

جامعة أم البواقي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

مطبوعة بيداغوجية مقدمة لطلبة السنة أولى ماستر
تخصص علم النفس عيادي (السداسي الاول)

إعداد: د. عايدة ناجي

2021/2020

الفهرس

01	مقدمة
	الوحدة الأولى: اضطرابات الطفولة
02	المحاضرة الأولى: التخلف العقلي
15	المحاضرة الثانية: اضطراب طيف التوحد
36	المحاضرة الثالثة: اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة
46	المحاضرة الرابعة: اضطرابات التحكم في الإخراج (التبول اللاإرادي...)
57	المحاضرة الخامسة: اضطراب قلق الانفصال
67	المحاضرة السادسة: اضطراب المهارات الحسية الحركية (اض. التناسق)
76	المحاضرة السابعة: اللزمات
	الوحدة الثانية: اضطرابات المراهقة
80	المحاضرة الأولى: اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك
97	المحاضرة الثانية: اضطراب التغذية (الشراهة / فقدان الشهية العصبي)
109	المحاضرة الثالثة: اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
116	المحاضرة الرابعة: الجنوح والانحراف
123	المحاضرة الخامسة: الانتحار والمحاولة الانتحارية
135	خاتمة
136	قائمة المصادر والمراجع

مقدمة

لقد كان علم النفس المرضي احد التخصصات التي اعتنت بدراسة الاضطرابات التي يتعرض لها الطفل والمراهق، والطالب الدارس لعلم النفس العيادي لا يكتمل تكوينه الأكاديمي إلا بتحكمه في مختلف المعلومات والمعارف العلمية وبتمكّنه أيضا في كيفية دراسة النمو والاضطراب النفسي والسلوكي لدى الطفل والمراهق.

وذلك بالتعرف على الاضطرابات النفسية والسلوكية تحديد أسبابها وطرق علاجها والتكفل بها كهدف عام. ونظرا للأهمية التي يكتسبها علم النفس المرضي للطفل والمراهق، وكأرضية علمية وقاعدة معرفية تسمح للطالب بمواصلة تكوينه الأكاديمي كما تؤهله للممارسة الميدانية أثناء تعامله مع مختلف اضطرابات الطفولة والمراهقة وخصائصها انصبت جهود العديد من الباحثين على دراسة هذه المراحل العمرية بمختلف خصائصها الجسمية والنفسية والعقلية و حتى الاجتماعية.

وتعتبر هذه المطبوعة خلاصة موجزة للمحاضرات المقدمة طيلة سنوات عدة من تدريس مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق لطلبة السنة أولى عيادي ضمن السداسي الأول وقد حاولنا تقديمها ضمن الأهداف الخاصة لهذا المجال بالإحاطة بمختلف الاضطرابات التي تتمثل فيما نصت عليه وثيقة عرض التكوين الأكاديمي طموحا في تحقيق مجموعة من المكتسبات المعرفية في اطار تعليم تراكمي مبنى على معارف قبلية أرضيتها مقياس علم النفس المرضي التي تمكنه من التعرف على مختلف اضطرابات ومشكلات الطفولة والمراهقة وفهم تعقيداتها التي تندرج ضمنها.

المحتوى التعليمي للمقياس قسم الى محورين اذ يتناول المحور الأول: اضطرابات الطفولة ممثلة في: التخلف العقلي واضطراب طيف التوحد واضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة ثم اضطرابات التحكم في الإخراج(التبول اللاإرادي.....) واضطراب قلق الانفصال واضطراب المهارات الحسية الحركية(اضطراب التناسق). ثم اللزومات، أما المحور الثاني فكان مخصصا لاضطرابات المراهقة التي تتمثل في اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك ، واضطرابات التغذية(الشراهة في الأكل، فقدان الشهية العصبي) ثم اضطراب الهوية الجنسية(الجندر) والجنوح والانحراف وفي الأخير الانتحار والمحاولة الانتحارية.

قدمت هذه المطبوعة ضمن مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق لطلبة السنة أولى ماستر علم النفس العيادي السداسي الأول إسنادا لمقاييس أخرى ذات الصلة تؤهل الطالب وترشده في مختلف جوانب حياته العلمية والعملية.

