اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالسلوك المشكل لدى طفل الروضة

الباحثة/ فاطمة الزهراء مجدي عبد السميع [*]

الاشراف

أ.د/ سهير كامل احمد

أستاذ علم النفس – والعميد الأسبق لكلية رياض الاطفال جامعة القاهرة

مقدمة:

إن الإنسان هو وحدة نفسية جسمية غير منفصلة، ولا يوجد بهذه الوحدة ما يسمى بما هو جسمي خالص أو ما هو نفسي خالص، وينبغي التأكيد على علاقة النمو النفسي والنمو الجسمي، فالنمو النفسي مؤسس على النمو الجسمي، والذي هو بدوره مرتبط بخطوات ونتائج النضج، فهناك تداخلاً قوياً بين الاثنين يظهر في مراحل النمو بوضوح.

والجسم هو اقرب نقطة ينطلق منها كل طفل ويرتد إليها، وهو مصدر الشعور والانفعال، وهو كذلك الحاوي لكل القدرات والمواهب والانفعالات وحتى الاضطرابات والأمراض.

والسلوك المشكل ما هو إلا حالة نفسية وجسمية تكتنفه العديد من المخاطر النفسية والاجتماعية، فسلوك الطفل المشكل يعد سلوكاً مركباً شديد التعقيد، ذا أبعاد متعددة، يضع صاحبه أمام مخاطر حالية ومستقبلية، وخاصة ذلك السلوك الذي ينشأ خلال مرحلة الطفولة المبكرة فهو أخطر الأنواع على الإطلاق، إذ يترتب عليها انحصار وتقييد في مختلف مجالات النمو المتنامية، وما يمثله هذا من انعكاس سلبي في النمو الجسمي والاجتماعي والانفعالي النفسي، بل ومفهوم الطفل عن ذاته الجسمية أو تصوره عن جسده.

مشكلة البحث

تنبثق مشكلة البحث الحالي من عدة مصادر، وتستند إلى عدة ركائز، **والركيزة الأولى هي** (الواقع اليومي) الذي لمسته الباحثة من خلال ملاحظتها لعدد من الأطفال في الروضات بحكم

---

[*] مدرس مساعد بقسم العلوم النفسية – كلية رياض الاطفال جامعة القاهرة.

طبيعة عملها وترددها على الروضات– التدريب الميداني– فقد لاحظت الباحثة ان بعض من الأطفال يظهرون سلوكاً مشكلاً بصورة تكون عابرة مره او اخرى على الاكثر واطفال آخرون يظهرون نفس السلوك المشكل ولكن بصفة دائمة وعلى نحو متكرر؟ فظهر هنا تساؤل عما يبرر هذا الاختلاف فكلاهما طفل وكلاهما ظهر لديه سلوكاً ما مشكلاً وايماناً من الباحثة بأن ظهور السلوك المشكل بصورة عابره على الطفل هو من خصائص طفل الروضة وان الفيصل الاغلب بين السلوك المشكل والسلوك العادي هو الحدة والتكرار فلماذا يصر الطفل على عناده وغضبه وتخريبه وعدوانه ما الذي آذاه في نفسه وذاته وخلجاته جعله لا يجد متنفساً ولا تخليص حق ولا عقاب انسب لمن آذاه سوى هذا السلوك المشكل لماذا أيها الطفل تعاقبنا هل قصرنا اتجاهك هل احبطناك وسخرنا منك وحقرنا شانك او دللناك وافرطنا في حمايتك؟ وهل هذان الطفلان احدهما قهر واحبط والآخر سوند وحصل على الدعم الكافي؟ هل احدهما يثق بذاته بمكوناتها وخاصة المكون المرئي لوالديه واقرانه ومعلمته المكون الجسمي؟ هل صاحب السلوك العادي هو طفل ذو ثقه في ذاته الجسمية سوي في نظرته لصوره جسمه؟ وهل الطفل ذو السلوك المشكل المتكرر هو طفل فقد الثقة في من حوله عندما افقدوه ثقته في جسمه فأصبح لديه اضطراب في صورة جسمه؟ ونحو محاولة التعرف على طبيعة نظرة هذه الفئة من الأطفال (ذوي السلوك المشكل)اتجاه ذواتهم الجسمية، ومعرفة ما هي تصوراتهم عن أجسامهم ومدى رضاهم أو سخطهم عنها، وكونهم يعانون من اضطراب صورة الجسم أم لا؟ لذا تم القيام بهذا البحث في محاولة منا كباحثين لوضع أيدينا على هذا الاضطراب وحصره، ذلك لأنه أصبح من الاضطرابات الخطرة، والتي قد تصل خطورته إلى حد محاولات الانتحار! **(Slade, 2012: 497- 502)**

ونأمل في الاكتشاف المبكر للاضطراب من أجل التعامل المبكر معه بما يعود بالنفع على أطفالنا، فنحن لا نريد أن نرى نماذج كتلك التي بلغت من العمر 71 عاما وكانت تعاني من اضطراب صورة الجسم منذ سن السادسة؟(فكثيرون قد أصيبوا باضطراب صورة الجسم منذ الطفولة، إلا أنه عادة ما يتم تشخيصه بعد مرور عشر سنوات من وجوده أو ظهوره الأولى، ويتم علاجه غالباً بطريقة غير ملائمة بالأدوية المضادة للذهان Antipsychotic Medication، **(Phillips, et al, 2010: 304)**، ولهذا الاضطراب مخاطر كبيره يكتنفها والتي واحدة منها كفيلة بأن تجعلنا نسرع ونجد في البحث والدراسة لهذا الاضطراب الذي يهدد أطفالنا.

كما تنبع مشكلة البحث الحالي في ضوء ما انتهت إليه عدد من (الدراسات السابقة) و(الأطر النظرية) التي تم الاطلاع عليها من كتابات ونظريات مفسرة، فقد اتضح من خلالهما – **الركيزة الثانية**– اتفاقها ان السلوك المشكل يمثل واحداً من ابرز التحديات التي تواجه الوالدين داخل المنزل والمعلمات داخل الروضة، ويمثل الأطفال ذوي السلوك المشكل مصدراً شائعاً للإحالة إلى الخدمة النفسية، فالسلوك المشكل فيما قبل المدرسة لا ينبغي تجاهله لانه يمثل أحد المنبأت الهامة الدالة على سوء التوافق فيما بعد، فذلك السلوك المشكل الذي ينشأ في الطفولة المبكرة يحدث له نوع من الاستقرار والثبات فيما بعد، ولذا لزم التدخل بالبحث والاكتشاف لمنع استمراره وتفاقمه(**Ferdinand, et al., 2010, 48 – 55**) ، ويتعلق حجم مشكلة البحث فيما تعكسه بعض المؤشرات البحثية الحديثة المتاحة والتي تتعلق بمعدلات انتشار السلوك المشكل بين الأطفال وقد أوضحت دراسة (**Little, et al., 2009**) أن نسبة 22.4% من الأطفال يظهرون سلوكاً مشكلاً في المنزل، بينما 10.5% منهم يظهرونها داخل الروضة، في حين أوضح (**Nixon, 2010**) أنه يوجد ما بين 5– 14% من أطفال ما قبل المدرسة يعانون من سلوكاً مشكلاً أو أكثر من سلوك في آن واحد يتراوح ما بين المتوسط والحاد، وتصل النسبة وفقاً لتقدير (**McDonnell, 2010**) إلى 26.4% لدى أطفال عمر 1– 9 سنوات، وهذا المعدل يقترب من المعدل الذي أشار إليه (**Barclay, Vega, 2011**) حيث بلغت النسبة 26.6% بينما بلغت 27% لدى (**Herrea, little, 2012**)، وبرغم التباين في تحديد معدل السلوك المشكل لدى طفل الروضة إلا أن هناك اتفاق على انه منتشر، وانه بنسبة 50 – 70% يميل للاستمرار إلى ما بعد السادسة ما لم يتم تدارك هذا السلوك وعلاجه (**Kerr, et al., 2009**)

ومرحلة الطفولة بما لها من أهمية فائقة في حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضه لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته فيما بعد وان نضمن لها مناخاً هادئاً مستقراً ومواتياً لاستمرارية النمو خلالها وفي مراحل العمر التالية عليها بصورة طبيعية وصحية، كما يتعين القول بأن ما نلحظه من صعوبات او مشكلات تبدأ تدريجياً بسيطة إلا أن إهمالها وعدم تدارك أسبابها ومعالجتها مبكرا في وقت مناسب وبأساليب فعالة سيؤدي حتماً إلى تفاقمها وازمانها

وتحويلها إلى انحرافات وأشكال مرضية أكثر تعقيدا كالاضطرابات النفسية.**(عبد المطلب القريطي، 2005: 293)**

ولذا تتجلى ضرورة تناول متغير اضطراب صورة الجسم بالبحث والدراسة وعلاقته بمتغير السلوك المشكل، لأنهما يشكلان أركاناً أساسية في مفهومنا عن ذواتنا، وارتأت الباحثة أن فئة طفل الروضة يصحبها عادة- وفقاً للدراسات السابقة والأطر النظرية المتاحة، وأيضا الواقع الحياتي اليومي والذي لمسته الباحثة لهؤلاء الأطفال- العديد من المشكلات النفسية للطفل المشكل، والتي ينبغي تناولها بالبحث والدراسة، **في ضوء العرض السابق تتبلور مشكلة البحث في الأسئلة التالية** ..- هل توجد علاقة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة؟

