو اقتصادية (محدودية الإمكانيات المادية)، أو صحية (عقم أحد الزوجين أو إصابته بمرض يعيق الإنجاب)، أو نتيجة ظروف قاهرة تحول دون إنجاب أطفال آخرين.

إن التنشئة السليمة للطفل الأوحاد ليست سهلة، لكن يمكن للوالدين فهم المشكلة وحلها بصواب. يقول أدلر (1931) أن الأطفال الأوحاد قد يفتقرون إلى مشاعر التكافل والنزوع الاجتماعي، ويبدون تصرفات طفيلية، ويرجون من الناس تدليلهم وحمايتهم. غير أنه لا يرى وضعية الطفل الأوحاد خطيرة، بل يجد لها عواقب وخيمة في حال غياب المناهج التربوية الحسنة. هذه النتائج السيئة كان يمكن تفاديها لو توفر إخوة وأخوات في الأسرة. (خياط، 2014، ص 85)

خصائص الابن الوحيد: أن يكون هدفاً للتدليل وبؤرة الاهتمام خاصة من أمه، ونموه يكون في بيئة محدودة، ويكون محروم من التفاعل الاجتماعي مع الأطفال من سنه خاصة قبل المدرسة. ومن الخصائص السلبية للطفل الوحيد وخاصة المدلل الأنانية وحب السيطرة على كل من حوله، ضعف الشخصية في الكثير من

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجاً

الحالات، وعدم قدرته على تحمل المسؤولية في الحياة، وضعف الثقة في النفس وميله إلى الاتكال على الآخرين، ويكون غير قادر على الاستقلال عن والديه. (يحي، 2018، ص331)

ويمكن أن نلخص خصائص الطفل الوحيد فيما يلي: يُظهر الطفل الوحيد مجموعة من السمات التي تميزه عن غيره من الأطفال، ومن أبرزها:

1. الاتكالية الزائدة: لاعتماده المفرط على والديه، خاصة الأم.
 2. حب التملك والسيطرة: نتيجة عدم وجود أشقاء يشاركونه الأشياء أو التقدير.
 3. النزعة الفردية: الميل إلى الاستقلال في المواقف الاجتماعية، لكن مع ضعف في مهارات التكيف مع الجماعة.
 4. الحساسية المفرطة: إذ يتأثر بسرعة بالانتقاد أو الإهمال.
 5. التمحور حول الذات: بسبب التركيز المفرط من الوالدين على حاجاته ورغباته.
- وبناء على ما ذكرناه من خصائص للطفل الوحيد فإن لذلك انعكاسات نجلها فيما يلي:

- صعوبة تكوين صداقات متينة بسبب ضعف مهارات التفاعل الاجتماعي.
- ظهور نزعات أنانية أو استبدادية في العلاقات مع الآخرين.
- ضعف القدرة على تحمل المسؤولية نتيجة الحماية الزائدة.
- الميل إلى الوحدة والانعزال، أو العكس الإفراط في التعلق بالوالدين.
- هشاشة نفسية قد تقوده إلى القلق أو الشعور بالنقص مقارنة بأقرانه الذين لديهم أشقاء.

الإرشاد النفسي لحالة الأسرة بطفل وحيد: يلعب الإرشاد النفسي دوراً محورياً في مساعدة كل من الوالدين والطفل الوحيد على التكيف مع هذه الوضعية، وذلك من خلال:

- توجيه الوالدين نحو أساليب تنشئة متوازنة تقلل من الحماية الزائدة والدلال المفرط.
- تنمية مهارات الطفل الاجتماعية عبر دمجها في أنشطة جماعية (مدرسية أو رياضية أو ثقافية).
- مساعدة الطفل على بناء مفهوم ذات إيجابي قائم على الثقة بالنفس وتحمل المسؤولية.
- التقليل من النزعات الأنانية والسيطرة من خلال تدريبيه على ممارسات التعاون والتشارك.
- تقديم الإرشاد الأسري لتجاوز الضغوط الناتجة عن ظروف الإنجاب المحدودة أو مشكلات التكيف الأسري.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) - الطفولة المسعفة نموذجاً

ونخلص أن الأسرة بطفل وحيد تعد نموذجاً من نماذج الأسر الخاصة التي تستوجب اهتماماً تربوياً وإرشادياً، حتى لا تتحول الظروف المحيطة بها إلى عوامل مهددة للنمو النفسي والاجتماعي للطفل. ويظل المرشد النفسي وسيطاً أساسياً في تحقيق التوازن بين حاجات الوالدين وتطلعات الطفل الوحيد بما يضمن تكوين شخصية سوية ومتكاملة.

ثالثاً: الأسرة بأطفال إناث:

تعدّ الأسرة بإناث فقط من بين الحالات الخاصة التي تستدعي اهتمام الباحثين والمختصين في مجال الإرشاد النفسي، لما تحمله من انعكاسات على التوازن النفسي والاجتماعي لأفرادها، خصوصاً في المجتمعات ذات النزعة الذكورية.

منذ العصور القديمة، وبالخصوص في العصر الجاهلي، ارتبطت ولادة الأنثى بنظرة سلبية وصلت إلى حدّ وأد البنات، نتيجة الاعتقاد بأن الذكر هو الامتداد الحقيقي للعائلة، وهو الضامن لحمل اسم الأب وحفظ مكانته الاجتماعية. وعلى الرغم من التطور الفكري والثقافي الذي شهدته المجتمعات الحديثة، إلا أنّ بقايا هذه الذهنية لا تزال قائمة في العديد من البيئات، حيث يُنظر إلى الأسرة التي تنجب الإناث فقط نظرة دونية أو مشوبة بالشفقة.

انعكاسات حال الأسرة بأطفال إناث فقط:

انعكاسات أسرية:

- على الزوجة: كثيراً ما تُحمّل الأم مسؤولية إنجاب الإناث فقط، رغم أنّ العامل البيولوجي في تحديد الجنس مرتبط بالزوج. هذا التصور الخاطئ يؤدي إلى شعورها بالذنب، القلق، التوتر المستمر، والخوف من فقدان مكانتها الزوجية أو مواجهة الطلاق والزواج الثاني للزوج.
- على الزوج: قد يشعر بالضغط الاجتماعي نتيجة النظرة السائدة حول "الذكر كامتداد"، ما يجعله يعيش صراعاً داخلياً بين تقبل واقعه وبين الانصياع لتوقعات المجتمع.
- على الأطفال (الإناث): قد يكبرن في جو مشبع بالإحباطات والتمييز الضمني، مما يؤثر على تقديرهن لذواتهن وشعورهن بالقيمة مقارنة بالذكور.

انعكاسات اجتماعية:

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجا

- استمرار الصورة النمطية التي تُعلي من قيمة الذكر على حساب الأنثى.
- انتشار التهميش والوصم الاجتماعي للأسرة بإناث فقط، مما قد يدفعها إلى الانعزال وتقليص تواصلها مع المحيط.
- تعزيز ثقافة التمييز التي تُكرّس الفجوة بين الجنسين وتُضعف مسارات التمكين الاجتماعي للمرأة.

انعكاسات نفسية:

- إصابة الزوجة بأعراض الاكتئاب، القلق المرضي، ضعف تقدير الذات، الإحساس بالدونية.
 - فقدان التوازن الانفعالي للأسرة وما يرافقه من توترات وصراعات زوجية.
 - ظهور أنماط من العلاقات الأسرية غير الصحية التي تؤثر على النمو النفسي والاجتماعي للأبناء...
- الإرشاد النفسي لحالة أسرة بأطفال إناث فقط: الإرشاد النفسي في هذه الحالة يُعتبر ضرورة ملحة، من خلال:

- تصحيح المعتقدات الخاطئة حول تحديد جنس المولود وتوضيح الجانب العلمي.
- تخفيف الضغوط النفسية لدى الزوجة وإعادة بناء ثقتها بنفسها.
- تطوير مهارات التوافق الأسري لدى الزوجين لمواجهة الضغوط الخارجية.
- تمكين الأسرة من استراتيجيات المواجهة الإيجابية لمواجهة الوصم المجتمعي.
- تعزيز الوعي المجتمعي بقيمة المرأة ودورها، بما يكفل المساواة والتقدير.

رابعا: الأسرة بأطفال ذكور:

إذا كانت الأسرة التي تنجب الإناث فقط قد تعاني من مشكلات مرتبطة بالنظرة الدونية في بعض المجتمعات، فإن الأسرة التي يكون جميع أبنائها من الذكور غالباً ما تحظى بقبول اجتماعي أكبر ونظرة إيجابية (نخر واعتزاز)، لما يُنسب للذكر من أدوار تقليدية مرتبطة بالحماية، حمل اسم العائلة، والمكانة الاجتماعية. غير أنّ هذه المكانة لا تُخفي بعض التحديات النفسية والاجتماعية التي قد تواجه أفراد الأسرة، وتستوجب تدخلاً إرشادياً. ويمكن أن نشير إلى بعض ما تعاني منه الأسرة بأطفال ذكور فقط فيما يلي:

على المستوى الأسري:

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجاً

- تتحمل الأم أعباء منزلية ونفسية مضاعفة، في ظل غياب البنات اللواتي يُعتبرن غالباً أكثر مساهمة في شؤون البيت، وأكثر حناناً وقرباً من الوالدين.
- يعيش الأب شعوراً بالرضا الاجتماعي، لكنه في الوقت نفسه يواجه تحدي تربية الأبناء الذكور بما يتطلبه ذلك من صرامة وانضباط، تفادياً لانحرافاتهم أو ميولهم العدوانية.
- قد تنشأ بين الإخوة الذكور روح التنافس والصراع على السلطة داخل الأسرة، لاسيما إذا غاب التوازن في المعاملة الوالدية.

على المستوى النفسي والاجتماعي:

- غلبة الطابع الصلب والخشن على العلاقات داخل الأسرة، نتيجة لطبيعة شخصية الذكور التي قد تميل أكثر إلى الاستقلالية والمواجهة.
- تراجع مظاهر الدفء العاطفي والحنان، وهو ما قد يفقد الأسرة جزءاً من التوازن الانفعالي الضروري.
- زيادة الأعباء التربوية على الوالدين، خاصة في مرحلة المراهقة حيث يحتاج الذكور إلى ضبط سلوكي وانفعالي أكثر من الإناث.
- احتمال بروز مشكلات سلوكية مثل العناد، العدوانية، أو الميل إلى إثبات الذات بشكل مفرط.