المحاضرة الأولى: التخلف العقلي

1. تعريف التخلف العقلي

* من الناحية الطبية

* من الناحية الاجتماعية

* من الناحية التعليمية التربوية

* من الناحية السلوكية

2. الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي

3. مجالات تحديد التخلف العقلي

4. تصنيفات التخلف العقلي

* التصنيف حسب مصدر الإصابة

* التصنيف حسب درجة الإصابة

* التصنيف حسب توقيت الإصابة

* التصنيف حسب المظهر الإكلينيكي

* التصنيف حسب نسبة الذكاء

5. العوامل المؤدية للتخلف العقلي

* العوامل الوراثية

* العوامل البيئية

6. خصائص الأطفال المعاقين عقليا

7. تشخيص التخلف العقلي

8. التكفل النفسي الأطفوني بالمتخلفين عقليا

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي المحاضرة الأولى: التخلف العقلي

1. تعريف التخلف العقلي:

تعددت محاولات إيجاد تعريف شامل للتخلف العقلي وذلك حسب اختصاص الباحثين في هذا المجال، ومن بين هذه التعاريف نجد.

1.1.1 من الناحية الطبية:

1.1.1.1 تعريف الجمعية الأمريكية:

يعتبر تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (2002) هو الأكثر قبولاً وانتشاراً، حيث أشار إلى أن التخلف العقلي هو "عجز جوهري في القدرات العقلية، وكذلك مهارات السلوك التكيفي المفاهيمية والاجتماعية والعلمية، ويظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة". (العنبي، 2004، 19).

2.1.1.1 تعريف منظمة الصحة العالمية: " ترى بان التخلف العقلي عبارة عن نمو ناقص أو غير كامل في القدرات والإمكانات العقلية". (العيسوي، 1999، 95).

3.1.1.1 تعريف جمعية الطب العقلي الأمريكية: " تشير إلى أن التخلف العقلي عبارة عن ضعف عام وشذوذ في الوظائف العقلية، تلك التي تظهر أثناء مراحل النمو ويصاحبها عجز في التعلم والتكيف الاجتماعي للمريض أو في النضوج أو في كلاهما". (إبراهيم وآخرون، 2008، 52).

2.1 من الناحية الاجتماعية:

التخلف العقلي هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يسير أموره بنفسه لعدم وجود التوافق الاجتماعي نتيجة لوجود عوامل وراثية أو بيئية أو الإصابة بمرض. (سرية، 2006، 15).

1.2.1.1 تعريف تيريد جولد (1964): " هو حالة من توقف أو عدم الارتقاء الذهني من أي نوع أو أي مستوى يجعل الفرد عاجزاً عن التكيف مع البيئة التي يعيش فيها مثل زملائه، لأن الغرض من العقل هو تمكين الفرد من أن يكيف سلوكه مع البيئة التي يعيش فيها، وليس الغرض منه الحصول على نسبة ذكاءه. (إبراهيم وآخرون، 2008، 54).

3.1. من الناحية التعليمية التربوية:

والتي تقول بان التخلف العقلي هو أداء عقلي وظيفي دون المتوسط ويصاحب هذا الأداء خلل في السلوك التكيفي للفرد أثناء النمو ويعتبر هذا التعريف من ابرز التعريفات التعليمية المأخوذ بها في الوقت الحاضر وهذا التعريف تبنته الجمعية الأمريكية للضعف العقلي. (سرية، 2006، 15).

4.1. من الناحية السلوكية:

تعريف ماكميلان: " هو حالة من النقص العقلي ناتجة عن سوء التغذية أو عن مرض ناتج عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي وتكون هذه الإصابة قبل الولادة أو في مرحلة الطفولة. (عامر، 2008، 36).

من خلال ما سبق تبين أن التخلف العقلي هو ما يشمل جميع التعريفات السابقة من نقص في الوظائف والقدرات العقلية بالإضافة للقصور في السلوكيات التوافقية في المجتمع مقارنة بالأقران من نفس العمر.

2. الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي:

1.2. التخلف العقلي:

يتمثل في انخفاض الأداء الوظيفي العقلي للفرد وهذا يكون نتيجة تأخر النمو العقلي أو توقفه أو عدم اكتماله وله أسباب متعددة، وهذا الانخفاض يبدأ ويستمر منذ لحظة الإخصاب وحتى سن الثامنة عشرة، أي أثناء السنوات الإنمائية التكوينية.

