

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 - قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



مطبوعة بيداغوجية :

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل و المراهق

موجهة لطلبة الليسانس علم النفس العيادي

إعداد الدكتورة :اغمين نديرة

السنة الجامعية :2017-2018

-مقدمة

-أهداف المطبوعة

المحاضرة الأولى: السواء واللاسواء في علم النفس المرضي

- 1- مفهوم السواء واللاسواء 08
- 2- معايير السواء و اللاسواء 09
- 3- البنية الشخصية و السواء 11
- 4-المشكل العادي و المرضي عند الطفل 11
- 5-صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل 12

المحاضرة الثانية: المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي: 1-البنية

- 1- مفهوم البنية في علم النفس المرضي 14
- 2-مراحل تكوين البنية الشخصية 14
- 3-مكونات بنية الشخصية 15
- 4-البنية عند الطفل 17

المحاضرة الثالثة: المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي: 2-الصراع

- 1-تعريف الصراع 18
- 2-أنواع الصراع..... 18
- 3-تصنيف الصراع حسب التحليل النفسي 19
- 4-تحليل الصراع النفسي 20

المحاضرة الرابعة: المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي: 3-القلق

- 1-تعريف القلق 21

- 2-القلق و بعض المفاهيم المرتبطة به 22
- 3-أسباب القلق النفسي عند الطفل 23
- 4-أعراض القلق النفسي عند الطفل 24
- 5-النظريات المفسرة للقلق 25

المحاضرة الخامسة: اضطرابات النمو: 1 -اضطرابات التغذية

- 1-تعريف اضطرابات التغذية 26
- 2-تصنيف اضطرابات التغذية 26
- 2-1-اضطرابات التغذية التي تشخص في مرحلتي الرضاعة والطفولة 27
- أ-اضطراب اشتهاأ أظمة شاذة 27
- ب-اضطراب الاجترار 27
- ج-فقدان الشهية 29
- 2-2-اضطرابات التغذية التي تشخص في مرحلتي المراهقة و الرشد 29
- أ-فقدان الشهية العصبي 29
- ب-الشراه العصبي 31
- ج-السمنة 33
- 3-أسباب اضطرابات التغذية 33

المحاضرة السادسة: اضطرابات النمو : 2-اضطرابات الإخراج

- 1-التبول اللاإرادي 38
- 1-1-تعريفه 38
- 1-2-أنواعه 38

39	..... أشكاله	1-3-3
40	..... أسبابه	1-4-4
42	..... أعراضه	1-5-5
42	..... تفسيره	1-6-6
43	..... التبرز اللاإرادي	2-2-2
43	..... تعريفه	2-1-1
43	..... نسبة انتشاره	2-2-2
43	..... أسبابه	2-3-3
43	..... معايير تشخيصه	2-4-4

المحاضرة السابعة: اضطرابات النمو: 3-اضطرابات النوم

44	..... تعريفها	1-1-1
44	..... أسبابها	2-2-2
45	..... اضطرابات النوم عند الرضيع	3-3-3
46	..... أشكال اضطرابات النوم عند الطفل	4-4-4
46	..... الأرق	4-1-1
47	..... مخلات النوم	4-2-2

المحاضرة الثامنة: اضطرابات النمو: 4- فرط النشاط و ضعف الانتباه و التركيز

49	..... تعريفه	1-1-1
49	..... نسبة انتشاره	2-2-2
50	..... أسبابه	3-3-3

4-المحكات التشخيصية لاضطراب النشاط الزائد وضعف الانتباه والتركيز 53

المحاضرة التاسعة: اضطرابات النمو: 5- الصعوبات المدرسية

1-صعوبة القراءة(عسر القراءة) 56

1-1-تعريفه 56

1-2-عوامله 56

1-3-أعراضه 58

2-صعوبة الكتابة (عسر الكتابة) 59

2-1-تعريفه 59

2-2-عوامله 59

2-3-أعراضه 60

3-صعوبة الحساب (عسر الحساب) 61

3-1-تعريفه 61

3-2-عوامله

المحاضرة العاشرة: الاضطرابات البنيوية عند الطفل و المراهق :1-1 لعصاب

1-مفهوم العصاب 63

2-مفهوم العصاب الطفلي 63

3-أسباب العصاب عند الطفل 64

4-تشخيص العصاب عند الطفل 65

5-المعايير التشخيصية للعصاب عند الطفل 65

6-أشكال العصاب عند الطفل 65

6-1-الرهاب 65

6-2-العصاب الاستحواذي 69

6-3-الهستيريا 72

المحاضرة الحادية عشرة: الاضطرابات البنيوية عند الطفل و المراهق: 2-الذهان (التوحد)

1-تعريفه 74

2-نسبة انتشاره 75

3-تصنيفه 75

4-أسبابه 76

5-المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد 78

- قائمة المراجع 81

مقدمة :

يمر الفرد خلال نموه بعدة مراحل تطورية ، تبدأ بمرحلة الطفولة التي تعد حيز الزاوية الذي توضع خلاله الأسس الأولى لشخصيته ، و يكون لها أكبر الأثر في تشكيل شخصيته في المراحل اللاحقة من النمو .

و يعتبر الاهتمام بالطفولة و المراهقة في عصرنا الحاضر من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع و تطوره ، كون الطفل هو رجل المستقبل و إن رعاية الأطفال و إعدادهم للمستقبل يمثل حتمية حضارية يفرضها التطور العلمي و التكنولوجي المعاصر، و يعتبر علم النفس من بين العلوم التي أسدت أهمية كبيرة لدراسة الطفولة كمدخل تاريخي لفهم الاضطرابات وفق ما يسمي بأسلوب دراسة الحالة .

إذ أنه إذا كانت سنوات الطفولة سوية كان الشخص في مراهقته و رشده فاعلا و منتجا، و بالعكس تسهم مشكلات الطفولة في نشأة الاضطرابات النفسية و العقلية و الانحرافات السلوكية في المراهقة و الرشد.

في هذا السياق نجد أن اضطرابات الطفولة و المراهقة تعد من بين أهم المواضيع التي تستهوي الكثير من الباحثين في مجال علم النفس المرضي نظرا لخصوصيتها كون الطفل مازال في مرحلة نمو و أن الاضطرابات التي قد تصيبه يمكن أن تزول من تلقاء نفسها مع سيرورة النمو ، و كون اضطرابات الطفل تختلف عن اضطرابات الراشد و بالتالي لا يمكن تشخيصها بنفس الطريقة ، و كون أعراض الطفل قد تكون علامة على اضطراب النسق الأسري ككل و بالتالي لا يمكن فحص الطفل بمفرده بل قد يتعداه إلى أفراد أسرته.

نظرا لهذه الأسباب و غيرها جاء إعدادنا لهذه المطبوعة البيداغوجية في علم النفس المرضي للطفل و المراهق ، و التي حاولنا من خلالها تسليط الضوء على مجموعة من المواضيع التي رأيناها مهمة بالنسبة لطالب الليسانس في علم العيادي.

*أهداف المطبوعة :

- تمكن الطالب من التعرف على مختلف اضطرابات الطفولة (النمائية والبنوية) ، و خصائصها.
- التعرف على أهم اضطرابات مرحلة المراهقة.
- ربط ما يتلقاه الطالب في مقياس علم النفس المرضي للطفل و المراهق بمقاييس التكوين الأخرى .

*** الكفاءات المستهدفة :**

-تمكن الطالب من تصنيف و تشخيص مختلف الاضطرابات السلوكية و الانفعالية عند الطفل و المراهق.

-ربط التكوين النظري بالجانب الميداني من خلال التعرف على مختلف اضطرابات الطفولة و المراهقة واقعيا خلال التريضات الميدانية.

***المكتسبات القبلية المطلوبة :**

-تحكم الطالب في المبادئ و المفاهيم الأساسية لعلم النفس المرضي ، و التي تلقى تكويننا فيها خلال السنة الثانية في مقياس "مدخل إلى علم النفس المرضي".

المحاضرة الأولى : السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي

تمهيد :

لا يستطيع أي باحث في مجال علم النفس المرضي أن لا يتطرق إلى مسألة السواء و اللاسواء التي تشكل موضوعه و هدفه في نفس الوقت ، كون هذا الفرع من فروع علم النفس لا يقتصر هدفه على دراسة الحالات المرضية فحسب ، بل يشمل كذلك الحالات الأكثر تكيفا و التي توصف على أنها سوية ، و التي يعتمدها كمرجع يعود إليه لتحديد مدى ابتعاد الحالات الأولى بصفتها مرضية عن خط التكيف الذي يميز الثانية ، و تعتبر دراسة هذا الموضوع على درجة عالية من الصعوبة و التعقيد ، مما جعل جهود الباحثين تأخذ اتجاه البحث في وضع معايير دقيقة و محددة للسواء أو الصحة النفسية و غيرها من المفاهيم المرادفة وهذا ما سنحاول الإحاطة به من خلال هذه المحاضرة .

1- مفهوم السواء و اللاسواء :

1-1- تعريف السواء :

السواء في علم النفس و الطب النفسي يقصد به : " مصطلح عام يرادف الصحة النفسية إلى حد بعيد " ، كما يعني أيضا في علم النفس : " قيمة معيارية تمثل العادي أو المتوسط أو القريب من المركز " ، كما يعني أيضا : " التصرف تبعا للمعايير المقبولة ، و كذا كون الفرد صحيحا أو سليما أو في حالة صحية و متحررة من الصراع " . (السيد ، 2000 ، ص 33)

1-2- تعريف اللاسواء:

في اللغة العربية يقابل اللاسواء كلمة الشذوذ والتي أتت من الفعل شَذَّ شذوذا أي انفرد عن الجمهور وندر بهم ويُقال خالف القياس وشد عن الأصول أي خالفها ، والشذوذ من الناس هم الذين يكونون في القوم وليسوا من قبائلهم أي قلتهم، ويقول النحاة(أصحاب النحو) شَذَّ من القاعة أي خرج منها ، ويقابل مصطلح اللاسواء في اللغة الفرنسية كلمة (Anormale) والتي تتكون من السابقة (A) والكلمة (normale) والتي تعني السواء والعادي ويقصد بها مجتمعة الاختلاف عن العادي والمتوقع. (نفس المرجع ،ص36).

- في علم النفس الغير سوي يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف و جماعة معينة ، لكن ما هو غير سوي لا يعني أنه مرضي (باثولوجي) ، بل أنه يختلف عن المعتاد

ملاحظته ، و لتفادي الغموض يجب إجراء تقويم : وصفي ، كمي ، كيفي ، و مثالي ، لأن الغير عادي ليس مرضيا ، و المعتاد ليس سويا بالضرورة. (ميموني ، 2003، ص35).

2- معايير السواء و اللاسواء:

يعتبر الفصل بين مفهومي السواء و اللاسواء أمر صعب للغاية ، لذلك تعددت المعايير المفسرة لهما ، و نستعرض في ما يلي نماذج من هذه المعايير :

2-1- المعيار الإحصائي :

يعتمد المعيار الإحصائي على درجة تكرارا السلوك و شيوعه بين الناس أو بين أفراد الجماعة ، فالسلوك الذي يصدر عن الأغلبية في إطار الجماعة سلوك سوي ، أما السلوك الذي يصدر عن أقلية في إطار هذه الجماعة فهو غير سوي.

- تقوم فكرة المعيار الإحصائي على أساس قيمة القياس النفسي ، و هو أننا إذا قمنا بقياس صفة لدى مجموعة من الأفراد سواء كانت هذه الصفة جسمية أو عقلية أو انفعالية ، و رسمنا العلاقة بين درجات توزيع هذه الصفة و عدد الأفراد الذين يمتلكونها في المجموعة لوجدنا أن الدرجات تمثل إلى توزيع معين يطلق عليه المنحى الاعتدالي، و يستمد هذا الأساس الإحصائي من فكرة التوزيع الطبيعي التي تذهب إلى أن الطبيعة تميل بصورة عامة إلى الاعتدال و التوسط في ما تنطوي عليه من الحوادث و مظاهرها الكمية ، و تقع أكثر الحالات عادة حول المتوسط بينما لا يقع في حقل التطرف إلا القليل منها ، تعالج هذه الفكرة إحصائيا و تمثل بمنحنى قوس أو المنحنى الاعتدالي ، و تعطي هذه الفكرة مكانة كمية لنسب المتوسط ونسب التطرف ، و ينظر إلى شدة الانحراف عن المتوسط بأنه شذوذ. (موسى و اخرون ، 2009 ، ص 20)

2-2- المعيار الذاتي (الفردى) :

يعرض هذا التحديد " موسى و هانت " في كتابهما عن أسس علم الشذوذ النفسي ، حيث يذهبان في تحليل البناء الشخصي لكل منا و الآراء التي نعلنها عن هو الشاذ و عن هو السوي ، فنحن كما يقولان ننظر إلى الناس و نلاحظ ظروفهم و تصرفاتهم ، و كثيرا ما نقول أنها (سوية) حين تتسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، كما نقول أنها (غير سوية) حين تختلف عن هذه الأفكار و الآراء ، و هكذا فإننا إنما نحكم ذاتنا و كياننا الشخصي الفردي حين نتحدث عما هو سوي أو غير سوي ، و نحكمها معتمدين على كل

ما اكتسبناه من خبرتنا السابقة ، و أكثر ما يكون السوي في نظرنا هو ما يتلاءم مع ما نرغب فيه ، أو ما هو مرغوب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه . (عبيد ، 2015، ص27)

2-3- المعيار الاجتماعي

يتبنى هذا المعيار العاملون في الميادين الاجتماعية و المنادون بأهمية إعطاء الأسس الاجتماعية مكانة أساسية في بحث الطبيعية الإنسانية ، فالمجتمع يضم مجموعة من العادات و التقاليد و الأفكار التي تقود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم ، فإذا خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود المجتمع اعتبر سلوكهم شاذاً ، وإذا تكيفوا بطريقة تتفق مع قيم و معايير المجتمع اعتبر سلوكهم مؤشراً على السواء .

و يرى المعيار الاجتماعي أن على الأفراد أن لا يتكيفوا مع البيئة التي يعيشون فيها فحسب، بل عليهم أن يعملوا في سبيل بناء و تدعيم القيم و الأهداف و الأنشطة الخاصة بالجماعة التي تسهم في تقدمها . و تتبع أهمية المعيار الاجتماعي من أن المجتمع لا يقبل إلا السلوك الذي يكون في صالحه أي في صالح مجموع أفراد، و في الوقت نفسه يرفض أي سلوك يهدد تماسكه و استقراره .

and all , p p 182.185) (Schwebel Andrew , L

2-4- المعيار المثالي:

يتفق هذا المعيار مع الاتجاه في تحديد الصحة النفسية، و هو الاتجاه المخالف للاتجاه السلبي في تحديد التكيف السوي و الذي يرى أن السواء يتمثل في الخلو من المرض. و بدلاً من ذلك يضع المعيار المثالي معايير السواء، و مثال هذه المعايير:

أ- فهم الذات و قبولها .

ب- الواقعية و فهم المحيط .

ج- التحرر من الصراعات الداخلية و القدرة على مواجهة الضغوط النفسية بفعالية .

د- تنمية قدرات أساسية، جسدية، و اجتماعية و عقلية من أجل التكيف مع البيئة .

هـ- نمو إمكانات الفرد باتجاه تحقيق الذات .

- إن المعيار المثالي مهم في تحديد التكيف السوي، لكن إمكانية الوصول إلى الكمال أمر غير واقعي فلا يوجد إنسان خال تماما من التوتر النفسي أو سوي بشكل كامل.

(Powell ,Dowglos. H, P11-16)

3- البنية الشخصية و السواء:

البنية السوية هي البنية العميقة العصائية أو الذهانية التي لم تنفجر و التي ربما لا تنفجر طوال حياة الإنسان لأنها بنيات ثابتة و مستقرة و نهائية ، أي البنية التي تدافع عن نفسها ضد الانهيار و ذلك للتكيف مع خصوصياتها و التي تعطى صبغة خاصة مثل سمات الطبع ، أما الشخصيات الشبه سوية تختلف عن البنيات المستقرة و تسمى الحالات الحدية و هي تنظيم و ليس بنية لأنها قابلة للتغير .

مفهوم البنية في إطار علم النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء (J.Bergeret) وقد ربط و اللاسواء مركزا على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما ، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سويا و ينتكس ، و دون أن يناقش بالضرورة وضعه السوي السابق ، بشرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي لأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة ، كما يرى أن تشخيص السواء يتطلب فحصا للطريقة التي يتلاءم بها الشخص مع بنيته النفسية الخاصة ، فمفهوم السواء لديه يتعلق " بحالة التلاؤم الوظيفي الناجح ضمن بنية ثابتة فقط سواء كانت عصائية أو ذهانية ، في حين تناسب المرضية انقطاعا ضمن نفس الخط البنيوي " .

(Bergeret, J, 1996 , P37)

4- المشكل العادي و المرضي عند الطفل:

Le normal et le pathologique chez l'enfant

تعتبر عملية دراسة العادي و المرضي عند الطفل أمر بالغ التعقيد كونه يتميز بحالة من النمو و الديناميكية التي تحول دون القدرة على الحسم في سواء أو عدم سواء التظاهرات السلوكية التي تصدر عنه ، و من جهة أخرى فان نضجه و نموه منبعان للصراعات و يؤديان إلى ظهور بعض الأعراض المرضية.

و في دراسة سلوك الطفل لا نستطيع اعتبار العادي و المرضي كحالتان مستقلتان ، على اعتبار أنه لا توجد حدود فاصلة بينهما فيمكن أن يكون الطفل مرضيا عادي أو عاديا مرضي مثلا : الطفل المرضيا عادي هو الطفل الهادئ جدا أو حالة النضج المفرط عند الطفل و حالة العاديا مرضي مخاوف الطفولة أو سلوكات الانقطاع عند الأحداث.

- عند الحديث عن مشكل العادي و المرضي عند الطفل لا يمكننا تجاهل دور الوسط الذي يعيش فيه ، إذا أن السلوك الذي يصدر عن الطفل يمكن أن يكون له فهم مغاير إذا ظهر عند طفل يعيش في وسط عائلي عادي ، عنه إذا ما ظهر عند طفل يعيش في وسط عائلي مضطرب .

5- صعوبات تحديد السوي و المرضي عند الطفل :

إن تحديد السواء على العموم صعب ، فلا توجد حدود بارزة بين السوي و المرضي ، و هذه الصعوبة تظهر بوضوح عند الطفل لأنه في سيرورة النمو .

1- النمو مستمر :

مع أن الطفل مازال ينمو فليس له بنية ثابتة نسبيا مثل ما هو الحال عند الراشد و ظهور بعض الأعراض التي تشبه أعراض الراشد لا تعني بالضرورة أن هناك باثولوجية:

- حسب السن تظهر " أعراض " ليست كلها مرضية بل منظمة للنمو مثل حصر الشهر الثامن بعض الطقوس في المنام و الغسيل.... إنها تساعد الطفل على التحكم في دوافعه و في المحيط الخارجي .

- بعض الأعراض مرتبطة بالظروف المعيشية: إنها انعكاس لهذه الظروف و تزول مع تحسن الوضع.

- النمو يمر بمراحل و كل مرحلة تأتي بإمكانيات جديدة تساعد على التخلص من صراعات المرحلة السابقة، "A.Freud" تركز علي دينامية النمو و إمكانياته العلاجية.

- النمو ليس متساويا في كل جوانبه: وظائف تتطور بسرعة و أخرى ببطء. يظهر أيضا نكوص لكنه ليس دائما سلبي بل يساعد على تجاوز صعوبات المرحلة، كأن الطفل يرجع إلى الوراء كي يجمع قواه لاجتياز المرحلة.

- كثير من الباحثين و خاصة "H.Wallon" ركز على أهمية الأزمة إنها مؤقتة و منظمة، بالنسبة لوالون الأزمة تساعد على القفزة النوعية التي تسمح بالتنظير السريع.

- مع أن المراهق في تطور سريع و في كل الجوانب، فهو يعيش أزمة بيولوجية نفسية و اجتماعية هامة، هذا ما يجعله يقوم بسلوك غريب يأخذ أشكالاً مرضية في بعض الحالات : البحث عن التطرف، الانطواء، الخجل، العدوان..... الخ، كل هذا لا يعني بالضرورة باثولوجيا بل غالباً ما يدخل في خصائص المرحلة و البحث عن الهوية و إثبات الذات و يزول هذا السلوك مع زوال الأزمة، و هذا الوضع يتطلب من المختص الدقة و الحذر و عدم التسرع في التشخيص. ، و للمحيط العائلي دور كبير في مساعدة المراهق على اجتياز الأزمة بسلام أو الغرق فيها حسب تسامحه و تفهمه أو تزمته .
(ميموني،2003،ص ص 37،38)

2-الفوارق الفردية:

تحديد معدلات و مراحل لا يعني أن كل الأطفال يكتسبون المهارات أو المعارف في نفس السن، لكن هذا التحديد يعطي مؤشراً أي معدلاً إحصائياً، و لذا يجب الأخذ بعين الاعتبار الفوارق الفردية، كل طفل له إيقاعاته البيولوجية و النفسية و المهم هو الانسجام الذاتي، توازن الوظائف النفس اجتماعية الحركية.
(مرجع سابق، ص 38)

3-وضع الطفل قوالب الراشد:

يحذر من سهولة استعمال التصنيفات الخاصة بالراشد و تطبيقها على الطفل، و هذا للأسباب المذكورة سابقاً. (مرجع سابق، ص 38).