الإرشاد النفسي لحالة الأسرة بأطفال ذكور فقط: يتدخل الإرشاد النفسي في هذه الحالة من خلال:

1. مساعدة الوالدين على تطوير استراتيجيات تربية فعّالة تراعي خصائص الذكور النفسية والسلوكية.
2. توعية الأسرة بأهمية إدماج قيم العاطفة والتعاون لتجاوز غياب بعد الحنان الأنثوي.
3. إكساب الأبناء مهارات اجتماعية وانفعالية تساعد على التحكم في سلوكهم وتفادي الصراعات.
4. تمكين الأم من الدعم النفسي للتخفيف من الأعباء الواقعة عليها، وتعزيز قدرتها على التكيف.
5. تعزيز التوازن الأسري من خلال تقوية الروابط الانفعالية بين الأفراد، وإعادة توزيع الأدوار بشكل صحي.

خامساً: الطفل المدلل: تُعدّ التنشئة الاجتماعية حجر الأساس في بناء شخصية متوازنة وسليمة للطفل، إذ تسهم مختلف أنماطها وأساليبها في تشكيل سلوكه وتوجيه تفاعلاته داخل الأسرة والمجتمع. غير أنّ بعض الآباء يسيئون فهم معنى الرعاية والاهتمام، فيعتقدون أن تلبية جميع مطالب الطفل دون حدود أو شروط هي السبيل الأمثل لإسعاده، وهو ما يؤدي إلى ظهور نمط من الشخصية يعرف بالطفل المدلل. هذه الفئة من الأطفال غالباً ما تعاني من مشكلات نفسية واجتماعية وسلوكية تؤثر سلباً في توافقهم الشخصي والدراسي والاجتماعي.

فالطفل المدلل هو ذلك الذي نشأ في بيئة أسرية تنسم بالمبالغة في تلبية رغباته وحمايته المفرطة، مما يجعله غير قادر على تقبل الحرمان أو الرفض، وغير مهياً لتحمل المسؤوليات أو مواجهة متطلبات الحياة.

خصائص الطفل المدلل: حدد علماء النفس 9 علامات كمقياس لمتلازمة الطفل المدلل، نشير إليها فيما يلي:

1. **مذهب مع الآخرين فقط:** يتعامل الطفل مع الآخرين بأسلوب مذهب دوماً، يشكر الجميع ويمتن لما يقدمونه له؛ لكن مع أسرته تختلف الأمور تماماً، ربما يحدث ذلك أحياناً بدون قصد، أو قد يشعر باستحقاقه الدائم لعطايا ومنح والديه، ومن ثم لا يرى دافعاً لتقديم الشكر. وهو ما يحذر منه علماء النفس، فهذه هي أقصر الطرق لتنشئة شاب لا يشعر بالامتنان لمن حوله.
2. **يتهرب من المهام المنزلية:** منذ سن الثالثة، ينبغي على الوالدين تدريب أطفالهم على القيام ببعض المهام البسيطة الملائمة لسنهم، وفي سن العاشرة يبدؤون بالمساعدة في الطبخ والغسيل والمهام الأكبر بما يناسب سنهم، إذا فشلت جميع محاولات تعويد الطفل على القيام بهذه المهام، فاعلم أن طفلك وصل إلى حد غير مقبول من التدليل والتنشئة غير السوية.
3. **لا يتوافق مع أقرانه:** عند التعامل مع الأطفال الآخرين، لا يدرك الطفل أن عليه مراعاة احتياجاتهم والإنصات لرغباتهم؛ لذا فعدم التعاطف الدائم مع أقرانه، يجعل الأصدقاء يميلون لرفض طفلك ضمن المجموعة فإذا رأيت طفلك معزولاً عن أقرانه، ودائم إلقاء اللوم عليهم، عليك أن تبحث جيداً عن أسباب ذلك، فربما كان المبالغة في تدليله قد أفست طبعه، حتى انفض الأصدقاء عنه.
4. **نوبات غضب غير مبررة:** هنا يجب التفرقة بين نوبة غضب لطفل صغير، وسلوك سيئ لطفل مدلل، فإذا وصل طفلك لسن المدرسة وما زال يتعامل مع رفض طلباته بنوبة من البكاء والصراخ والاستلقاء على الأرض، ورفض إشاراتك المتكررة بأن ذلك أسلوب خاطئ، وإذا شعر بانتصاره عند

إرهاقك وتعبك من المناقشة، فوافقت على طلبه، فهذا لا يعني أنك أمام طفل صغير يريد شيئا ما؛ لكنك تواجه طفلا مدللا سيحطم كل شيء ليحصل على ما يريد.

5. لا يجب المنافسة: الطفل المدلل ليس لديه استعداد للخسارة؛ لذا فهو يفضل عدم التنافس من الأصل، وقد يقع الآباء في فخ بعض طرق التربية الإيجابية، التي تربي الطفل على حتمية الفوز الدائم في المدرسة، والنادي، وفي الأنشطة والمهارات؛ لكن الحقيقة أن الخسارة واردة في كل مجالات الحياة، لا أحد يكسب دائما، ويجب تربية الطفل على تقبل الخسارة، وأن ذلك لا يقلل من جهده وقدراته ولا يعكس فشله.

6. لا يحترم والديه: يتعامل الطفل المدلل مع والديه وكأنهم أقرانه، ولا يتعلق الأمر هنا بحرص الأبوين على تنمية علاقة الصداقة مع الطفل؛ لكن الأمر يتعلق بغياب الدور الأبوي والسلطة الخاصة للأسرة أمام سلطة الطفل، وبالطبع هذا ليس خطأ الطفل؛ لكنه متعلق بطرق التربية التي يتبعها الوالدان.

7. يعاني من تدني تقدير الذات: هل تحاول إقناع طفلك دوما أنك مميز كأب، وتستطيع حل جميع العقبات التي تواجهه؟ تقول عالمة علم النفس: إيمي ماكريدي، إن التصرف بهذه الطريقة لن يجعلك بطلا في عين طفلك؛ لكنك ستحرمه من بناء ثقته بنفسه عبر التعلم من أخطائه، فعندما يواجه العالم بدون دعمك له، سيكتشف أن الأمور لا تسير بذات الطريقة، ومن ثم سيصبح دوما مفتقدا للثقة في نفسه وقدراته.

8. يريدك أن تدور في فلكه: لا يجب أن يدور عالم الأسرة بأكمله حول احتياجات الطفل، من المهم إيلاء الأطفال الاهتمام؛ لكن عليهم أيضا الانتباه أن لأفراد الأسرة أوقاتهم الخاصة.

9. لا يفهم قيمة المال: المال لا يأتي من العدم، وعلى الطفل تعلم تلك الحقيقة، فرغبته ليست أهم من ميزانية الأسرة، وفي عالم تسعى كل شركات التسويق إلى التأثير على رغبات الطفل واهتماماته، يجب أن يعرف الطفل جيدا قيمة الجهد المبذول وراء المال، وإذا لم يستوعب طفلك تلك الأمور، فأنت أمام طفل مدلل بكل المقاييس. (عبد الله، 2021)

يمكن كذلك أن نشير إلى خصائص الطفل المدلل فيما يلي:

- الميل إلى الأنانية وحب الذات.
- صعوبة تقبل كلمة "لا" أو أي شكل من أشكال الحرمان.
- ضعف القدرة على تحمل المسؤولية والاعتماد على الذات.
- ضعف مهارات التكيف الاجتماعي مع الأقران.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجا

- نوبات غضب متكررة عند رفض مطالبه.
- عزوف عن الدراسة وانخفاض الدافعية للتعلم.

الآثار السلبية لتدليل الطفل: لقد أجمع العديد من الباحثين على مجموعة من الأضرار والآثار لهذا النمط على الأبناء نلخصها في هذه النقاط:

- عدم تحمل الطفل المسؤولية، الاعتماد على الغير وفقدان الثقة بالنفس، أي يصبح شخصية اعتمادية وهو من أخطر نتائج هذا الأسلوب أن الطفل يصبح اعتماديا على الأم ثم على الأسرة ثم على الآخرين في كل شؤون حياته، اعتمادا بشكل معنوي ومادي، فيؤدي بالطفل إلى عدم تحمل مواقف الفشل والإحباط في الحياة الخارجية حيث تعود أن تلبي كافة مطالبه.
- نمو نزعات الأنانية وحب التملك للطفل، وحب الذات، حيث يتصور أنه مركز الحياة ومحور الكون.
- العناد: يجعل الطفل عنيدا لأنه لا يستطيع تنفيذ أي طلب أو أي أمر لأنه اعتاد على القيام بدور الأمر الناهي.
- التدخين والإدمان: من نتائج استخدام أسلوب الغمر العاطفي (التدليل الزائد) في التربية أن يعتاد الطفل على الإشباع الفوري، غير مؤجل لرغبته، وبالتالي لا يستطيع تأجيل الإشباع ولا يستطيع تحمل الحرمان والضغوط، فيصبح فريسة سهلة لبائعي المخدرات باعتبار المخدر هو الإشباع الفوري للرغبة.
- الوقوع في مشكلات جنسية: ما إن يصل إلى مرحلة المراهقة وتبدأ تلح عليه الرغبات الجنسية لا يستطيع الصبر والتأجيل، وإنما ينفذ رغباته بالمعاكسات والتحرشات الجنسية وربما الاغتصاب والوقوع في الفاحشة. (يحيى و وناس، 2018، ص 325-326)

بالإضافة إلى ذلك فمن نتائج التدليل المبالغ فيه للطفل :

- ضعف الاستقرار النفسي والاجتماعي.
- صعوبة بناء علاقات سوية مع الآخرين، والنفور من قبل الأقران.
- انخفاض مستوى الإنجاز الدراسي وضعف الشعور بالجدية.
- الشعور بعدم السعادة والرضا رغم وفرة الإمكانيات.

إرشاد حالة الطفل المدلل: إنّ التدليل المفرط ليس وسيلة لبناء شخصية قوية، بل على العكس يعدّ من أبرز أسباب ظهور اضطرابات في شخصية الطفل وعلاقاته بالآخرين. لذلك، فإنّ التدخل الإرشادي ضرورة لمساعدة الوالدين على تعديل أساليب التنشئة، ولإكساب الطفل خبرات حياتية تسهم في تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي والدراسي، ويمكن تقديم مجموعة من الإرشادات كالتالي:

- توعية الوالدين بأن التدليل الزائد ليس تعبيراً عن الحب، بل قد يكون سبباً في إعاقة نمو شخصية الطفل.
- مساعدة الأسرة على إرساء أسلوب تربية متوازن يقوم على الاعتدال بين الحزم والمرونة.
- تدريب الطفل على تحمل المسؤوليات المناسبة لعمره، وتنمية روح التعاون والانضباط لديه.
- تعزيز مهارات التواصل الاجتماعي والتفاعل الإيجابي مع الأقران.
- استخدام أساليب تعديل السلوك (مثل التعزيز الإيجابي والحرمان المؤقت) لتقويم السلوكيات السلبية.