2.2. المرض العقلي:

هو الاضطراب العقلي الحاد الذي يؤدي إلى تفكك شخصية الفؤاد وانحلالها، يفقد المريض صلته بالواقع ويعيش في عالم وهمي خاص به، وترجع أسبابه إلى عوامل قد تكون وراثية أو بيئية أو نفسية تؤدي إلى الكبت و الإحباط والصراعات والقلق الشديد، ولا يكون المرض العقلي

مرتبط بفترة زمنية معينة بل يمكن حدوثه في أي وقت من سنوات العمر، ومن الممكن الشفاء من المرض العقلي باستخدام العلاجات الطبية والنفسية الملائمة. (بخش، 2000، 10).

3. مجالات تحديد التخلف العقلي:

1.3. المجال الإدراكي: يتضح التخلف العقلي في العجز عن استخدام الرموز ونقص القدرة على التفكير الاستدلالي وعلى التعميم، ويتمثل القصور في القدرة على التركيز والانتباه، كما يرتبط التخلف العقلي بالتخلف في استخدام اللغة وهذا نتيجة لضعف القدرة على التفكير المجرد واستخدام الرمز.

2.3. المجال التحصيلي: من أوضح مظاهر الإعاقة العقلية نقص القدرة على التحصيل والتعليم والاستفادة من الخبرات السابقة، وهذا يظهر بوضوح في سني ما قبل المدرسة ويمكن ملاحظة هذا بمقارنة الطفل بإخوته والأطفال في عمره الزمني، ويظهر بصورة جلية بعد التحاقه بالمدرسة الابتدائية فيكشف المعلمون عن العجز الواضح لدى الطفل في اللحاق بالأقران في مهارات القراءة والكتابة والحساب.

3.3. المجال الاجتماعي: تنعكس الإعاقة العقلية على مجال العلاقات الاجتماعية، ويبدو ذلك بوضوح في القصور في القدرة على الاتصال بالمحيطين وإقامة علاقات طيبة معهم، وبدل سلوك الطفل في بيئته إلى حاجته الدائمة إلى الحماية من قبل الآخرين ورعايتهم له، كما أنهم يميلون إلى العزلة والانسحاب الاجتماعي وعدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية، ولديهم نزعة عدوانية ضد المجتمع.

4.3. المجال الحسي الحركي: قد يصحب القصور العقلي أحيانا تخلف في النضج الطبيعي والنمو الجسمي، وبصفة عامة فإن المعاقين عقليا يكونوا أقل وزنا وطولا واصغر حجما من سائر الأطفال كما أنهم متأخرون عن العاديين في نموهم الحركي، وكثيرون منهم يتأخرون في المشي إلى سن 3 سنوات أو أكثر، ويكون لديهم قصور في الوظائف الحركية كالتوافق العضلي العصبي، فهم أقل مهارة من العاديين سواء من حيث القوة أو الدقة أو السرعة. (بخش، 2000، 11).

4. تصنيفات التخلف العقلي:

1.4. التصنيف حسب مصدر الإصابة:

- تخلف عقلي مرتبط بعوامل وراثية (جينية) ناتجة عن تاريخ إعاقة عقلية لدى الآباء والأجداد.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

- تخلف عقلي مرتبط بشذوذ وراثي في تكوين وشكل وعدد الكروموسومات.
- تخلف عقلي مرتبط بعوامل وراثية فطرية مؤدية الى خلل في التمثيل الغذائي وخاصة في تمثيل البروتينين pheny iketonurea (PKU).
- تخلف عقلي مرتبط باختلاف او عدم تشابه دم الأم ودم الطفل.-
- تخلف عقلي مرتبط بالاستخدام الزائد لأشعة اكس أو النظائر المشعة في علاج الأم أثناء الحمل.
- تخلف عقلي مرتبط بإصابة الأم بالزهري أو الايدز أو الحصبة الألمانية او غيرها من الأمراض الفيروسية أو البول السكري أثناء الحمل.
- تخلف عقلي مرتبط بإدمان الأم للمخدرات أو المسكرات أثناء الحمل أو تناول أدوية دون استشارة الطبيب.
- تخلف عقلي بانحباس أو نقص الأوكسجين عن الجنين في المرحلة الأخيرة من الحمل أو التفاف الحبل السري حول رقبتة.
- تخلف عقلي مرتبط بالولادة العسرة القيصرية.
- تخلف عقلي مرتبط بإصابة الجمجمة أو المخ أثناء الولادة أو بعدها (نتيجة صدمة أو حادث أو تلف أو التهاب في المخ أو نتيجة استعمال الشفط في الولادة).
- تخلف عقلي مرتبط بإصابة الطفل بعد الولادة – قبل البلوغ- بإحدى الحميات التي تؤثر على خلايا المخ (الحمى الشوكية) او بأحد أنواع الشلل المخي او الحصبة .
- تخلف عقلي مرتبط باضطرابات الغدد الصماء قبل الولادة، ومنها ضمور الغدد التيموسية أو تضخم الغدة الدرقية.
- تخلف عقلي مرتبط بالتسمم بأول أكسيد الكربون أو التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء الحمل أو الطفولة المبكرة نتيجة تلوث الغذاء أو الماء أو الهواء.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