المحاضرة الثانية: المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي: 1- البنية

1- مفهوم البنية في علم النفس المرضي :

* يعرفها (J.Bergeret) على أنها : " تنظيم ثابت و نهائي لمكونات ميتا سيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية ". (Bergeret .j et all.1974.p49)

* كما يعرفها (Freud) من خلال قوله : " إذا سقط بلور من الكريستال ، فإنه لا ينكسر بأي حال من الأحوال ، بل حسب خطوط الضعف و القوة التي حدثت عند تكوينه وهي خاصة بكل جسم، و هذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور أو يوضع تحت جهاز خاص ، و بالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المسك " (Bergeret , P 49)

2- مراحل تكوين البنية الشخصية :

تتكون البنية الشخصية عبر مجموعة من المراحل حددها (J.Bergeret) كما يلي:

2-1- المرحلة الأولى :

تبدأ منذ الولادة ، و يكون فيها الأنا في حالة لا تمايز نفسي جسدي ، و لكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجيا مع خروجه من الهو ، و هذا تحت تأثير النضج و العناية و العلاقة مع الأم ، و هنا إذا كانت الظروف الداخلية و الخارجية مضطربة ، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة و نقطة تثبيت كما تقول (A. Freud).

2-2- المرحلة الثانية :

يتطور الليبيدو ويتقدم في سيرورته ، و تتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية ، و الأنا يتطور و يستعين بالآليات الدفاعية ، و ذلك حسب المحيط الخارجي و أخطاره ، و أخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية ، و هنا يتطور الليبيدو و يتقدم تبعا ل:

- العلاقات مع الوالدين و خصوصا الأم ، ثم العلاقات مع أفراد المحيط.

- تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات و صدمات و تقمصات إيجابية.

- تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية.

- تتنظم تدريجياً نفسية الفرد ، و تصنف حسب العناصر الأولية فتنج منظمة داخلية ذات خطوط انشطار و تلاحم ، و التي تكون غير قابلة للتغير فيما بعد.

2-3- المرحلة الثالثة :

و مع نهاية مرحلة البلوغ ، تكون البنية ثابتة و لا تتغير في توجهها الأساسي مادام صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحياط أساسي أو صراعات قوية) ، فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية ، و لكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخاً في البنية و ذلك حسب خطوط القوة و الضعف الموجودة فيها.

- فالبنية العصابية يتمركز الصراع فيها ما بين الأنا و النزوات ، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرة الدفاعات القديمة ، و توجد ما بين هاتين البنيتين ما يعرف بالتنظيمات الحدية أو البنية و تضم الأمراض السيكوسوماتية ، و الأمراض السيكوباتية و الانحرافات ، و تظهر هذه الحالات كمنظمة هشة ، أي تنظيمات قابلة للتغير و ليس كبنية ثابتة لأنها ممكن أن تتطور إلى مسار الذهان أو العصاب. (ميموني، ص ص 37،38)

3 . مكونات بنية الشخصية:

تحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية بخمسة أبعاد ، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات :

3-1 . مستوى نكوص الليبدو والأنا (التثبيت).

▪ **البنية الذهانية:** النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة اللاتمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفاً ، فهولا يلعب دور الوسيط ، فيقع تحت سيطرة الهو .

▪ **البنية العصابية:** يرجع نكوص الليبدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية ، مثل ما هو في (العصاب الاستحوادي) ، وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية ، الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.

▪ **التنظيم البيني :** يرجع النكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية ، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي ، الأنا تمايز لكنه مازال اتكالياً، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي ، مما يؤدي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

3-2 . نوع القلق .

- **البنية الذهانية :** هو قلق التجزئة، والتفكك ، واليأس، والتلاشي ، والموت ، لأن الأنا تفكك وانشطر بعدما كانت وحدة الأنا متماسكة.
- **البنية العصابية :** مهما كان نوع العصاب ، فإن قلق الإخفاء هو المسيطر على هذه البنية ، أو قلق الإثم والخطأ ويُعاش في الحاضر ، وهو مُركّز على ماضي شهواني.
- **التنظيم البيئي:** هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيار .

3-3 . العلاقة بالموضوع .

- **البنية الذهانية :** نجد علاقة نرجسية كاملة ، لأنها مدمجة في نرجسية الأم ، وتؤدي إلى التوحد ، والانطواء والتخلي عن الموضوع ، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد من خلال الهذيان والهلوسة ، فهي إذن علاقة أحادية حيث يعتقد أنه وأمه شخص واحد.
- **البنية العصابية :** علاقة ثلاثية تناسلية : " طفل . أم . أب . "
- **التنظيم البيئي:** علاقة ثنائية إتكالية : " طفل أم " وليست اندماجية.

3-4 . طبيعة الصراع.

- **البنية الذهانية:** يكون الصراع بين الهو والواقع ، ولا يكون بين الأنا والواقع ، لأن أنا الذهاني غير موجود أو بدائي ، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يرفض سيطرته.
- **البنية العصابية:** يكون الصراع جنسي بين الأنا الأعلى والدوافع "رغبات ونزوات" ، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلق الإخفاء.
- **التنظيم البيئي:** يكون الصراع بين مثال الأنا والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي ، أما الأوديب لم يلعب دوره المنظم، ويبقى ذو طابع نرجسي مع قلق فقدان الموضوع والتهديد بالانهيار.

3-5 . الآليات الدفاعية الأساسية.

- **البنية الذهانية :** النفي أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.
- **البنية العصابية :** هنا الآليات متطورة أهمها : الكبت والتحويل.

▪ **التنظيم البيئي:** ازدواج الصورة الهوامية، مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزأين :

. الأول: تقدير وفهم صحيح للواقع، ويعني ذلك تكيف صحيح.

-الثاني:تقدير مثالي للواقع وفي نفس الوقت نفي له.(ميموني ،ص58)

ولتوضيح أكثر لمختلف أنواع البنيات و خصائصها نستعرض الجدول التالي :

(Beregeret J et all , paris,1974.p 140)

جدول رقم (1): خصائص مختلف البنيات النفسية

نوع البنية	الهيئة المسيطرة	طبيعة الصراع	الميكانيزمات الدفاعية	العلاقة مع الموضوع	مستوى نكوص الليبيدو
البنية العصابية	الأنا الأعلى	الهو / الأنا الأعلى	- الكبت - العزل - التكوين العكسي	تناسلية	المرحلة القضائية
البنية الذهانية	الهو	الهو / الواقع	- نفي الواقع - ازدواجية الأنا	اندماجية	المرحلة الفمية
التنظيم الحدي	مثال الأنا	مثال الأنا / الهو / الواقع	- ازدواج الصور الهوامية. - الانشطار	اتكالية	المرحلة الشرجية

4- البنية عند الطفل :

عند الطفل لا نتكلم عن بنية عصابية أو ذهانية ، بل عن تنظيمات عصابية أو ذهانية قابلة للتغير تحت تأثير العوامل الداخلية و الخارجية ، لا تكتمل البنية إلا عند المراهقة لذلك يطرح التشخيص لاضطرابات الطفل و المراهق مشكلا معتبرا ، فإذا ظهرت عند الطفل أعراض ذات طابع عصابي فهي لا تعني بالضرورة وجود عصاب أو بنية عصابية لأن الطفل الذي أبدى هذه الأعراض يمكن أن يشفى خلال سيرورة نموه ، نظرا للإمكانيات التطورية الداخلية و الخارجية التي يملكها ، بالمقابل يمكن أن ينكص إذا ساءت الظروف الداخلية و الخارجية مطورا بذلك اضطرابات نفسية ، أما في المراهقة فيقول (بارجوري) أنه يمكن لتنظيم ذهاني أن ينقلب إلى تنظيم عصابي بفضل معالجة معمقة ، كما أن عددا كبيرا من الاضطرابات تأخذ طابعها النهائي كالفصام (الذي هو ذهان المراهقة و الشباب) ، يجدر القول أن مفهوم التنظيم في الطفولة و المراهقة يساعد على التبصر بخطورة الاضطرابات ، و أهمية التشخيص المبكر و العلاج كي لا تترسخ و لا تتعمق الاضطرابات. (ميموني ، 2005 ، ص 57، 61)

-ستخلص في الأخير أن دراسة كيفية تكون البنية خلال مرحلة الطفولة ، و المشكلات التي تؤثر على عملية نموها أمر بالغ الأهمية ، لأنها تعطينا صورة واضحة عن خطوط الضعف و القوة التي تميز هذا النمو ، و بالتالي تتبؤنا بطبيعة ما قد يواجهه الطفل من اضطرابات في مراحل عمرية لاحقة ، و من ثم إمكانية التدخل مسبقا لتفادي تطور ما يبدو عليه من علامات وأعراض.

المحاضرة الثالثة: المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي: 2- مفهوم الصراع

1- تعريف الصراع :

*يعرفه "الخالدي" على أنه : "الصراع هو حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معا ، أو نوعين من الدوافع و يكون كل منهما قائما لديه ، وهذه الحالة من الممكن أن تؤدي إلى القلق والاضطراب" (الخالدي ، 2009، ص51).

-أي أن الصراع يتكون لدى الشخص كنتيجة لمعايشته لرغبتين متضادتين في نفس الوقت يعجز عن الاختيار بينهما .

2-أنواع الصراع :

يقسم الصراع على أساس منشئه إلى نوعين :

2-1-صراع شعوري : "وهو الذي يدركه الفرد ويعيه". (غباري ،2008،ص364)

-هنا نجد الفرد يكون مدركا إدراكا تاما لطبيعة الدافعين المتناقضين الذين ينتابانه ،و بالتالي من السهل أن يسيطر على هذا الصراع نظرا لإدراكه لدوافعه.

2-2-صراع لاشعوري : "هو ذلك الصراع الذي لا يعي الفرد أطرافه المتنازعة ،و إنما يشعر بحالة التوتر و الضيق أو الإرهاق العصبي الناتجة عنه "(نفس المرجع ،ص364).

-يعتبر أكثر تعقيدا من سابقه ،و يرجح أنه وراء نشأة الاضطرابات النفسية ،نظرا لعجز الفرد عن السيطرة عليه لجهل دوافعه.

-و في تقسيم آخر،أشار الباحثون إلى وجود ثلاثة أنواع من الصراع : (حافري ،ص34)

1-صراع الإقدام -الإحجام :

في صراع الإقدام و الإحجام نجد أن هناك دافعين متعارضين ،أحدهما يدفعنا لأن نعمل شيئا بينما يدفعنا الآخر إلى تجنب عمله .

2-صراع الإقدام-الإقدام :

قد يكون لدى الفرد رغبتان أو أكثر وتتعارض إحداها مع الأخرى ،و يعني إرضاء إحدى هذه الرغبات التضحية بالرغبات الأخرى ،فيقع الشخص في صراع أيهما يختار و بأيهما يضحى .

3-صراع الإحجام-الإحجام :

يحدث هذا الصراع لدى الفرد حين يكون أمام أمرين كلاهما منبوذ يرافقه قلق و خوف ،و كثيرا مايقف هذا النوع من الصراع خلف العديد من حالات السلوكات اللااجتماعية.

3-تصنيف الصراع حسب التحليل النفسي :

يعتبر الصراع من المفاهيم الأساسية التي أولاهها (فرويد) أهمية خاصة في فهم الاضطرابات النفسية ،و قسمه إلى ثلاثة أنواع تتمثل فيما يلي :

3-1- الصراع بين دوافع الهو :

يحدث هذا النوع من الصراع عندما ينطوي (الهو) على دافعين يسعى كل منهما نحو غرضه ، و لا يمكن تحقيق الغرضين معا ، وهذا النوع من الصراع في الغالب لا يكون سببا قويا في حصول حالات سوء التكيف ، إلا أن طول مدة الصراع بين دوافع الهو يمكن أن يغير من وضع الصراع ، وبالتالي يهيئ الفرصة للتوتر الشديد. (غباري ،ص366).

2- الصراع بين دوافع الهو و الأنا الأعلى :

دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد غالبا ما تكون مما لا يمكن التوفيق بينه و بين حاجات الهو ، وهنا نجد الصراع قائما بين الهو و الأنا الأعلى ، ففي الطفولة يعبر الفرد عن حاجاته بطرق بسيطة و مباشرة لا تقيد اعتبارات الزمن و المكان و البيئة الاجتماعية ، و لكن التدريب الاجتماعي وأوامره و نواهيه يوجد تدريجيا عوائق أمام ذلك النوع من الإشباع السهل ، فالكثير من دوافع الهو تصبح متعارضة مع دوافع الأنا الأعلى. (الخالدي ،ص54).

3- الصراع بين مكونات الأنا الأعلى :

يحدث هذا الصراع عندما يواجه الفرد نزاعا أو تعارضا بين قيمتين أخلاقيتين أو معيارين اجتماعيين مما ينطوي عليه ضميره أو بين واجبين ، و هذا النوع قد يتطور و يصبح عنيفا و قاسيا ، وقد يقود إلى نوع من الهروب يتجسد في شكل تعذيب الذات ، كما يحدث أن ينتهي في بعض الأحيان إلى نوع من الاضطرابات النفسية و لاسيما إذا كان الصراع بين قيم عظيمة المكانة لدى الفرد. (غباري ،ص367).

-ويحدث الصراع في التحليل النفسي حين تتجابه عند شخص ما متطلبات داخلية متعارضة ، و قد يكون الصراع صريحا (بين رغبة و مطلب أخلاقي مثلا أو بين شعورين متناقضين)، أو كامنا حيث يمكن أن يظهر بشكل ملتو في الصراع الصريح ، أو يتجلى خصوصا في تكوين الأعراض ، و في اضطرابات السلوك و اضطرابات الطبع ...، ويعتبر التحليل النفسي أن الصراع من شروط تكوين الإنسان وذلك من منظورات متعددة :صراع بين الرغبة و الدفاع ،صراع بين الأنظمة و الأركان ،صراع بين النزوات ، و أخيرا الصراع الاوديبي حيث لا تتجابه الرغبات المتعارضة فيما بينها فقط ،انما تجابه التحريم أيضا .

(لابلانث و بونتايس ،1985،ص304)

4- تحليل الصراع النفسي :

يحدث الصراع بين أركان الجهاز النفسي، أي بين حاجات و رغبات الهو (بيولوجية، عاطفية، جنسية...)،

وبين موانع الأنا الأعلى (القيم و القواعد و المعايير الأخلاقية و الثقافية السائدة في المجتمع) ،و يعمل الأنا هنا دور الوسيط بين هذه الرغبات المتعارضة، فلذا عجز هذا الاخير عن أداء دوره تظهر علامات الاضطراب.

المحاضرة الرابعة : المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي : 3 - القلق

تمهيد :

- يعتبر القلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية انتشارا في مرحلة الطفولة المبكرة ، بحيث يمكن القول بأنه عصاب الطفولة ، ففي معظم حالات الاضطراب لدى الأطفال نجد أن الطفل يعاني من القلق ، و القلق خبرة إنسانية لها قيمة بقائية ، حيث يعمل القلق كنظام تحذيري يساعد الفرد على تعبئة طاقته لمواجهة أية أخطار في الواقع الخارجي ، مما يعني أن المستويات المعقولة من القلق لها قيمة بقائية و وقائية تحمي الطفل من الخطر ، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى توقع مستمر للخطر و الشر مما يؤدي إلى خلل معرفي و انفعالي ، كما أن المستويات المنخفضة من القلق ترتبط بالتبدل و اللامبالاة لدى الطفل

مما يعني الفشل في الدراسة والحياة.(مخيمر و اخرون ،2006،ص135)

1- تعريف القلق:

- القلق هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء لا يستطيع تحديده تحديدا دقيقا.

- كما يعرف القلق على أنه : " حالة نفسية تظهر على شكل تؤثر بشكل مستمر نتيجة شعور الفرد بوجود خطر يهدده ، و مثل هذا الخطر قد يكون موجودا فعلا أو يكون متخيلا لا وجود له في الواقع، قد يكون منبع هذا الخوف أو التهديد الذي يؤدي بالفرد إلى القلق داخليا كالصراعات و الأفكار المؤلمة، أو خارجيا كالخشية من شرور مرتقبة ككارثة طبيعية أو وجود عائق خارجي يؤدي إلى الإحباط ، غالبا ما يصاحب القلق الحاد بعض التغيرات الفيزيولوجية كارتفاع ضغط الدم ، و ازدياد معدل خفقان القلب ، و ازداد معدل التنفس ، و جفاف الفم و العرق الغزير. (العيطة ، 2008 ، ص 19)

* تعريف القلق النفسي عند الطفل :

" هو حالة تؤثر شامل مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي ناتج عن خبرة انفعالية غير سارة عانى منها الطفل ، و يظهر عنده القلق في شكل أعراض نفسية كالخوف الغامض ، العدوانية ، و أعراض جسدية مثل : ازدياد معدل التنفس ، سرعة ضربات القلب ، الشعور بالاختناق ، كثرة التبول ، النوم الغير العميق" . (مرجع سابق، ص 382)

2- القلق و بعض المفاهيم المرتبطة به :

2-1- القلق السوي و القلق المرضي :

القلق السوي في الغالب يكون خارجي المنشأ ، و هو الذي يخبره الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر ، أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمانه و سلامته . (شيهان، 1998، ص 17، 18)

أما القلق المرضي فهو داخلي المنشأ ، و لذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي مع توفر أعراض نفسية و جسدية شتى دائمة إلى حد كبير ، فهو قلق مرضي يسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق ، و القلق المرضي هو العرض المشترك و الظاهرة الأساسية و المشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصبية. (عبد الخالق، 1994 ، ص 15،16)

2-2- القلق و الخوف :

الخوف هو خوف الإنسان من موضوع معين موجود أمامه في الواقع، و يعايشه الشخص، و تزول أعراضه بمجرد زوال الموضوع المهدد ، و يمكن تلخيص بعض الفوارق بين القلق و الخوف من خلال النقاط التالية :

- القلق داخلي المنشأ أما الخوف فخارجي المنشأ.
- القلق لا يمكن التغلب أو يصعب التغلب عليه ذاتيا ، أما الخوف يتم التغلب عليه ذاتيا.
- لا يتضمن انفعال الخوف صراعات بينما القلق يكون مصحوبا بصراعات نفسية.
- استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها ، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام و الاستمرارية لارتباطها بمثيرات أقل تحديدا و أكثر غموضا.

- تتناسب شدة الخوف مع درجة خطورة موضوعه أو مصدره، بينما تفوق شدة القلق خطورته و موضوعه أو مصدره لو تمت معرفته .

- يسهل تحديد مصدر الخوف أو موضوعه لأنه واضح، بينما يتعذر تحديد مصدر القلق لغموضه و إبهامه. (العطية ، 2008 ، ص 24)

3- أسباب القلق النفسي عند الطفل :

يوجد العديد من العوامل التي يرجح أن تكون كامنة وراء قلق الطفل نذكر منها :

1- الانتقال من مرحلة عمرية لأخرى ، فكل مرحلة عمرية لها خصوصياتها ، فانتقال الطفل للمدرسة هي نقطة تحول ، و انتقال الفتاة أو الولد إلى سن المراهقة هي أيضا مرحلة يريد فيها كلاهما لفت النظر أو تأكيد الذات ، فهم يشعرون أنهم كانوا أطفالا ثم كبروا فيصبح لديهم قلق حيال إظهار أنفسهم ، و الكيفية التي يعملون عليها لمحاولة إثبات الوجود.

2- الانتقال إلى جو جديد كالمدرسة أو السفر أو أن تضطر الأم إلى وضع طفلها عند أحد أقربائها بسبب مرض أو غير ذلك.

3- الشعور بالذنب لارتكابه خطأ ما.

4- إشراف الوالدين في تركيز الحماية على الطفل ، فيصبحون يتصرفون عنه عند وقوعه في المشاكل ، فيشعر حينها بالتقيد ، و يتكون لديه نوع من القلق بأنه إذا واجهته مشكلة معينة يصبح غير قادر على حلها أو كيفية التصرف حيالها إذا ترك لمجابتهها بنفسه.

5- كثرة انتقاد الطفل مما يولد لديه أزمة نفسية تؤثر على شخصية ، فهناك فرق بين تعليم الطفل و توجيهه للطرق الصحيحة في السلوك و بين عملية النقد الهدامة لشخصيته.