اهمية البحث

الاهمية النظرية

- تتمثل الأهمية النظرية للبحث الحالي فيما يسعى إليه للكشف عن السلوك المشكل كأحد الاضطرابات السلوكية شديدة الخطورة على الجانب النفسي والاجتماعي وبحث علاقته بمتغير نفسي آخر وهو اضطراب صورة الجسم، ومتابعة نتائج الدراسات الحديثة والمعاصرة في هذا الصدد، وكذلك النظريات المعنية، وفي ذلك إثراء للإطار النظري.
- ندرة لمستها الباحثة- في حدود علمها- بدراسات عربية اهتمت ببحث اضطراب صورة الجسم لدى الأطفال، فإذا كانت صورة الجسم من السمات التي يتأثر فيها الفرد بالثقافة التي يعيش فيها، لذا فإننا من الصعب أن نعتمد على الدراسات الغربية فقط في هذا الصدد لتعميم نتائج تلك الدراسات على مجتمعاتنا، فجاءت هذه الدراسة كدراسة عربية تخدم البحث في اضطراب صورة الجسم لدى طفل الروضة، والذي لم يلق الاهتمام المناسب في البيئة العربية رغم أهميته، في حين انه قد زاد الاهتمام به في البيئة الأجنبية منذ أدرج كفئة تشخيصية في دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية.

الاهمية التطبيقية

- تتمثل الأهمية التطبيقية للبحث الحالي في أنه بعد ان يتم التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة فإن هذا سيساعد في إعداد البرامج التربوية والنفسية اللازمة للتعامل مع ذواتهم بصورة علمية سليمة.

- كما تتمثل أهمية البحث التطبيقية في الجانب الوقائي متمثلاً في بحث اضطراب صورة الجسم لدى عينة أطفال الروضة، ومعرفة العوامل الكامنة وراء هذا الاضطراب حيث أن الفهم الجيد لتلك العوامل يساعد في التخطيط وإعداد البرامج الوقائية للأطفال منه بشكل أكثر فاعلية بدلاً من أن يصبحوا أنفسهم ضحايا لتلك العوامل التي تزيد من الاستهداف للإصابة بهذا الاضطراب.

أهداف البحث

- التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة.

التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث

[1].. صورة الجسم Body Image

هي "صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه، وهي تتضمن مجموعة من المكونات الإدراكية والذاتية والسلوكية، كما أنها تتسم بالتطور والاستمرار" وفي البحث الحالي يكون الطفل ذو اضطراب في صورة الجسم إذا حصل على درجة منخفضة على مقياس صورة الجسم المستخدم في البحث الحالي**(سهير كامل، بطرس حافظ، 2007: 6)**

[2] .. السلوك المشكل Behavior Problem

هو "مصطلح يصف مجموعة من الأطفال الذين يظهرون وبشكل متكرر أنماطاً منحرفة أو شاذة من السلوك عما هو مألوف أو معتاد وهم أطفال غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول وبناءاً عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والرفاق وتتكون لديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في التفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة." **(سهير كامل، بطرس حافظ، 2010)**

اطار نظري ودراسات سابقة

أولاً: اضطراب صورة الجسم Body Image Disorder

إن معظم التجارب او الخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الأطفال مملوءة و

مشحونة بالاستياء أو عدم الرضا والانشغال الزائد عن الحد أو المبالغ فيه الذي يشعر به الطفل ذاتياً، ولذلك يقوم هؤلاء الأطفال بمحاولات عديدة لتغيير مظهرهم ويعيشون في نضال مستمر من اجل تحقيق هذا الهدف، ومن ثم التعامل مع المشاعر السلبية الناتجة عن ذلك، وكل هذه الجهود تسهم إلى حد كبير في ظهور عدد من الاضطرابات النفسية ويأتي على رأسهم اضطراب صورة الجسم .....**(مجدي الدسوقي، 2012: 15)**، ويعد اضطراب صورة الجسم، شكلاً من أشكال الاضطرابات النفسية التي يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسمي هو السمة الأساسية المحددة، وعلي الرغم من أن عدم الرضا عن المظهر الجسمي أو الانشغال بشكل الجسم يبدو أمراً عادياً لدي بعض الأطفال، إلا أنه يعد أمراً مقلقاً ومزعجاً لعدد كبير منهم، فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ليسوا ساخطين أو غير راضين فقط عن مظهرهم، ولكنهم يكونون غاية في الانشغال والهم إلى الحد الذي به تسيطر عليهم فكرة أن جزءاً ما من جسمهم يعتبر قبيحاً أو معيباً، ويكتنفهم الضيق أو الكرب بشأن مشكلتهم الجسمية، لدرجة أن حياتهم وعلاقاتهم الاجتماعية تتأثر بذلك، ويعتقدون دائماً أن هناك شيئاً خطأً، أو أن هناك مشكلة تتعلق بنسيج جلدهم أو يوجد تشوه أو عيب في شكل (الأنف أ، الفم أ، الحواجب أ، الصدر أ، البطن أ، الإليتين)، وفي أغلب الأحوال فإن العيوب التي ينشغل بها هؤلاء الأطفال تكون تخيليه ومبالغ فيها إلى حد كبير.**(مجدي الدسوقي، 2008، 9)**

فاضطراب صورة الجسم يعد من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفي السلوكي، أي أنه يعني تشوه صورة الجسم من وجهة نظر الطفل نفسه (عيب تخيلي)، نتيجة لعدم رضاه عن مظهر جسمه، كأن يرفض أجزاء معينة في جسمه بأن تكون كما هي عليه، وقد تم إدراج هذا الاضطراب الجسماني حديثاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R)، حيث كان يشار إليه من الناحية التاريخية على أنه القلق على جمال وصحة الجسم Beauty Hypochondria والخوف من التشوه أو العجز Dysmorphobia. **(مجدي الدسوقي، 2012: 16)**

ويحدد DSM – IV عددا من المحكات التي يمكن من خلالها تشخيص اضطراب صورة الجسم ألا وهي:((انشغال كبير من جانب الفرد بعيب متخيل في مظهرة الجسمي لا يرجع إلي أي اضطراب عقلي، والذي يسبب قدرا كبيرا من الكرب له دلالته من الناحية الكلينيكية، مما يؤدي إلي خلل في أدائه الوظيفي أو الاجتماعي أو المهني))، وعلي الرغم من أن هذا الاضطراب لا يعد نادراً، فإن عدد البحوث أو دراسات الحالة التي تم إجراؤها في هذا المجال

تعتبر قليلة.(**زينب شقير،2012: 288– 292**)

تعريف اضطراب صورة الجسم

"اضطراب يتمثل في الانشغال الزائد عن الحد بعيب تخيلي في المظهر الجسمي لدى شخص يبدو طبيعياً أو عادياً". (**American Psychiatric Association, 2005, 255**)

"انشغال وهم زائد عن الحد بعيب ما في المظهر ألوجهي بصفة خاصة، أو المظهر الجسمي بصفة عامة يؤدي بصاحبه إلى تجنب المواقف الاجتماعية".(**Veale, et al, 2007: 717**)

"انشغال زائد عن الحد بشأن المظهر الجسمي، يؤدي بصاحبه إلى العديد من السلوكيات الانهزامية للذات".(**Veale, 2010: 125**)

"انشغال زائد عن الحد (مفرط) من جانب فرد ذو مظهر جسمي عادي، ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمي، وربما يكون لا وجود لهذه العيوب على الإطلاق سوى في مخيلة هذا الفرد". (**Albertini, Philips, 2008: 454 ، مجدي الدسوقي، 2012: 10**)

اضطراب صورة الجسم آراء ونظريات

إن أول إحساس ذاتي يشعر به الطفل هو إحساسه بجسده، فلسان حال الطفل يقول "ما أتلقاه واقبله جسدياً يدفئني وأرحب به، وما أبعده عن جسدي هو شيء مرفوض حتى ولو كان معنوياً"، ويكون للإحساس بالأنا أهمية كبرى في نمو صورة الجسم. فالأنا شيء بدني أي أنها إدراك الطفل لبدنه، وصورة البدن هي نواة الأنا، إذ أن الأنا هو في الأساس أنا جسمي.(**أوتو فينخل، 2009: 9، 10، سناء نصر، 2012: 41**)، وإذا كانت الأنا هي الموضوع فإن صورة الجسم هي إدراك هذا الموضوع، وتعد صورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية، وتلعب المدركات اللمسية الخارجية والحسية الداخلية، التي يخبرها الطفل دوراً هاماً في تطور مفهومه عن صورة جسمه. ونجد أن تمايز الأنا الجسماني يسبق تكون الأنا النفسي، فالطفل يميز جسمه خلال العام الأول، بينما يحدث التمايز على المستوى النفسي في العام الثاني.(**عدنان الشرجبي، 2008: 66**)