سادساً: الطفل المهمل:

يعرف إهمال الطفل بأنه الفشل في تزويد الطفل بالحاجات الأساسية، ويتخذ الإهمال أشكالاً مختلفة منها: الإهمال الصحي ويتمثل في عدم تزويد الطفل بالغذاء والملبس المناسب، وإهمال العناية الطبية للطفل وعزله في البيت أو عدم السماح له بالخروج أو طرده، أما الإهمال التعليمي فيتضمن حرمان الطفل من التعليم، أو الفشل في وضعه في مدرسة مناسبة لعمره، والسماح له بالتهرب من الواجبات المدرسية وعدم تلبية احتياجاته التعليمية.

أما الإهمال النفسي فيوصف بأنه الفشل في تزويد الطفل بالرعاية النفسية وحرمانه من العطف والحنان الأبوي والسماح للطفل بتعاطي المخدرات والكحول ومشاهدة الخلافات بين الزوجين.

كما يتمثل الإهمال في ترك الطفل دون تشجيع على السلوك المرغوب فيه أو الاستجابة له، كذلك دون المحاسبة على السلوك غير المرغوب، بالإضافة إلى ترك الطفل دون توجيه وغالبا ما ينتج عن هذا الاتجاه نتيجة عدم التوافق الأسري الناتج عن العلاقة الزوجية السيئة، ولربما لعدم رغبة الأم في الأبناء أو ربما وجود أم مهملة لا تعرف واجباتها اتجاه أبنائها، مثل هذا الإهمال المتكرر قد يفقد الطفل الإحساس بمكانته عند أسرته ويفقد الإحساس بحبهم له وانتمائه إليهم. (بالقاسمي ولفقير، 2018، ص 12)

ومنه نستنتج أن الإهمال الوالدي يقصد به غياب الاهتمام الكافي بالطفل، سواء من أحد الوالدين أو كليهما، ما يجعله يعيش حرماناً على مستويات متعددة. ويتجسد ذلك في:

- ❖ إهمال نفسي انفعالي: تجاهل مشاعر الطفل وحرمانه من الحنان.
- ❖ إهمال صحي وطبي: التقصير في رعايته الجسدية أو العلاجية.
- ❖ إهمال معرفي وتعليمي: عدم متابعته دراسياً أو إغفال تحفيزه للتعلم.

أثر الإهمال الوالدي على الأبناء:

- ❖ العناد: ويكون العناد هنا للفت الانتباه وجذب الأنظار، وكأن لسان حال الطفل يقول: (أنا إنسان ولست مهماً، لي مشاعر يجب أن تهتموا بها ولي أفكار يجب أن تستمعوا إليها ولي رغبات ينبغي أن تلي وحاجات يجب أن تقضى).
- ❖ الشجار مع الإخوة: كي يقتل ملل الإهمال، وكي ينقل العدوان من الأب والأم المهملين له إلى أقرب شخص بجواره وهم إخوته.
- ❖ التبدل الانفعالي: إن تجاهل الأبناء من أقصى أنواع العدوان الصامت، ومع تكرار التجاهل والإهمال يصاب الأبناء بالتبدل.
- ❖ الهروب من البيئة الطاردة إلى بيئة جاذبة: يهرب كثيراً من الأبناء حيث لا يجدون من يثيب لسلوك جيد أو من يعاقب على سلوك سيء، ومن ثم يهرب الأبناء إلى أصدقائهم أياً كانت طبيعة هؤلاء الأصدقاء حيث يسمعونهم ويعطونه الاهتمام الذي يفتقده مع عائلته فيشعر بذاته.
- ❖ فقدان الانتماء للأسرة ومن ثم المجتمع: الأسرة التي لا تعطي لأبنائها كيف تطلب منه مبادلة الاهتمام والانتماء؟! ربما ينتمي لجدران تؤويه ولكن لا ينتمي لإنسان يهمله، وينقل الابن فقدان الاهتمام من الأسرة الصغيرة إلى الأسرة الكبيرة، أسرة الدراسة، أسرة العمل، بل المجتمع بأسره.
- ❖ التدخين والإدمان: وحين يكبر الطفل ليصبح مراهقاً أو شاباً يسلم نفسه للإدمان بسبب افتقاده للإحساس بالذات والشعور بالإحباط، فهو يجد السلوى وضياح الملل في ذلك، بالإضافة إلى اهتمام الأصدقاء الذين يحيطونه ويحرضونه على هذا الأمر. (الياسري، 2022)

بالإضافة إلى ما يلي:

- ضعف الثقة بالنفس والشعور بالدونية.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) - الطفولة المسعفة نموذجاً

■ اضطرابات انفعالية كالقلق والاكتئاب.

■ صعوبات في التحصيل الدراسي وانخفاض الدافعية للتعلم.

■ سلوكيات غير متوازنة: الانطواء أو العدوانية.

■ صعوبة بناء علاقات اجتماعية سليمة.

إرشاد حالة الطفل المهمل: الإهمال الوالدي يشكل خطراً مباشراً على النمو النفسي والاجتماعي والمعرفي للطفل. ولأنّ الطفل هو نواة المجتمع، فإنّ رعايته وحمايته من آثار الإهمال مسؤولية جماعية، تبدأ من الأسرة وتُدعم بتدخل المرشد النفسي. إنّ الهدف النهائي من هذه الجهود هو بناء شخصية متوازنة، وطفل سليم قادر على التكيف مع ذاته ومحيطه. ويمكن اقتراح مجموعة من الإرشادات كالتالي:

1. بناء علاقة مهنية آمنة مع الطفل قوامها الثقة والاحترام.
2. إشباع حاجاته العاطفية عبر التواصل الدافئ وتقدير مشاعره.
3. تعزيز ثقته بنفسه من خلال إبراز قدراته وتشجيعه على الإنجاز.
4. التكفل بصحته الجسدية والنفسية والتوجيه نحو العادات الصحية السليمة.
5. مساندته تربوياً وتعليمياً عبر الدعم المدرسي والمتابعة الفردية.
6. إكسابه مهارات اجتماعية تساعد على الاندماج والتفاعل الإيجابي مع أقرانه.
7. إرشاد الأسرة وتوعيتها بخطورة الإهمال وأساليب التعامل الإيجابي.
8. ضمان متابعة مستمرة بخطة إرشادية تراعي خصوصيات كل حالة.

الطفولة المسعفة (نموذجاً)

تمهيد:

تعدّ الطفولة إحدى المراحل الجوهرية في مسار النمو الإنساني، حيث تتشكل خلالها اللبنة الأولى لشخصية الفرد من خلال ما يتلقاه من رعاية نفسية واجتماعية وتربوية داخل محيطه الأسري. فالأسرة تمثل الإطار الطبيعي والآمن الذي يضمن للطفل الإشباع العاطفي والتنشئة السليمة، غير أنّ هذا الدور لا يتحقق دائماً، إذ قد يحرم عدد من الأطفال من وجود الأسرة ككيان حاضن بفعل اليتم أو التفكك الأسري أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية القاسية. وفي هذا السياق برز مفهوم الطفولة المسعفة، الذي يشير إلى فئة من الأطفال الذين يفتقدون السند الأسري والمأوى، ويجدون أنفسهم في حاجة إلى بدائل مؤسسية توفر لهم الرعاية والحماية.

إنّ هذه الفئة من الأطفال غالباً ما تواجه جملة من التحديات النفسية والانفعالية والسلوكية التي تعيق اندماجها الاجتماعي وتوازنها النفسي، وهو ما يفرض ضرورة التدخل المنهجي للإرشاد النفسي بوصفه عملية موجهة تهدف إلى تلبية حاجاتهم، مساعدتهم على التكيف مع أوضاعهم الخاصة، وتمكينهم من بناء شخصية متوازنة قادرة على مواجهة متطلبات الحياة. وعليه، فإنّ تناول موضوع إرشاد حالة الطفولة المسعفة يكتسي أهمية بالغة من حيث تسليط الضوء على ماهية هذه الفئة، أصنافها، خصائصها، والمشكلات التي تعترضها، مع إبراز الأبعاد الإرشادية الكفيلة بتيسير رعايتها النفسية والاجتماعية.

(1) تعريف الطفولة المسعفة:

يعرف الطفل المسعف حسب آنا فرويد: " هم أطفال بلا مأوى ولا عائلة لهم، لديهم تفكك في حياتهم الأسرية بسبب ظروف قاهرة ومن ثم انفصلوا عن أسرهم وحرموا من الاتصال الوجداني بهم، وما إلى ذلك من فقدان للأثر التكويني الخاص بهم والذي يكون سببه الرفض العائلي والحقوق بدور الحضانة أو مراكز الطفولة والملاجئ". (زهران، 1988، ص 25)

تم تعريف الطفولة المسعفة أو أيتام الدولة حسب قانون الصحة العمومية في الجريدة الرسمية من الأمر رقم 79-76 في المادة 246 بتاريخ 23-10-1973 أين يوضح الوضع المادية للأطفال وأين يتم استقبالهم تحت وصاية مصلحة الإسعاف العمومي وهم:

- المولود من أم وأب مجهولين ووجد في مكان ما وهو الوليد اللقيط.
- الذي لا أب ولا أم له ولا أصل يمكن الرجوع إليه وليس له أي وسيلة للمعيشة وهو اليتيم الفقير.
- الذي سقط من سلطة الوالدين بموجب تدبير قضائي وعهد بالوصاية إلى الإسعاف العمومي للطفولة. (الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، 1973، ص 11-14)

(2) أصناف الطفولة المسعفة: لقد صنف العالم صول SOULE ونوال NOEL الأطفال المسعفين إلى فئات:

- اليتامى القاصرون: هي الفئة التي توجه من طرف المستشفيات إلى المصالح المعنية لتربيتهم والإشراف عليهم، وينتهي إليها كل الأطفال الذين ليست لديهم علاقة تربطهم بعائلاتهم الطبيعية، خاصة العلاقة الوالدية، وتسمى هذه الفئة ب: "الأطفال غير الشرعيين" وقد يكون

الطفل مجهول الوالدين، فتتكفل به مصلحة الشؤون الاجتماعية، أو يكون مجهول الأب ومعلوم الأم فيحمل اسمها.