6- إذا كان أحد الوالدين مصابا بالقلق ، ينتقل القلق إلى الطفل نتيجة لتصرفات الأم أو الأب المضطربة.

7- الصراع النفسي لدى الطفل ، و ينشأ عن عجز الطفل عن مواجهة رغبات الهو و الأنا الأعلى بذلك يصبح عاجزا عن التصرف السليم و السيطرة على الصراع الذي يوقعه في القلق.(مرجع سابق،ص

(31

4- أعراض القلق النفسي عند الطفل:

- 4-1- البكاء : و هو أكثر الوسائل شيوعا في تعبير الطفل عن القلق.
- 4-2- اضطراب السلوك : يدفعه القلق إلى الاهتياج و قلة الصبر فيكون كثير الحركة ، غير مستقر ، كثير الأخطاء مما يعرضه للعقاب فيزداد قلقه ، كما قد يدفعه إلى هدوء غير طبيعي فيمتنع الطفل عن اللعب و يميل إلى الارتباك ، النسيان ، الخجل و رفض الذهاب للمدرسة.
- 4-3- اضطراب الشهية : فقدان الشهية للأكل مع إمساك أو إسهال و آلام في البطن.
- 4-4- أعراض جسدية : استمرار في مص الأصابع ، و فضم الأظافر أو هز الجسم، و القيام بحركات عصبية لا إرادية ، بالإضافة إلى الأيدي المرتعشة الباردة المبتلة بالعرق ، الإحساس بتوتر العضلات و الصراع.
- 4-5- اضطراب النوم : صعوبة النوم أو مشاكل في النوم مثل النوم المتقطع ، الكوابيس... (مرجع سابق ، ص ص 33،34)

5- النظريات المفسرة للقلق :

5-1- القلق في التحليل النفسي :

- القلق حالة من الخوف و التوتر تصيب الفرد ، و توجد ثلاثة أنواع من القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي و الهو و الأنا الأعلى و هي :
- أ- القلق الواقعي (الموضوعي) : و يعني وجود سبب موضوعي موجود في العالم الخارجي يسبب القلق
 - ب- القلق العصابي : و هو الذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهو.
 - ج - القلق الأخلاقي : وهو قلق نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى.
- أما (أدلر) فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية و العقلية ،وينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على شعور التفوق ،و أشار (فرويد) إلى أن القلق هو محور الصراع العصابي ، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب .

و أشارت (كارين هورني) إلى أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلى القلق الأساسي ، و قد أطلقت عليه القلق الأساسي لأنه أساس القلق ولأنه ينشأ في المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة لاضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه ،وترى (هورني) أن القلق يرجع إلى الشعور بالعجز والعدوان و العزلة ،وهذه العوامل ناشئة عن عدم الشعور بالأمن النفسي. (مصطفى ،2011، ص 333)

5-2- القلق في السلوكية :

أنصار المدرسة السلوكية يرون أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل ، و يتميز بامتزاج مشاعر الرعب و الأمل.

- ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

- بمجرد المرور بخبرة سارة أو مؤلمة فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة و إحباطا و إحداثا للضغط النفسي.

- يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين ، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما . (على سبيل المثال نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا)

- يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ، ثم ينقل من خلال مثير آخر من الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن نجد القلق هو المركز و المنطلق الأساسي لخلق كافة أنواع الاضطرابات العصابية .(نفس المرجع،ص 334)

5-3- القلق لدى المعرفين :

يشير (كلارك) و آخرون إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات تظهر في تركيز الطفل انتقائيا و تخيله و ترديده للأفكار التي تتضمن توقعا للمخاطرة و التهديد ، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر ، فيصبح الخوف من الخطر كأمن الموقف، أو خطرا قادما من المستقبل، و هذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييما موضوعيا فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف و يقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر ، مما يجعله في حالة قلق مستمر، و هذا جعل (بيك) يعتقد أن توقع الكوارث و توجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق. (نفس المرجع، ص 334)

المحاضرة الخامسة : اضطرابات النمو :1-اضطرابات التغذية

تمهيد :

يعتبر تناول الطفل للطعام و التمتع به من الدلائل التي تشير إلى الصحة الجسمية و النفسية ، فالاضطرابات المتعلقة بالأكل تنتم بتغيرات نفسية و سلوكية اتجاه الطعام ، مما يحدث اضطرابات يؤثر على شهية الطفل للأكل ، و تحدث بالتالي عادات سلوكية غير مرغوب فيها مثل التقيؤ أو ترجيع الطعام.

1- تعريف اضطرابات التغذية :

وفقا للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض و المشكلات الصحية في طبعته العاشرة عام 1992- ICD 10 فإن اضطرابات التغذية عبارة عن اضطرابات غذائية ذات مظاهر متنوعة تشمل رفض الطعام و الإفراط الطارئ في الطعام ، و قد يكون اضطراب التغذية مصحوبا باجتزاز الطعام (الترجيع المتكرر) للطعام من المعدة مع عدم وجود ميل للقيء أو أي مرض معوي. (ملحم ، 2013 ، ص 548)

-و طبقا للتصنيف الدولي العاشر للأمراض فإن اضطرابات التغذية تتمثل في الإخفاق المستديم في تناول الطعام بدرجة كافية أو الاجتزاز المستديم للطعام ، و فشل في المحافظة على وزنه أو إظهار بعض المشكلات الصحية ذات الشأن لمدة شهر على الأقل ، و التعرض للاضطراب قبل سن السادسة ، كما أنه لا يوجد دليل على وجود مرض عضوي كاف لتعليل سبب الإخفاق أو الاضطراب في تناول الطعام.

2- تصنيف اضطرابات التغذية :

تصنف اضطرابات التغذية إلى قسمين :

1- اضطرابات التغذية التي تشخص في مرحلتي الرضاعة و الطفولة.

2- اضطرابات التغذية التي تشخص في مرحلتي المراهقة و الرشد.

2-1) اضطرابات التغذية التي تشخص في مرحلتي الرضاعة و الطفولة:

تشمل هذه الاضطرابات : (الدسوقي ، 2007 ، ص 19، 21)

أ- اضطراب اشتهاء أطفمة شاذة Pica :

المظهر الأساسي لهذا الاضطراب هو تناول الأطفال الصغار مواد لا تصلح للأكل و ذلك لمدة شهر على الأقل مثل : الدهانات ، الصلصال ، الورق ، الطين ، الجير ، قطع القماش ، الخيوط ، الشعر ، الحجارة، أما الأطفال الأكبر سنا فيأكلون الرمل ، الحشرات ، أوراق النباتات ، الحصى ، التراب ، الطين ، و لا يشعرون بنفور أو تقزز من تناول هذه الأشياء ، ، و هذا الاضطراب أكثر شيوعا لدى صغار الأطفال و خاصة المتخلفين عقليا منهم و أوضحت نتائج دراسات عديدة أن نسبة تتراوح بين (10-32 %) من الأطفال من عمر سنة إلى عمر ست سنوات يعانون من هذا الاضطراب ، و أنه ينتشر بشكل متساوي لدى الأولاد و البنات.

*معايير تشخيصه :

يورد الدليل الإحصائي الخامس DSM5 مجموعة من الأعراض لتشخيص هذا الاضطراب تتمثل فيما يلي :

A/الأكل المستمر لمواد غير غذائية و غير طعامية لفترة شهر على الأقل.

B/أكل المواد غير الغذائية وغير الطعامية غير مناسب للمرحلة التطورية للفرد.

C/السلوك الطعامي ليس جزءا من ممارسة مدعومة ثقافيا أو مناسبة اجتماعيا.

D/إذا حدث سلوك الأكل أثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل الإعاقة الذهنية* اضطراب الإعاقة الذهنية*، اضطراب طيف التوحد ،فصام) ،فانه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباها سريريا مستقلا). (الحمادي ،ص129).

ب - اضطراب الاجترار:

المظهر الأساسي لهذا الاضطراب هو الاسترجاع المتكرر للطعام المهضوم جزئيا و إعادة مضغه دون حدوث غثيان أو تقيئ أو اشمئزاز ، حيث يتم مضغ الطعام مرة أخرى ثم إعادة بلعه ،وهذا هو الشكل الأكثر تكرارا لاضطراب الاجترار ، و يشترط لتشخيص الاضطراب أن يحدث الاسترجاع المتكرر و إعادة مضغ الطعام لمدة شهر على الأقل و عقب فترة تغذية طبيعية أو سوية.

و يحدث هذا الاضطراب لدى الأطفال من سن 3 أشهر و حتى سنة و من الشائع ملاحظة هذا الاضطراب لدى الأطفال الرضع ، و لكنه قد يظهر لدى الأطفال الأكبر سنا و خاصة الأطفال المتخلفين عقليا ، و يظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب خصائص مميزة منها : شد و تقويس الظهر و بقاء الرأس إلى الخلف و عمل حركات امتصاص بألسنتهم ، و يعطون انطباعا بأنهم يحصلون على الإشباع من هذا النشاط ، كما يكونون مستثارين و جائعين بشكل عام بين نوبات الاجترار ، و نظرا لأن الاجترار يعقب التغذية مباشرة فإنه يؤدي إلى تناقص الوزن ، و قد تحدث الوفاة. (الجمعية الأمريكية النفسية APA ، 1994 ، ص 96 ، 97)

*معايير تشخيصه :

يورد الدليل الإحصائي الخامس **DSM5** مجموعة من الأعراض لتشخيص هذا الاضطراب تتمثل فيما يلي :

A/قلس أو ارتجاع متكرر للطعام لفترة شهر على الأقل ،حيث الطعام المرتجع قد يعاد مضغه و ابتلاعه أو بصفه خارجا.

B/لا يعزى الارتجاع المتكرر لاضطراب معدي معوي أو حالة طبية عامة أخرى مرافقة (مثل الارتجاع المعوي).

C/لا يحدث اضطراب الأكل حصرا أثناء سير فقد الشهية العصبي أو النهم العصبي ،اضطراب الشراهة للطعام ،اضطراب استهلاك الطعام التجنبي /المقيد.

D/إذا حدثت الأعراض حصرا في سياق اضطراب عقلي آخر (مثل الإعاقة الذهنية*اضطراب الإعاقة الذهنية*،أو اضطراب نمو عصبي آخر) ،فان هذه الأعراض تكون من الشدة بمكان لكي تستحق انتباها سريريا مستقلا.(ص129)

ج - فقدان الشهية :

قد تظهر حالة فقدان الشهية عند الطفل في صور مختلفة من أبرزها : انعدام الرغبة في تناول الطعام ، العزوف عن أغلب أصناف الطعام و لفقدان الشهية عند الطفل عدة أسباب كأن يعاني هذا الأخير من

أمراض في الفم أو الأسنان ، أو التهاب اللوزتين ، أو الإمساك و سوء الهضم (أسباب جسمية) ، و قد يفقد الطفل شهيته نتيجة الخوف القلق و الغضب و الحزن أو فقدان الشعور بالأمن (أسباب نفسية)، و قد نجد فقدان الشهية لدى الأطفال الذين يفقدون أحد والديهم أو ينفصلون عنه ، و بعض الأطفال يفقد شهيته في الأكل نتيجة اشمئزاه من أفكار أو شائعات حول الطعام أو بعض أنواعه أو طريقة إعداده أو نتيجة تعرض الطفل نفسه لخبرات غير سارة مع نوع معين من الأكل. (ملحم ، 2013 ، ص 550 ، 551)

2-2 - اضطرابات التغذية التي تشخص في مرحلتي المراهقة و الرشد :

1- فقدان الشهية العصبي :

1-1 - تعريفه :

" هو اضطراب نفسي فيزيولوجي يتميز أو يتصف بالتجويع الذاتي أو الإحجام عن تناول الطعام و مقاومته بكل الطرق ، و فقدان الشديد للوزن لدرجة الهزال ، و على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يشعرون بالجوع الشديد ، إلا أنهم يرفضون تناول الطعام ، و بسبب التجويع الذاتي يتعرضون للعديد من الأضرار الجسمية و يظهر هذا الاضطراب بوضوح في مرحلة المراهقة ، و قد يمتد إلى مرحلة الرشد ، و هو أكثر شيوعا لدى الإناث عنه لدى الذكور " . (الدسوقي ،2006، ص 28 ، 29)

1-2 - مميزاته :

- يتميز فقدان الشهية بالصفات التالية : (بويازين ، ص 170)

- الإنقاص الإرادي للأغذية و إتباع نظام غذائي خاص .

- هزال و خوف شديدين من السمنة و الزيادة في الوزن و هذا في غياب اضطرابات عقلية كبيرة.

- عند النساء : غياب لثلاثة دورات شهرية متتالية.

- نسبة هذا الاضطراب تتراوح بين (5-10%) عند الذكور، و بين (90-95%) عند الإناث ، و بالنسبة للعمر فنادر ما نجده عند شخص أقل من 10 سنوات أو أكثر من 30 سنة.

- نلاحظ فقدان الشهية أكثر في الأوساط الاجتماعية الميسورة و ذات الدخل الاقتصادي المرتفع ، لأنه عموما يتميز أصحاب هذه الأوساط بالصلابة و الحظ من قيمة الذات و ذو أفكار و سواسية و حصرية.
- يظهر فقدان الشهية و كأنه استجابة ورد فعل للمتطلبات الاجتماعية أو الجنسية التي تفرضها مرحلة المراهقة ، و كثيرا ما نلاحظ اكتئاب عائلي عام في الوسط الذي يعيش فيه هذا النوع من الاضطراب .

1-3-معايير تشخيص فقدان الشهية العصبي:

يشخص فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس (DSM5) :

- A/قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات مما يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في وزن الجسم في سياق العمر و الجنس والمسار التطوري و الصحة البدنية ،انخفاض ملحوظ في الوزن يعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي ،أما بالنسبة للأطفال و المراهقين فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.
- B/خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة،أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكل كبير .

C/اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله ،أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.(ص131).

*و قد ورد في العديد من المراجع الطبية و علم النفس المرضي العديد من المحكات الأخرى التي توضح محكات التشخيص أو تزيدها وضوحا مثل :

- فقدان الوزن و يحدث نتيجة للانخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي يقوم الجسم و أعضاؤه بوظائفها و يفقد الفرد على الأقل 10 % من وزنه السابق.

- انقطاع الحيض في حالة النساء و لمدة ثلاثة أشهر متواصلة على الأقل و يشترط أن تكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك.

- عدم ظهور مؤشرات لاضطرابات أخرى تعد سببا أساسيا لفقدان الشهية خاصة أعراض الفصام ، الاكتئاب الجسيم ، أو بعض الأمراض العضوية . (عبد الخالق ، 1997 ، ص 42 ، 43)

2-الشره العصبي :

2-1-تعريفه :

هو زمرة أعراض تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل و انشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه قيء، و يشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع اضطراب فقدان الشهية بما فيها الاهتمام الشديد بشكل و وزن الجسم ، و يعرف اضطرابات الأكل الشره بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلونه في ظروف مشابهة و ذلك في فترة زمنية قصيرة ، و تشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين .(يوسف ، 2000، ص 103)

- كما يعرف على أنه " التناول القهري لكميات كبيرة من الطعام أكثر مما يأكله معظم الأولاد ، و يتم التهام الأكل بسرعة شديدة ، و يشعر الفرد بعد القدرة على التحكم في سلوك الأكل ، و يحدث هذا السلوك مرتين على الأقل في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر " . (مخيمر وآخرون، 2006 ، ص 247)

تشير بعض الدراسات إلى أن معدل الانتشار لدى الإناث يصل إلى 4.5% و لدى الذكور إلى 4% ، و لوحظ أن أبناء المصابين لهذا الاضطراب تغلب عليهم البدانة ، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب العظمي تكثر بين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالشره العصبي .(البنا، 1991 ، ص 210)

2-2- أعراض الشره العصبي :

1- الانشغال الدائم و التفكير المستمر (الذي يقترب من القهر) في الأكل و شغف لا يقاوم إلى تناول الطعام.

2- تكرار نوبات التهام الأكل بشراهة.

3- الأكل في فترات متقطعة من الوقت (مثلا خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة و في نفس هذه الظروف.

4- الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة.

5- محاولات من الشخص للتحكم في زيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية :

- تعمد التقبؤ .

- سوء استخدام المليينات .

- الصيام.

- التمرينات الرياضية المفرطة.

6- بعض مرضى الشره يكونون ضمن معدل الوزن الطبيعي ، و البعض الآخر يكونون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.

7- يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل و لمدة ثلاثة شهور.

8- انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر. (شقيبر، 2002 ، ص 40 ، 41)

2-3- معايير تشخيصه :

لتشخيص هذا الاضطراب يورد الدليل الإحصائي الخامس لتشخيص الاضطرابات النفسية و العقلية **DSM5** مجموعة من المعايير:

A/ نوبات معاودة من الشراهة عند الأكل ، و تتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكل مما يلي :

1-أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت و تحت نفس الظروف ،وذلك في فترة منفصلة من الوقت (خلال أي فترة ساعتين).

2-إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال: الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

B/تترافق نوبات الأكل بشراهة مع ثلاثة أو أكثر مما يلي :

1-الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.

2-تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء.

3-تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائيا.

4-تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة.

5-الشعور بالاشمئزاز من الذات و الاكتئاب أو بالذنب الشديد بعد ذلك.

C/تواجد إحباط ملحوظ اتجاه الأكل بشراهة.

D/تحدث الشراهة عند الأكل كمعدل وسطي مرة أسبوعيا على الأقل لمدة 3 أشهر.

E/لا يترافق الشره عند الأكل مع سلوكيات تعويضية غير مناسبة من النهم العصبي أو فقد الشهية العصبي.(الحمادي ،ص 132).

3-السمنة :

تعرف السمنة اعتباريا على أنها الوزن الجسدي الذي يزيد عن 20 % من الصفات العامة للطول و الوزن.

- هناك عوامل عديدة تشترك و تؤدي إلى ظهور السمنة مثل الجو العائلي الدائم التكهرب ، ظهور بعض نوبات الشراهة ، العادات الغذائية الطفلية السيئة ، العوامل الوراثية ، الاستعدادات العائلية.

- عند الطفل تظهر السمنة بسبب السلوكيات الغذائية العائلية حيث تصبح فيما بعد مصدر ألم نفسي كبير للطفل ، و قد تظهر عنده أفكار اكتئابية أو اكتساب صورة سيئة عن نفسه و عن جسده و كذلك صعوبات علائقية مع الأصدقاء.

- أما المراهق فتكون السمنة عنده ناتجة عن الزيادة في الوزن أثناء الطفولة ، إذ تترسخ على حساب التحولات الجسدية و النفسية التي تظهر في مرحلة المراهقة و البلوغ . (بوازين ،ص 172).

3-أسباب اضطرابات التغذية :

3-1-العوامل الجينية أو الوراثية :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن حوالي 60 % من التوائم المتماثلة تكون مهيئة للحالة المرضية ، و دفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفيزيولوجي المسؤول عن هذا العامل الوراثي ، و افترضوا أن فقدان الشهية العصبي راجع إلى شذوذ كيميائي أو إلى خلل في وظيفة المهيد أو تحت سرير المخ.

(Haland et al , 1988 , P 563)

- و يرتبط اضطراب الأكل بالنشاط المتعلق بإفراز السيروتونين ، و هذا النشاط المتعلق بإفراز السير وتونين يؤدي إلى تناول كمية منخفضة للطعام مما يؤدي إلى نقص أو فقدان الوزن ، و يؤكد ذلك عدم الفاعلية النسبية للتدخل الدوائي عن طريق تعاطي الأدوية المخصصة لرفع مستوى السيروتونين في علاج اضطراب الأكل.

وبينما يوضح أحمد عبد الخالق (1997) أن البحوث التي قام بها العلماء للبرهنة على وجود عامل وراثي في اضطرابات الأكل لم تتجح ، فلم تثبت البحوث وجود خلل في وظيفة محددة ، و لم تبرهن على وجود شذوذ في إفراز مادة خاصة تعد سببا للاضطرابات ، و نتيجة لذلك اتجه العلماء إلى بحث العلاقة بين اضطرابات الأكل و العوامل الاجتماعية و البيئة بوصفها سببا لها.(عبد الخالق، ص ص 214 ، 215)

3-2- العوامل النفسية :

أما عن العوامل النفسية فكثيرة مثل الخوف من (من شيء محدد أو غير محدد) أو الشعور بالإحباط ، الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (اتجاه فرد من الأسرة أو خارجها) ، إضافة إلى الانشغال الزائد بصورة الجسم و الخوف من أن يصبح الفرد بدينا ، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلي و الضغوط الاجتماعية نحو النحافة ، و زيادة الحساسية نحو الأفراد الآخرين المصابين بالشره العصبي

كما أن بعض المحللين النفسيين قد فسروا اضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الأفراد الذين يخافون الجنس أو الذين يعانون رمزيا بين الجنس و الأكل ، وأن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل ، و يحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الرغبات الجنسية المكبوتة أن تعبر عن نفسها.