وصورة الجسم الشعورية واللاشعورية، هي ظاهرة إنسانية تكونت بفعل توزيع طاقة اللبيدو عبر المراحل النمائية (المرحلة الفمية، الشرجية ...التناسلية). فصورة الجسم هي التمثل المركزي لأجزاء الجسم، وللجسم كله بشكل عام، وهي تدخل في تمثل صورة الذات والأدوار الاجتماعية، ولها تأثير على ما يفعله وما لا يفعله الطفل وذلك في اتجاهاته وآرائه.(**سهير كامل،2012: 33– 36**)، حيث تمتلك صورة الجسم خاصية التيقظ والانتباه لكل ما يحدث حول الطفل، فالطفل يركز على كل ما يسبب له استحساناً من جانب الآخرين، ويتجنب كل ما قد يجلب له عدم الاستحسان. فتتكون وتنمو صورة الجسم من خلال التفاعل المستمر بين الطفل والبيئة والأحكام التقويمية للآخرين من حوله، فالخبرة مع الآخرين تساعد الطفل أن ينمي إحساساً بالذات،(**فاطمة فراج، عويد سلطان:2011، ميريلاكياراندا، 2011: 25**)

ويلعب تأثير الآباء في هذه المرحلة دوراً هاماً في بناء صورة الطفل عن جسمه. فإما أن يبدي الوالدان عطفاً حقيقياً ودفئاً نحو الطفل، وبالتالي يشبع حاجته للأمن(النمو السوي)، أو أن يبديا لا مبالاة وعداء بل وكراهية نحو الطفل، وبالتالي يحبطان حاجة الطفل للأمن (نمو عصابي)(**هناء أبو شهبه، 2009: 120**)، وبذلك نجد أن صورة الجسم كائن اجتماعي إلى درجة كبيرة، وهي انعكاس لثناء الآخرين، حيث يتعلم الطفل من هو من استجابات الآخرين ومعاملتهم واتجاهاتهم النفسية نحوه. (**طريف شوقي، 2010: 94، روبرت دناي، 2012: 227– 229**)

وصورة الجسم شأنها شأن الذات تنزع إلى الاتساق. فهي تشتق وتستمد خصائصها من خصائص مفهوم الذات، فتصبح موجهه للسلوك، بحيث تتسق معظم الطرق التي يختارها الطفل لسلوكه مع مفهومه عن صورة جسمه، وهذا هو معنى ثبات الذات، أي أن الطفل لا يتصرف بطريقة تناقض مفهومه عن ذاته، ولذا فإن أفضل طريقة لإحداث تعديل في السلوك يكون بإحداث تغيير في مفهوم صورة الجسم.(**مفيد حواشين، زيدان حواشين، 2006: 471**)

وعلى هذا فإن فكرة الطفل عن صورة جسمه، هي التي تحدد إلى درجة كبيرة سلوكه واستجاباته في المواقف المختلفة. فالطفل يقوم بعملية تقويم لخبراته هل هي ذات قيمة موجبة أو ذات قيمة سالبة؟ ويتكون لدى الطفل حاجة إلى التقدير الموجب لصورة الجسم، ولذا فإنه في استقباله للخبرات، يرحب بالخبرات التي ترضي حاجته إلى التقدير الموجب لصورة جسمه، ويحرف أو يهمل إدراك الخبرات التي لا ترضى حاجته لتقدير صورة جسمه.(**روبرت واطسون، هنري كلاي، 2008: 405، محمد السيد ، 2009: 420**)

وعندما تتعارض الخبرات التي يتعرض لها الطفل مع فكرته عن جسمه أو مع دافعه إلى التقدير الموجب لصورة جسمه، فإنه يقع فريسة للصراع، فالطفل يفهم أي خبرات لا تتسق مع فكرته عن صورة جسمه أو ما يسمى "بالصورة المدركة" على أنها تهديد له مما يسبب عنده القلق والتوتر، فيلجأ إلى تخفيضهما أو التغلب عليهما بوسائل دفاعية أهمها تشويه أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن جسمه أو يتجاهلها كلية، وإذا زاد التعارض بين الخبرات المدركة والصورة المدركة فإن الطفل يلجأ إلى مزيد من الدفاعات، فإذا فشلت هذه الدفاعات أيضاً أو اتخذت شكلاً جامداً وقع صريعا للأمراض النفسية. .(**سناء محمد، 2010: 61– 63، سهير كامل ، 2012: 567– 579**).

تعقيب

جاء التفسير السابق لمفهوم اضطراب صورة الجسم هو مزيج من تفسيرات واضعي النظريات النفسية والاجتماعية وعلى رأسهم **فرويد**"، "**البورت**"،"**هاري ستاك سوليفان**"، "**روجرز**" ، "**جورج ميد**" حيث ارتأت الباحثة وفقاً للاتجاهات الحديثة في التفسير حتمية ألا نفسر الظاهرة أو المتغير البحثي في ضوء نظرية واحدة لأن كل نظرية نجد أنها قد فسرت جانبًا من السلوك ولم تفسر السلوك كله، وإذا جمعناها وجدناها متكاملة وليست متعارضة– وهذا ما قامت به الباحثة– لأن مفهوم صورة الجسم واضطرابها شأنه شأن أي مفهوم، هو محصلة مجموعة من العوامل المتفاعلة بعضها ذاتي وبعضها يكمن في ظروف التنشئة الاجتماعية ومواقف الحياة التي نعيشها بما فيها من إحباط، وصراع، وثواب وعقاب، وغير ذلك....

العوامل المؤثرة في صورة الجسم

توجد أربع عمليات (عوامل) تسهم في احداث اضطراب صورة الجسم ألا وهي :

(1) الضغط الاجتماعي العام General Social Pressure

توجد ضغوط اجتماعية عامة تجاه مجاراة معايير محددة للجاذبية الجسمية وفقاً للثقافات، وإننا عندما نتناول تأثير الثقافة على صورة الجسم لدى الطفل فلا بد أن نعلم بأن الطفل يولد مفلس المعلومات الخاصة ببيئته الخارجية، خصب الاستعداد للاستقبال وتخزين المعلومات الخاصة بكل خبرة يتعرض لها، ويأتي جسده على رأس هذه الخبرات، والتي قد تدخل به أولى مراحل التثقيف، ومن هذا المنطلق فثقافة المجتمع تسهم فيما يكونه الطفل من تصورات حول جسمه، فكلما كانت صورة الطفل عن جسمه غير متطابقة مع المعايير التي تحددها الثقافة حول

الجاذبية الجسمية شعر بعدم الرضا عن ذاته الجسمية، مما يؤهله للوقوع في اضطراب صورة الجسم.**(فوزي محمد، 2011: 371، لوازي ويردو، 2010: 166، عبد الله التطاوى، 2008: 33) ألفت حقي، 2009: 111، 112، 36 : Grogan, 2012)**

(2) الضغط الاجتماعي الخاص بالمريض (الطفل) Patient Special Social Pressure

تعتبر هذه الضغوط تضخيماً ومبالغة للضغوط الاجتماعية العامة على الطفل، فقد ينشأ الطفل في أسرة لديها اهتمام خاص بالمظهر، ويوجد أطفال في العائلة هم أكثر جاذبية جسدية وهؤلاء الأطفال هم الذين تتم المقارنة معهم.**(زافرا كوبر، 2009: 181)**، ومما لا شك فيه أن إحساس الطفل بالرفض من أسرته يؤدي إلى سلوك غير مرغوب فيه، فالآباء والأمهات يشاركون بصورة فعالة في تقييم الطفل لذاته بجميع جوانبها، ولذا يجب أن تكون اتجاهات الآباء والأمهات ايجابية ومدعمة ومشجعة للطفل بكافة الصور.**(وفيق صفوت، 2012: 20)**

وقد أشارت إحدى الدراسات– والتي أجريت حول دور الأسرة في تكوين هيئة صورة الجسم – إلى الدور الحيوي والفعال الذي تلعبه علاقة الطفل بوالديه في تشكيل صورة الجسم لديه، حيث أكدت على أن دعم الوالدين للطفل له مردود ايجابي بالغ الأثر في تكوين مفهوم ايجابي لديه نحو ذاته الجسمية.**(Susan , 2009)**، وأشارت دراسة أخرى إلى أن الأطفال يتعلمون بعض العناصر المحددة لصورة الجسم من خلال آبائهم، ولاسيما في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يقوم الآباء بالاختيار والتعليق وإعطاء المشورة في اختيار الملابس والاهتمام بالمظهر، وأن يتطلعوا إلى اتجاهات معينة في المظهر الجسدي لأطفالهم. **(Edited, Thompson, Smolak, 2011: 41- 66)** ، كما أشارت دراسة أخرى– دارت حول المؤشرات المعرفية الاجتماعية لصورة الجسم لدى أطفال ما قبل المدرسة– إلى أن رسائل الأمهات الموجهة إلى أطفالهن في أن يصبحوا الأكبر كانت تلك الرسائل هي الأكثر استمراراً في مؤشرات صورة الجسم لدى الأطفال الذكور والإناث على السواء.**(Hendy, Penn, Schuylkill, 2012)**