- الأطفال المكفولين: هي الفئة التي توجه من طرف قاضي الاحداث على اعتبارها في حالة تشرد أو في حالة خطر معنوي ومادي، وهذا يعني أن هذه الفئة من الأطفال تنتمي إلى العائلات التي لديها مشاكل في عدم القدرة على التكفل بالطفل في كل النواحي وعدم توفير الجو النقي الملائم لنمو الطفل السليم.
- فئة الأطفال المؤقتين: هي الفئة التي تودع في مؤسسة مختصة من طرف الأولياء لمدة محددة نتيجة لمصاعب مادية مؤقتة لكن في أغلب الأحيان تبقى هذه الفئة لمدة طويلة هناك، بحيث أن العمل بهذه الطريقة غير مجدي في بلادنا لأن بعض العائلات تلجأ للتخلص من أطفالها خاصة إذا كانوا من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- فئة الأطفال المراقبين: هي الفئة التي يكون موضوع معاونة تربوية ضمن عائلاتهم أو في مؤسسة خاصة. (طالب، 2017، ص71)

3) خصائص الطفل المسعف:

إن غياب الرعاية الأساسية في حياة الطفل يؤثر فيه، أو يجعله يتراجع في نموه أو يظهر بعض التصرفات التي تؤثر فيه شتى الجوانب هي:

الخصائص الجسمية للأطفال المسعفين:

- ارتفاع مرضية الأطفال في اضطرابات متنوعة حيث تقول AUBRY "الإحباط يمنع الجسم من تطوير مناعة ضد الميكروبات العادية ، وهكذا يظهر الإحباط كعامل أساسي في مرضية ووفيات الأطفال "
- وفيات بسبب الأمراض و ضعف المناعة ، بالإضافة إلى الهشاشة أمام الفيروسات. - ضعف البنية الجسمية ولحافتها و كساح ، وتأخر التسنين.

خصائص نفس - حركية للأطفال المسعفين: تتمثل في:

- تأخر جزئي أو شامل حسب الطفل، في اكتساب الوضعيات مثل الجلوس، الحبو، المشي . - اضطرابات نفس حركية و إيقاعات مثل : أرحة الرأس أو كل الجسم ، مص الأصابع اللعب بالأيدي ، اغلاق العينين بواسطة الأصابع ، ضرب الرأس على السرير أو الحائط ، تستعمل هذه السلوكات من طرف الطفل لتهديئة القلق وقد يستمر حتى الرشد ،

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجا

- اضطرابات حركية فيما يخص القبض ، عدم التحكم في اليد ، ضعف التنسيق بين الحركة و العين قبض في الفراغ.

خصائص لغوية للأطفال المسعفين:

حسب "AUBRY" حاصل النمو (q.b) ينخفض بقدر ما ازدادت مدة بقاء الطفل بالمؤسسة". و النمو يضطرب و يدهور اللغة ، وتمثل أشكال التدهور في تأخر شامل أو جزئي ، لغة آلية فقيرة ، وضعف الفهم و التركيز.

البكم هي حالة نفسية معقدة يكون فيها الطفل المسعف رافضا للكلام مع من هم حوله ، فهذه الحالة غالبا ما يصنفها علماء النفس ضمن الميكانيزمات الدفاعية التي تساعد الطفل على الهروب من واقعه المؤلم ، و بالتالي يلجأ الطفل إلى الصمت يعتبر غالبا إعلانا عن عدم رغبتها في الاندماج مع وسطه الاجتماعي.

خصائص اجتماعية للأطفال المسعفين:

نجد نوعين من الأطفال ، بعضهم في حركة دائمة يلبسون كل شيء ، يتشبثون بكل من يدخل إلى المؤسسة (غريب أو معروف) يلتصقون به و يطلبون منه حملهم و الاهتمام بهم ، مما يجعل الملاحظ الغريب يظن أن الطفل الاجتماعي وله علاقة جيدة مع الآخرين ، لكن في الواقع هي علاقات سطحية تزول بزوال اهتمام الآخر، إن علاقاتهم سطحية ، و تعلقهم عابر مدى عبور الأشخاص و هذا لتعدد أوجه الأمومة و عدم ثباتها.

الصف الثاني منطوي لا يبالي بالآخر عند الاقتراب منه يبكي أو يخفي وجهه أو ينسحب.

خصائص إدراك الذات للأطفال المسعفين:

ضعف معرفة الجسم لأن الطفل يتعرف على جسمه من خلال عناية و معاملة الأم له ، و توظيفها لجسمه بملاطفته و لمسه و تقبيله لكن الطفل في المؤسسة لا يحظى بهذه العناية الوجدانية ، فهو يعيش في فراغ بدون مثيرات تساعد على الإحساس و الإدراك بجسمه و بخصائصه.

خصائص سلوكية للأطفال المسعفين:

- تتمثل في:

- اللاانضباطية : اضطراب يصيب الصغار و المراهقين و الكبار و عدم الانضباط الحركي و النفسي (ضعف الانتباه و التركيز) ، و تبقى اللاانضباطية حتى سن الرشد في العلاقات وفي العمل و التكوين.
- عدوان ذاتي : كضرب الرأس ، عض يديه ، لطم وجهه أو نتف شعره ، ارتقاء على الأرض ، تشنجات تحت تأثير الغضب والإحباط.
- حقد و عدوان : ضد المتسببين في الترك ، ثم يعمم ضد كل المحيطين به ، إلا إذا وجد عائلة بديلة مقبولة و مستمرة.
- التبول اللاإرادي : وهي غالبا ما يكون مصدرها إما نفسي أو عضوي ، و تظهر معالم هذه الحالة خاصة دون سن الثالثة من العمر ترجع إلى الواقع أثناء النوم ، أو يرجع العديد من علماء النفس هذه الظاهرة إلى وجود اضطرابات نفسية تلقي بثقلها خاصة على الطفل المسعف ، الذي يكون عادة أكثر الأطفال حاجة إلى الحنان و حمايتها ورعايتها.
- الخوف : و عادة ما تظهر حالات الخوف عند الطفل قبل النوم مباشرة أو أثناء استغراقه فيه ، فالطفل الذي يعاني من هذا النوع من الاضطراب غالبا ما يكون خوفه هذا بمثابة انعكاس للحالة النفسية التي يفرضها عليه واقعه المعاش ، بحيث يكون لهذا الواقع الأثر المباشر أو الغير مباشر على مجمل سلوكه . ففي كثير من الحالات يترجم الخوف عند الطفل إلى جملة من السلوكات الحادة كالصراخ ، الفزع الشديد ، العدوانية ، البكاء ، ويرجع علماء النفس أسباب مثل هذه السلوكيات إلى شعور الطفل بعدم الأمان و الضياع ، ولكن سرعان ما تخف حدة هذه الانفعالات إذا وجد الطفل نفسه محاطا بحنان أمه ، و حينئذ تصبح عملية النوم لديه طبيعية و يمكن إجمال خصائص الطفل المسعف في أنه : مهمل ، حزين، وأحيانا حد عطوف وودود ، غير مستقر، كثيرا ما يعاني من اضطرابات سلوكية متنوعة كاضطرابات جسدية ، و أنه انفعالي ، منعزل ، وفي بعض الأحيان نجول ، يعاني من التبول اللاإرادي ، التبرز اللاإرادي ، مشوش ، فوضوي ، سيء ، غريب التصرف. (بلاطي، 2025)

4) مشكلات الطفل المسعف: يلجأ الطفل المسعف إلى التصرف بطريقة مغايرة تماما عن من هم في

سنه، فتصرفاته عادة ما تتميز بالتطرف نتيجة تراكم المشاكل التي يعاني منها:

- السلوك العدواني: يظهر عادة في نوعين:
عدوان ذاتي: يضرب رأسه، عض يديه ولطم وجهه أو نتف شعره، الارتقاء على الأرض وتشنجات تحت تأثير الغضب والإحباط.

- عدوان نحو الآخرين: خاصة مع الأطفال لان الكبار لا يقبلونه فينتقم من الأصغر منه أو من المعوقين.
- السلوك التخريبي: تمزيق الكتب، تكسير الوسائل، إتلاف الأوراق وإتلاف ممتلكات الآخرين.
 - السلوك العاطفي الاتكالي: البكاء، تعرضه لنوبات غضب متكررة، التحدث الدائم مع الأطفال الصغار، تبلييل ملابسه، إثارة المتاعب والمطالب الكثيرة.
 - السلوك الفوضوي: ترك حجرة الدراسة، إلقاء الأشياء بالأرض لإحداث الضجيج والصياح في حجرة الدرس، الهروب من المدرسة، التأخر وعدم احترام المواعيد والأوقات.
 - التبول اللاإرادي: حيث تشير ميموني (2003) "أن التبول دائم ومنتشر وتبقى نسبة منهم تبول حتى سن المراهقة وفي نسبة قليلة يبقى التبول حتى سن الرشد.
 - السرقه: حسب ميموني "لوحظ أن مجموعة تمارس أنواع من السرقة ففهم من يقوم بالسرقة من النافذة بهدف سرقة النقود، كما ان البعض يقوم بسرقة المأكولات وذلك أثناء انشغال الآخرين والبعض يسرق أشياء تافهة.
 - الكذب: ممارسة أنواع من الكذب وفقا لمواقف متعددة منها إلحاق الضرر أو إرضاء أحدهم مقابل شيء معين.
 - الهروب: تعد من أصعب المشاكل التي يعاني منها أي مركز، حيث أصبح هذا الهروب سلوكا غير مرغوب فيه واكتساب عادات واتجاهات سلبية تنعكس على باقي الأطفال، هذا إلى جانب الهروب من المدرسة.
 - الشراهة: الإقبال على الطعام بطريقة غير عادية هذا إلى جانب حدوث مظاهر سلوكية شاذة تتمثل في أكل الفضلات أحيانا.
 - اللائضباطية: اضطراب يصيب مختلف الأعمار، فيلاحظ عليهم عدم الانضباط الحركي والنفسي كضعف الانتباه والتركيز، وتبقى اللاانضباطية حتى سن الرشد في العلاقات وفي العمل وفي التكوين.
 - الجنوح: حاول بعض الباحثين ربط الجنوح بالحرمان الأمومي، مثل بولي Bowlby في دراسته لعينة من اللصوص وجد أنهم عانوا من التفريق والحرمان العائلي في طفولتهم. وحسب بعض الدراسات وقوع الجنح مرتفع من (4) إلى (5) مرات عند المحرومين.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجا

- المشكلات الجنسية: هناك بعض السلوكات الجنسية خاصة في مرحلة ما قبل البلوغ أو أثناءها وقد تظهر سلوكات جنسية شاذة في بعض الأحيان.
- الرسوب المدرسي: يعتبر الرسوب والتأخر المدرسي ظاهرة منتشرة بين الأطفال المسعفين فأغلبهم يدخلون المدرسة، فقط ما يعادل (8,06) يصل إلى مستوى التعليم المتوسط و(6,42) إلى مرحلة التعليم الثانوي. (ميهوبي، 2023، ص-ص 133-135)

وعليه نستنتج أن فئة الطفولة المسعفة تعاني جملة من المشكلات المتنوعة والمتداخلة، يمكن تصنيفها على النحو الآتي:

أولاً: المشكلات النفسية والانفعالية:

- القلق المستمر والتوتر النفسي.
- الشعور بالحرمان العاطفي وعدم الأمان.
- تدني مستوى الثقة بالنفس والشعور بالدونية.
- الاكتئاب والحزن المزمن نتيجة فقدان الروابط الأسرية.