(أولتمازيل وآخرون، 2000 ، ص 365،366)

- و يرى فرويد (**Freud**) أن نمط أو نموذج التعزيز الذي يعتمد على تقدير الذات ربما يزيد بدرجة كبيرة من تكرار سلوكيات الوقوف على الميزان لمعرفة الوزن ، و النظر بإمعان إلى المرأة ، و ارتداء ملابس معينة ، و في بعض الحالات يؤدي هذا السلوك إلى اضطراب حياة الفرد و خاصة إذا انشغل بعملية الوزن القهري للذات و الحد من أو التقيد في الأكل . (Freud,1998 , P98)

- إن بعض النماذج السيكولوجية لفقدان الشهية العصبي (اضطراب الأكل) توجب بأن القضية الرئيسية في استمرار الحالة تختص بالتدريب على ضبط النفس أو السيطرة عليها ، فبعض الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يحاولون السيطرة أو التحكم، ربما تكون مختلفة إلى حد ما في التأكيد على وصف التعزيز الذي تم تناوله سابقا ، و لكنهم يشتركون في الرأي القائل بأن الشخص الذي يعاني من فقدان الشهية للطعام يعاني موقفا أخلاقيا بخصوص الأكل أو تناول الطعام ، يضاف إلى ذلك أن الأفراد

الذين يعانون من اضطرابات تتعلق بتناول الطعام لديهم إحساس ضئيل بالتحكم الشخصي و لا يتقون في قدراتهم أو مواهبهم ، و ينشغلون بدرجة زائدة عن الحد بمظهرهم أمام الآخرين، و يعانون من القلق الاجتماعي و اضطراب صورة الجسم و العزلة الاجتماعية. (الدسوقي، 2007، ص 88)

-و لعل (هيلدا بروش)الرائدة في مجال اضطرابات الأكل و علاجها ، قد وضعت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الاضطراب، حيث فسرتة عند مريض فقدان الشهية العصبي كمثال ،بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل : نقص في مفهوم الذات ، الخوف من الخواء إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع أو الإدراك الخاص للكثير من الوقائع. (عبد الخالق، 1997 ، ص 139،138).

3-3- العوامل الاجتماعية :

تتعدد هذه العوامل مثل :

1- إحساس الطفل بعدم الاستقلالية : فإن فقدان الشهية يعكس إحساسا بعدم الاستقلالية و عدم القدرة على التحكم الذاتي معا ، بالإضافة إلى العديد من الاضطرابات الإدراكية و المعرفية التي تنشأ غالبا نتيجة لفقدان الرعاية الوالدية و خاصة من جانب الأم.

2- الحث الإعلامي في العديد من الحضارات (خاصة الحضارة الغربية) على ضرورة النحافة و الرشاقة، و هذا ما يؤكد دور العوامل الاجتماعية.

3- انشغال الوالدين بموضوع النحافة : يشجع معظم الآباء في البداية أبناءهم علي إتباع النظام الغذائي المحدد ، حيث يحفزونهم على الحد من تناول الوجبات الغذائية من أجل إنقاص أوزانهم ، حتى يصبح نمط الأكل غير الطبيعي سائدا و ثابتا بدرجة كبيرة و بالتالي يصعب التخلص منه بعد ذلك. (الدسوقي، 2007، ص 89)

4- إن المستوى الاجتماعي والظروف البيئية و الاقتصادية تلعب دورا هاما من إصابة الشخص (بفقدان الشهية العصبية أو البدانة) حيث تلعب الأموال و وفرتها دورا في ذلك أي في شراء الأطعمة بكميات قد تفوق ما يحتاجه الفرد.

5- نظام الأسرة المختل : من أهم السمات التي تميز عائلات الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل ، الجمود و الصرامة و القسوة و التفكيك و فقدان الترابط و الانسجام بين أعضائها.

- العادات السلوكية و الجسمية غير الصحيحة مثل :
- إن ذوي الإعاقة البدنية قد يصابون باضطرابات الأكل.
- تناول الأكل بدون نظام متبع في الأسرة و كثرة الولائم.
- جعل الأكل وسيلة تعزيز كل سلوك مرغوب فيه.
- تناول الطعام ما بين الوجبات الغذائية بكثرة.
- تناول بعض الأدوية (عبد الخالق ، ص 216 217)

- القابلية الوراثية

(استجابة عصبية زائدة عن الحد للتوتر المرتبط بالأكل الاندفاعي)

التأثيرات النفسية

- القلق مرتبط بالمظهر.
- فقدان الثقة بالنفس.
- الانشغال بالمظهر امام الآخرين .

التأثيرات الاجتماعية

- الضغوط الثقافية كأن يكون الفرد خفيفا
- تفاعلات / ضغوط الاسرة.
- التجاوب بدرجة عالية لأحداث الحياة

- اضطراب صورة الجسم.

التقييد في الاكل

فقدان الشهية العصبي

الشوّه العصبي

الاكل و الشرب

التقييد المستمر

الاكل سرعة و شغف

التخلص من الطعام بعد تناوله

التخلص من الطعام

القلق المنخفض

القلق المنخفض

فقدان زائد عن الحد الوزن

الاحتفاظ بالوزن

(الدسوقي ص81)

شكل رقم () : نموذج سببي متكامل لاضطراب التغذية

تمهيد :

يتبول الأطفال الرضع لا إراديا أثناء فترات النوم و اليقظة ، و يستمرون في ذلك إلي أن يصلوا مرحلة يمكنهم فيها التحكم بالمثانة، فبعد بلوغ الطفل سن 5سنوات تصبح اضطرابات الإخراج مشكلة تسبب القلق و الحرج و الانزعاج للطفل و أسرته على حد سواء، لما لها من آثار نفسية سلبية على الطفل خاصة كلما تقدم في السن، و هذا ما سنحاول التطرق إليه من خلال هذه المحاضرة.

1- التبول اللاإرادي:

1-1. تعريفه:

" يتميز هذا الاضطراب بإفراغ لا إرادي للبول أثناء النهار و الليل ، و يعتبر غير طبيعي بالقياس إلى العمر العقلي للفرد ، و ليس نتيجة لعدم التحكم في المثانة بسبب أي اضطراب عصبي أو نوبات صرعية أو أي عيب في مجرى البول ، و قد يحدث التبول اللاإرادي منذ الولادة أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب في المثانة." (عكاشة ، ص 781)

1-2. أنواعه :

1- التبول اللاإرادي (Primaire)

يعني أن الطفل لم يتحكم في البول منذ أن كان صغيرا أو لم يتوقف قط، يشكل التبول الأولي تقريبا 80% من المصابين ، و يرجعها (د. دوشي) إلى تهاون الأم التي عودت الطفل منذ الميلاد على البلل مما جعله لا ينزعج منه و لا يستيقظ عندما يببل ثيابه ، كما يظهر أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقي طفوليا ، من جهة أخرى يثير التعلم المبكر و الصلب مع استحواذ الأم تبول معارضة و انتقام ، كما يلاحظ أيضا عند الأطفال الذين لديهم نوم عميق جدا، فكثير من الأطفال يقولون أنهم حلموا أنهم ذهبوا إلى المرحاض.

2- التبول اللاإرادي الثانوي (Secondaire)

بعد ما اكتسب الطفل النظافة على الأقل لمدة سنة يصبح يتبول ، عموما هذا التبول ناتج عن صدمات (مولود جديد ، الدخول إلى المدرسة ، مرض الأم ، أو مرض عضوي أصابه...)

- يزول هذا التبول في أغلب الحالات بعد زوال الظروف التي نتج عنها ، خاصة إذ كان المحيط ملائم و متفهم و مع النضج الوجداني للطفل، (ميموني، ، 2003 ، ص ص 144،145)

1-3- أشكاله:

1. التبول أثناء اليقظة : (النهاري)

و توجد بعض حالات التبول في أثناء اليقظة، و لو أن هذه العادة عرضية و قليلة الوقوع ، و تحدث غالبا في المواقف التي ينشغل فيها الطفل انشغالا كبيرا باللعب أو المشاجرة أو المنافسة أو غير ذلك، و يظل الطفل يؤجل عملية إفراغ مثانته إلى أن تأتي اللحظة التي لا يقوى فيها على ضبط نفسه ، و يكون الوقت أنداك غير كاف للذهاب إلى المكان المناسب لعملية التفرغ.

و نجد هذا يحدث مع تلاميذ المدارس عند أول ذهابهم إليها، كما قد يرجع إلى الغيرة أو الخوف أو الشعور بعدم الأمان.

2. التبول اللاإرادي الليلي:

هو النوع السائد ،و يحدث خلاله إخراج البول ليلا أثناء النوم فقط، و عادة ما يحدث التبول خلال الثلث الأول من النوم ، و في حالات قليلة يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، و هي التي قد يذكر الطفل فيها حلما خلال عملية الإفراغ ، و تصل نسبة هذه الفئة من الأطفال حوالي ثلثي حالات التبول اللاإرادي.

3. التبول اللاإرادي النكوصي:

و هو الذي يحدث بعد أن يكون الطفل قد تعلم التحكم في السيطرة على عملية التبول، و ذلك لفترة لا تقل عن ستة أشهر أو سنة ، بعدها نجد الطفل ينتكس مرة أخرى للتبول لاإراديا ، و قد يكون أحد أسبابه الغيرة.

4. التبول اللاإرادي الموقفي :

و يحدث هذا النوع بعد أن يكون قد تعلم الطفل السيطرة على التبول، و لكن نتيجة لوقوع حدث ما يعود مرة أخرى للتبول لإراديا ، و من هذه الأحداث : وفاة أحد الوالدين ، رسوبه في الامتحان تعرضه لحادث مؤلم.

5. التبول اللاإرادي غير المنتظم :

وفيه يتبول الطفل على نفسه مرة ، ثم يختفي لمدة طويلة ثم يعود للتبول اللاإرادي مرة ثانية ثم يختفي ، و هكذا، و يرتبط هذا النوع بأحداث اليوم أو الليلة التي يحدث فيها التبول اللاإرادي. (سليمان ، 2005، ص 32 ، 34)

1-4. أسبابه:

التبول اللاإرادي عند الأطفال غالبية يعود لأسباب نفسية ، غير أنه توجد بعض الحالات أسبابها فيزيولوجية .

1. أسباب عضوية:

أ/ أسباب وراثية:

تشير بعض الدراسات إلى أن انتشار التبول اللاإرادي في بعض العائلات هو نتيجة لأسباب وراثية ، فقد وجد أن الآباء الذين يعانون أيضا من التبول أثناء طفولتهم ، نجد أبناءهم يعانون من نفس المشكلة، كما وجد أن معدل تطابق حدوث التبول اللاإرادي بين التوائم المتماثلة أكثر منه بين التوائم غير المتماثلة.

ب- بعض المشكلات الصحية :

و نذكر من بينها:

- التهاب بحوض الكلى أو المثانة أو وجود حصى بها.

- التهابات المستقيم.

- اختلال التوازن الهرموني ، فخلال مرحلة الطفولة بعض الأطفال لا ينتجون ما يكفي من هرمون ADH ، الذي يعمل علي إبطاء إنتاج البول ليلا.

- مرض السكري.

- الديدان التي تهيج منطقة التبول.
- تضخم اللوزتين و الزوائد الأنفية.
- الإمساك المزمن. (عكاشة ، ص 781)

2. أسباب نفسية :

- محاولة الطفل جذب اهتمام الوالدين إليه، و خاصة في حالة ميلاد طفل جديد ، فنجد انه ينكص لمرحلة سبق أن تخطاها بسبب الغيرة.
- محاولة الطفل جذب اهتمام أمه و أبيه اللذين يميلان للسيطرة و التحكم في تصرفاته ، فيجد لذة لاشعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية التي يتضايق منها هذا النوع من الوالدين.
- قد يحدث عند البعض من الأطفال نتيجة تخلي آبائهم و أمهاتهم عن الاستمرار في معاملته كطفل مدلل.
- القلق النفسي.
- معاملة الطفل بنوع من الاحتقار و التوبيخ مثل وصفة بالغبي و البليد من قبل أهله و زملائه. (فهيم، 1993 ، ص ص 348، 349)
- و توجد أسباب نفسية أخرى منها :
- كونه يعاني من ألم نفسي.
- كونه مصاب بعيب خلقي في جسمه أو في مظهره يجعله يشعر بالدونية لوجود إعاقة و انخفاض مستواه الاجتماعي أو أنه أقل تحصيل من زملائه.
- كونه يواجه مشاكل مدرسية و تعليمية.
- شعور الطفل بالقهر و الظلم أو الذنب معا ، أو الشعور بالخوف الذي يدخل في تكوين انفعالات مركبة لدى الطفل.
- الخوف : قد يؤدي تهديد أمن الطفل إلى التبول لإراديا ، فقد يخاف الطفل من الظلام أو الخوف من القصص المزعجة أو الصور المرعبة في الأفلام المعروضة بالتلفاز أو الخوف من بعض الحيوانات.

- الاكتئاب: كشفت الدراسات أن بعض الأطفال المصابين بالاكتئاب يحدث لديهم تبول لاإرادي، و لكن استخدام مضادات الاكتئاب يؤدي إلى اختفاء التبول اللاإرادي في هذه الحالات.

- الصراعات التي تحدث بين الوالدين مثل الشجارات التي قد تحدث أمام الطفل ، و ترك أحد الوالدين المنزل أو نتيجة لزواج الأب أو زواج الأم.(الخالدي و آخرون ، 1998، ص 167)

1-5. أعراضه :

وفقا للدليل الإحصائي الخامس لتشخيص الاضطرابات النفسية و العقلية **DSM 5** تتجلى أعراض سلس البول في :

A/إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس (سواء كان غيرا رادي أو عمدا).

B/السلوك هام سريريا كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود إحباط هام سريريا أو انخفاض في الأداء الأكاديمي (المهني) ،أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.

C/العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).

D/ يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المدرات أو الأدوية المضادة للذهان)،أو عن حالة طبية أخرى (مثل السكري ،اضطراب صرعي). (الحمادي ،ص135).

1-6. تفسيره :

1. تفسير نظرية التحليل النفسي:

تفسر مدرسة التحليل النفسي ظاهرة التبول اللاإرادي بإرجاعها إلى تكوّن الطفل إلى مراحل نمو سابقة ، عندما يشعر الطفل بعدم الأمان أو عدم الاهتمام به من طرف الأم خاصة إذا كان هناك مولود جديد ، و قد يرجع إلى رغبة الطفل اللاشعورية بأن يظل طفلا ، أو كَرغبة لا شعورية في العدوان على الوالدين أو كنوع من الرفض لتعليمات الآباء و إنزال العقاب بأمه.

-و قد ربط "فرويد" عادة التبول اللاإرادي بالأمور الجنسية ، حيث قال إن البوال إذا لم يكن مرتبطا بنوبة من نوبات مرض الصرع فإنه يرجع إلى حالة " القذف " و يقول " كولمان " أن البوال كثيرا ما يحدث

مقترنا بالأحلام الليلية، و في هذه الأحلام يتصور الطفل أنه يذهب إلى المرحاض و يقضي حاجته، و قد تكون هذه الأحلام ذات طابع جنسي و مرتبطة بالإشباع الجنسي. (العيسوي، 2004 ، ص 258)

2- التبرز اللاإرادي :

2-1-تعريفه:

يعرف التبرز اللاإرادي وفقا لـ DSM VI على أنه : " طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير ملائمة سواء بطريقة مقصودة أو لاإرادية ، و يستمر هذا النمط على الأقل لمدة 3 أشهر ، و يكون عمر الطفل الزمني أو النمائي على الأقل 4 سنوات.

و له شكلان : * التغوط الأولي أو التبرز الأولي : و يظهر لدى الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائيا التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام على الأقل .

* التغوط الثانوي أو التبرز الثانوي : و يظهر لدى الأطفال الذين سبق لهم ضبط الغائط مدة لا تقل عن عام . (الشرييني ، 2002 ، ص 66)

2-2-نسبة انتشاره :

وجد أن 2.3% من الذكور الذين تجاوزوا الثماني سنوات و 0.7% من أمثالهم من الإناث مصابون به، لكنهم يتناقصون بنسبة 28% كل سنة ، و حتى تختفي العادة نهائيا عند سن السادسة عشرة، أما باستعمال العلاج فقد ينقطع التبرز خلال الشهرين أو ثلاثة أشهر، و هو نادر عند الكبار و المراهقين إلا في حالات المتخلفين عقليا. (سعيد حسني ، 2002، ص 151)

2-3-أسبابه :

قد يرجع التبرز اللاإرادي إلى عوامل عضوية ، مثل بعض الأمراض التي تصيب الأمعاء الغليظة و كذا الإمساك الذي يسبب خروج الغائط لاإراديا ، و عوامل عقلية مثل ضعف أو نقص الذكاء ، أو عوامل نفسية مثل : الشعور بالغيرة المصاحب لولادة أخ آخر ، أو إلى أساليب التدريب القاسية. (الشرييني ، ص 67) و قد يعزى التبرز اللاإرادي إلى ميول عدوانية لدى الطفل و تثبيت في المرحلة الشرجية ، حيث

يعبر التبرز عن العدوان و النزاعات التدميرية لدى الطفل في حالة وجود سلطة قاهرة. (مصطفى ، 2003 ، ص 91)

2-4- معايير التشخيص :

حددها الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5 في الأعراض التالية :

- A/إفراغ متكرر للبراز في مواضع غير مناسبة (مثل اللباس أو الأرضية)،إراديا أو بشكل غير إرادي.**
- B/هناك على الأقل حادثة كهذه في الشهر لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.**
- C/العمر على الأقل 4 سنوات (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).**
- D/لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثل (الملينات)،أو عن حالة طبية أخرى باستثناء آليات تتضمن الإمساك.(الحمادي ،ص135).**

المحاضرة السابعة :اضطرابات النمو :3- اضطرابات النوم

1- تعريفها:

- تعرف اضطرابات النوم على أنها : " مجموعة الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الأفراد أو سوء نظامه و ما إليهما معا ، و هي إما أن تظهر في بداية النوم أو في أثنائه " (عبده وآخرون، 1986 ، ص 309)

- و يعرفها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM iv بأنها " الصعوبات التي يلاقيها الفرد أثناء نومه ، و قد تكون اختلالا في كمية أو كيفية النوم و تسمى اضطرابات إيقاع النوم ، أو تكون اختلالا في النوم لوقوع أحداث بارزة و تسمى اختلالات النوم" . (APA ، 1994 ، 270)

2-أسباب اضطرابات النوم :

- 1- أسباب جسمية (المرض الجسمي ، الجوع ، الشبع الزائد ، بلل الفراش، برودة ، ارتفاع حرارة النوم).
- 2- أسباب نفسية (تخفيض الطفل كي ينام ، قص القصص المخيفة للطفل ، عدم تعود الطفل على النوم مبكرا أو بمفرده).

3- أخطاء الوالدين في التنشئة :

- التدليل الزائد : حيث أنه يجعل الطفل يتعلق بالأم و لا يستطيع البعد عنها ، و هذا يجعل النوم خبرة مؤلمة لأنه يحرمه من أمه و يفصله عنها و يجعله وحيدا.
- القسوة و العقاب البدني.
- الخلافات الأسرية المزمدة و التهديد بالانفصال بين الوالدين.
- فقدان أحد الوالدين.

4- عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم و اليقظة (بسبب مشاهدة التلفاز ، الأمراض المزمدة مثلا).

5- تناول كميات كبيرة من الأكل أو الشكلاطة قبل النوم (تحتوي الشكلاطة على الكافيين الذي يعيق الاسترخاء).

6- الأسباب البيئية (الضوضاء الخارجية ، تغير مكان النوم).

7- مشاهدة الأفلام المزعجة أو المرعبة قبل النوم.

8- تناول القهوة أو الشاي قبل النوم.

9- التمرينات الرياضية قبل النوم.

10- القلق المزمع و الاكتئاب.

11- النوم الزائد خلال اليوم.

12- تكرار الحاجة إلى الذهاب إلى المرحاض (الإصابة بالسكري مثلا) . (الدسوقي، 2006).

3- اضطرابات النوم عند الرضيع :

يجب التذكير أولا بأن وتيرة اليقظة و النوم عند الرضيع متعددة المراحل أي أن فترات النوم و اليقظة تتعاقب بشكل غير منقطع سواء في الليل أوفي النهار ، و تكون مدة فترات النوم هذه حوالي 3 ساعات ، و انطلاقا من هذا فإنه من الطبيعي أن يستيقظ الرضيع خلال الليل و هذا بمعدل مرتين في الأيام الأولى، ثم مرة واحدة في الأسابيع الأولى، و يتم ذلك في بعض الأحيان إلى نهاية الشهر الثاني، و في حالات اليقظة يكفي أن نغذي الطفل بطريقة جيدة حتى يعود إلى نومه بهدوء و سكينه.