كما يعد ترتيب الطفل داخل أسرته من العوامل الهامة المؤثرة في صورته عن جسمه، فترتيب الأطفال في الأسرة يجعل لكل منهم بيئة سيكولوجية مختلفة عن بيئة الآخر، وهذا الاختلاف أو التباين في البيئات السيكولوجية يأتي من أن التفاعل بين الوالدين– وخاصة الأم–

وكل طفل من أطفالها يختلف حسب موقعه بالنسبة لها، فتفاعلها مع الطفل الأول ليس كتفاعلها مع الطفل الأوسط، وتفاعلها مع الأوسط ليس كتفاعلها مع الأخير، كذلك فإن الطفل الوحيد له بيئة سيكولوجية تختلف عن بيئة الآخرين من ذوي الأشقاء، كما أن للطفل الذكر وسط مجموعة من الأخوات الإناث، والبنت وسط مجموعة من الإخوة الذكور، وضعاً خاصاً ومميزاً.**(سبوك، 2012، 67)**، وهذا ما ذهب إليه العديد من علماء النفس في أن للأسرة دوراً بارزاً في تكوين الاتجاهات نحو صورة الجسم، كما أن لها بالغ الأثر في شعور أفرادها بالرضا أو عدم الرضا عن صورتهم الجسمية.**(Harris, 2008: 129- 134)**

(3) التمييز الجسمي Physical distinctiveness

يكون بعض الأفراد أكثر جذباً للانتباه والاهتمام من غيرهم وذلك لأنهم يتميزون بمظهر مميز بطريقة أو أخرى، فمثلاً في مرحلة المراهقة قد ينشأ معتقد لدى الفرد أنه مختلف عن أقرانه خاصة إذا كان طويلاً إلى حد ما أو قصيراً أو يعاني من حب الشباب أو أي ملامح جسدية مميزة أخرى، وقد ينتج عن ذلك مظهراً غير مرغوب أو أن يتضايق منه الناس.**(حسين عبد الحميد، 2009: 205)**

(4) الأحداث الحياتية الحاسمة في الماضي Critical incidents in part

تتداخل هذه الأحداث السلبية الخاصة في تشكيل اضطراب صورة الجسم لدى الطفل فمثلاً قد يسخر منه زملائه في الروضة لكونه بديناً، أو قد تميز معلمته رفيقه لأنه أكثر بياضاً أو اشد وسامة **(زافرا كوبر،2009: 182)** وعلى هذا نجد أن الأقران يلعبون دورا مكملا في بناء صورة الجسم، فالأصدقاء يزودون بعضهم البعض بالأمان العاطفي، كما يواجهون نفس المشاكل و يملكون نفس النظرة إلى العالم.**(O'dea, 2012: 225- 239)** وبالرغم من أن تأثير جماعة الأقران يعد ضعيفاً في تكوين صورة الجسم لدى الأطفال في مرحلتي رياض الأطفال والتعليم الأساسي مقارنة بتأثيرها في مرحلة المراهقة، إلا أننا سوف نجد أن الأقران فيما بينهم يعقدون نوعاً من المقارنة تجاه الأجساد ويبدون نوعاً من عدم الرضا عنها، ولذلك فإننا لا يمكننا أن نتجاهل الرسائل المبعوثة من القرناء حول شكل الجسم وحجمه، وهو ما يؤثر بصورة أو بأخرى في تقييم الأطفال لأجسامهم ونظرتهم إلى الصورة الجسمية تجاه أنفسهم.**(Edited,**

(Thompson, Smolak, 2011: 41- 66)، كذلك فإن تعرض بعض الأطفال للإيذاء الجنسي يعد من العوامل المؤثرة في صور أجسامهم، حيث يتسبب الإيذاء الجنسي في تدمير صورة الجسم لدى الطفل، فضحايا الإيذاء الجنسي غالبا ما يعيشون خبرة مؤلمة جدا مع أجسامهم لأنها تذكرهم بخبرة سيئة، بالإضافة إلى أن الضحية قد تشعر بمسئوليتها تجاه الإيذاء، ومن ثم تعتقد أن جسمها كموضوع يستحق الازدراء أو العقاب.**(رضوى فرغلي، 2009: 229، شبل بدران، أحمد فاروق، 2010: 70)**

تعقيب

مما لاشك فيه أن عاملاً واحداً مما سبق ذكره– من العوامل المؤثرة في صورة الجسم– كفيلاً بأن يدمر صورة الطفل عن جسمه، وعن ذاته وتقديره لها، فماذا يكون الحال لو اجتمعت هذه العوامل كلها لتنصب شراكها للطفل ليقع من جرائها في براثن المرض النفسي، ويعاني من اضطراب صورة جسمه بل واضطراب شخصيته ككل؟

ثانياً: السلوك المشكل Behavior Problem

إن السلوك هو "كل ما يصدر عن الفرد من نشاط سواء كان ظاهراً أو خفياً، وهذا السلوك ما هو إلا نتاج تفاعل واحتكاك الفرد مع البيئة المحيطة به من جهة، ونتاج ما اكتسبه وتعلمه من سلوكيات سواء كانت إيجابية أو سلبية وفق المعايير التي يحياها المجتمع والثقافة والمعايير الأسرية الأخلاقية والتربوية التي يتبناها وينمو في إطارها.**(صالح حسن، 2011: 47، Rainmakers, Maartje, 2012)**

وهناك نوعان من السلوك احدهما سوي (عادي) والآخر غير سوي (مشكل) إلا أننا نجد صعوبة في إصدار الحكم على السلوك بأنه سوي أو غير سوي لأن الخط الفاصل بينهما لم يتم تحديده بشكل قاطع فهو يتأرجح بين أوضاع ومعايير ومحددات ثقافية واجتماعية مختلفة، ويعد تحديد هذا الخط الفاصل بين السلوك السوي وغير السوي أكثر صعوبة في مرحلة الطفولة المبكرة فجميع الأطفال أسوياء أو مشكلون يقومون بنفس السلوكيات تقريباً كالصراخ ونوبات الغضب والنشاط الزائد والتشاجر والكذب....الخ ، وجميعها سلوكيات يمكن توقعها من الأطفال الأسوياء شأنهم شأن الأطفال المشكلون، فالاختلاف بين السلوك السوي والسلوك المشكل هو اختلاف في

الدرجة وليس النوع وهنا يطرح سؤال نفسه كيف يمكن الحكم على سلوك ما بأنه مشكل؟؟))**(جمال مثقال القاسم، عمار الزغبي، ماجدة السيد ، 2010: 54)**، وللإجابة على هذا السؤال تم وضع مجموعة من المحددات للسلوك السوي تميزه عن السلوك المشكل وهي: ((العلاقة الصحية مع الذات ،المرونة ،القدرة على الاستفادة من الخبرة ، القدرة على التواصل الاجتماعي ،الواقعية، الشعور بالأمن ،التوجه الصحيح ،التناسب)) **(Herbert, 2009: 115)**، **كما تم وضع معايير للسلوك المشكل** ومن هذه المعايير: **انحراف السلوك** عن المعايير المقبولة اجتماعياً واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات والعمر والجنس، **تكرار السلوك** وهو عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة حيث يعد السلوك غير سوي إذا تكرر حدوثه بشكل غير طبيعي في فترة زمنية معينة، **مدة حدوث السلوك** حيث تكون بعض أشكال السلوك غير عادية، لان مدة حدوثها قد تستمر فترة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو متوقع، **طبوغرافية السلوك** وهو الشكل الذي يأخذه الجسم عندما يقوم الإنسان بالسلوك، **شدة السلوك** حيث يكون السلوك غير عادي إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو ضعيفاً وفق الزمان والمكان.**(قحطان احمد، 2010: 84، سعيد العزة، 2012: 31، 32)**

تعريف السلوك المشكل

"سلوك يتضح عندما يسلك الطفل سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالطفل. **(Roseman, 2006: 241 – 277)**

"عبارة عن أشكال السلوك غير السوي التي تصدر عن الطفل نتيجة لخلل في عمليات التعلم والتعليم، وغالباً ما يكون ذلك على شكل تعزيز السلوك غير التكيفي، وعدم تعزيز السلوك التكيفي.**(Ellis, Daeon, 2007: 514)**

"عادات سلوكية سيئة اكتسبها الطفل من البيئة بالتعليم والمحاكاة والتقليد جربها الطفل ووجد فيها استمتاع وراحة نفسية له".**(Herbert, 2009:115)**

"النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي فيه تنتهك حقوق الآخرين، أو قيم المجتمع الأساسية، أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت والمدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال".**(Evans, 2011:14)**

"سلوك متكرر الحدوث غير مرغوب فيه يثير استهجان البيئة الاجتماعية ولا يتفق مع مرحلة النمو التي وصل إليها الطفل، ويجدر تغييره لتدخله في كفاءة الطفل الاجتماعية والنفسية أو كلاهما، ولما له من أثار تنعكس على قبول الطفل اجتماعيا وعلى سعادته ورفاهيته، ويظهر في صورة عرض أو عدة أعراض سلوكية متصلة ظاهرة ويمكن ملاحظتها مثل السرقة والكذب والتدمير والتشاجر وغيرها".**(محمد الفقيهي، 2013: 23)**