ثانياً: المشكلات الاجتماعية والعلائقية:

- صعوبة الاندماج الاجتماعي وضعف بناء العلاقات السوية مع الآخرين.
- العزلة والانطواء أو على العكس التمرد ورفض السلطة.
- غياب الدعم الأسري وما يترتب عنه من هشاشة في العلاقات الإنسانية.

ثالثاً: المشكلات التربوية والمدرسية:

- تدني مستوى التحصيل الدراسي وضعف الدافعية للتعلم.
- صعوبات في الانضباط والالتزام بالقوانين المدرسية.
- الانقطاع المبكر عن الدراسة أو الغياب المتكرر.

رابعاً: المشكلات السلوكية:

- السلوك العدواني اللفظي أو الجسدي تجاه الآخرين.
- الميل إلى الهروب من المؤسسات أو البيئات الإيوائية.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) - الطفولة المسعفة نموذجا

- ممارسة سلوكيات منحرفة كالكذب والسرقة...
- الانجراف نحو رفقة السوء والانحرافات الاجتماعية.

خامسا: المشكلات الصحية والجسمية:

- ضعف الرعاية الصحية والتغذية في بعض الحالات.
- اضطرابات النوم والشهية.
- التعرض للأمراض المزمنة أو الإهمال الصحي.

(5) إرشاد حالة الطفل المسعف:

تعدّ فئة الطفولة المسعفة إحدى الفئات الاجتماعية الهامة التي استقطبت اهتمام الباحثين والمختصين، وذلك لما تعانيه من مشكلات متعددة نفسية، اجتماعية، تربوية وسلوكية، قد تعيق مسار نموها الطبيعي وتكامل شخصيتها. وإدراكاً لهذه التحديات، تركّزت الجهود العلمية والمهنية على البحث عن أنجع السبل للتعامل مع هذه الفئة الهشة، بما يضمن لها الرعاية والحماية والتوجيه السليم. ومن هذا المنطلق، يبرز الدور المحوري للمرشد النفسي الذي يتدخل ضمن مجال اختصاصه لمساعدة الطفل المسعف على تنمية وعيه بذاته، إدراك قدراته وإمكاناته، اتخاذ قرارات مناسبة في حياته اليومية، فضلاً عن تمكينه من استراتيجيات مواجهة مشكلاته بفعالية، بما يعزز فرص تكيفه النفسي والاجتماعي.

يمكن أن نقترح مجموعة إرشادات لمرافقة الطفل المسعف كما يلي:

1. إشباع الحاجات النفسية الأساسية من خلال توفير بيئة داعمة قائمة على الحب، التقبل، والأمان.
2. تنمية مهارات التكيف الاجتماعي عبر إشراك الطفل في أنشطة جماعية تعزز التعاون، التواصل، وبناء العلاقات الإيجابية.
3. تعزيز تقدير الذات والثقة بالنفس من خلال تشجيعه على التعبير عن آرائه، الاعتراف بإنجازاته مهما كانت بسيطة، وإشراكه في اتخاذ القرارات المتعلقة به.
4. إكساب الطفل استراتيجيات حل المشكلات عبر تدريبه على التفكير المنطقي، وتوجيهه نحو بدائل سليمة للتعامل مع المواقف الصعبة.

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجا

5. المتابعة التربوية والتعليمية من خلال دعمه في مساره الدراسي وتقديم المساعدة في تجاوز صعوبات التعلم أو ضعف الدافعية.
6. الوقاية من السلوكيات المنحرفة عبر غرس القيم الأخلاقية والاجتماعية، وتوفير قدوات إيجابية بديلة.
7. تقديم الدعم النفسي الفردي والجماعي من خلال الجلسات الإرشادية التي تساعد على التنفيس الانفعالي، تجاوز الصدمات، والتكيف مع وضعه الجديد.
8. التنسيق مع مختلف الجهات الفاعلة (مؤسسات الرعاية، المدرسة، المجتمع المدني) لضمان تكفل شامل ومتكامل بالطفل المسعف.

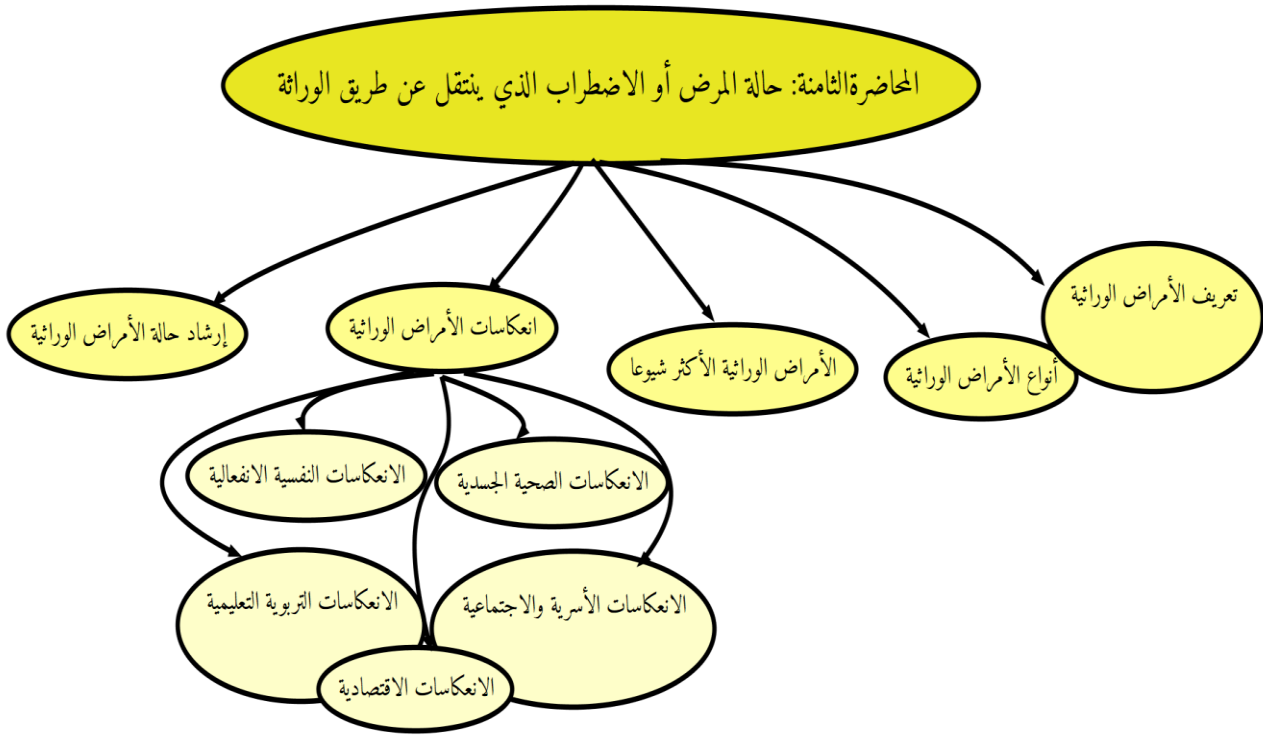
مثال توضيحي: فاعلية برنامج علاجي قائم على فنية التدريب التحصيلي لدى عينة من الأطفال المسعفين بدار الحضانة بنون. (بقال، 2012، ص66-67)

المحاضرة السابعة: الأسرة بدون أطفال، بطفل وحيد، بأطفال ذكور، بأطفال إناث، الطفل المدلل، الطفل المهمل، حالة الطفل الذي يعيش في المؤسسة (حرمان من الحياة الأسرية) -الطفولة المسعفة نموذجاً

اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج العلاجي على أدبيات البحث النظري فيما يخص تدريبات التحصين من الضغط النفسي لمايكنيوم، كما اطلعت الباحثة على مجموعة من البرامج العلاجية تتناول الضغط النفسي مثل برنامج كوترو، وقد تكونت جلسات البرنامج من تسع جلسات، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسة في المتوسط (45) دقيقة، حيث تمت جميع الجلسات بدار الطفولة بنون بوهران. وقد امتد تطبيق البرنامج لمدة ثلاثة أشهر (منذ بداية شهر ديسمبر إلى غاية شهر فبراير). وتضمن البرنامج العلاجي تدريبات التحصين من الضغط النفسي الجلسات التالية:

1. **جلسة تمهيدية أولية:** هدفها وتحقيق أفضل درجة من الثقة والألفة والتقبل بين أفراد المجموعة التجريبية والباحثة، والاتفاق على منهجية العمل من خلال المواظبة على الجلسة العلاجية في الموعد المحدد .
2. **جلسة العلاج المعرفي :** تعديل و إعادة تركيب البنية المعرفية: تتضمن هذه الجلسة إتاحة الفرصة لكل مفحوص بإقرار وجود تفكيراً مشوهاً عن ذاته وعن الآخرين ، والذي أدى إلى ظهور ضغط نفسي لديه، وهذا استناداً على ما تم تسجيله من عبارات وأفكار مصاحبة للمواقف الضاغطة، في الواجب المطلوب، ثم مساعدته على إيجاد البدائل المختلفة لتلك الأفكار والعبارات.
3. **جلسة مناقشة المهارات التوافقية المستخدمة:** تتضمن هذه الجلسة الطلب من المفحوصين مراجعة ما تم تسجيله من مهارات توافقية خلال مواجهة الضغط النفسي، استناداً على ما تم ذكره في الواجب المطلوب منهم في الحصة السابقة، والهدف من هذه الجلسة هو جعل المفحوص يدرك، ويتدرب على استخدام ما يتضمنه البرنامج من أساليب توافقية.
4. **جلسة تنمية قدرة المدمن على مواجهة مواقف مسببة للضغط النفسي مصطنعة:** تتضمن هذه الجلسة الطلب من المفحوصين إدراك وتقييم استجاباته تجاه مواقف مصطنعة ، وكيفية التصدي لها من خلال جعله يتحدث عن هذا الموقف، الهدف من هذه الجلسة هو وإدراك الخبرات الإيجابية واستبعاد الخبرات السلبية في مواجهة الضغوط.
5. **جلسة إكساب المدمن مهارة التقييم الذاتي:** تتضمن هذه الجلسة مراجعة ما سجله كل مفحوص من مهارات توافقية في مواجهته للمواقف المسببة للضغط، وهذا استناداً على ما تم تسجيله في الواجب المطلوب، الهدف من هذه الجلسة هو جعل المدمن يدرك طريقة تعامله مع الأحداث المسببة للضغط النفسي.
6. **جلسة القياس البعدي:** تتضمن هذه الجلسة إعادة تطبيق مقياس الضغط النفسي لدى المفحوصين مرة ثانية، والهدف من هذه الجلسة هو بيان أثر البرنامج العلاجي في إحداث التغيير المطلوب.
7. **جلسة دعم المهارات التوافقية:** تتضمن هذه الجلسة الطلب من كل المفحوص تسجيل المواقف المسببة للضغط النفسي، مع تسجيل المهارات التوافقية التي اعتمد عليها العميل للتصدي لها، والهدف من هذه الجلسة هو دعم المهارات التوافقية التي قدمت للعميل في البرنامج العلاجي، و المتمثل في تدريبات التحصين من الضغط النفسي المذكورة آنفاً.