- مع نهاية الشهر الثاني تصبح اليقظات الليلية لا تفسر فقط بالجانب الغريزي، بل ينظر إليها كحالات من الأرق المبكرة التي يجب البحث عن أسبابها ، و هذه الأخيرة قد تكون :

- خطأ في الرعاية ، كعدم اختيار الأوقات المناسبة للرضاعة أو تقديم وجبات غير كافية أو غنية جدا.

- قد يكون حدثا طارئا مثل بداية ظهور الأسنان في حوالي الشهر الخامس أو السادس.

- اضطراب في العلاقة أم-طفل ، القلق الذي يصب الأم استحالة أو عدم الفهم الجيد لاحتياجات الطفل ، كل هذا قد يؤثر سلبا و يمنع من النوم بطريقة هادئة و مريحة.

- إن الاضطرابات النفسية الأولية هي التي تكون في أغلب الأحيان سببا في الحالات الخطيرة للأرق عند الطفل ، و هذا ما يلاحظ في التاريخ المرضي للأطفال الذهانيين أو الذين يعانون من اضطرابات خطيرة في الشخصية .(بويازين ، ص 147)

4- أشكال اضطرابات النوم عند الطفل :

يمكن تقسيم اضطرابات النوم إلى الآتي :

أولا : الأرق : (L'insomnie)

و نعني به عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي ، و يتجلى في صعوبة البدء في النوم أو عدم الراحة في أثناءه ، أو صعوبة الاستمرار فيه ، أو يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح ، و هي حالة يتعذر فيها على الطفل النوم ، و يتمثل الأرق في ثلاثة أشكال هي : صعوبة بدء النوم، صعوبة الاستمرار النوم ، و الاستيقاظ المبكر.

- و تحدث حالات الأرق لأطفال عاديين نتيجة لضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي ، و ربما لأسباب غير واضحة و أحيانا يكون نتيجة لتغير مكان النوم. (ملحم ، 2013 ، ص 380)

- كما نلاحظ الأرق عند الأطفال الكبار و خاصة عند المراهقين المصابين بالقلق و الوسواس، بالطفل يتعرض إلى غزو أثناء الليل بفعل الانشغالات و الأفكار و الهومات المقلقة التي تشعره بالذنب في بعض الأحيان و تعيقه عن النوم. (بويازين، ص 149)

2- إفراط النوم :

في هذا النمط من اضطرابات النوم يبدو على الطفل خمول واضح و يميل إلى النوم لساعات طويلة في النهار بالإضافة لنومه الاعتيادي في الليل ، و لا تظهر على الطفل حالة الانتعاش أو الحيوية بعد النوم مع عدم القدرة على مقاومة العودة إلى النوم مرة أخرى، و قد ترافق هذه الحالة عند الطفل حالة سمنة و اضطراب في بعض وظائف التنفس. (ملحم ، ص 381)

و لفرط النوم أسباب عديدة من أبرزها :

* أسباب نفسية : يمكن للنوم أن يكون أحيانا وسيلة هروب عن التوترات الحياتية ، حيث يلجأ الفرد إلى تجنب بعض أشكال التوتر عن طريق الاستمرار في النوم للهدوء.

* أسباب عضوية : مثل الإرهاق الجسدي، فقد ينام الطفل كثيرا نتيجة الإرهاق أو الإنهاك الجسدي الذي ينتج عادة عن النشاط الزائد خلال النهار أو قلة النوم أثناء النوم الليل. (مرجع سابق، ص 381)

ثانيا: مخلات النوم :

و تتمثل في أحداث غير طبيعية عند العتبة الفارقة بين اليقظة و النوم أو أثناء النوم، مثال ذلك أن يصاب الطفل بالكابوس و المشي أثناء النوم ، و رعب الليل و غير ذلك.

1- الكابوس:

يشير الكابوس إلى حلم مخيف مرعب يراه الطفل أثناء نومه ، فيؤدي به إلى الانزعاج الشديد مع اليقظة و انقطاع استمرار النوم في اللحظة التي يبلغ فيها الخوف قمته ، و يبلغ الانفعال و الهلع ذروته ، و يبدأ الأطفال بتذكر الأحلام المزعجة بدرجة بسيطة في عمر ثلاث سنوات، و لكنها لا تكون مزعجة في تكرارها و حدتها، و يستطيع طفل الخامسة وصف محتوى الحلم المخيف بشكل تفصيلي شديد، و يصبح الكابوس مثيرا للاهتمام إذا كان يتكرر و بفترات متفاوتة تؤدي إلى اضطراب نوم الطفل. (مرجع سابق، ص 381)

- و يعتبر الكابوس اضطراب سيكوسوماتي كون الحلم يفشل في أداء دوره في المحافظة على النوم ، و لا يتحكم الحلم في القلق الناتج عن صراعات داخلية أو خارجية و التعبير عنها في صور ، بل يغمر القلق بقوة بدلا من إرضانة في تصور الحلم. (Kreiser, L, 1983)

2- رعب الليل : (اضطراب الفرع الليلي)

رعب الليل أو اضطراب الفزع أثناء النوم ، نوبة من الخوف الشديد قد يصاحبها صراخ و رعب و بكاء و طلب النجدة ، و يصحب ذلك الاستيقاظ المفاجئ و جلوس الطفل مفزوعا في الفراش مع الاستجابة لحظتها لمحاولات التهدئة ، و قد يحدث هذا الاضطراب في الثلث الأول من النوم و أثناء فترة النوم المصحوبة بحركة العين السريعة ، و قد تستغرق فترة الرعب هذه مدة زمنية تتراوح ما بين : دقيقة و عشر دقائق، و يظهر هذا الاضطراب لدى الأطفال في الفئة العمرية (4-12) سنة . (ملحم ، ص 382)

3- الاضطراب المخل بالنوم :

مثل اضطراب الكلام أثناء النوم و احتكاك الأسنان و لازمة البلع و الاستيقاظ المبكر و غيرهما:

3-1. المشي أثناء النوم :

اضطراب يمشي الطفل فيه أثناء نومه بعد ترك الفراش متجولا في أنحاء المكان ، و ارتداء الملابس و فتح الباب أو الجلوس مع الجالسين و هو صامت و مشوش الوعي ، و إن كانت عيناه مفتوحين ، و قد يجيب عن أسئلة الحضور بكلمة أو جملة مختصرة و عدم انتباهه ، و إذا أعيد إلى الفراش قام بسهولة و نام بهدوء ، دون أن يتذكر الأحداث التي قام بها، و خلال هذه النوبة يكون وجه الطفل شاحبا محمقا و يصعب إيقاظه ، و ربما ينتقل في نومه إلى مكان آخر و عندما يستيقظ في الصباح يندهش عندما يجد نفسه في مكان آخر.

- و في المشي أثناء النوم قد يتعرض الطفل إلي السقوط و هو نائم أو الاصطدام بحاجز ، و يحدث هذا الاضطراب عادة بعد 1-3 ساعات من استغراق الطفل في النوم و تستغرق نوبة المشي مدة تتراوح من ثلاث دقائق إلى نصف ساعة ، و تحدث لدى 15 % من الأطفال الذين يتجاوزون سن الخامسة من العمر . (مرجع سابق، ص 382)

3-2. شلل النوم :

و نعني به عدم استطاعة الطفل الحراك أثناء النوم و ثقل الجسم الشديد الذي يمنع الطفل من الانتباه لحركة إرادية ، فيفيق من النوم فجأة بالرغم من استعادة وعيه، و يبدو غير متمكن من أقل حركة ، و يحاول التحرك دون نتيجة حتى لأصابع القدم أو الكف، و كأنما تقيده قيود خارجية، و تصاحب هذه الحالة بفزع و ربما بكاء أو صراخ، و قد تحدث هذه الحالة في بداية النوم أو عند انتهاء النوم ، كما قد تتكرر في الليلة الواحدة أكثر من مرة . (مرجع سابق، ص 382)

3-3. الكلام أثناء النوم :

يشير الكلام أثناء النوم إلى ترد يد الطفل مجموعة من الكلمات أو الجمل المفيدة أو غير المفيدة، أو الغناء أو إلقاء نشيد أو النداء لشيء أو تحقيق رغبة. (مرجع سابق، ص 383)

- وكثيرا ما نلاحظ هذا الاضطراب عند الأطفال حسب "Gastant" إذ أن هذه الحالة تظهر سواء في مرحلة الغفوة أو في مرحلة النوم البطيء.

و عكس ما كان يعتقد في السابق ، فالتحدث أثناء النوم يكون مصحوبا في الكثير من الأحيان بأحلام متنوعة . (بويازين ، ص 152).

المحاضرة الثامنة:اضطرابات النمو : 4- فرط النشاط و ضعف الانتباه و التركيز

1- تعريفه:

- يعرف هذا الاضطراب (ADHD) على أنه : " نشاط جسمي و حركي حاد و مستمر تصحبه عدم القدرة على التركيز و الانتباه على نحو يجعل الطفل عاجزا عن السيطرة على سلوكياته و انجاز المهمات. و يظهر هذا الاضطراب لدى الأطفال في الفترة العمرية ما بين (4-5) سنوات تقريبا ، و تتراوح نسبة انتشاره ما بين 3-5 % و هو الأكثر شيوعا لدى الذكور مقارنة بالإناث. (مصطفى، 2011، ص155)

- كما ترى رابطة الطب النفسي الأمريكية (APA) أن النشاط الزائد يتميز بقلة الانتباه و الحركة المفرطة و الاندفاعية، و أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتميزون بأنهم يصدرن تعليقات غير مناسبة، و يجيبون على الأسئلة قبل سماعها كاملة، و يخطفون الأشياء من الآخرين، و يلمسون الأشياء غير المناسبة، و تكون لديهم صعوبة في الانتظار في أخذ الدور. (Posava.etal ,1999,p23)

2- نسبة انتشاره:

- أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4 أن نسبة انتشار هذه الاضطراب تقع بين 3-5 % من الأطفال في سن المدرسة ، و الجدير بالذكر التفاوت الكبير في تقديرات معدل انتشار اضطراب الانتباه يرجع إلى الاختلاف في تعريفه، و في تحديد حالاته واختلاف الأدوات التشخيصية المستخدمة و البيئات الاجتماعية التي تم حصرها ، فقد وجد أن معدل انتشاره بين الأطفال

الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى 20% تقريبا و يختلف انتشارها الاضطراب باختلاف البيئات. (مصطفى، مرجع سابق، ص165)

- أما عن الفروقات بين الجنسين في معدل الانتشار ، فقد أورد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM iv أن عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر شيوعا بين الأولاد عنه بين البنات و بنسب تتراوح من (1:4) ، و ذكر بعض الباحثين أن النسبة بين الذكور تصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث .(السيد علي وآخرون ، 1999، ص 36)

3-أسبابه:

حاولت نظريات عديدة تفسير الحركة الزائدة و تشتت الانتباه و تحديد أسبابها، و تشير تلك النظريات إلى جملة من الأسباب المفترضة للحركة الزائدة ، و تشمل العوامل الوراثية ، و المشكلات المتعلقة بمرحلة ما قبل الولادة و المواد المضافة إلى الأغذية ، و الأزمات الانفعالية ، و لما كانت نتائج الدراسات قد أخذت في دعم أي من الأسباب المقترحة فإن الباحثين يميلون إلى الاعتقاد بان النشاط الزائد ليس نتيجة لعامل واحد ، بل هو نتاج عدة عوامل تتفاعل فيما بينهما و فيما يلي عرض لأهم تلك العوامل :

3-1 : العوامل الجينية :

تبين الدراسات وجود علاقة بين العوامل الجينية و مستوى النشاط ، و لكن البحوث أخفقت بالتوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل و النشاط الزائد كظاهرة مرضية ، و قد استخدم الباحثون طريقتين رئيسيتين للتعرف على الأسس الجينية للنشاط الزائد و هما :

أ- دراسة الأقارب من الدرجة الأولى .

ب - دراسة التوائم :

- بالنسبة لدراسات الأقارب من الدرجة الأولى فقد لمحت إلى أن النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل من الآباء إلى الأبناء ، و على وجه التحديد تشير النتائج عموما إلى أن والدي الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد غالبا ما يكونا قد عانيا من الاضطراب ذاته في طفولتهما ، و قد خلص "جونسون" من تحليل دراسات الأقارب إلى القول : بشكل عام تؤكد الدراسات التي أجريت على الأقارب أن النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل من جيل إلى جيل ، أما طريقة انتقال النشاط الزائد فهي لا تزال غير معروفة ، أما دراسات التوائم المتعلقة بالنشاط الزائد فهي محدودة ، و على أية حال تشير تلك الدراسات إلى أن

(العوامل الجينية قد تؤثر على مستوى نشاط الفرد) ، و لكن الأدلة المتوفرة حاليا لدعم ذلك لا تزال غير كافية.

-بالنسبة لدراسة التوائم : بالرغم من أن الأدلة العلمية غير قاطعة حول أثر العوامل الوراثية في تطور هذا الاضطراب إلا أن هناك بعض نتائج الدراسات تشير إلى وجود أثر للعوامل الجينية التكوينية في ذلك ، هذا الصدد أظهرت نتائج دراسة " جيودمان وستفنسون " 1989 " الأثر الواضح للعوامل الجينية في هذه الظاهرة ، حيث تبين أن التوائم المتماثلة كانت أكثر تعرضا للإصابة بهذا الاضطراب من التوائم الغير متماثلة.(الزغول ،2006،ص121)

3-2 : العوامل العضوية :

هناك اعتقاد سائد مفاده أن النشاط الزائد يرتبط بتلف دماغي بسيط في كثير من الأحيان ، و لكن الدراسات من جهة أخرى لا تقدم أدلة علمية قاطعة على ذلك ، فليس كل من لديه تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد ، و ليس كل من لديه نشاط زائد يعاني من تلف دماغي واضح ، و هناك من يعتقد أن النشاط الزائد ينتج عن مضاعفات الحمل و الولادة و من جهة أخرى فان الدراسات العلمية لا تسمح لنا بالتوصل إلى استنتاجات قاطعة في هذا الصدد.

و تجدر الإشارة هنا إلى أنه في دراسة أجراها (Satterfield,1974) أوضحت أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد تظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين.

3-3 : العوامل النفسية :

من الأسباب المفسرة لحدوث النشاط هي فئة العوامل النفسية و التي تشمل :

أ- الضغوط النفسية الهائلة و الإحباطات الشديدة التي يتعرض لها الطفل.

ب- أنماط التنشئة الأسرية (فالبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد)

ج- التعزيز : بمعنى الاستجابة للنشاط الزائد للطفل و الانتباه إليه يعمل على زيادته.

د- التعلم بالملاحظة (النمذجة) : بمعنى أن العلماء يعتقدون أن الطفل يتعلم النشاط الزائد من خلال ملاحظة الوالدين و أفراد الأسرة الآخرين ، و كما هو الحال بالنسبة إلى المتغيرات الأخرى ، فإن الأدلة العلمية المتوفرة لا تزال محدودة ، و هناك حاجة كبيرة إلى إجراء المزيد من الدراسات للتعرف على طبيعة أثر العوامل النفسية.

-كما توجد عوامل نفسية أخرى يرجح أن تكون وراء هذا الاضطراب نذكر منها :

أ- سواء المعاملة الوالدية : الإهمال و الحماية الزائدة و جهان لعملة واحدة في ظهور مثل هذه الاضطرابات لدى الطفل ، فالإهمال و العقاب البدني و الحرمان و الرفض الصريح للطفل و الحماية المفرطة و الدلال الزائد من شأنه أن يضع الطفل في صراعات نفسية.

ب- عدم الاستقرار داخل الأسرة : سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية أو النفسية ، و إحساس الطفل بذلك و اشتراكه في أمور لا يمكن لعقله أن يستوعبها تتعب نفسيته ، بالإضافة إلى عدم التوافق الزوجي و إقحام الطفل فيها و كذلك أخلاق الوالدين البيئية و سلوكا تهم أمام الطفل كالإدمان و تعاطي المخدرات و الكحول ، و كذلك غياب أو سفر أحد الوالدين أو وفاته ، فالنسق الأسري الغير منسجم يفقد الطفل الدعم العاطفي الشيء الذي يعود بالسلب على سلوكاته و تصرفاته. (إبراهيم ، 2008)

ج- خبرة دخول المدرسة : التي تعتبر بيئة جديدة و معقدة ، حيث أن الطفل إذا اضطرت العلاقة بينه و أقرانه أو مدرسة ، قد يؤدي هذا إلى ضعف ثقته بنفسه، الشعور بالفشل و الخوف ، و عدم القدرة على الانتباه و التركيز مما يخلف لديه إحباطات يعبر عنها عن طريق سلوكاته . (الدسوقي، 2006، ص 97)

د- القلق: و هو كثير الحدوث و ظاهرة عند الأطفال زائدي النشاط ، حيث أن الهياج و عدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.

هـ - وجود الطفل في مؤسسات تربوية لمدة طويلة : و الذي ينعكس أحيانا على تكيفه و توافقه مع الآخرين و الذي يكون غالبا تكيفا غير سوي.

و - الرفض المستمر للطفل و إشعاره بالدونية : حيث أن عدم القبول لأعماله و تصرفاته و تحطيم معنوياته يجعله ينسحب إلي عالمه الخاص و يحاول الانتقام من الآخرين . (الزغبى، 2005، ص 196

(

ي - بالإضافة إلى ذلك فإن معظم الاضطرابات التي تبدو عند الأطفال و التي تكون على شكل نشاط زائد ، تكون عند من يتميزون بضعف الذكاء ، و الذي يكون متلازما مع الضعف في التركيز " تركيز الانتباه " و الذي غالبا ما ينتج عن الإحباط الذي يصادفه هؤلاء الأطفال في التحصيل الدراسي ، و لكن قد يظهر النشاط الزائد عند الأطفال ذوي الذكاء العالي و الأطفال الموهوبين و لكن انتشاره يكون أكثر عند الأطفال ذوي الذكاء المنخفض ، فالطفل المتميز الذكاء يظهر طاقة موجهة و هادفة ، و ليس نشاطا عابثا و غير موجه . (مرجع سابق، ص 197)

3-4 - العوامل البيئية :

تتضمن العوامل التسمم بالرصاص الاصطناعية و ردود الفعل التحسسية ، فثمة من يعتقد أن ردود الفعل التحسسية قد تساعد على حدوث النشاط الزائد ، و سواء كانت ردود الفعل ناتجة عن الطعام أو غيره يعتقد أنها تسبب إثارة كبيرة للجهاز المركزي الأمر الذي قد يؤدي إلى النشاط الزائد ، إلا أن الأدلة العلمية المتوفرة حول هذه القضية محدودة جدا أيضا . (القمش و اخرون، 2007 ، ص 195، 196)

4-المحكات التشخيصية لاضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد :

يعرض الدليل التشخيص الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM5) عددا من المحكات التشخيصية لاضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد، و ذلك على النحو التالي:

اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة :

A/ نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة-الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور ،كما يتظاهر ب(1) أو (2) :

1-عدم الانتباه :سنة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لسنة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري ،و التي تؤثر سلبا و مباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية / الأكاديمية :

ملاحظة : إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر السلوك الاعتراضي و العدائية ،أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات ،بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا و البالغين (سن 17 فما فوق) ،فيلزم 5 أعراض على الأقل :

a/غالبا ما يخفق في إعاره الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلا: إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

b/غالبا ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلا: صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).

c/غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلا حتى عند غياب أي ملهي واضح).

d/غالبا ما لا يتبع التعليمات و يخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلا ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة).

e/غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام و الأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلا، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم للعمل، يفقد لحسن إدارة الوقت، و الفشل في الالتزام بالمواعيد المحددة).

f/غالبا ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهدا عقليا متواصلا (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج،مراجعة الأوراق الطويلة).

g/غالبا ما يضيع أغراضا ضرورية لممارسة مهامه و أنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام و الكتب والأدوات والمحافظ و المفاتيح و الأوراق و النظارات و الهواتف النقالة).

h/غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين قد تتضمن أفكارا غير ذات صلة).

i/كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، انجاز المهام للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، و المحافظة على المواعيد).

2-فرط الحركة -الاندفاعية: 6 من الأعراض التالية استمرت لسته أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري، و التي تؤثر سلبا و مباشرة على النشاطات الاجتماعية و المهنية الأكاديمية:

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر السلوك الاعتراضي و العدائية أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات ،بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا و البالغين (سن 17 سنة فما فوق)،فيلزم 5 أعراض على الأقل :

a/غالبا ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

b/غالبا ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).

c/غالبا ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).

d/غالبا ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية).

e/غالبا ما يكون متحفزا أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك (لا يرتاح للنبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

f/غالبا يتحدث بإفراط.

g/غالبا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلا ،لا ينتظر دوره عند الحديث).

h/غالبا ما يجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في الطابور مثلا).

i/غالبا ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلا في المحادثات ،و الألعاب أو الأنشطة ،قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الإذن ،بالنسبة للمراهقين أو البالغين قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون).