- تخلف عقلي مرتبط بالسقوط أو ارتطام الجمجمة بشدة في مرحلة الطفولة قبل المراهقة بصورة يترتب عليها تلف بعض أنسجة المخ أو الإصابة ببعض الأورام.

- تخلف عقلي مرتبط بسوء التغذية الشديدة للطفل وخاصة إذا تميز غذاء الطفل بنقص شديد في البروتين أو اليود بصفة خاصة في السنة من عمره.

- تخلف عقلي مرتبط بالتشوهات الخلفية في الجمجمة كصغر حجمها أو نقص جزء من المخ أو كبر حجم الدماغ نتيجة زيادة السوائل.

- تخلف عقلي مرتبط بقصور إفرازات الغدة الدرقية. (فراج، 2002، 34).

2.4. التصنيف حسب درجة الإصابة:

يصنف كائر التخلف العقلي من حيث الدرجة إلى ثلاث فئات:

* يشمل ذوي المستوى الأدنى أو الحاد من التخلف العقلي (تخلف عقلي مطلق)

* يشمل ذوي المستوى البسيط أو المعتدل من التخلف العقلي (تخلف عقلي نسبي)

* ينشأ عن عوامل ثقافية بيئية (تخلف عقلي ظاهري) (القريطي، 2001، 32).

3.4. التصنيف حسب توقيت الإصابة:

- قبل الولادة: تكون معظمها بسبب عوامل جينية.

- أثناء الولادة: تكون بسبب الإصابات التي يتعرض لها الجنين أثناء الولادة كإصابة الدماغ الاختناق.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

- بعد الولادة: تكون بسبب تعرض الطفل لبعض الحوادث والصدمات الشديدة بالرأس او نتيجة الإصابة ببعض الأمراض كالحمى والالتهابات. (عبد الله، 2002، 413).

4.4. التصنيف حسب المظهر الاكلينيكي: (الشناوي، 1997، 64)

* زملة داون

* حالات استسقاء الدماغ

* حالات كبر حجم الدماغ

* حالات صغر حجم الدماغ

* الشلل السحائي

* حالات القصاع او القماءة

* حالات العامل الريسوسي

* حالات الفينيل كيتو نيوريا

* حالات تاي ساكس

5.4. التصنيف حسب نسبة الذكاء: (مرسي، 1999، 28)

اتفقت تصنيفات فئات الإعاقة حسب نسب الذكاء لدى كل من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومنظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي على النحو التالي:

* من (50-55) الى (70-75) تخلف عقلي بسيط

* من (35-40) الى (50-55) تخلف عقلي متوسط

* من (20-25) الى (34-40) تخلف عقلي شديد

* اقل من (20-25) تخلف عقلي شديد جدا.

5. العوامل المؤدية للتخلف العقلي:

1.5. العوامل الوراثية: تنقسم إلى ثلاثة مجموعات تتمثل في عوامل وراثية مباشرة، عوامل وراثية غير مباشرة، واضطرابات في عملية الأيض.

1.1.5 العوامل الوراثية المباشرة: ترجع الى وراثة الطفل عن والديه احد الجينات المتنحية التي تحدد وضعه في فئة المتخلفين عقليا، (سميت متنحية لان الفرد يحملها ولا تظهر عليه صفاتها يكون قد اكتسبها من الأجداد) حيث يعرف هذا النوع من التخلف باسم النوع العائلي.