8. **جلسة تقديم معلومات عن الأداء:** : تتضمن هذه الجلسة الطلب من كل مفحوص، تقديم معلومات عن كيفية مواجهة الضغط النفسي في حياته اليومية، استناداً على ما تم تسجيله في الواجب المطلوب، والهدف من هذه الجلسة هو الكشف الانجازات التي تم بلوغها من قبل العميل نتيجة التدخل العلاجي.
9. **جلسة المتابعة:** بعد فترة ثلاثة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، يطبق مقياس التوافق كمقياس تتبعي على المفحوصين، والهدف من هذه الجلسة هو التأكد من استمرار التحسن والتقدم لدى المفحوصين على إثر ما اكتسبوه في الجلسات العلاجية المذكورة آنفاً.



خريطة مفهوم توضح عناصر المحاضرة الثامنة: حالة المرض أو الاضطراب الذي ينتقل عن طريق الوراثة



تمهيد:

تعدّ الأمراض المزمنة والوراثية من أبرز التحديات الصحية والنفسية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، لما لها من انعكاسات سلبية على التوازن النفسي والاجتماعي للأفراد والأسر على حد سواء. فالأمراض الوراثية على وجه الخصوص تنشأ نتيجة خلل في الموروث الجيني، يتم انتقاله من أحد الوالدين أو كليهما إلى الأبناء، وهو ما يفسر شيوع إصابة عدة أفراد من العائلة الواحدة بنفس الاضطراب. وتكتسي هذه الأمراض أهمية بالغة ليس فقط من حيث انتشارها وتنوعها، بل أيضاً لما تخلفه من تداعيات عاطفية، تعليمية، اجتماعية واقتصادية على المصاب وأسرته. ومن هذا المنطلق، تأتي أهمية الإرشاد النفسي كآلية علمية ممنهجة تهدف إلى تمكين الأفراد وأسرهم من التكيف مع طبيعة هذه الأمراض، وفهم أبعادها، واكتساب مهارات التعايش معها بشكل يقلل من حدة معاناتها وآثارها الجانبية. وعليه، فإن هذه المحاضرة ستتناول بالعرض والتحليل ماهية الأمراض الوراثية، أنواعها وأبرزها شيوعاً، ثم نُفَصِّل في انعكاساتها المختلفة على الفرد والأسرة، لنُختم بتقديم دراسة حالة واقعية مدعّمة بجملة من الإرشادات العملية التي يمكن أن تساعد في التخفيف من حدة هذه المشكلات والوقاية من آثارها المستقبلية.

(1) تعريف الأمراض الوراثية:

الأمراض الوراثية هي الأمراض التي تنشأ عن خلل في العوامل الوراثية والتي قد تحدث تغيرات أو تلف في المادة الوراثية مما يسبب المرض. (مورجان، 2008)

الأمراض الوراثية هي مجموعة من أمراض لها نظام معين من التوارث في أسرة ما، لعدة أجيال ويكون سببها عيب في تركيب الكروموسومات أو الجينات أو عيب في الوظيفة النهائية الناتجة للجين. (الكيلاني، 2011، ص24)

أو هي مجموعة كبيرة من الأمراض التي تظهر على الإنسان نتيجة خلل في المادة الوراثية عنده، انتقلت إليه من الأم أو من الأب أو من كليهما أو ظهرت بشكل طفرة دون أي يكون لها أساس سابق عند الوالدين وهذه الأمراض تكون بصفة سائدة أو بصفة متنحية. (مستاري، 2018، ص168)

ونسنتج أن الأمراض الوراثية هي مجموعة من الاضطرابات الصحية التي تنشأ نتيجة حدوث خلل في المادة الوراثية (الجينات أو الكروموسومات) يؤثر في البنية أو الوظيفة الطبيعية للخلايا، وتنتقل هذه الاضطرابات من أحد الوالدين أو كليهما إلى الأبناء عبر الموروث الجيني. وتظهر هذه الأمراض بأشكال متعددة قد تكون واضحة منذ الولادة أو كامنة لتظهر في مراحل لاحقة من النمو، كما تختلف في شدتها بين

الطفيفة التي لا تعيق سير الحياة اليومية، وبين الخطيرة التي قد تؤثر بعمق في النمو الجسدي والنفسي والاجتماعي للفرد.

(2) أنواع الأمراض الوراثية: تنقسم الأمراض الوراثية إلى عدة انقسامات لاعتبارات معينة، وقد تم تقسيم أنواع الأمراض الوراثية من حيث الخطورة إلى:

■ **أمراض وراثية شديدة الخطورة تسبب الوفاة**: أثبتت الدراسات والإحصائيات الحديثة وجود 3% على الأقل من حالات الحمل، مصابة بأمراض وراثية قد تتدي بحياتهم نتيجة تأثرهم بالجينات المميتة، وقد أجريت إحصائية على الأطفال المرضى في مستشفيات بعد البلاد الغربية، فوجد أن وفاة 83 % منهم بأمراض وراثية، ومن أمثلتها: مرض رقص رقص هنتنغتون: وهو مرض ناجم عن خلل في الصبغي الرابع، ويؤدي إلى نوع من الشلل مرفوقا بإصابة عقلية يظهر متأخرا، وينتهي بالموت، ومرض تاي ساكس: الذي يبدأ بالتخلف العقلي وينتهي بالموت.

■ **أمراض وراثية مزمنة**: وهي أمراض يمكن للإنسان التعايش معها، لكن لم يهتم الطب الحديث لعلاجها بعد، ومن أمثلتها: مرض السكري، ومرض ضغط الدم، ومتلازمة داون، وبعض الأمراض القلبية.

■ **أمراض وراثية قابلة للعلاج**، لكنها تكرر: وهي أمراض يعالجها الأطباء لكن بصفة مؤقتة، فيحتمل تكررها، ومن أمثلتها: مرض أنيميا الخلية المنجلية.

■ **أمراض وراثية بسيطة قابلة للشفاء**: وهي أمراض قد لا يشعر بوجودها المصاب بها، وإن قدر الله - عز وجل - وظهر أعراضها، فإن الطب الحديث قد توصل لعلاجها نهائيا، مثل: مرض "الفينيلوكيتونوريا"، وهو مرض أضي يسبب التخلف العقلي، يمكن علاجه إذا اكتشف مبكرا. (رماش وبن قومار، 2013، ص 206-207)

(3) الأمراض الوراثية الأكثر شيوعا:

متلازمة داون:

وهي من أكثر الأمراض الوراثية شيوعا في العالم، والتي تحدث بسبب تورث كروموسوم إضافي فيصبح العدد الإجمالي للكروموسومات هو (47) كروموسوما بدلا من (46) كروموسوما. وهو اضطراب وراثي بسبب الانقسام غير الطبيعي في الخلايا، مما يؤدي إلى زيادة النسخ الكلي أو الجزئي في الكروموسوم 21. وتسبب هذه المادة الوراثية الزائدة تغيرات النمو والملاح الجسدية التي تسم بها متلازمة داون.

وتتفاوت متلازمة داون في حدتها بين المصابين بها مما يتسبب في إعاقة ذهنية وتأخر في النمو مدى الحياة، وإعاقة في التعلم لدى الأطفال. وينتج عنها أيضا إعاقات جسدية وخلل في الوظائف الحيوية وبعض الأمراض كاضطرابات القلب والجهاز الهضمي.

فقر الدم المنجلي (Sickle Cell Anaemia):

من أكثر الأمراض شيوعا، والتي تحدث بسبب وراثة جيت يتحكم بشكل خلايا الدم الحمراء من كل من الام والأب، مما يؤدي إلى حدوث خلل في خلايا الدم الحمراء فتصبح على شكل حرف C والتي تصبح غير قادرة على حمل الأكسجين، كما أنها أكثر لزوجة وتتراكم فوق بعضها لتؤدي بهذا إلى إغلاق الأوعية الدموية، مما يتسبب بتلف الأعضاء والتعب الشديد وفقر الدم.

ضمور العضلات الشوكي (Spinal Muscular Atrophy)

ينتج هذا المرض بسبب طفرة وراثية في جين يسمى SMN، والذي ينتج بروتينا له دور أساسي في الخلايا الامامية للحبل الشوكي، والتي تتحكم بالعضلات في الجسم مما يؤدي إلى ضمورها.

التليف الكيسي:

هو من أكثر الأمراض الوراثية شيوعا، والذي يحدث بسبب حدوث طفرة في الجين المسؤول عن تنظيم حركة الملح داخل وخارج الخلايا، مما يؤدي إلى تكون المخاط السميك في الجهاز الهضمي، والجهاز التناسلي، بالإضافة إلى زيادة الملح الخارج مع العرق. وحتى يصاب الطفل بالتليف الكيسي يجب أن يورث كلا الجينين المصابين من الأب والأم، وفي حال وراثته لجين واحد به المشكلة فسيكون حاملا للمرض لا مصابا.

فقد الدم البحر الأبيض المتوسط أو الثلاسيميا:

هو من أكثر الأمراض الوراثية شيوعا في منطقة البحر الأبيض المتوسط، وهو عبارة عن مرض وراثي يؤثر على تصنيع الهيموجلوبين مما يؤدي إلى إنتاج خلايا دم حمراء غير قادرة على حمل الأكسجين، ويتم تعويض المرضى المصابين بالثلاسيميا بنقل الدم لهم بشكل دوري بالاعتماد على شدة الحالة.

مرض الاصطباغ الدموي الوراثي Hemochromatosis :

هو مرض وراثي يتميز بفرط امتصاص الحديد من الغذاء مما يؤدي إلى زيادة مخزون الحديد في الجسم، ويؤدي هذا إلى ترسب الحديد الزائد في الأعضاء الحيوية مثل القلب والكلى والكبد والبنكرياس مما يؤثر على قدرتها على القيام بوظيفتها ويؤدي إلى فشلها.

متلازمة تيرنر Turner Syndrome :

وهو من الأمراض الوراثية التي تصيب الإناث فقط، بحيث يتم توريث الطفل كروموسوم جنسي واحد وهو X بدلا من XX .