أبرز الاتجاهات النظرية المفسرة للسلوك المشكل

أولاً / الاتجاه التحليلي

ترى مدرسة التحليل النفسي ان السلوك المشكل هو نتيجة للصراع بين مكونات الشخصية الثلاثة (الهو، الانا، الأنا الأعلى) بحيث تفشل الانا في حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى ولا تستطيع ايصال الجهاز النفسي إلى حالة التوازن، ومن هنا تظهر اعراض السلوك المشكل. **(حامد زهران، 2007: 125)**، كما انه وفقاً لمراحل النمو الخمسة التي اوضحها فرويد (الفمية، الشرجية، الذكرية، الكمون، التناسلية) فإنه يحدث السلوك المشكل إذا حدث تداخل بين هذه المراحل ولم تمر كل مرحلة بسلام، فالطفل قد يسخر كمية كبيرة من طاقته النفسية في مرحلة واحدة بحيث لا تتوافر لديه طاقة نفسية كافية لمواجهة المراحل اللاحقة او انه عندما يواجه صعوبات في مرحلة متأخرة قد ينكص للخصائص السلوكية للمرحلة المبكرة. **(سهير كامل، 2012: 87- 91)**

وفسرت نظرية التحليل النفسي السلوك المشكل من خلال خبرات الاطفال في الفترات المبكرة من الحياة حيث ان بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكبت في اللاشعور إلا أن هذه الخبرات المكبوته تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى السلوك المشكل. **(خولة أحمد، 2010: 77، سامي محمد، 2012: 161)**

كما ترى النظرية التحليلية ان السلوك المشكل يرجع إلى العالم الداخلي للاباء فالانا لدى الآباء المشكلون هو انا معذب ومساء اليه في الصغر من قبل الوالدين مما يدفع بهذا الأنا الى ان يسئ لكل من حوله في الكبر وخاصة الأبناء فكمية الطاقة العدوانية المكبوتة تجاه الوالدين في الصغر تسقط على الأبناء فيما بعد وهو ما يفسر الإساءة بكافة صورها.**(بشرى إسماعيل، 2010: 116)**، كما ان ميكانيزم التوحد يلعب دوراً كبيراً في نشأة السلوك المشكل لدى الأطفال حيث على سبيل المثال: يتم تفسير السلوك العدواني بأنه نتيجة التوحد بالمعتدي في خصائصه العنيفة سواء كان هذا المعتدي فرداً أم جماعة.**(خالد خليل، 2011: 107)**

الاتجاه السلوكي

يري هذا الاتجاه أن السلوك المشكل هو سلوك متعلم يتعلمه الطفل من البيئة التي يعيش فيها، ليقلل من درجة توتره ومن شدة الدافعية لديه، وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي، وبنفس الطريقة فإن المعالج ما عليه إلا أن يطفئ هذا المنعكس الشرطي– المرضي– وان يقوم بتعليم الفرد منعكسات وارتباطات شرطية جديدة وسوية مكان تلك الارتباطات المرضية. .**(عبد السلام عبد الغفار، 2006: 36، 37، جمال مثقال، ماجدة السيد، عمار الزغبي، 2011: 92)**، والطفل عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطه الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمذجة وتشكيل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحو أو العزل أو الإطفاء أو النمذجة الإيجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك.**(سعيد العزة، 2012: 43)**

الاتجاه الفسيولوجي

يرى هذا الاتجاه أن الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في السلوك المشكل إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة به. فالسلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الجنسية والعصبية والبيوكميائية، أو بأكثر من عامل فيها، وأن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه لذلك ينظر إلى العوامل البيولوجية على أنها وراء السلوك المشكل.**(خولة احمد، 2010: 64، 65)** ويشير هذا الاتجاه إلى أن السلوك المشكل هو نتاج ومحصلة لخلل في

وظائف أعضاء جسم الإنسان الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاُ لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها في جسم الإنسان ، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيروكسين في الدم على سبيل المثال لا الحصر. **(سعيد العزة، 2012: 44)**، ويعتبر أصحاب هذا الاتجاه بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي هو احد أهم الأسباب المؤدية للسلوك المشكل، وان سوء الأداء الوظيفي للمخ كذلك يلعب دوراً حاسماً في ظهور بعض حالات الانحراف السلوكي، وتلعب الغدد الصماء دوراً هاماً في ظهور السلوك المشكل وذلك بما تفرزه من هرمونات، واخيراً يرتكز هذا الاتجاه الى الابحاث الطبية في مجال علم وظائف الاعضاء (الفسيولوجي) ويفترض بشكل مبسط ومختصر انه كلما قامت الاعضاء بوظائفها بشكل اعتيادي ولم يحدث فيها أي اختلال كان سلوك الافراد طبيعيا ومائلاً للسواء وانه إذا حدث فيها أي اختلال في وظائف الاعضاء المختلفة للانسان ادى ذلك الى ظهور اعراض للسلوك المشكل متعددة.**(جمال مثقال، ماجدة السيد، عمار الزغبي، 2011: 108 – 110)**

الاتجاه البيئي

يقوم هذا الاتجاه على مبدأ أن السلوك المشكل الذي يحدث للطفل لا يحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هو يحدث نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

وبحسب هذا الاتجاه فإن أي خلل في بيئة الطفل قد يؤثر في إحداث اضطرابات عاطفية أو سلوكية عنده فحين يحاط هذا الطفل بأشخاص لا يدركون أنهم يؤثرون سلباً فيه تزداد صعوباته لذلك يكون التعديل والتغيير في بيئته ضروري لتغيير سلوكه المشكل، ويركز هذه الاتجاه على ضرورة التنسيق والتوافق بين المدرسة والبيت لتأمين البيئة الملائمة لنمو سليم عند الطفل، ومن العلاجات التي يعتمد عليها هذا الاتجاه العلاج العائلي الذي يساعد في تحسين العلاقات بين أفراد العائلة بتوجيههم وإرشادهم لتأمين بيئة ملائمة لكل طفل.**(عبد العزيز السيد، زيدان احمد، 2006: 89، ريم نشابه، 2011: 87، 88)**

الاتجاه المعرفي

يؤكد الاتجاه المعرفي على العمليات المعرفيه مثل الانتباه والتذكر وحل المشكلات كمؤثرات ومحددات هامة للسلوك وكأسباب محتملة للسلوك المشكل وطبقاً للاتجاه المعرفي فإنه لفهم

السلوك الإنساني لابد من فهم محتوى عملية التفكير الانساني.**(بشرى اسماعيل، 2010: 121)**، ويرى هذا الاتجاه ان السلوك المشكل يرجع الى تفكير خاطئ نتيجة خبرات مختلفة وهي تهدف الى تعلم الطفل طرائق بديلة اكثر واقعية للوصول الى سلوك افضل مثلاً إذا كان الطفل يعاني اضطراباً داخلياً مثل الخوف من الامتحان يلجأ إلى أفكار غير منطقية تجعله قلقاً ومضطرباً وتؤثر سلباً في تحصيله الأكاديمي وعندما يبين المعالج له تأثير هذه الافكار السلبية فيكتشف انها غير واقعية فيأتي بدلاً منها بأفكار ايجابية وواقعية.**(ريم نشابه، 2011: 88)**

تعقيب

في ضوء ما سبق يمكن القول بأن أسباب السلوك المشكل متعددة ومتنوعة، وبالتالي لا يمكن عزو السلوك المشكل إلى سبب بعينه وتجاهل الأسباب الأخرى، فيمكن أن يكون هذا السلوك المشكل نتاج تضافر عدة أسباب وليس سبباً واحداً.

مظاهر السلوك المشكل [*]

سلوك (الغيره، الكذب، الغضب، العدوان، الخوف، التخريب، الانسحاب، الخجل، الغش، قلق الانفصال، الشجار، اضطرابات النوم، السرقة، العناد، الالفاظ البذيئة، الافراط في النشاط، قضم الاظافر، ضعف مفهوم الذات، الاعتمادية، سوء التكيف الاجتماعي)

العوامل المسببة للسلوك المشكل

الاسباب البيولوجية

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية Neurological وكذلك البيوكيميائية Biochemical أو بتلك العوامل مجتمعه، ومن غير شك فإن هناك علاقة بين جسم الإنسان وسلوكه، وهناك الكثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالسلوك المشكل الشديد والشديد جداً لدى الأطفال.**(قحطان احمد، 2013: 293)**، فهناك دراسات تشير إلى تأثير تناول الأم الحامل الكحول والمخدرات على الجنين، كما أثبتت نشوء السلوك المشكل عنده فيما بعد، إضافة إلى دراسات أخرى أشارت إلى تأثير التغذية والمواد الحافظة والسكريات

---

[*] تم تناول مظاهر السلوك المشكل الوارد ذكرها في المقياس المستخدم بالبحث وهو مقياس السلوك المشكل إعداد أ.د/ سهير كامل ، ا.د/بطرس حافظ 2010