2.1.5. العوامل الوراثية غير المباشرة: في هذه الحالة الطفل لا يرث التخلف العقلي ولكن يرث صفات أخرى مثل اضطراب او خلل او عيب في تكوين المخ يؤدي إلى حالة التخلف.

3.1.5. الاضطرابات في عملية الايض: ويكون هنا التخلف العقلي نتيجة اضطراب عمليتي الهدم والبناء وهي لا تورث ولكن عندما تحدث طفرة في الجينات يختفي او يضطرب نشاط إنزيمي معين يتصل بالعمليات المتعلقة بالبروتينات او الكربوهيدرات او الدهون.

2.5. العوامل البيئية:

هذه العوامل هي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دورها منذ الحمل وحتى الوفاة، وتشمل مؤثرات قبل الولادة وأثناء وبعد الولادة:

1.2.5. العوامل المؤثرة قبل الولادة؛

-تحدث في الفترات الأولى من الحمل نتيجة إصابة الأم بالحصبة الألمانية مثلا وهذا يؤدي إلى احتمال تعرض الجنين إلى الإصابات المختلفة على مستوى العين والقلب.

-قد تأخذ الأم بعض العقاقير بغرض الإجهاض وفي حالة فشل تلك العمليات ترك آثار ضارة بالنسبة للجنين فتؤدي الى وجود ضعف عقلي عنده.

-قد يتعرض الجنين إلى عدوى بمرض يكون قد أصاب الأم او يتأثر بوجود سموم تؤثر على جهازه العصبي.

-قد يكون هناك عدم اتزان في إفرازات الغدد الصماء ونقص في بعض هرموناتها.

تعرض الأم لأشعة اكس أثناء الحمل.

2.2.5. العوامل المؤثرة أثناء الولادة:

- الحالات التي تحدث في حالات الوضع غير الطبيعي كالحالات التي تطول فيها مدة الوضع نتيجة صعوبة الولادة.
- حالات الاختناق التي يتعرض لها الطفل، نتيجة توقف الأكسجين او نقصه.
- استعمال أدوات حادة أثناء الولادة العسرة التي قد ينتج عنها إصابة او جرح في المخ.
- إصابة الطفل بالرمد الصديدي أثناء الولادة نتيجة الإهمال في النظافة او عدم غسل عين المولود بالماء والصابون.

3.2.5. العوامل المؤثرة بعد الولادة:

- تحدث فيها الإصابة نتيجة الظروف النفسية والاجتماعية غير الملائمة التي تؤثر في حياة المولود وتعرضه للإصابة بضعف عقلي. (بخش، 2000، 16).

6. خصائص الأطفال المعاقين عقليا:

1.6. الخصائص الانفعالية:

- الجمود والنشاط الزائد.
- الانسحاب والعزلة.
- عدم الاستقرار الانفعالي.

2.6. الخصائص التربوية:

- التكرار؛ لا يستوعب الموقف التعليمي إلا بعد التكرار.
- الخاصية إلى جذب الانتباه باستمرار.
- افتقاد القدرة على الملاحظة التلقائية.
- القصور في التعبير اللغوي.

- ضعف القدرة على التخيل والتصور.

3.6. الخصائص الشخصية:

يقرر محمد محروس الشناوي 1997 بان الطفل المتخلف عقليا يتسم بشخصية سلبية، القلق، الاندفاعية، الانسحابية وسرعة الاستهواء، وعدم النضوج وعدم المثابرة، عدم تحمل المسؤولية، الجمود وعدم الواقعية في فهم الذات. (الخطيب، 2010، 184).

7. تشخيص التخلف العقلي:

تسعى عملية القياس والتشخيص في مجال التخلف العقلي الى:

* التعرف على قدرات الطفل وخاصة العقلية.

-تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب للطفل.

-تصنيف الطفل المتخلف عقلية ضمن فئات تصنيف التخلف العقلي.

-تحديد المكان التربوي التعليمي المناسب للطفل.

-إعداد برامج تربوية وخطط لتعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا والحكم على مدى فعاليتها، ولتحقيق ذلك لابد من تشكيل فريق التشخيص المكون من :

- أخصائي نفسي.

- أخصائي اجتماعي.