الهيموفيليا أو نزف الدم الوراثي Haemophilia :

هو من الأمراض التي يحدث بها خلل في عوامل التخثر مما يؤدي إلى النزيف، ويحدث في هذا المرض طفرة في الكروموسوم X ، مما يعني أن المرض ينتقل من الأم إلى أبنائها الذكور أما الإناث فهن حاملات له. (الغامدي، 2024، ص 1714-1715)

4) انعكاسات الأمراض الوراثية: يمكننا ان نجل مجموع انعكاسات الأمراض الوراثية فيما يلي:

الانعكاسات الصحية والجسدية:

- إعاقة النمو الجسدي الطبيعي واضطراب وظائف الأعضاء.
- تراجع القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية بشكل طبيعي.
- الحاجة المستمرة إلى متابعة طبية وعلاج طويل الأمد.

الانعكاسات النفسية والانفعالية:

- الشعور بالقلق المستمر والخوف من المستقبل.
- الإحساس بالنقص أو الوصم الاجتماعي بسبب المرض.
- انتشار مشاعر الإحباط والاكتئاب نتيجة صعوبة التكيف مع الحالة.

الانعكاسات الأسرية والاجتماعية:

- زيادة الضغوط على الأسرة في رعاية المريض وتلبية احتياجاته.
- احتمالية ظهور توترات أو خلافات أسرية مرتبطة بتقبل المرض.
- صعوبة اندماج الفرد في محيطه الاجتماعي نتيجة نظرة المجتمع السلبية أحيانا.

الانعكاسات التربوية والتعليمية:

- تراجع التحصيل الدراسي بسبب الغيابات المتكررة أو ضعف التركيز.
- صعوبة في المشاركة بالأنشطة التعليمية والتكوينية.
- الحاجة إلى تكييف البرامج التعليمية بما يلائم قدرات المصاب.

الانعكاسات الاقتصادية:

- تكاليف العلاج الباهظة والفحوصات الطبية المستمرة.
- انخفاض القدرة الإنتاجية للمصاب وأحيانا لأفراد الأسرة الذين يكرسون وقتهم للعناية به.

(5) إرشاد حالة الأمراض الوراثية:

تشكل الأمراض الوراثية تحدياً متعدد الأبعاد، إذ لا تقتصر انعكاساتها على الجانب الصحي فحسب، بل تمتد لتطال الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية والاقتصادية للفرد وأسرته. هذه الانعكاسات مجتمعة تُحدث ضغطاً مستمراً قد يضعف من قدرة المصاب وأسرته على التكيف والتعايش بفاعلية مع متطلبات الحياة اليومية. ومن هنا تبرز الحاجة الماسة إلى الإرشاد النفسي باعتباره عملية علمية منهجية تهدف إلى مساعدة الفرد والأسرة على مواجهة الضغوط الناتجة عن المرض، وفهم أبعاده، والتخفيف من حدة آثاره الانفعالية والاجتماعية، إضافة إلى تعزيز مهارات التكيف والمرونة النفسية. فالإرشاد يوفر الدعم النفسي، ويُثني الوعي الصحي، ويساعد في بناء اتجاهات إيجابية نحو المرض، مما يحد من الشعور بالوصم والعجز، ويفتح المجال أمام المصاب وأسرته للاندماج الفعال في المجتمع.

ويمكن اقتراح مجموعة من الإرشادات التي من خلالها يمكن للمرشد أن يساعد بها المصاب بالأمراض الوراثية:

أولاً: على المستوى النفسي:

- ✓ تعزيز الثقة بالنفس وتقبل الذات لدى المصاب.
- ✓ تدريب الفرد على استراتيجيات مواجهة الضغوط مثل الاسترخاء، والتفكير الإيجابي.
- ✓ توفير الدعم العاطفي المستمر من الأسرة والمحيط القريب.

ثانياً: على المستوى الأسري:

- ✓ توعية الوالدين بخصوص طبيعة المرض وكيفية التعامل مع أبنائهم بطريقة داعمة وغير مثبطة.
- ✓ تشجيع التواصل الأسري المفتوح للتقليل من التوتر والصراعات.
- ✓ المشاركة في جماعات دعم أسري لتبادل الخبرات مع أسر تعاني من نفس الوضع.

ثالثاً: على المستوى الاجتماعي والتربوي:

- ✓ إدماج المصاب في أنشطة اجتماعية مناسبة تعزز الشعور بالانتماء.
- ✓ تكييف البرامج التعليمية بما يتناسب مع قدراته الصحية والمعرفية.
- ✓ العمل على نشر الوعي المجتمعي للحد من الوصم والتمييز ضد المرضى الوراثيين.

رابعاً: على المستوى الصحي والوقائي:

- ✓ الالتزام بالمتابعة الطبية الدورية لتقليل المضاعفات.
- ✓ اعتماد برامج توعية وقائية للأزواج المقبلين على الزواج حول مخاطر انتقال الأمراض الوراثية.
- ✓ تشجيع الفحوصات الجينية المبكرة للكشف عن احتمالية الإصابة والوقاية من المضاعفات.

مثال توضيحي:

البرنامج العقلاني الانفعالي لخفض قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال مرضى السكري

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات والأساليب	زمن الجلسة
١	التهيئة للبرنامج الإرشادي	لقاء وتعارف، تعليمات، تغذية راجعة.	٦٠ دقيقة
٢	تعريف قلق المستقبل	المحاضرة، المناقشة، تغذية راجعة، واجب منزلي.	٦٠ دقيقة
٣	العلاقة بين التفكير والانفعال	المناقشة، تغذية راجعة، واجب منزلي، إعادة البناء المعرفي.	٥٤ دقيقة
٤	مواجهة المشكلات والقلق من المستقبل	المناقشة، الاسترخاء، التخيل العقلاني، تغذية راجعة، واجب منزلي	٥٤ دقيقة
٥	تحليل الأفكار اللاعقلانية	المناقشة، وقف التفكير، التخيل، تغذية راجعة، واجب منزلي.	٥٤ دقيقة
٦	التمييز بين الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية	المناقشة، التعزيز، دحض الأفكار، تغذية راجعة، واجب منزلي.	٥٤ دقيقة
٧	الأمل بالمستقبل، الرضا عن المستقبل	المناقشة، إيقاف التفكير، دحض الأفكار تغذية راجعة، واجب منزلي.	٥٤ دقيقة
٨	مناقشة أفكارهم السلبية ومخاوفهم المستقبلية	المناقشة، تغذية راجعة، واجب منزلي إعادة البناء المعرفي، الحديث الإيجابي للذات.	٥٤ دقيقة
٩	تقبل المرض	المناقشة، تغذية راجعة، واجب منزلي، لعب الدور.	٥٤ دقيقة
١٠	التفاؤل الواقعي للمستقبل	المناقشة، لعب الدور، مراقبة الذات، تغذية راجعة، واجب منزلي.	٥٤ دقيقة
١١	الشعور بالتفاؤل	المناقشة، الاسترخاء، التخيل، تغذية راجعة، تدريب بيتي.	٥٤ دقيقة
١٢	تعزيز الثقة بالمستقبل	المناقشة، تغذية راجعة، واجب منزلي.	٥٤ دقيقة
١٣	الوعي بالمشاعر	المناقشة، الاسترخاء، لعب الدور.	٥٤ دقيقة
١٤	الاسترخاء العضلي	وقف التفكير	٥٤ دقيقة
١٥	الاسترخاء والتأمل	التأمل والتخيل، الواجب المنزلي.	٥٤ دقيقة
١٦	إنهاء البرنامج	المناقشة، تغذية راجعة	٥٤ دقيقة

(محمود، 2024، ص 215)

خاتمة

من خلال ما تم عرضه في هذه المطبوعة، اتضح أنّ مقياس إرشاد الحالات الخاصة يشكّل مجالاً علمياً وتطبيقياً بالغ الأهمية في ميدان علوم التربية والإرشاد النفسي، لما يتناوله من قضايا دقيقة تتعلق بالفرد في مختلف مراحل حياته، وخاصة في الظروف الاستثنائية أو المشكلات التي تستدعي تدخلاً إرشادياً متخصصاً. وقد سعيينا عبر مختلف المحاضرات إلى الإحاطة بأبرز الموضوعات التي تلامس الواقع المعيشي للأفراد والأسر داخل المجتمع، بدءاً من تعريفاتها، وصولاً إلى التطرق إلى الأساليب الإرشادية الفعالة التي يمكن للمرشد النفسي توظيفها للتكفل بهذه الحالات ومساعدتها.

إنّ التطرق إلى موضوع الإرشاد النفسي في سياق الحالات الخاصة يبرز بجلاء الدور المحوري الذي يضطلع به المرشد في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي، والحدّ من حدة الاضطرابات التي قد تصاحب الأفراد نتيجة خبرات صادمة أو ظروف معقدة. كما أنّ عرض مختلف الأمثلة والدراسات يعكس الحاجة الملحة إلى تكامل الجهود بين الباحثين والممارسين الميدانيين لتقديم تدخلات بناءة، وقائمة على أسس علمية رصينة.

وعليه، فإنّ دراسة هذا المقياس لا تقتصر على الجانب المعرفي النظري فحسب، بل نتعداه إلى الجانب التطبيقي الذي يفتح آفاقاً واسعة أمام الطلبة والمختصين لتطوير كفاءاتهم المهنية، وتعميق فهمهم لأهمية التدخل الإرشادي في مواجهة التحديات التي تفرضها الحياة المعاصرة. ومن ثمّ يمكن القول إنّ إرساء ثقافة الإرشاد النفسي في المجتمع يعدّ خطوة أساسية نحو بناء فرد متوازن، وأسرة متماسكة، ومجتمع أكثر قدرة على مواجهة مختلف الأزمات والتحديات.