في الحركة الزائدة والاضطراب في التصرف Conduct Disorder، وقد أوضحت بعض الدراسات العلاقة بين الشخير والحركة الزائدة فحين يضطرب دماغ الطفل– وذلك بسبب نقص وصول الأكسجين إليه بشكل جيد في الليل – يصبح هذا الولد مضطرباً وتزداد حركته في النهار.**(ريم نشابه، 2011: 79)**، ويمكن أن توجز أسباب السلوك المشكل الراجع للعوامل البيولوجية إلى ((الوراثة، شذوذ الجينات الوراثية Chromosomal Abnormalities، اضطراب وظيفة الدماغ....إلخ))**(حسن مصطفى، 2010: 436، 437)**

الأسباب الأسرية

يؤكد جميع الباحثين على أهمية دور الأسرة في تفاقم السلوك المشكل أو عدم تفاقمه خاصة في المراحل المبكرة، كما جاءت نتائج الدراسات تتأثر بجدلية العلاقات المتبادلة بين السلوك المشكل عند الطفل وردة فعل أسرته، فأحيانا يلجأ الوالدين إلى معالجة الضرب بالضرب أو السلوك السلبي بسلوك آخر سلبي، مما يزيد السلوك المشكل عند طفلهم، بالمقابل فانه عندما يدرك الوالدين الصعوبة عند طفلهم ويساعدونه على تخطيها بتشجيعه وإعطائه الثقة بالنفس فإنهم بذلك يطورون عنده السلوك الايجابي الصحيح، وقد أكد المختصون أن رفض الوالدين لأطفالهم وعدم اهتمامهم بهم يؤدي إلى ظهور السلوك المشكل عند أطفالهم.**(خالد عبد الرازق، 2002: 322، 323، ريم نشابه، 2011: 80)**

الاسباب المدرسية

يضطرب بعض الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة والبعض الآخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية (في أثناء سنوات الدراسة) ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل القاعات.**(خولة أحمد، 2010: 34)**، وقد تؤدي المعلمة دوراً مهماً في زيادة السلوك المشكل أو تخفيفه، وكذلك الأقران فقد يتخذ الطفل طفلاً آخر قدوة له وهو طفل سيء يتلفظ بألفاظ نابية، ويغضب ويضرب ويكسر الأشياء فيقلده في تصرفه وسلوكه مما ينشئ عنده سلوكاً مشكلاً. **(Doumen, et al, 2009: 588 – 599)**

وهناك بعض الحالات التي تؤدي إلى تطوير السلوك المشكل لدى الأطفال في الروضة

- عدم تلبية الأنشطة للفروق الفردية بين الأطفال في الاهتمامات والقدرات والميول.

- عدم إتباع نظام ضبط متناسق بين الشدة واللين والاعتماد على نظام ضبط واحد يعتمد على اللين المفرط أو الشدة المفرطة.
- عدم قيام المعلمة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معالجة السلوك المشكل.**(Levine, et al, 2008: 681- 692)**

الأسباب المجتمعية

إن سلوك الأطفال المشكل يعكس بصورة ما الوضع الأخلاقي للأمة، فقد يسبب المجتمع او يساعد على ظهور السلوك المشكل لدى الأطفال وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية والعائلات المفككة والممزقة والشعور بفقدان الأهل وزيادة معدل الطلاق وولادات السفاح وجرائم الكبار وعدم احترام السلطة في المجتمع وغياب القيم الدينية وانحطاط القيم السائدة واهتزاز القدوة وشيوع العنف فيما تقدمه أجهزة الإعلام كل هذا يسهم في تغذية السلوك المشكل لدى الطفل. **(عبد الرحمن محمد، 2007: 8)**

الاسباب النفسية

وتتمثل في .... إثارة الألم النفسي، اختلال السيطرة، التدليل والحماية الزائدة، الترهيب والتخويف، الاهانة والتقليل من قيمة الطفل، البرود والتجاهل والرفض، الاستغلال، الفطام المفاجئ ....إلخ **(Herbert, 2009: 115, Kalish, 2011: 71)**

تعقيب

انه ليمكننا اختصار هذه الأسباب السابقة في معادلة بسيطة، وهي ان المخرجات نتجت عن مدخلات فالسلوك المشكل هو سلوك غير سوي (مخرج) نتج عن أساليب تربوية وتنشئة غير سوية (مدخلات)، وكما نعلم "لا يوجد أطفال مشكلون وإنما يوجد آباء مشكلون" ويضاف إلى هذه المقولة انه لا يوجد أطفال مشكلون وإنما يوجد مجتمع ومؤسسات ومسئولون مشكلون، فكل عامل من العوامل السابقة لا يمكن فصل تأثيره عن العامل الآخر فجميعهم متداخل ويغذي بصورة أو بأخرى سلوكاً مشكلاً...

اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل

مما سبق يتضح لنا أن مفهوم صورة الجسم الايجابي والمضطرب والسلوك بشقيه سوي ومشكل من أهم مكونات الشخصية التي تؤثر في الصحة النفسية حيث أن كلا من صورة الجسم والسلوك الايجابيين يخلقان طفلاً سوياً للمجتمع، ومتمتعاً بصحة نفسية، والعكس صحيح.

فمفهوم صورة الجسم كأحد مكونات مفهوم الذات هو النواة وحجر الزاوية للشخصية، كما أن السلوك هو جوهر الحياة الاجتماعية فهو ترجمة لذواتنا وإسقاط لها في ارض الواقع، ولصورة الجسم دور هام في تشكيل السلوك، كما أن السلوك له دور هام في تكوين ونمو صورة الجسم، ونظراً لأهمية هذين البعدين في شخصية الطفل، جاء البحث الحالي لدراسة علاقة كل منهما بالآخر.

فرض البحث

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة.

الاجراءات المنهجية للبحث

اولا: منهج البحث ... المنهج الوصفي المقارن

ثانياً: عينة البحث (30) طفلاً وطفلة من الأطفال الملتحقين بالروضة في سن (5- 6) سنوات

ثالثا: ادوات البحث

1- اختبار صورة الجسم لطفل الروضة Body Image Test (B.I.T) ، إعداد (سهير كامل، بطرس حافظ، 2007)
2- اختبار السلوك المشكل لطفل الروضة إعداد (سهير كامل، بطرس حافظ، 2010)

نتائج البحث ومناقشتها

ينص الفرض على انه .. "توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة".

← وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بإيجاد معامل الارتباط بين درجات اطفال العينة على مقياسي صورة الجسم، والسلوك المشكل باستخدام معادلة سبيرمان لايجاد العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة، كما يتضح في جدول (1)

جدول (1)

العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة

المتغيرات	معامل الارتباط	الدلالة
البعد الاول : المضمون الادراكي	0.91	دال عند مستوى 0.01
البعد الثاني : المضمون الذاتي	0.89	دال عند مستوى 0.01
البعد الثالث : المضمون السلوكي	0.89	دال عند مستوى 0.01
الدرجة الكلية لصورة الجسم	0.95	دال عند مستوى 0.01

يتضح لنا من الجدول السابق النتيجة التالية:

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة احصائية عند (0.01) بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة، وبذلك تتحقق صحة الفرض السابق.

تفسير الفرض

بداية نعي ان كل من اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل هما حالتان من عدم السواء او الاضطراب، ولقد لمست الباحثة هذه العلاقة– علاقة اضطراب صورة الجسم بالسلوك المشكل– بصورة جلية في استجابات الأطفال على مقياسي صورة الجسم والسلوك المشكل، حيث لوحظ أن الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعة في اضطراب صورة الجسم حصلوا أيضا على درجات مرتفعة في السلوك المشكل، والعكس صحيح، مما يدعم ويعزز وجود علاقة بين هذين المتغيرين (اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل لدى طفل الروضة)، ويفسر ذلك بأن الطفل الذي يتمتع بمفهوم ايجابي عن ذاته الجسمية، ومفهومه جيد عن صورة جسمه، نجده طفل

يحسن سلوكه، والعكس صحيح، فلن يقدم طفل على إقامة علاقات وتفاعلات وسلوك سوي وهو يشعر بدونية أو بنظرة سلبية متدنية نحو ذاته وجسمه، فكلا المتغيرين يعود ليغذي صاحبه.

وقد تتضح لنا النتيجة السابقة من خلال إيماننا بالمسلمة التالية...

- أن الطفل الذي يلقى من أسرته استحساناً وتدعيماً لذاته الجسمية، نجده ينشط في الروضة وينطلق في تفاعلاته بثقة وحب فهو مدعوم من أسرته ومعلمته ويشعر بكفاءته، وطفل آخر يلقى في أسرته سخط وتوبيخ وتحقير لذاته الجسمية، فنجده لا يثق في ذاته، فلا يقبل على التفاعلات أو العلاقات، وإما أن يصبح منطوياً أو عدوانياً نتيجة لتعرضه لخبرات الإحباط.(فلا يوجد أطفال مشكلون، وإنما يوجد آباء مشكلون)

وتتفق هذه النتيجة مع ما أوضحه **(عادل عبد الله، 2011)**، فهو يرى أن الطفل في سبيل تحقيق التوافق مع الآخرين، يتخذ احد أساليب ثلاثة من خلال تحقيق نوع من التوازن بينها، حيث قد يتحرك نحو الآخرين، أو بعيداً عنهم، أو ضدهم، فقد يتحرك نحوهم للحصول على الحب والحنان والرعاية والأمن (سلوك سوي)، وعندما ينعدم لديه الشعور بالأمن، فانه قد يتحرك ضد الآخرين، فيلجأ بالتالي إلى (العدوان) انتقاماً لنفسه رداً على من رفضوه، وقد يصبح مستسلماً خنوعاً مستجدياً للحب الذي افتقده، وقد يهدد وقد ينعزل، فيتحرك بعيداً عن الآخرين (الانسحاب)، وهذا ما لاحظته الباحثة على اطفال العينة فمنهم العدواني والمنسحب.