B/ وجود بعض أعراض فرط الحركة -الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنة.

C/ وجود بعض أعراض فرط الحركة -الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلا و العمل وفي المنزل،مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

D/يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض أو إنقاصها لجودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E/ لا تحدث الأعراض حصرا في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر و لا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، التسمم أو الانسحاب من مادة ما). (ص31،32).

المحاضرة التاسعة: اضطرابات النمو : 5- الصعوبات المدرسية

تمهيد :

يعتبر سوء الأداء الدراسي من المشاكل الهامة التي تواجه بعض الأسر التي تطمح أن يكون أبنائها من المتفوقين ، فهناك عدة أسباب لسوء الأداء الدراسي للأطفال و المراهقين مثل المشكلات الأسرية أو المجتمع الذي يعيشون فيه أو ربما المدرسة أو جماعة الرفاق ، و هناك أيضا من يرجعها إلى انخفاض معدل الذكاء أو وجود اختلال بالجهاز العصبي، و يرجع سوء الأداء الدراسي إلى ما يعرف بصعوبات التعلم و التي تعني وجود مشكلة في التحصيل الأكاديمي أي صعوبة في تعلم التهجي ، القراءة ، الكتابة أو الحساب بما أنها الأساسيات أو المستويات الأولى للتعلم ، و هذا ما سنحاول إلقاء الضوء عليه من خلال هذه المحاضرة.

1- صعوبة القراءة أو عسر القراءة (La dyslexie)

1-1- تعريفه:

يفهم عسر القراءة على أنه مجمل الصعوبات المحددة التي تعترض التلميذ في تعلم القراءة ، فهو اضطراب ذو أسس لغوية يتسم بصعوبات في فك شفرة الكلمات المفردة ، و الذي يعكس دوما عدم كفاءة المعالجة الصوتية ، و تلك الصعوبات لا تكون متوقعة تبعا للعمر و القدرات المعرفية و الأكاديمية الأخرى (عبد الغفار ، 2000 ، ص 36).

- و يتميز عسر القراءة بوجود صعوبة في اكتساب مهارة القراءة في السن العادي و الضروري لذلك في غياب تخلف ذهني أو حسي ، و حسب الباحثون في هذا الميدان فإنه يوجد من 05 إلى 10% من الأطفال يعانون من هذا الاضطراب . (بوبازين ، ص180)

1-2- عوامل صعوبة القراءة:

1-2-1- العوامل الجسمية:

تشير العوامل الجسمية إلى تلك العوامل التي تعزى إلى التراكيب الوظيفية و العضوية أو الفيزيولوجية التي تشيع بين الأطفال ممن يعانون من صعوبات التعلم بصفة عامة و صعوبات القراءة على وجه الخصوص حيث يرى الاتحاد الأوروبي لعلم الأعصاب عام 1975 أن صعوبة القراءة تحدث نتيجة اضطرابات معرفية ذات أصول في البنية المخية.

1-2-2- العوامل المعرفية :

و تتمثل فيما يلي:

* اضطراب الإدراك السمعي البصري:

إن عملية الإدراك تبدأ باستثارة حواس الفرد من خلال السمع أو البصر أو بهما معا ، و إن القراءة ترتبط بالخصائص أو العمليات الإدراكية ، فالأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة تظهر لهم صعوبات في هذه الخصائص و هي : ضعف في الإدراك البصري و السمعي ، تمييز الحروف و الكلمات التعميم و غيرها.

*الاضطرابات اللغوية :

فالحصيلة اللغوية للطفل و قاموسه اللغوي يؤثران بشكل مباشر على تعلمه و تفسيره للمادة المطبوعة أو المقروءة و فهمه لها ، فقد يفهم بعض الأطفال اللغة المنطوقة ، و لكنهم لا يستطيعون استخدام اللغة في الكلام و التعبير و تنظيم الأفكار ، و هذا يعكس بالضرورة انفصالا ملموسا بين الفكرة و اللغة ، بالإضافة إلى استخدام الكلمات و المفاهيم.

* اضطراب الانتباه:

حيث تؤثر كفاءة و فاعلية عملية الانتباه على كافة عمليات النشاط العقلي المصاحبة للقراءة ، فهي تؤثر على كل من الإدراك بنوعية السمعي و البصري ، و الفهم اللغوي و الفهم القرائي ، و بالتالي فإن اضطراب عمليات الانتباه يؤثر سلبا على النشاط الوظيفي المعرفي لهذه العمليات.

* اضطراب الذاكرة :

أوضحت الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة يجدون صعوبة في الاسترجاع التتابعي للمثيرات المرئية ، كما أنهم يحققون درجات منخفضة على اختبارات الذاكرة البصرية، و ذلك نتيجة لعدم كفاءة عملية الانتباه ، و تتميز اضطرابات الذاكرة في نوعين كلاهما يؤدي إلى صعوبات القراءة ، و هما اضطرابات الذاكرة البصرية و اضطرابات الذاكرة السمعية.

1-2-3- العوامل الاقتصادية و الاجتماعية:

إن العوامل الاقتصادية و الاجتماعية غالبا مرتبطة ارتباطا وثيقا ، و من بينها نذكر المستوى الاجتماعي و الاقتصادي للفرد ،تواجد الآباء مع الأبناء لفتترات كافية، بالإضافة إلى نوع العلاقة بينهما ،الاهتمام بالجانب التحصيلي للأطفال ، العلاقة مع الإخوة و غيرها ، حيث تتفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض لتؤثر في القدرة على القراءة.

1-2-4- العوامل التربوية :

يذكر كثير من الباحثين أن هناك عددا من العوامل التربوية التي تكون سببا من أسباب صعوبات القراءة منها طرق تدريس القراءة ، شخصية المعلم ، شعور التلميذ بالفشل نتيجة لعدم ملائمة العمل قدراته ، الابتداء الفجائي في تعليم اللغة الفصحى دون مراعاة الصلة بينها و بين الكلام الدارج (العامي) و دون مراعاة التدرج في ذلك ، استهزاء المدرس أو التلاميذ بالتلميذ الذي يتعثّر في القراءة ، المشكلات العاطفية ، فرط النشاط ،اتجاه الوالدين نحو التعليم و غيرها. (ملحم ، ، 2002 ، ص 96،98)

1-3- أعراض صعوبة القراءة :

- خلط في شكل الحروف المتشابهة أو التي لها رسوم متشابهة.
- إهمال الحروف أو المقاطع الصوتية.
- ترك السطور أو ترك عدة كلمات.
- الحذف : أين يميل إلى حذف الكلمات في القراءة ، و أحيانا يحذف أجزاء امن الكلمة المقروءة.
- الإدخال : أحيانا يدخل التلميذ إلى السياق كلمة ليست موجودة به.
- الإبدال : أثناء القراءة يقوم الطفل بإبدال كلمة بأخرى.
- التكرار : بعض الأطفال يلجؤون إلى تكرار كلمات أو جمل ناقصة حيث تصادفهم كلمة لا يعرفونها.

- القراءة السريعة و غير الصحيحة :يميل الأطفال ذوي صعوبات التعلم إلى القراءة بشكل سريع و غير صحيح ، محاولة منهم لتجاوز الكلمات التي لا يستطيعون قراءتها.

- القراءة البطيئة : يقرأ بعض الأطفال ببطء على شكل كلمة- كلمة و ذلك نتيجة للتركيز على الرموز و محاولة فك شفرتها . (سالم و آخرون، 2006 . ص155)

2- صعوبات الكتابة :

2-1- تعريف صعوبة الكتابة (La dysgraphie) :

هي الشكل الثاني من أشكال صعوبات التعلم الأكاديمية التي تتعلق باللغة المكتوبة ، و توصف هذه الحالات بأنها الفشل في إنتاج لغة مقبولة و قابلة للفهم و القراءة بشكل يعكس المعرفة بالموضوع الذي كتب عنه.

فصعوبة التعلم تتشكل سواء في مجال الإملاء أو التعبير الكتابي ، و ترجع مشكلات التعبير إلى القلق ، ضحالة المعرفة ، وعدم القدرة على صياغة جمل مترابطة تراعي القواعد النحوية و التنقيط (وضع النقاط في مكانها) ، و يكثر فيها عكس الحروف و عدم الالتزام بالسطور في الكتابة. (كوافحة ، 2004، ص 128)

2-2- عوامل صعوبات الكتابة :

لكي يتعلم الطفل الكتابة يجب أن يكون ناضجا بدرجة كافية ولديه الرغبة و الاهتمام في تعلم كيف يكتب، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يطور الطفل التناسق الحركي و صورة الجسم و ضبطه بما يخدم الكتابة و تحديد اليد المفضلة، و لذلك فإن الصعوبات التي يواجهها الطفل في الكتابة ترتبط بالكثير من العوامل ، و يمكن تحديدها في النقاط التالية:

2-2-1- عوامل متعلقة بالطفل : و تعرف بالعوامل الفردية و تشمل :

- العوامل المعرفية العقلية : و تشير إلى مستوى ذكاء التلميذ و قدراته و استعداداته العقلية ، و كفاءة العمليات المعرفية المتمثلة في الانتباه و الإدراك و الذاكرة ، حيث أن افتقار الطفل إلى القدرة النوعية الخاصة التي ترتبط بالكتابة كالذاكرة البصرية و القدرة على الاسترجاع من الذاكرة تؤثر على هذه العملية.

- العوامل الانفعالية : فافتقار الأطفال للتركيز الحسي الحركي و استخدام اليد و الأصابع ، و العلاقة بين الحروف و الرموز و الكلمات تترك بصمة على النواحي الانفعالية ، فيبدو الطفل مكتئب و محبط و يميل إلى الانسحاب من موقف التنافس التحصيلي القائم على استخدام الكتابة و التعبير الكتابي.

- اضطراب الإدراك البصري : فتعلم الكتابة يتطلب من الطفل أن يعرف و يميز بصريا بين الأشكال و الحروف و الأعداد و الكلمات على نماذجها ، و كل هذا إذا لم يتعلمه الطفل فإنه يؤدي إلي صعوبات تعلم الكتابة.

- اضطراب الذاكرة البصرية : إن الأطفال الذين لا يستطيعون تذكر الأشكال و الحروف و الكلمات بصريا قد تكون لديهم صعوبات في تعلم الكتابة و تسمى هذه العملية بفقدان الذاكرة البصرية ، و قد يعود ذلك إلى ضعف استخدام التخيل و التصور لدى هؤلاء الأطفال.

-نقص الدافعية : يعتبر نقص الدافعية من الأسباب الهامة في صعوبة تعلم الكتابة ، حيث يبدو الطفل في الفصل الدراسي محبطا ، و الملاحظ على الطفل كثرة الغياب في حصص الإملاء و التعبير و تظهر عليه علامات الاضطراب الانفعالي اتجاه عملية الكتابة ، و قد يرجع هذا إلى دور كل من المعلمين و الوالدين المنعدم ، و ذلك في تشجيع الطفل و استشارته و مكافأته و تعليمه خطوة فضلا عن ميله للعب و اللهو .

2-2-2- العوامل المتعلقة بنمط التعليم و أنشطته و برامجه :

حيث تشير الدراسات و البحوث إلي أن دور المدرس و نوعية التدريس يضلان العاملين الرئيسيان المدعمان لتعلم التلميذ ، فنوعية و فعالية التدريس يتيحان الفرصة للتلميذ في تحصيل أكاديمي جيد .

2-2-3-العوامل الأسرية و الاجتماعية :

فكل منها يلعب دورا في تنمية و تطوير عملية التعلم للطفل ، كاختفاء دور الأسرة مثلا في متابعة الطفل ، فالكتابة مهارة تتطلب التدريس المستمر و المتابعة الدائمة، فلا شك أن وقعت الحصة في المدرسة لا يكفي لتدريب الطفل على الكتابة الصحيحة ، لذلك يجب أن يتابع من طرف الأسرة على إتقان و تحسين الكتابة اليدوية ، فالفشل و الإهمال يؤثر على عملية اكتساب الطفل لمهارة الكتابة. (عوض،ص ص

(170،171)

2-3- أعراض صعوبة الكتابة :

بشكل عام توجد عدة أشكال من الصعوبات تأتي يواجهها الأفراد ذوو الصعوبات التعليمية في كتابة الموضوعات التعبيرية تتمثل في :

- عدم تنظيم الكتابة (الأفكار أثناء الكتابة)
- مشكلة في التعبير عن الأفكار الجيدة على الورقة.
- يفتقر التلميذ إلى العرض الواضح للكتابة (عدم تجانس الكتابة بخلط الحروف و إدخالها في بعضها).
- مسك القلم بصورة خاطئة يجعل خط اليد مشوه و غير واضح.
- حجم الأحرف و تباعدها غير ملائم ككتابة الحروف المتصلة في الكلمة بصورة منفصلة.
- ضعف القابلية للرسم (فالكتابة هي عبارة عن رموز ترسم).
- التنظيم السيئ لل فقرات .(كوافحة ، ص 131)

3- صعوبة الحساب : (La dyscalculie)

3-1- تعريف صعوبة الحساب (عسر الحساب)

تعتبر صعوبة الحساب من أشكال الصعوبات التعليمية الشائعة بين ذوي صعوبات التعلم ، حيث تعرف على أنها : " عدم قدرة التلميذ على التعامل مع الأرقام و كذلك المعادلات الرياضية ، بالإضافة إلى وجود مشكلات في إجراء العمليات الحسابية و في حل المسائل و التي تكون ناتجا لمشكلات في تطبيق المهارات الحسابية. (سالم و اخرون ، ص 160)

- الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطراب يجدون صعوبة في إعادة رسم الأشكال الهندسية ، و يمكن أن تلاحظ مع كل هذا بعض الصعوبات في القراءة و التعبير. (بويازين، ص 179)

3-2- عوامل صعوبة الحساب : (عسر الحساب)

- إصابات المخ : لقد أوجد بعض الباحثين أن المنطقة الصدغية هي المسؤولة عن إجراء العمليات الحسابية ، و أن أي خلل في هذه الأجزاء سوف يؤدي إلى ضعف في المهارات الرياضية ، و أن الأداء الرياضي الجيد يتطلب سلامة هذه المناطق ، و تعكس مشكلات الحساب الخلل الوظيفي.

- نسبة الذكاء : فقد أشار العديد من العلماء إلى أن تعلم الرياضيات يرتبط بنسبة ذكاء لا تقل عن المتوسط ، و ما يرتبط بها من قدرات رياضية مثل القدرة العددية أو القدرات الهندسية أو القدرة الاستدلالية ، رغم أن التسليم بأن ذوي صعوبات التعلم لا يدخلون ضمن فئات المتخلفين عقليا و إنما هم أقرب إلى المتأخرين دراسيا و بطيئي التعلم.

- الصعوبات اللغوية :

اللغة ضرورية لتعلم الحساب حيث أنها تؤثر فيه و في فهم الألفاظ الموجودة بالمسألة و فهم المفردات اللغوية ، و تؤثر أيضا على القدرة على قراءة المسألة، و يبدو أن الكفاءة في اللغة ذات تأثير مهم على الانجاز الحسابي عموما ، فالعيوب اللغوية التي تعيق القراءة قد تعيق الحساب .

- اضطراب الذاكرة:

* صعوبة التذكر البصري: و المتعلقة باستدعاء الأرقام و الأشكال و التعرف عليها.

* صعوبة التذكر السمعي : و المتعلقة بالشروح المتعلقة بالدروس و استرجاع مضمونها عند حل المسائل الحسابية.

* القصور الإدراكي : الإدراك الحسي هو العملية التي يتم بواسطتها التعرف على المعلومات المستمدة من المحيط الخارجي عن طريق الأعضاء الحسية ، إذا كانت هذه الأعضاء سليمة و لا تزال المعلومات غير قادرة على الانتقال ، فمن المفترض أن يكون هناك اختلال وظيفي في الجهاز المركزي ، و تنتشر مشاكل الإدراك الحسي بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم، فيحدث تحريف للرموز و العلامات و الكلمات ، فعلى سبيل المثال يخلط الأطفال بين علامتي (+ ، -) و يخلط الآخرون بين الرقمين (9 ، 6) ، و منهم من يعجز عن قراءة الأعداد المركبة بصورة صحيحة مثل (71 ، 17) . (كوافحة ، ، ص 140 ، 141)

1- مفهوم العصاب :

العصاب هو اضطراب دينامي انفعالي في الشخصية نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصابية ، و هو ليس له علاقة بالأعصاب ، و لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفيزيولوجي في الجهاز العصبي.(البننا ،2006،ص64)

2- مفهوم العصاب الطفلي :

العصاب الطفلي أكثر حدوثا و أكثر طبيعية من العصاب الراشد ،و بعض الأمراض العصابية الطفلية قابلة للشفاء بشكل فجائي، و حصول العصاب عند الراشد ليس إلا إعادة نشاط العصاب الطفلي أسهمت في تكوينه و بلورته أزمات نفسية جديدة. (نوف ، ترجمة شاهين،ص 259)

- و الأمراض العصابية التي تجري بهدوء عند الأطفال قد لا يمكن التعرف عليها ، أو قد يجري التقليل من خطورتها من قبل المحيط ، فالأولاد المتشبهون بالراشدين الأسوياء ،قد يكونون أحيانا من أكبر العصابين حتى أنه وراء التكيف المزعوم فقد يجري نسق عصابي ، و قد يكون أكثرنا تزاننا من العصاب الذي يظهر بآثار صاخبة.

-و تركيز العصاب الطفلي يعمل على شكل النكلس داخل الجسم و تختفي المرونة التوافقية و تحدث الصراعات بين الرغبة و القوى العميقة المكتسبة التي تكونت في (الأنا).و تؤكد " ميلاني كلاين" على القلق الطفلي الذي هو بعض مظاهر العصاب و المتمثل باضطرابات النوم و الصعوبات الغذائية ، و الاضطرابات الخوفية ، فعند الولد الصغير قد يتخذ هذا القلق أشكالا عدة، سواء باضطراب النوم أو اليقظة المبكرة أو عدم القدرة على القيلولة أثناء النهار.(المرجع نفسه ،ص262)

-و الاضطرابات الغذائية يمكن أن تكون مؤشرا لعصاب طفلي ، و هي تتراوح بين فقدان الشهية أو تصرفات سيئة أثناء الأكل ، و قد تبدو أحيانا في قضم الأظافر و عدم التوازن النفسي و الحركي ، و قد استطاعت "ميلاني كلاين" استخلاص هذه النتائج ، انطلاقا من تشوش التصرفات اليومية ، كرفض الاشتراك في اللعب و التردد بحجة التعب أو عدم المهارة ، و هذه التصرفات الشاذة قد تستمر حتى عند

الراشد الذي يستطيع دائما أن يجد تبريرات لإعلان بعض النشاطات الطبيعية بأنها مزعجة، متعبة أو عديمة الجدوى.

فالصد يدل دائما على وجود القلق ، و هذا الصد قد يطل مجالات أخرى و يشمل النشاطات المدرسية ، فصد التعليم و رفض المعرفة يمكن أن يظهر على شكل بلادة أو كسل أو عدم اهتمام ببعض المواد ، أو عدم القدرة على العمل إلا تحت ظروف ملحة كضغط الامتحانات المدرسية. (المرجع نفسه، ص 262)

3-أسباب العصاب عند الطفل :

3-1-الأسباب العضوية :

للوراثة دور كبير في توفير القابلية للعصاب ، حيث يرث الفرد حساسية للإصابة به يدعمها المحيط بظروفه الخاصة و بالصراعات التي تثيرها القيم و القوانين الاجتماعية الثقافية .

- يقول : " أيزنك" أن الانطوائي و المتوتر يشكلان النسبة الغالبة المعرضة لعصابات القلق و الوسواس و الخوف و الاكتئاب أي ما يسمى : باضطرابات الطبع و الانفعال ، أما المتفتح المتوتر فيصاب عموما بالهستيريا و الاعتلال النفسي و الإجرام. أما الأمراض الجسمية فقد تزعزع ثقة الطفل بنفسه و تنقص من قيمته و تقديره لذاته ، و هذا ما يؤدي في بعض الحالات إلى اضطرابات عصابية إذا صادف ظروفًا محيطة غير ملائمة كاضطراب العلاقات و عدم تفهم و لا تقبل المحيط لمرضه و لشخصه.

3-2-العوامل النفسية و البيئية:

تلعب البيئة دورا معتبرا في توليد و تعزيز الاضطرابات العصابية خاصة الطفلية ، و تشير الدراسات إلى العديد من العوامل أهمها:

- التربية غير السليمة و العناية الشاذة. (إفراط أو تفريط)

- تفكك الأسرة و اضطرابها.