قائمة المراجع:

- أبو أسعد أحمد عبد اللطيف (2015): علم النفس الإرشادي، دار المسيرة، عمان.
- أبو النصر مدحت محمد (2007): مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات- العوامل والآثار المواجهة، الدار العالمية للنشر، مصر.
- أهل إسماعيل محمد عارف (2021): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من حدة الصدمة النفسية للأطفال المتأثرين بالعدوان الإسرائيلي على غزة، مجلة الشرق الأوسط للعلوم التربوية والنفسية، المجلد 1، العدد 2.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية (1973): الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الإسعاف العمومي للطفولة، العدد 101، الجزائر.
- الجوهري شيماء (2020): استراتيجيات إدارة الخلافات الزوجية لدى الزوجة المعنفة و علاقتها بالأمن الأسري للأبناء، المجلة المصرية للاقتصاد المنزلي، المجلد 36، العدد 2.
- الرويلي فليح والشاوي رعد (2016): برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى مدمني المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد 4، العدد 13.
- الريدي هويدة (2018): التشخيص الفارق في المخاوف المرضية، المجلة العربية نفسانيات، العدد 58.
- السبيعي شهد وآخرون (2025): أثر السلوك العدواني على التحصيل الدراسي لطفل الروضة من وجهة نظر المعلمات، مجلة الإرشاد النفسي، المجلد 81، العدد 3.
- السحيمي عليا (2022): فاعلية برنامج إرشادي قائم على بعض القيم لخفض إدمان الإنترنت وتحسين التوافق النفسي لدى طلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 71، الجزء 1.
- السلمي عطية (2025): الأمراض المزمنة وآثارها على الأسرة، مجلة كلية الآداب، العدد 2، المجلد 64.
- السيد عبد الحليم محمود وآخرون (2003): علم النفس الاجتماعي المعاصر، دار النهضة العربية، القاهرة.
- الطيب محمد (1980): اختبار المخاوف (الفوبيات) للأطفال، دار المعارف، مصر.
- العميري كاظم قاسم وحسن سميرة علي (2021): تأثير البرنامج الإرشادي بأسلوب الفكاهة في تخفيض السلوك العدواني لدى طلاب المرحلة المتوسطة، مجلة ديالى، العدد 90.
- الغامدي ابتسام (2024): الكشف المبكر عن الأمراض الوراثية، مجلة كلية الدراسات الإسلامية للبنين بأسوان، العدد 7.

- الكازمي محسنة وحسين قيصر (2025): الألعاب الإلكترونية وأثرها في السلوك " السلوك العدواني نموذجاً"، مجلة جامعة حضرموت للعلوم الإنسانية، المجلد 22، العدد 1.
- الكيلاني فائق البوعيشي (2011): الفحوصات الطبية للزوجين قبل إبرام عقد الزواج أسانيداً ومقاصدها دراسة مقارنة، دار النفائس للنشر والتوزيع، ط 1، الأردن.
- المدهون عبد الكريم (2015): فعالية برنامج إرشادي للحد من المخاوف المرضية وتحسين مستوى تقدير الذات لدى عينة من طلاب كلية التربية - بجامعة فلسطين - غزة، مجلة الإرشاد النفسي مركز الإرشاد النفسي، العدد 43.
- النابلسي أحمد (1991): الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، ط 1، لبنان.
- بالقاسمي محمد الأزهر ولفقير علي (2018): سوء معاملة الأطفال وإهمالهم: الآثار الناجمة عنها وكيفية الوقاية منها، مجلة الإبراهيمي للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 2.
- بدوي ولاء والشهري عبير (2025): فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تبيج القولون العصبي، مجلة علم النفس التطبيقي، المجلد 3، العدد 5، جامعة المنوفية.
- بزوييري كمال (2024): اضطراب ضغط ما بعد الصدمة النفسية: مراجعة نظرية والعلاج النفسي، مجلة المجتمع والرياضة، المجلد 7، العدد 2.
- بص نعيمة (2015): فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي.
- بقال أسماء (2012): فعالية برنامج علاجي قائم على فنية التدريب التحصيلي لدى عينة من الأطفال المسعفين بدار الحضانة بنون بوهرا، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 9.
- بومدين فاطمة و دلاسي محمد (2017): الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 24.
- جابر أبرار وعبد الله أحمد (2024): العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، مجلة آداب المستنصرية، العدد 105، الجزء 2.
- جنحية موسى (2023): إجهاد ما بعد الصدمة النفسية عند شخص تعرض لمحاولة قتل، مجلة دراسات نفسية، المجلد 14، العدد 1.

- حنيشات أم الخير و صالي محمد (2021): أهم العوامل الديمغرافية المفسرة لانتشار الأمراض المزمنة عند كبار السن في الجزائر بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- خياط خالد (2014): رتبة الميلاد النفسية مفهوم مركزي في العلاج النفسي الفردي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 37/36، جامعة بسكرة.
- رشاد نور إلهي (2000): الخوف لدى عينة من طالبات الصفوف العليا في المدرسة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير، كلية علوم التربية، جامعة أم القرى.
- رماش محمد وبن قומר لخضر (2021): الأمراض الوراثية وأثرها في حكم تحديد النسل -دراسة فقهية مقاصدية-، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 14، العدد 3.
- رمضان سماح (2021): فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة، مجلة كلية التربية، العدد 25، الجزء 1.
- زهران حامد عبد السلام (1988): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، مصر.
- زهران حامد عبد السلام (2003): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط5، عالم الكتب، مصر.
- زيدان حنان (2021): المرونة النفسية لدى الأسر المصرية (الوالدين) وعلاقتها بأساليب مواجهة الصدمة النفسية في ظل جائحة كورونا، مجلة كلية التربية، الجزء الأول، العدد 45، جامعة عين الشمس.
- صافي عائشة كلثوم وقادري حليلة (2017): اقتراح برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدى الطفل اليتيم، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، المجلد 10، العدد 1.
- صالح رياض رثيف (2018): فاعلية برنامج إرشادي جمعي قائم على استراتيجية الضبط الذاتي في خفض مستوى السلوك العدواني وزيادة مستوى دافعية التعلم لدى طلاب الصف الثامن الأساسي، أطروحة مكملة لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
- صباح سمر (2017): أثر برنامج إرشادي يستند إلى اللعب والفن في خفض السلوك العدواني لدى أطفال قرية الأطفال sos في محافظة بيت لحم، رسالة مكملة للحصول على درجة الماجستير، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
- طال سارة (2017): واقع التكفل النفسي والاجتماعي للأطفال مجهولي النسب في الجزائر، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، المجلد 10، العدد 1.

- عبد الخالق أحمد وآخرون (2011): الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من تلاميذ دولة قطر، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 2، المجموعة 36.
- عبد المنعم، عفاف. (2013). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- عبوين سمية (2021): الاكتئاب في مجال على الأورام النفسي، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 13، العدد 1.
- عروج فضيلة (2017): دراسة نفسية عيادية لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات مبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس المرضي، جامعة أم البواقي.
- عزب حسام الدين وآخرون (2017): العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة، مجلة كلية التربية، العدد 41، الجزء 2.
- عفيفي عبد الخالق (2011): بناء الأسرة والمشكلات الأسرية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- علواني عومار وعرعار أنس (2024): الثقافة الصحية ودورها في الحد من تفشي الأمراض المزمنة وسبل الوقاية منها: دراسة أنثروبولوجية، مجلة أنثروبولوجيا، المجلد 10، العدد 1.
- عودة مصطفى (2021): أسباب المشكلات والخلافات الأسرية بين الزوجين من وجهة نظر أعضاء مكاتب الإصلاح الأسري في المحاكم الشرعية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والإنسانية، العدد 9.
- فايد حسين (2004): سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، القاهرة.
- قوارح يمينه وصالي محمد (2017): الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 28.
- كرمبیط رشيدة (2024): خصائص المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 (Mics6)، مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 11، العدد 3.
- كنز نجية (2014): الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة كليات التربية، العدد 1.
- محمد السيد، وآخرون (2014): الضغوط النفسية وعلاقتها بالاكتئاب وقلق المستقبل والاتجاه نحو الإدمان لدى طلاب الثانوية العامة. مجلة بحوث التربية النوعية. العدد 23. جامعة المنصورة.
- محيوز كريمة وتباني صفية (2021): مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة، مجلة دراسات نفسية، المجلد 12، العدد 1.

- مدخلي ريم (2023): الصلابة النفسية وعلاقتها بالاتجاه نحو الإدمان لدى الشباب، مجلة شباب الباحثين، العدد 14، الجزء 3.
- مرتضي هدى (2021): الأعراض الاكتئابية لدى الوالدين في ظل جائحة كورونا وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية ودافعية الإنجاز لدى أبنائهم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 31، العدد 110.
- مرزاق عبد القادر وشرفاوي الحاج عبو (2025): تأثير الخلافات الأسرية على التحصيل الدراسي لدى المراهق في الطور الثانوي، مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، المجلد 10، العدد 1.
- مرعي محمد (2023): كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد 10، العدد 2، جامعة المنصورة.
- مستاري محمد الأمين (2018): أثر الأمراض الوراثية على فك الرابطة الزوجية، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، المجلد 1، العدد 3.
- منصور صالح (2021): اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد 7، العدد 3، جامعة المنصورة.
- منهوم، محمد (2023). مظاهر الخوف المرضي من فقدان الشريك الزوجي، مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 7.
- مورجان سالي (2008): من بازلاء مندل إلى البصمة الوراثية، دار إلياس العصرية للطباعة والنشر، مصر.
- ميهوبي مراد (2023): فاعلية برنامج إرشادي يعتمد على ألعاب حركية في تحسين توافق الطفل المسعف، أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص الإرشاد النفسي الرياضي. جامعة الجزائر 3.
- هامل زين الدين (2022): السلوك العدواني: أشكاله وأسبابه والآثار الناجمة عنه، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد 8، العدد 2.
- يحي فتيحة و وناس امزيان (2018): الغمر العاطفي وعلاقته بصورة الذات وظهور السلوك الجانح لدى الابن الوحيد المراهق (12-21 سنة)، مجلة العلوم الإسلامية والحضارة، العدد 8.
- يخلف رفيقة (2023): المسن بين الأمراض المزمنة والمشكلات الاجتماعية، مجلة الناصرية للدراسات الاجتماعية والتاريخية، المجلد 14، العدد 1.
- يونس عيسى وميطر عائشة (2021): وظائف الأسرة واستقرار المجتمع، مجلة العلوم الإسلامية والحضارة، المجلد 6، العدد 2.

- الياسري أبو ياسين (2022): الإهمال من الأساليب الخاطئة في التربية، مركز الكفيل الأسري، العدد 801. <https://tinyurl.com/23d8ukmn>
- بلاطي بلال (2025): الطفولة المسعفة <https://tinyurl.com/23qcyosp>
- عبد الله شيماء (2021): متلازمة الطفل المدلل .. 9 أخطاء تربوية تفسد السلوك وتضعف الشخصية <https://tinyurl.com/24vo4mw2>
- فياض سهام : الأمراض غير القابلة للشفاء، دار الكتاب الثقافي <https://2u.pw/TLw7I>
- Wold Health Organization (2025) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Bandura A (1973): Aggression Asocial Learning Analysis, New Jeresy, Prentice-Hall.
- Laplanche J (1997): Vocabulaire de psychologie, Delta.
- Sutherland, S. (1991): Macmillan Dictionary of Psychology Macmillan, New York.
- Sillamy Nobert (1999): Dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris.
- Wayne, H. (1983): Reducing adolescent aggression through group assertive training the school counselor.
- Cordovan J & Jacobson S (1993): Couple distress, In H.D.Barlow (Ed). Clinical handbook of psychological disorders, newyork.