وفي ضوء النتيجة السابقة فإن الطفل الذي يعاني اضطراباً في صورة الجسم في اي من ابعادها الذاتي او الادراكي او السلوكي هو طفل يعاني من احد مظاهر السلوك المشكل على تنوعها (عدوان، انسحاب، تخريب، كذب، سرقة، عناد...)، كما تبرر صحة الفرض بأن المسببات التي تدفع للاصابة باضطراب صورة الجسم تتداخل وتتشابه مع مسببات السلوك المشكل باختلاف النظريات المفسرة او المدارس التي تتبنى اسباب اي منهما فكلاهما يعبران عن اللاسواء والذي بوجه عام يتفق على مسبباته، فمسبب كالأسرة له دور هام في بناء صورة الطفل عن جسمه، فإما أن يبدي الوالدان عطفاً حقيقياً ودفئاً نحو الطفل، وبالتالي يشبع حاجته للأمن(النمو السوي)، أو أن يبديا لا مبالاة وعداء بل وكراهية نحو الطفل، وبالتالي يحبطان حاجة الطفل للأمن (نمو عصابي)(**هناء أبو شهبه، 2009**) والاسرة التي تغذي مفهوم صورة جسم سلبي تغذي سلوكا مشكلا، فكما أشار (**Herbert, 2009**) في تعريفه للسلوك المشكل بانه "عادات سلوكية سيئة اكتسبها الطفل من البيئة بالتعليم والمحاكاة والتقليد جربها الطفل ووجد فيها استمتاع وراحة نفسية له"، وتعريف **(Ellis, Daeon, 2007)** بأنه "عبارة عن أشكال السلوك غير السوي التي تصدر

عن الطفل نتيجة لخلل في عمليات التعلم والتعليم، وغالباً ما يكون ذلك على شكل تعزيز السلوك غير التكيفي، وعدم تعزيز السلوك التكيفي، اي ان الاسرة غرست الاضطراب في طفلها والذي استدعى بالضرورة سلوكاً مشكلاً، وجاء تعريف **(Veale, 2010: 125)** لاضطراب صورة الجسم بأنه "انشغال زائد عن الحد بشأن المظهر الجسمي، يؤدي بصاحبه إلى العديد من السلوكيات الانهزامية للذات". مؤكداً على ان اضطراب صورة الجسم يصحبه ويلازمه زملة من السلوكيات الغير سوية والانهزامية والتي تظهر في صورة (عدوان وغيرة وعناد وتخريب وشجار وانسحاب وضعف الثقة بالذات وانخفاض الكفاءة الاجتماعية (والتي ما هي إلا مظاهر للسلوك المشكل)، واوضح كلا من **(مفيد حواشين، زيدان حواشين، 2006)** العلاقة بين السلوك بصفه عامة وصورة الجسم عندما اشارا إلى أن صورة الجسم شأنها شأن الذات تنزع إلى الاتساق. فهي تشتق وتستمد خصائصها من خصائص مفهوم الذات، فتصبح موجهه للسلوك، بحيث تتسق معظم الطرق التي يختارها الطفل لسلوكه مع مفهومه عن صورة جسمه، فإن امتلك مفهوماً ايجابياً كان سلوكه ايجابي وسوي وان كان مفهومه عن جسمه مضطرباً كان سلوكه مشكلاً وغير سوي.

وكما أشار كل من **(روبرت واطسون، هنري كلاي، 2008، محمد السيد ، 2009)** إلى أن فكرة الطفل عن صورة جسمه، هي التي تحدد إلى درجة كبيرة سلوكه واستجاباته في المواقف المختلفة، فالطفل يفهم أي خبرات لا تتسق مع فكرته عن صورة جسمه أو ما يسمى "بالصورة المدركة" على أنها تهديد له مما يسبب عنده القلق والتوتر، فيلجأ إلى تخفيضهما أو التغلب عليهما بوسائل دفاعية أهمها تشويه أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن جسمه أو يتجاهلها كلية، وإذا زاد التعارض بين الخبرات المدركة والصورة المدركة فإن الطفل يلجأ إلى مزيد من الدفاعات، فإذا فشلت هذه الدفاعات أيضاً أو اتخذت شكلاً جامداً وقع صريعا للسلوك المشكل، وهذا يدعم ويبرر ويفسر العلاقة بين اضطراب صورة الجسم، والسلوك المشكل. **(سناء محمد، 2010، سهير كامل ، 2012)**، والسلوك المشكل ما هو إلا شكل من اشكال السلوك بصفة عامة، واي سلوك يصدر عن الطفل في موقف ما يكون محكوماً بمجموعتين من العوامل هما: – عوامل تتعلق بالطفل نفسه من ميول ورغبات، وعادات واستعدادات وقدرات ومهارات وخبرات إلى غير ذلك.

- عوامل تتعلق بالمجال الذي يوجد فيه الطفل، وهذا المجال اجتماعي في أغلب الاحيان ان لم يكن في كلها.

فالسلوك هو حصيلة هاتين المجموعتين من العوامل، والسلوك لا يحدث إلا إذا وجد ما يثيره في المجال، أي ان سلوك الطفل المشكل لم يحدث إلا بفعل عوامل أثارته في مجال له خصائص معينة، وكما أشار كل من **(فاطمة فراج، عويد سلطان، 2011، مجدي الدسوقي، 2008)** فإن الخبرات والتجارب البين شخصية والتنشئة الاجتماعية الثقافية، هي التي تحدد المعاني العامة لصورة الجسم لدى الطفل، فإن صورة الطفل عن جسمه تتكون نتيجة ردود أفعال الآخرين اتجاه جسم أي منا، والطفل ذو اضطراب صورة الجسم تكونت صورته عن جسمه المضطربه نتيجة لآفعال من حوله من اسره واقران وثقافة مجتمع ووسائل اعلام وايضا الخبرات المؤلمة التي مر بها الطفل جميع ذلك استنفر في الطفل مظاهر سلوك مشكل يرد به على اساءتهم وحرمانهم وتحقيرهم له، او يسلك سلوكاً يعوضه عن النقص الذي اصابه نتاج معاملتهم هذه فنجده اما يوقع العدوان على من حوله ليذيقهم مما اذاقوه وينتقم منهم، او ينسحب مفضلاً العزلة والبعد عما يسئ إليه ويؤذيه نفسياً، وكلاهما سلوكاً مشكلاً، مما يدعم العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والسلوك المشكل.

وختاماً يستدل على علاقة اضطراب صورة الجسم بالسلوك المشكل من خلال الايمان بان اضطراب صورة الجسم يعنى تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder من وجهة نظر الطفل نفسه، نتيجة لعدم رضاه عن مظهر جسمه، كأن يرفض أجزاء جسمه أن تكون بما هي عليه كالشكل والوزن والطول أو القصر وما إلى ذلك، وصورة الطفل السلبية نحو جسمه أو عدم رضاه عنها قد يكون أحد هذه العوامل التي تعوق توافقه مع ذاته وبيئته المحيطة به في الوقت ذاته، وقد يكون هذا سبباً في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه، وعلى رأس هذه الاضطرابات يأتي السلوك المشكل باختلاف وتعدد مظاهره.

المراجع

ألفت محمد حقي (2009): سيكولوجية الطفل "علم نفس الطفولة"، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

أوتو فينخل (2009): نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل، الأنجلو المصرية، القاهرة.

بشرى إسماعيل (2010): ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، الانجلو المصرية، القاهرة.

جمال مثقال القاسم، عمار الزغبي، ماجدة السيد (2010): الاضطرابات السلوكية، دار صفاء، عمان.

حامد زهران (2005): علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة.

حسن مصطفى عبد المعطي (2010): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب– التشخيص– العلاج، دار القاهرة، القاهرة.

حسين علي فايد (2008): الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد22.

خالد خليل الشيخلى (2011): المشكلات السلوكية لدى الأطفال (الظاهرة– الوقاية– العلاج)، دار الكتاب الجامعى، العين، الإمارات.

خالد عبد الرازق (2002): سيكولوجية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.

خولة أحمد يحي (2010) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر، عمان.

رضوى فرغلي (2009): صورة الجسم وتقدير الذات وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى الأطفال، مجلة الطفولة والتنمية، العدد 16، مجلد 7، يصدرها المجلس العربي للطفولة والتنمية.