- ضعف الحماية الأمومية للطفل من المثيرات سواء كانت داخلية (القلق و الحيرة و الألم) ، أو خارجية ، فإذا فاق المثير قدرة الطفل التحملية دفع إلى ردود الأفعال العصابية.

- عدم الشعور بالأمن و الاستقرار مما يجعل الطفل في حالة تهديد دائم و قلق متواصل و خوف من الحاضر و من المستقبل، و هذا ما يزعزع أسس شخصيته و نظريته لمحيطه. (البناء،2006،ص 64)

4- تشخيص العصاب عند الطفل :

لتشخيص العصاب عند الطفل تشترط "أنا فرويد" مراعاة النقاط التالية :

- هل الأعراض زائلة أو مستمرة لفترة معينة ؟ و هل هي انعكاسات لظروف معينة ؟

- هل الآليات الدفاعية مرنة أم صلبة ، و دائمة الاستعمال؟

- و ما مدى تكيف الطفل مع الواقع و المحيط ؟

و تعتبر " أنا فرويد" الطفل عصابيا إذا كون صورة خاطئة عن الواقع لا تناسب سنه و لا ذكائه ، و

عندما تصبح انفعالاته غريبة عنه و لا يتحكم فيها ، و عندما يبدي نسيانا كبيرا ، عموما يشير مختصوا

دراسة الأطفال أن للعصاب الطفلي خصائصه المميزة و هي مرتبطة بالنمو و بالظروف التي يعيش فيها.

(الحجار،2004، ص 35)

5-المعايير التشخيصية للعصاب عند الطفل :

يتمثل العصاب عند الطفل بالمظاهر التالية:

1- النقص في رغبة التعلم و المعرفة و مقاومة التعليم المرسي ، بل و كل ما يدخل الولد في مجال

المعرفة (قراءات ، مسرح ، ألعاب تعليمية) و قد يمتد هذا الصد ليشمل عدم استيعاب أية معرفة.

2- الألعاب المتكررة بشكل ألي أو ما يسمي بالألعاب الهجاسية التي تتحول إلى نوع من الطقوس ، و

التكرار الثابت الذي يظهر بسبب القيود المفروضة على ما لديه من دوافع.

3- نقص الطمأنينة و نقص في نمو العلاقات مع المحيط و موقف غير متساهل.

4- التكيف الملح و تنمية الأنا الأعلى، فيصبح الولد صالحا مطيعا ، و لكن ذلك يكون على حساب

حرية التعبير، و في نظرا " ميلاني كلاين" في شكل العلاقات العاطفية للولد مع محيطه العائلي و مع

رفاقه ، و ترى أن السلوكيات العدوانية جدا أو الخاضعة جدا أو العاطفية جدا ، هي إشارات عدم قدرة

الولد لمواجهة القلق أو العداة ضد الموضوع الليبيدي. (المرجع نفسه، ص269)

6- أشكال العصاب عند الطفل :

6-1- الرهاب (الفوبيا):

1- تعريفه :

"الرهاب هو خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) ،

غير مخيف ، و لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس ، و لا يستند إلى أساس واقعي ، و لا يمكن

ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه ، و يعرف المريض بأنه غير منطقي و رغم هذا فإن هذا الخوف يمتلكه و يحكم سلوكه " . (البناء،ص101)

2- رهاب الطفل و المراهق:

مع أن الرهاب خوف ضخم ، فهو لا يترافق بعلامات إنباتية ، دقائق القلب ، عرق ، ارتجاف ثم هروب نحو أي اتجاه أو نحو موضوع مطمئن، يعرقل الرهاب الحياة اليومية للطفل خاصة إذا كان موضوع الخوف قريبا منه ، إذا كان مثلا الخوف من كلب الجيران يمنع هذا من الخروج و اللعب حتى من الذهاب إلى المدرسة ، و يلجأ دائما إلى مرافق .في حالات أخرى يتخذ الطفل سلوكا سحريا (قراءة القران، أو أنشودة..) و في حالات أخرى ينكر الطفل مخاوفه و يتصنع الشجاعة و هذا يجعل اكتشاف الرهاب صعبا على المحيط العائلي أو حتى الفاحص ، هنا يجب البحث عن الرهاب وراء الفشل المرسي أو سلوك الانطواء و الخجل و التقليل من النشاط، أو تختفي وراء اضطرابات الطبع و اللانضباط .

- السلوك الرهابي تقريبا حتمي عند الطفل الصغير لأنه لا يتحكم في دوافعه و لا في محيطه ، و هذا ما يثير مخاوفه خاصة و أنه يخلط بين الواقع و الخيال ، لذا يجب مراعاة السن و المرحلة التي تحدث فيها، لأن الرهابات عديدة و منتشرة مما جعل " ج-مالي " يصنفها حسب السن إلى :

- رهاب الظلام في السنة الثانية.

- رهاب الحيوانات في ثلاثة سنوات.

- رهاب الأماكن المغلقة أو المفتوحة في أربع أو خمس سنوات ، لكنها عموما تزول بدون علاج مع تطور و نضج الطفل. (ميموني، ص 98)

وفيما يلي سنحاول استعراض مختلف أشكال الرهاب عند الطفل:

*أشكال الرهاب عند الطفل :

1-رهاب الظلام :

ينتشر الخوف من الظلام انتشارا واسعا بين الأطفال ،فالخوف من النوم يتبع الخوف من الظلام ،وقد يظهر منفردا فنجد الطفل يبكي عندما يطفأ المصباح الذي يضيء حجرته كي ينام ،ومن المعتاد في مثل هذه الحالات أن يبقي الوالدان على مصباح صغير مضاء في الغرفة الخاصة بالطفل ،وعندما يكبر

الطفل ويكون باستطاعته إضاءة المصباح بنفسه فانه يشعر بحرية أكبر في التجول بالمنزل بحيث يمكنه تجنب الحجرات المظلمة ،و عموما فان المخاوف و هذه الكفوف يسمح بها الراشدون الذين لا يكونون قد تخلصوا هم أنفسهم من مخاوفهم.

ورغم أن هذا النوع من السلوك ينتشر انتشارا كبيرا إلا أن دلالاته المرضية ليست حاسمة ،فان تطور هذا السلوك إلى ظاهرة مرضية أم لا إنما يعتمد على مدى صلابة التنظيم الداخلي -في بعض الأحيان-بينما يعتمد في أحيان أخرى على استجابات الراشدين اتجاه هذه المخاوف ،هذا وان عادة الإبقاء على مصباح مضيء في الحجرة قد يستمر رغم عدم الحاجة الملحة إليه، لذلك فانه يدخل في سياق من العلاقات بين الطفل ووالديه من حيث أنه يضيفي الطمأنينة على نفس الطفل و أخيرا يصل السلوك إلى نهايته المتوقعة إلا أن تغييرا بعينه في المنزل من قبيل ما يحدث أثناء الإجازات من شأنه أن يثير المخاوف مرة أخرى .

وربما يصعب أثناء السنوات الباكرة من العمر التعرف على التمثلات التي تفند حقيقة وجود هذه المخاوف ،بالإضافة إلى أنها قد تبلغ درجة من الشدة و عدم التنظيم بحيث تضعف القدرة على تمثيلها ،و ما أن يصل الطفل إلى السنة الثالثة أو الرابعة من عمره ،حتى نراه يعبر بحرية أكبر عن محتوى مخاوفه .(زيور،1998،ص143، 144)

2-رهاب الحيوانات :

كان الرهاب لدى "هانس" خطوة تاريخية هامة في تطور حركة التحليل النفسي ،إذ أصبح الخوف من الخيول نقطة انطلاق لتشييد رهاب الطريق ،فلم يستطع "هانس" الخروج إلى الشارع دون صحبة الأب، الأمر الذي يشير إلى أن الخوف من الحيوانات ينتشر انتشارا كبيرا في الطفولة.

فالخوف من الكلاب ينتشر بين أطفال المدينة الذين لم يعتادوا وجود مثل هذه الحيوانات في منازلهم ،ويظهر الخوف في شكل تغير حال الطفل عند رؤية كلب ،و يحاول الطفل تجنبه وقد يتشبث بشخص بالغ يصطحبه ،إلا أن الملاحظة الإكلينيكية تظهر لنا أن مثل هذه المخاوف ليست شديدة فمتى اختفى موضوع الرهاب زال الخوف ،ومن النادر أن يتحول الخوف من الكلاب إلى رهاب الطريق .

و رغم أن الخوف من الحيوانات الصغيرة لا ينتشر بنفس الكثرة إلا انه أكثر انتشارا من الخوف من الحشرات ،ومن المعروف أن الحيوان المثير للرهاب - سواء كان كبيرا أم صغيرا- هو حيوان لا ينتمي إلى البيئة التي يألفها الطفل .(نفس المرجع ،ص145)

3-رهاب الطعام :

يشير رهاب الطعام إلى كف مباشر على الشهية مع ازدياد شديد لأصناف محددة من الطعام، إلا أن الطفل يستعيد شهيته عند إبعاد هذا الصنف عن المائدة، و إن كان اختيار الموضوع المثير للرهاب يختلف اختلافا في ما بين طفل و آخر، فقد يشمل أنواعا محددة من الطعام مثل اللحوم أو الأسماك أو الخضروات أو الألبان ومنتجاتها، كما قد يتضمن الخوف من مظهر الطعام، و في أحوال أخرى قد يؤثر الرهاب على كيفية تناول الطفل لطعامه وقد يستمر لفترات طويلة من الزمن ثم يختفي تماما بعدها دون أن تظهر له أي آثار تشير إلى حدوثه في الطفولة، إلا أنه رغم ذلك يستبقي الكثير من البالغين أشكالاً مختلفة من مشاعر الاشمئزاز أو الكراهية لهذا الصنف من الطعام أو ذلك، وكلها أشكال مختلفة ترتبط بمعان يجب أن لا تغيب عن بصيرة المحلل النفسي. (نفس المرجع، ص145).

4-رهاب المدرسة :

تظهر على الطفل مصاعب مختلفة عند دخوله للحضانة أو المدرسة، إذ نراه يبكي وهو في طريقه إلى المدرسة ويتعلق بأمه و بأبيه لحظة الفراق، و ما أن يغلق الباب حتى نراه يخطر في الأنشطة المدرسية المختلفة ويتفاعل مع مدرسيه و مشرفيه و أقرانه.، إلا أن هناك بعض الأطفال لا تتفع معهم أي محاولة للتهئية، و نراهم يبكون لفترات طويلة تمتد حتى لحظة العودة إلى المنزل، و يرجعون إلى المنزل في حالة من التوتر الشديد كما ينتابهم الكف الذي يعيق أنشطتهم المدرسية. (نفس المرجع، ص147)

-و كثيرا ما نلاحظ الخوف المدرسي عند الأطفال و بالخصوص الذكور منهم، حيث يظهر هذا الخوف من سن 5 إلى 13 سنة، و يلاحظ بصفة أكبر عند الأطفال الذين يتوجهون إلى المدرسة للمرة الأولى (الطور الابتدائي)، و يمكن أن يلاحظ أيضا عند الدخول إلى الطور الاكمامي، مع الإشارة إلى الوضعية الخاصة للطفل الوحيد، البكر، أو الأقل سنا، يظهر عندهم الخوف بنسبة 80 بالمائة من مجموع الأطفال المصابون بهذا الاضطراب.

الرهاب المدرسي عند الطفل يكون كرد فعل لقلق حاد و يكون شديد الارتباط بالأوقات و المواقع المخيفة؛ حينما يستعد الطفل للذهاب إلى المدرسة نلاحظ عليه هيجان و حالة طوارئ، فهو يبكي و يترجى أوليائه للسماح له بالمكوث في البيت و يعدهم بالتوجه إلى المدرسة في اليوم الموالي، فإذا أرغم على ذلك ازدادت الأزمة حدة، فهو قد يغلق باب الغرفة أو يلجأ إلى الهروب و هو في حالة بكاء. ففي هذه الوضعية يكون الطفل غير قابل للتعلقل، وفي بعض الحالات يكون الضغط وسيلة فعالة و ناجعة بإرغامه، فينصاع

الطفل إلى الأمر الواقع و يتوجه إلى المدرسة ،لكنه يخرج من القسم بسرعة و يهرب بطريقة لا تقاوم دون هدف ،وأحيانا يعود مباشرة إلى المنزل.

بمجرد أن يبتعد الطفل عن إشكالية الذهاب إلى المدرسة (أيام العطل) يهدأ و يعد بالذهاب إلى المدرسة من دون أي إثارة في اليوم الموالي ،لكن حينما يصل الموعد يحدث نفس الشيء وهكذا،أما في باقي الميادين الأخرى فهو مطيع وسهل المعاملة ومتعاون ،و يحاول إعطاء تفسيرات عقلانية لخوافه مثل المعلم صعب أو الزملاء شريرون و يستهزئون منه وغيرها.(بوازين ،ص ص184،183).

6-2- العصاب الإستحواذي (الوسواس القهري) :

1- تعريفه :

- الوسواس (L'obsession) : من اللاتينية "Obsessio" أي فعل الحصر ، فالفكر يحصر عن طريق الأفكار ، ينطوي بالأساس على تسليط فكرة ، صورة أو تمثيلة سخيفة لا معنى لها تلازم و تصاحب الفرد و تكون خارجة عن إرادته تأتي بصورة دورية عند شخص بكامل وعيه ، تمثل خاصية يكرهها الفرد تؤدي إلى توليد الصراع يسعى الفرد للتغلب عليها و مقاومتها ، و لا يستطيع التخلص منها مهما بدل من جهد و مهما حاول إقناع نفسه بالعقل و المنطق. (حاقري ،2015،2016،جامعة سطيف ،ص 62)

-القهري (La compulsion) : من الكلمة " Compulsif "،أي ما يفرض، تشير إلى رغبة يتعذر التحكم بها تظهر في أفعال سخيفة أو محرجة علي الرغم من المجهودات المبذولة لمقاومتها ، فهي سلوكات نمطية و طقوس تهدف للتخفيف من القلق الناتج عن الوسواس. (المرجع نفسه، ص 62)

2- الاستحواذ عند الطفل و المراهق :

إن الطفل مرغم عن طريق التربية إلى استعمال السلوك الاستحواذي :

- في الشهور الأولى يكرر الرضيع نفس الحركات و السلوكات للذة و للتحكم في جسمه و محيطه ، و هذا ما تراه في الحركات الدائرية (réaction circulaire) التي أشار إليها (Piaget et wallon).

- السلوك الاستحواذي منظم للحياة الفكرية و أيضا النفسية ، و يمكنه أن يكون نوعا من التكيف مع المدرسة ، و (J.Bergeret) يعتبره كنوع من شفاء للذهان الطفولي و أنواع الرهاب الخطير على

أساس كف هام للنشاط و الانفعال ، و في هذه الحالة يجب احترام هذا التنظيم الإستحواذي لأنه يمكن أن يؤدي تغييره إلى إحياء صعوبات أضخم مثل الذهان.

- في السنة الأولى و الثانية تظهر طقوس في اللعب أو أن يأكل الطفل دائما في نفس الإناء ، ثم في ثلاث سنوات طقوس في المنام ، يريد أن تعطى له نفس اللعبة و أن توضع أشياء من حوله في نفس المكان .بعض الطقوس المنظمة منذ السنوات الأولى تشير إلى تنظيم ذهاني أو شبه ذهاني خاصة طقوس الأكل مثل (اختيار أكلة واحدة و تفضيل النصف السائل خوفا أن يميته الأكل الصلب) ، لكن عموما هذه الطقوس عادية و تزول مع التطور عندما يتحكم الطفل في محيطه و دوافعه ، عندما تترسخ هذه الطقوس و تتوسع يجب تشخيصها و علاجها قبل أن تعرقل نمو الطفل و تكيفه. (ميموني، ص ص 101، 102)

- يصف (Ajuriaguerra) الطفل الاستحواذي بأنه : مفرط السواء ، منظم ، نظيف ، غارق في أعمال تنظيمية ، يحب المجادلة ، تظهر عنده طقوس كطقوس الغسيل ، اللباس...إلخ و الجانب المرضي يتجلى في القلق عند تغير هذا النظام و محاولة منع الطفل من القيام بالطقوس ، و هذا يدل على صلابة في الآليات و مقاومة بهذه الطريقة ضد القلق.

- (J-Bergeret) يقول أننا لا نستطيع الكلام عن عصاب استحواذي منظم قبل عشر سنوات، لأن البيت و المدرسة يعززان الطابع التكراري بهدف التعلم.

- في البلوغ أو المراهقة يأخذ العصاب طابعه الخاص و النهائي أي القلق ، الإرغام و التبصر بالمرض و يأخذ شكله مثل عند الراشد.

- (ف ماري و هوزل) يشيران إلى بروز إرغام الاستمنااء المتكرر (masturbation Compulsive) مصحوب بشعور بالذنب ، انشغالات ميتافيزيقية ، و لاحظ نفسيا نيون بالجزائر أن الإفراط في التدخين الصلب و المحرم يبدو كآلية دفاعية ضد النزوات و الاندفاعات الجنسية و الاستمنااء . (ميموني، ص ص 102).

* الافكار القهرية عند الطفل :

نجد بعض الأطفال يتحدثون صراحة عن قهورهم وخاصة أثناء الذهاب إلى النوم ،حينما تسيطر عليهم فكرة أن أمهم سوف يقع لها حادث و تموت ،و نراهم يحاولون إبعاد هذه الفكرة عن أذهانهم ،وتتخذ القهور موضوعا لها ،غالبا ما يكون هذا الموضوع هو الطفل نفسه أو شخص محبب بالنسبة له .

و يعد الشك هو السمة الأساسية التي تميز الأفكار القهرية ،هذا الشك الذي يرتبط في العادة بأمور ميتافيزيقية أو دينية ،و يقول "فرويد" أن الشك هو الشك في الحب ،فالذي يشك في حبه يشك في كل شيء آخر ،ومن ثم فهو يتخذ احتياطات شتى لتجنب الشك.(s.freud -puf-1982)

و في الحقيقة أن أي تفسير عقلائي لهذه الشكوك القهرية يخفق في التغلب عليها ،و نجد الطفل يحاول إبعاد شكوكه بواسطة تمثلات غير عقلانية تتخذ بدورها سمة قهرية ، وقد عرض كل من "البيوفش" و "دياكتين" حالة اسمها (جي) كان يعدد أسماء المهن و خاصة الفروع المختلفة من المهن الطبية حتى يبعد فكرة موت أمه عن ذهنه.(45)

*الأفعال القهرية و الطقوس القهرية :

يقول "فرويد" " أن أي نشاط يمكن أن يتحول إلى فعل قهري بالمعنى الواسع للمفهوم و ذلك حينما تتلازم معه بعض الإضافات البسيطة الأخرى التي تتسم بالإيقاع نتيجة التوقفات أو التكرارات ،ولا ينبغي أن تترقب وجود حدود فاصلة فيما بين الطقوس و الأفعال القهرية ،ففي الغالبية العظمى من الحالات تعد الأفعال القهرية نتيجة لطقس ما . والى جانب لحظات الاستيقاظ و الذهاب لقضاء الحاجة و أوقات النوم و أخذ الطعام ،فان الوجود في داخل الفصل المدرسي يعد مجالا خصبا للطقوس القهرية مثل ترتيب أدواته المدرسية بطريقة معينة..(s.freud- puf-1981)

- و من بين الأفعال القهرية لدى الطفل أفعال تنتمي الى النظافة ،فهي تخدم بقاء الطفل نظيفا أو تحاشيه للقذارة ،ونجد أطفالا يسيطر عليهم الشك التام فيما يتعلق بترتيب الحجرة بينما نجد آخرين يجمعون الأشياء (الحصى مثلا) لمجرد جمعها أو بغرض تنظيمها في ترتيب محدد ،و في أغلب الأحيان ما يكون عد الأشياء مصاحبا لتكديسها أو تجميعها و غالبا ما يبرز عامل العد وحده في شعور الطفل (ص161)

6-3-الهستيريا :

1- تعريفها:

تعرف الهستيريا على أنها : " مرض نفسي يتميز بتحويل الصراع النفسي إلى صورة اضطرابات فيزيولوجية و مركبة دون أن تكون هناك علل عضوية يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات ، أو هي مجموعة من الاستجابات ابتغاء تحقيق ربح يجنيه من ورائها كالهروب من موقف صعب أو الحصول على عطف الناس". (العبيدي، 2009، ص 367)

إذ تتميز الهستيريا بأعراض جسمية ذات طابع حسي و حركي تظهر بطريقة لا شعورية ، حيث يكون هدفها هو جلب اهتمام الآخرين أو مساومتهم عاطفيا للحصول على المنفعة الخاصة ، و في حالات أخرى الهروب من موقف خطيرا أو محرج يعجز الفرد عن مواجهته.

2- الهستيريا عند الطفل و المراهق :

2-1- خصائص شخصيته الطفل الهستيري :

تلاحظ خصائص عند الطفل الهستيري منها :

- قابلية الإيحاء و الميل إلى الخيال الخصب.