روبرت دناي (2012): السلوك الإنساني– ثلاث نظريات في فهمه، الهيئة العامة للكتاب، مكتبة الأسرة، القاهرة.

روبرت واطسون، هنري كلاي ليند جرين (2012): سيكولوجية الطفل والمراهق، ترجمة: داليا عزت مؤمن، مكتبة مدبولي، القاهرة.

ريم نشابه (2011): الولد المتخلف – تعريف شامل لذوي الاحتياجات الخاصة والاساليب التربوية المعتمدة، دار العلم، لبنان.

زافرا كوبر (2009): العلاج المعرفي– السلوكي للسمنة (دليل للمعالجين)، ترجمة: محمود عيد مصطفى، ايتراك، القاهرة.

زينب محمود شقير (2012): مقياس صورة الجسم، ط2، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.

عادل عبد الله محمد (2011): اتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل والمراهق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

عبد السلام عبد الغفار (2006): مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.

عبد العزيز السيد الشخص، زيدان احمد السرطاوي (2006): تربية الاطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، الامارات، دار الكتاب الجامعي.

عبد الله التطاوي (2008): الحوار الثقافي، مشروع التواصل والانتماء، مكتبة الأسرة، الهيئة العامة للكتاب.

سامي محمد ملحم (2012): مشكلات طفل الروضة التشخيص العلاج، عمان، دار الفكر.

سبوك (2012): حديث إلى الأمهات، ترجمة: منير عامر، أخبار اليوم ، القاهرة.

سعيد العزة (2012): التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الدار العلمية، عمان.

سناء نصر حجازي (2012): علم النفس الإكلينيكي للأطفال، دار المسيرة، عمان.

سهير كامل أحمد، بطرس حافظ بطرس، وليد فتحي (2007): اختبار صورة الجسم لدى طفل ما قبل المدرسة، الأنجلو المصرية، القاهرة.

سهير كامل أحمد (2012): سيكولوجية الشخصية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

شبل بدران، أحمد فاروق محفوظ (2010): أسس التربية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

صالح حسن (2011): مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الاردن.

طريف شوقي فرج (2010): توكيد الذات– مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية، دار غريب.

عادل عبد الله محمد (2007): فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، مجلة بحوث كلية الآداب، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد السابع، جامعة المنوفية.

عبد الرحمن محمد النجار(2007): اطفالنا ومشكلاتهم النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة.

عبد المطلب القريطي (2005): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم،ط6، دار الفكر، القاهرة.

عدنان عبد القادر الشرجبي (2008) : القلق وصورة الجسم "دراسة كلينكية استطلاعية لعينة من المراهقين اليمنيين"، دكتوراة، قسم علم نفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

فاطمة فراج الحبان، عويد سلطان المشعان (2011): الفروق في مفهوم الذات والشخصية لدى أبناء الأسرى وأبناء الشهداء وأقرانهم في الأسر الأخرى، مجلة دراسات نفسية، المجلد 19، العدد 6 ابريل، صـ266 ، 267.

فوزي محمد جبل (2011): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.

قحطان أحمد الظاهر(2010): تعديل السلوك، ط2، دار وائل، عمان.

قحطان احمد الظاهر (2013): مدخل الى التربية الخاصة، دار وائل، الاردن.

لوازى ويردو(2010) : تأملات في التنوع الثقافي، مجلة ديوجين، العدد 205، اليونسكو.

مجدي محمد الدسوقي (2008): فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة، دراسات في الصحة النفسية، المجلد الثاني، الأنجلو المصرية، القاهرة.

مجدي محمد الدسوقي (2012): اضطرابات صورة الجسم (الأسباب– التشخيص– الوقاية والعلاج)، سلسلة الاضطرابات النفسية (2)، الأنجلو المصرية، القاهرة.

محمد السيد عبد الرحمن (2009): نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة.

محمد الفقيهي (2013): المشكلات السلوكية لدى المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية في المملكة العربية السعودية، دكتوراة، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض :السعودية.

مفيد حواشين، زيدان حواشين (2006): خصائص واحتياجات الطفولة المبكرة، دار الفكر.

ميريلاكياراند (2011): التربية الاجتماعية فى رياض الأطفال، ترجمة: فوزى محمد عبد الحميد، عبد الفتاح حسن عبد الفتاح، دار الفكر العربى.

هناء يحيى أبو شهبه (2009): الصحة النفسية للطفل، دار الفكر العربي، القاهرة.

وفيق صفوت مختار (2012): مشكلات الأطفال السلوكية " الأسباب وطرق العلاج "، دار العلم والثقافة، القاهرة .

Albertini, S. & Phillips, A. (2008): Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescence. Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 38, 4, 453-459.

American Psychiatric Association (2005): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^{th}ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barclay, I. Vega, C. (2011): Conduct Disorder in Preschool may Predict Education and Behavior Difficulties. The American Journal of Psychiatry, 162, 1108- 1117.

Doumen, Sarah, Karine, Buyse, Evelien, Veerle, Luyckx, Koen (2009): Bart Reciprocal Relations between Teacher- Child Conflict and Aggressive Behavior in Kindergarten: A Three- Wave Longitudinal Study. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, V37 N3 P588- 599 Jul.

Edited, J., Thompson, K., Smolak, L. (2011): Body image Eating Disorders, and Obesity in youth Assessment, Prevention, and Treatment, American Psychological Association Washington, DC, pp. 41-66 .

Ellis, J.A. , Deon, J.I. (2007): Paint, Emotion, and Situational Specificity of Catastrophising. Cognition and Emotion. 16 (4), 514- 532.

Evans, D. (2011): Emotion, The science of sentiment. Oxford University Press, Oxford.

Ferdinand, R. Ende, J. Verhulst, E. (2010): Parent- Teacher Disagreement Regarding Psychopathology in Psychiatric Scandinavia, 1151, (1), 48- 55.

Grogan, S. (2012): Body Image, Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children , p 36.

Harris, S. (2008): Family self and sociocultural contributions to body image attitudes of African-American women, Psychology of women Quarterly , 19, pp. 129 – 145.

Hendy, H., Penn, U. and Schuylkill, H. (2012): social cognitive predictors of body image in preschool children , Journal Sex Roles , Vol. 44 (9-10), May 2012, pp. 557 – 597.

Herbert, M.(2009): Behavioral treatment of Problem children: A practical manual. New York: Academic Press. P115.

Herrea, M. Little, E. (2012): Behavior Problem Across Home and Kindergarten in an Australian Sample. Australian Journal of Educational and Developmental Psychology, 5, 77- 90.

Kalish, H.I (2011): from behavioral science to behavior modification. New York: McGraw – Hill.

Kerr, D. Lunkenheimer, E. Olson, S. (2009): Assessment of Child Problem Behaviors by Multiple Informants: A Longitudinal Study from Preschool to School Entry. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48, 10, 967- 975

Levine, Linda J, Burgess, Stewart, Laney, Cara (2008): Effects of Discrete Emotions on Young Children's Suggestibility. Journal Articles. Reports – Research, Developmental Psychology, Vol44 n3 p681 – 694 may.

Litte, E. Hudson, A. Willk, R (2009): Conduct Problems Across Home and School. Behavior Chang, 17, 69- 77.

McDonnell, A. (2010): Prevalence of Psychopathology Preschool- age Children. Journal of Child and Adolescent Psychiatrics' Nursing. Available at Findarticales.com

Nixon, R.(2010): Treatment of Behavior Problems in Preschoolers: A Review of Parent Training Programs. Clinical Psychology Review, 22, 4, 525- 547.

O'dea, J. (2012): Evidence for a self-Esteem Approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents , Brunner-Routledge , London , pp. 225 – 239.

Phillips, K. A. (2009): Body dysmorphic disorder: Clinical aspects and treatment strategies. Bulletin of the Menninger Clinical, Vol. 62 (A), PP. 33 – 48.

Phillips, K. A.; McElroy, S. L. ; Keck, P. E. Pope, H.G., Hudson, J. I. (2010): body dysmorphic disorder : 30 cases of imagined ugliness . American Journal of Psychiatry, Vol. 15, PP . 302 – 308 .

Rainmakers, Maartje (2012): "Executive Functions in Preschool Children with Aggressive Behavior: Impairments in Inhibitory Control". Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.36.

Roseman, I. (2006): Appraisal Determinates of Emotion: Constructing ampere Accurate and Comprehensive Theory. Cognition and Emotion. 10, 241- 277.

Slade, P. D. (2012): What is body image ? Behavior Research and Therapy, Vol. 42, PP. 497 – 502.

Susan, H. (2009): The critical shapes of body image : The roles of culture, family , and the individual in the production of eating disorders , Wayne state University .

Veale, D. ; Gournay, K.; Dryden, W.; Boocock, A.; Shan, F.; Willson, R., & Walburn, J. (2007): Body dysmorphic disorder : A

Cognitive behavioral model and pilot randomized controlled trial . Behavior Research and Therapy, Vol. 34 (9), PP. 717 – 729.

Veale, D. (2010): Cognitive- behavioral therapy for body dysmorphic disorder . Advances in Psychiatric Treatment, Vol. 7, PP . 125 – 132 .