- انبساطية و مسرحية و تفتح كبير دون علاقات عميقة.

- الميل إلى جلب الاهتمام أو الشفقة لكسب فوائد ثانوية

كل هذا يمكن أن يكون عادي خاصة عند الطفل الصغير الذي يعبر بجسمه ، ثم بالتدريج يزول هذا السلوك عند سبع إلى تسع سنوات ، حسب " E.Dupré " الطفل الصغير يشعر بألم في بطنه عندما لا يريد الذهاب إلى المدرسة أو عند خوفه من الامتحان ، السؤال هو هل هذه الأعراض هستيرية أم سيكوسوماتية مما يجعل تشخيص الهستيريا عند الطفل صعبا ، إذ يجب القيام بدراسة معمقة للحالة كي لا تتجاهل وجود مرض سيكوسوماتي حقيقي أو حتى مرض عضوي ، لأن تشخيص الهستيريا عند الطفل يمكنه أن يسيء له ، و خاصة و أن العائلة يعتبرون الهستيريا كتصنع (Simulation) مما يجعل المحيط لا يبالي به و يتجاهل آلامه . (ميموني، ص 105)

2-2- تشخيص الهستيريا عند الطفل :

لتشخيص الهستيريا عند الطفل ، يركز (P.H.Starn) على ما يلي:

- دراسة الأعراض و وضعها في إطارها التاريخي و العلائقي.

- العلاقة بالموضوع (صراع أوديبى) علاقة متحركة ، أنا ضعيف في بحث دائم للعلاقة و التماهي .
- هيئة الأنا بسمات معكوسة (مطاوع مؤنث عند الذكر ، ذكري عدواني عند الأنثى)
- البحث عن الصراع بتحليل الانفعال (قلق الإخفاء، الاغتصاب ، اهتمامات جنسية..)
- الطابع الجنسي لكل العلاقات و انفعالية مفرطة .(نفس المرجع، ص106)

2-3-الهستيريا عند المراهق :

تشبه مظاهر الهستيريا لدى المراهق -إلى حد كبير- تلك التي نراها في الرشد، وقد وصف (كريم) التحول الهستيرى لدى المراهق بوصفه طريقة في التعبير عن تقلبات الشحن على المستوى الجسدي، كما بين أن شدة و زيادة الدفعات الجنسية، في هذه المرحلة يخبرها المراهق في صورة غريبة جسده وخاصة لأن انطلاق الجنسية التناسلية من شأنه أن يحطم فكرة إنكار الانفصال الجسدي الذي كان أمرا سهلا خلال الكمون، وهكذا يستخدم الجسد على نحو دفاعي ذلك أن الأنماط المعتادة من الكبت عادة لا تكفي لاحتواء الدفعات الغريزية "أن ما نراه من ثم - هو ظاهرة من ظواهر الإسقاط المكثف للدفعات الغريزية في الجسد و حينما يتخطى الإسقاط عتبة حاسمة يصبح الجسد مشحونا شحنا زائدا ومن ثم يتحول الجسد الى وعاء يحوي الحياة الغريزية بأسرها، و يعتمد الدفاع على نمط من الانشطار في الجسد". (cramer.1977.p97).

و تبعا ل(كريم) فإن التحول في فترة البلوغ، يتميز بإخفاق في عمل الكبت و من ثم نلاحظ على الدوام عمليات من الإسقاط في الجسد و بالمثل انشطار في الوظيفة العقلية، و يرى (كريم) أن مفهومه يقترب مما قد وصفه (فيربيرن) في ظاهرة الانحلال أو الانغلاق في أساس الهستيريا، فتبعا ل(فيربيرن) فإن الدفاع الأكثر أهمية في هذه الحالات هو الدفاع الشبيه بالفصام و الذي يربط بينه وبين الهستيريا.

وإذا كان الأمر كذلك فإن حالات الانوركسيا النفسية لا يمكنها أن تتضوي تحت فئة الهستيريا ذلك أن الاستثمار في الجسد يغيب في مثل هذه الحالات. فاللذة في مثل هذه الحالات تكمن في الجوع، إلا أنه في التحول فإن الجسد يشحن شحنا زائدا مما يتضمن قيام دفعات غريزية ثانوية". (cramer.1977.p104).

المحاضرة الحادية عشر: الاضطرابات البنيوية عند الطفل و المراهق (طيف التوحد)

تمهيد:

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد بشكل علمي عام 1943، من خلال دراسة قام بها الطبيب النمساوي "ليو كانر" (Leo Kanner) في الولايات المتحدة الأمريكية بعنوان: اضطراب التوحد في مجال التواصل الانفعالي، أشار فيها إلى مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية و المتمثلة في كل من الانعزالية المفرطة، و قصور في اللغة، المضادات، و الذاكرة القوية، و القدرة على الحفظ الكبير للمعلومات، و إن كانت دون معنى، و الحساسية المفرطة اتجاه بعض المثيرات الحسية، الرفض الشديد للتغيير، و تنوع محدود للأنشطة، و قدرات إدراكية عالية حيث يتمتعون بقدر جيد من الذكاء، و ذاكرة عالية، و مقدرة على الحفظ، و مظهر جسدي طبيعي.

1-تعريف التوحد :

يعرفه الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV على انه : التوحد اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، و يؤثر على عدة مجالات للأداء تشمل قصورا في التفاعل الاجتماعي، و التواصل اللفظي و غير اللفظي، و ظهور السلوك و الحركات النمطية، و تنوع محدود في الأنشطة و الاهتمامات، و يظهر بشكل واضح في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل. (ملحم، ص 596)

-كما عرفته الجمعية الأمريكية للتوحد على انه: اضطراب تطوري يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، و يؤثر على وظائف الدماغ، و بالتالي ينعكس سلبا على مجالات التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي، و مقاومة أي تغيير يحدث في بيئتهم إضافة إلى التكرار النمطي لبعض الحركات و السلوكيات، و تكرار بعض الكلمات و المقاطع بطريقة آلية.

(Davison et Neale, 2004 , P596)

2-نسبة انتشاره:

يعتبر التوحد من الإعاقات الأقل انتشارا، و ظلت النسبة التقليدية مسيطرة لفترة طويلة نسبيا، حيث تراوحت النسبة ما بين (4-5) لكل عشرة آلاف مولود، إلا إن تغير تعريف التوحد و امتداد العمر إلى (36) شهرا بدلا من (30) شهرا إضافة لتوسع مفهوم التوحد الذي أصبح لا يقتصر على فئة التوحد التقليدي التي وصفها "كانر"، أدى إلى ازدياد النسبة، حيث يمكن تقديرها ما بين (15-20) لكل عشرة

آلاف مولود، و كما إن التوحد ينتشر عند الذكور بمعدل ثلاثة إلى أربعة أضعاف مقارنة مع الإناث (مصطفى ، ص 170).

3- تصنيف اضطراب التوحد:

صنف الباحثون اضطراب التوحد على النحو التالي:

3-1- اضطراب التوحد:

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه (كانر)، و يسمى أيضا (التوحد التقليدي) أو (توحد كانر)، حيث يظهر فيه ثلوث الأعراض و هي الخلل في القدرة على التواصل، ضعف في الجانب الاجتماعي و الانفعالي، و السلوكيات الروتينية و النمطية، و يظهر عادة قبل إن يبلغ الطفل سن الثالثة من عمره، و تظهر أعراضه باختلاف شديد من شخص لآخر، بالنظر إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد، و تقدر نسبة انتشاره ب 5 من كل 10.000 مولود

3-2- متلازمة اسبرجر:

سمي هذا الاضطراب نسبة إلى الطبيب النمساوي "هانز اسبرجر" (1994)، و يعتبر من اضطرابات طيف التوحد، و يتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي و التواصل و اهتمامات محددة و سلوكيات نمطية، و لا يوجد مؤشر واضح على إن هناك ضعفا في القدرات العقلية أو تأخر لغوي، و يعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعف في تكوين الصداقات و خلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل التعابير الوجهية، و تتراوح نسبة نكاح الأفراد بين المتوسط إلى فوق المتوسط، و تعد أكثر شيوعا من اضطرابات التوحد، و تحدث ل 26-36 من كل 10.000 مولود

3-3- متلازمة ريت :

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث، و هو من الاضطرابات النادرة، و يصيب مولودا واحدا من كل 15.000 مولود، و قد اكتشفه "ريت"، و هو عبارة عن خلل عميق في المخ، و يظهر في صورة حركات تكرارية لليد و قصور في المهارات اللغوية و الاجتماعية

3-4- اضطراب الانتكاش الطفولي:

يعد من انذر الحالات، و تحدث لمولود واحد من كل 100.000 مولود، و هو يشبه اضطراب اسبرجر، و يظهر بعد مرور سنتين من عمر الطفل، حيث يبدأ بفقدان العديد من المهارات الأساسية التي قد اكتسبها في اللغة الاستقبلية و التعبيرية، و ظهور خلل في المهارات الاجتماعية، و السلوك التكيفي، و مشكلات في التوصل اللفظي و صعوبة في التعامل مع الأقران و تكوين صداقات و تظهر سلوكيات تكرارية و نمطية، و يترافق مع إعاقة عقلية شديدة، و لا يعاني من مشكلات عضلية و عصبية، و هذا الاضطراب يعد من انذر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من كل 100.000 مولود، و يشبه اضطراب اسبرجر و التوحد من حيث انه يصيب الذكور أكثر من الإناث

3-5- الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد :

يظهر هذا الاضطراب معظم صفات التوحد و مظاهره، و تكون غالبا أبسط صور اضطراب التوحد، و هي الخلل في الجانب الاجتماعي و الانفعالي و اضطرابات في المهارات اللفظية و غير اللفظية، و يصعب تشخيص هذه الحالات على أنها توحد لان هناك العديد من المظاهر التي يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحيدي .(ملحم، ص ص 598، 599)

4-أسباب التوحد :

4-1-العوامل النفسية و الأسرية:

تصور كانر المكتشف الأول لإعاقة التوحد أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكرة في نطاق الأسرة منها : أسلوب التنشئة الاجتماعية، أو تعامل الطفل مع الأسرة، و منها افتقاد الطفل الحب و الحنان و دفاء العلاقة بينه و بين أمه، و منها غياب الاستشارة و اضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية و غياب العلاقات العاطفية إلى أن أظهرت نتائج الدراسات استعداد إن تكون العوامل النفسية و الأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب للتوحد (مصطفى، ص 253)

4-2-العوامل الجينية الوراثية:

لقد أجريت العديد من الدراسات لمعرفة ما إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب ، و قد وجدت أن التوحد ينتشر بنسبة 36% بالنسبة للتوأم المتطابق (من بويضتين مختلفتين)

و في دراسة أخرى وجد إن التوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة، و بنسبة 27% بين أزواج التوائم المتشابهة

و قد وجد إن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد بنسبة 10% منهم من حالات الريت أو من حالات X الهش (X Fragile) ، و هما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثيا ، و يتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملا مهما للإصابة ، إلا أن ذلك لا يمنع وجود عوامل بيئية مسببة لها (فراج ، 2002 ، ص61،60)

4-3- عوامل عضوية/ عصبية /حيوية :

أثبتت الدراسات أن أطفال التوحد يعانون من قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي ، و منهما ما يحدث أثناء فترة الحمل ، و بالتالي تؤثر على الجنين منها :

- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.

- قصور التمثيل الغذائي.

-تعرض الأم لأشعة X خلا الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

- تعاطي الأم للمضادات الحيوية القوية خلال الثلاثة من الحمل.

- إصابة الأم بالزهري .

- التهاب السحايا.

- اضطراب الغدد الصماء.

- حدوث رشح شامل في الرحم.

و بالرغم من ذلك يكفي قبول هذه الأسباب بأنها احتمال كونها أحد أو بعض العوامل المسببة و ذلك إلى أن البحوث كشفت عن وجود تشوه أو خلل في نمو أجزاء معينة من المخ أو الكيمياء الحيوية للجهاز العصبي المركزي ، لكن لا يوجد لدينا الدليل القاطع على أنها السبب الفعلي للتوحد.(مصطفى،ص 254)

4-4- العوامل البيئية:

- المشكلات التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل و الولادة.

- إصابة الأم بالفيروسات و بعض الأمراض المعدية.
- تعرض الأم الحمل للمواد الكيميائية السامة.
- إن العديد من التوحد بين ليديهم حساسية من تناول الألبان و القمح، إلا لا ينطبق على معظم الأطفال التوحديين.

4-5- عوامل كيميائية:

أشارت الدراسات إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية و بصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمسة إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم و الجلد. (ص 255)

5- المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد :

يحددها الدليل الإحصائي و التشخيص الخامس للاضطرابات العقلية **DSM5** كما يلي (:)

A/ عجز ثابت في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة ،أو كما ثبت عن طريق التاريخ ، وذلك من خلال ما يلي : (الأمثلة توضيحية وليست شاملة)

1-عجز في التعامل العاطفي بالمثل يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ والرد في المحادثة ،إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات و العواطف أو الانفعالات يمتد الى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية .

2-العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي ،يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي إلى الشذوذ في التواصل البصري و لغة الجسد أو العجز في فهم و استخدام الإيماءات ،إلى انعدام تام للتعبير الوجهية و التواصل غير اللفظي .

3-العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها و فهمها يتراوح مثلا من صعوبة تعديل السلوك ليلاءم السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أوفي تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

B/ أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ. (الأمثلة توضيحية و ليست شاملة)

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام (مثلا: أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء و الصدى اللفظي وخصوصية العبارات).

2- الإصرار على التشابه و الالتزام غير المرن بالروتين و أنماط طقسية للسلوك اللفظي (مثلا: الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة والصعوبات عند التغيير و أنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، و الحاجة الى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3- اهتمامات محددة بشدة و شاذة في الشدة أو التركيز (مثلا: التعلق الشديد والانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).

4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا: عدم الاكتراث الواضح للألم، درجة الحرارة، و الاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء و الحركة).

C/ تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو، و لكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

D/ تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي أو غيرها من المناحي المهمة.

E/ لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني)، أو تأخر النمو الشامل، إن الإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، و لوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

قائمة المراجع :

*المراجع العربية :

- ابراهيم ،علاء عبد الباقي(2008) :علاج النشاط الزائد لدى الأطفال ،ط2 ،القاهرة ،
- البننا ، أنور حمودة (2006) :الأمراض العقلية والنفسية ،غزة ،مكتبة جامعة الأقصى.
- الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1994) :APA
- الحجار،محمد (2004) :تشخيص الأمراض النفسية ،دمشق ،دار النقاش.
- الخالدي ،عبد الحميد و آخرون (1998) :الأمراض النفسية و العقلية عند الأطفال ،ط1،بيروت ،دار الفكرالعربي.
- الخالدي ،عطا الله فؤاد (2009) :الصحة النفسية و علاقتها بالتكيف و التوافق ،ط1 ،عمان ،دار صفاء للنشر و التوزيع.
- الدسوقي ،مجدي (2006) :اضطرابات النوم -الأسباب و الوقاية والعلاج-،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- الدسوقي ،مجدي محمد (2006) :اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ،ط5 ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- الدسوقي ،مجدي محمد (2006) :فقدان الشهية العصبي ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- الدسوقي ،مجدي محمد (2007) :اضطرابات الأكل ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- الزغبى ،أحمد محمد (2005) :مشكلات الأطفال النفسية و السلوكية و الدراسية ،ط1 ،دمشق ،دار الفكر .
- الزغلول ،عماد عبد الرحيم (2006) :الاضطرابات الانفعالية و السلوكية لدى الأطفال ،عمان ،دار الشروق.
- السيد عبيد ،ماجدة (2015) :الاضطرابات السلوكية ،ط1،عمان ،دار صفاء للتوزيع.
- الشربيني ،زكريا (2002) :المشكلات النفسية عند الأطفال ،القاهرة ،دار الفكر العربي.

- العبيدي ،محمد جاسم (2009) :علم النفس الإكلينيكي ،ط1 ،عمان ،دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- العيسوي ،عبد الرحمان (2004) :التبول اللاإرادي وعلاقته ببعض مشاكل الطفولة والمراهقة وطرائق العلاج ،بيروت ،دار النهضة العربية.
- العيطة ،أسماء عبد الله (2008) :اضطرابات القلق لدى الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة ،الاسكندرية ،مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- القمش ،مصطفى نوري و آخرون (2007):الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ،عمان ،دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- أولتمازيل وآخرون ترجمة رزق ،سند (2000) :دراسات حالة في علم النفس المرضي ،القاهرة ،دار حكيم للطباعة.
- بويازين ،احسن (2006) :سيكولوجية الطفل و المراهق ،الجزائر ،منشورات دار أمواج.
- حافري ،زهية غنية (2015-2016) :مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي ،جامعة سطيف 2.
- حسني ،سعيد (2002) ،المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ،ط1 ،الدار العلمية للنشر و التوزيع.
- حسين مصطفى ،عبد المعطي (2003) :الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة ،القاهرة ،دار القاهرة.
- دافيد شيهان (1998):مرض القلق ،الكويت ،عالم المعرفة.
- زيور ،نيفين مصطفى (1998) :الاضطرابات النفسية عند الطفل و المراهق ،ط3 ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- سالم ،محمد عوض وآخرون (2006) :صعوبات التعلم -التشخيص و العلاج ،عمان ،دار الفكر للنشر والتوزيع.
- سليمان ،سناء محمد (2005) :مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال ،القاهرة ،عالم الكتب.

- شقيق ،زينب (2002) :احذر اضطرابات الأكل ،القاهرة ،مكتبة النهضة المصرية.
- عبد الخالق ،أحمد (1997):الدراسة التطورية للقلق ،حوليات كلية الآداب ،الحولية14،الكويت ،الرسالة السعودية.
- عبد الغفار،غادة محمد (2000) :اضطراب القراءة الارتقائي من منظور علم النفس العصبي المعرفي الإكلينيكي... .
- عكاشة ،أحمد (2008) :الطب النفسي المعاصر ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- علي ،أحمد السيد وآخرون (1999) :اضطراب الانتباه لدى الأطفال -أسبابه و تشخيصه و علاجه -،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- غباري ،ثائر و آخرون (2008) :علم النفس العام ،ط1 ،عمان ،مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع.
- فراج ،عثمان لبيب (2002) :الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ،ط1،دار المتنبى.
- فهيم ،كلير(1993) :الاضطرابات النفسية للأطفال -الأسباب ،الأعراض ،العلاج ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- كوافحة ،تيسير مفلح (2004) :علم النفس التربوي و تطبيقاته في مجال التربية الخاصة، بيروت ،دار المسيرة للنشر و التوزيع .
- لابلانث ،جان وبونتاليس ،جان(1985) :معجم مصطلحات التحليل النفسي ،ط1،بيروت ،المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر.
- محمد محمد ،جهاد ،ترجمة الحمادي أنور DSM5
- مخيمر ،عماد و آخرون (2006) :المشكلات النفسية للأطفال -بين عوامل الخطورة وطرق لوقاية والعلاج-،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- مصطفى ،أسامة فاروق (2011) :مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ،عمان ،دار المسيرة للنشر و التوزيع.

- ملحم ،سامي محمد (2002) :**صعوبات التعلم** ،عمان ،دار الشروق للنشر و التوزيع.
- ملحم ،سامي محمد (2013) :**علم النفس الشواذ** ،ط1،عمان ،دار الرضوان للنشر و التوزيع.
- موسى ،جبريل و آخرون (2009):**التكيف و رعاية الصحة النفسية** ،القاهرة ،الشركة العربية المتحدة للتوريدات.
- ميموني ،بدرة معتصم (2003) :**الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل والمراهق** ،الجزائر ،ديوان المطبوعات الجامعية.
- نوف ،فيكتور سمير (1985) :**التحليل النفسي للولد**،بيروت ،المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر و التوزيع.
- يوسف ،جمعة سيد (2000) :**الاضطرابات السلوكية وعلاجها** ،دار غريب للطباعة و النشر ،القاهرة.
- *المراجع الاجنبية :**

- Bergeret .J(1974).**Abrégé de psychologie pathologique**.Paris.Masson.
- Bergeret.J(1996).**Personnalité normale et pathologique**. Paris.Masson
- Daison.G.C et NealeJ.M.(2004) .**Abnormal psychology**.New York .INC.
- Kreisler.l(1983).**La psychosomatique de l'enfant**.Q SJ.paris.puf
- Powell.dowgloss.H-**Understanding human adjustment** .New York .Powell association.
- S.Freud(1981).**Actes compulsives et exercices religieux**. Paris.puf.
- S.Freud.(1982).**L'homme aux loup in cinq psychanalyse**.paris.puf
- Schwebel.Andrew .Brocas.L.Harvvey.A-**personality adjustment and growth**.c Broom Walichers.