- أخصائي التربية الخاصة.

- ولي أمر الطفل.

يجب ان تتم عملية تشخيص الطفل ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية واللغوية حتى تظهر جوانب القصور والعنف بدقة وبذلك يكون التشخيص كاملا وهذا ما يوضحه الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية:

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

1.7. التشخيص الطبي: يقوم به أخصائي في طب الأطفال يتضمن تقريراً عن عدد من الجوانب منها تاريخ الحالة الوراثية، ظروف الحمل ومظاهر النمو الجسمي واضطراباته، والفحوص المخبرية اللازمة.

2.7. التشخيص السيكومتري: يقوم به الأخصائي النفسي بالاعتماد على مجموعة من الاختبارات والمقاييس مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس وكسلر للذكاء.

3.7. التشخيص الاجتماعي: يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، ويعد تقريراً عن درجة السلوك التكيفي من خلال مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

4.7. التشخيص التربوي: ويتضمن هذا التشخيص تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية كمقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقلياً ومقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمعاقين عقلياً ومقياس المهارات الكتابية، ومقياس المهارات القرائية. (الحارثي، 2007، 74).

8. التكفل النفسي الارطوفوني بالمتخلفين عقلياً:

قبل القيام بالتكفل النفسي والارطوفوني نقوم اولاً بتقديم العلاج الطبي حسب الحالة ، والرعاية الصحية العامة، وخاصة عندما يكون التخلف العقلي مصحوباً بأمراض جسمية، وعلاج أي خلل في أعضاء الحس، كما يجب استعمال الأدوية بحذر عند ظهور أعراض الحصر والاكتئاب، فيجب اولاً تقديم كميات قليلة ثم تدريجياً يتم رفع الكمية.

1.8. التكفل النفسي:

يتم هذا العلاج من اجل الحصول على التوافق النفسي واكساب الطفل المتخلف الاستقلالية، فحسب التي يعيش فيها المتخلف يضطرب انفعاليا وتظهر لديه أعراض عصابية التي تزيد من كفه وعدم توازنه.

-يجب التكفل بهذه الفئة عن طريق علاج نفسي على شكل علاج بالمساندة يتمثل في إقامة أفواج للتعبير عن طريق اللعب، الرسم، لعب الأدوار...

-علاجات نفسية تتوجه نحو المحيط العائلي تتمثل في مساندته وتوجيهه وإرشاده كي يغير من مواقفه العلائقية والتربوية، والتي تنعكس بدورها على الطفل مما يساعده على تخفيض القلق والتوتر والشعور بالقصور واللاقيمة، وتنمية إحساس موجب نحو الذات ومساعدته على تقبل ذاته. (أسعد، 2010، 97).

-الاسترخاء والذي يفيد في التخفيف من التوتر العقلي ويقلل من الاضطراب الحركي.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

-إعادة التربية النفسو حركية والتي تتمثل في نشاطات حركية تساعد الطفل على التكيف مع النشاطات اليومية، الرياضة والتمارين الخاصة بالتوجيه في المكان والزمان وتطور الجانبية مما يساعد على تعلم الكتابة والقراءة.

-استعمال نشاطات وتقنيات متنوعة لمساعدة الطفل على التعبير والتكيف، وتطوير إمكانياته العضوية، النفسية والعقلية، الإبداع، الحس الجمالي (مسرح، بيسكو دراما، رسم طلاء بالأيدي،...) (السيد، يحيى، أحمد، 112، 2007).

2.8. التكفل الارطوفوني:

يتم ذلك من خلال تنمية مهارات اللغة الاستقبالية ومهارات اللغة التعبيرية، حيث يقوم المختص الارطوفوني بتطبيق مجموعة من الاختبارات لمعرفة مستوى الأداء اللفظي أو اللغوي للطفل المعاق عقليا من خلال اختبارات التسمية والتعيين المتنوعة (أسعد، 2010، 98).

-القيام بنشاطات حسية حركية تستدعي العمليات الفكرية او المعرفية وبالتالي تنمية تواصله اللغوي. -مساعدته على الاستقلالية على الأقل في حاجاته اليومية.

-اختبار إعادة الحروف؛ حيث تتلفظ الأخصائية بحروف معينة وتطلب من الطفل إعادة الحرف.

-اختبار إعادة الكلمات، حذف الكلمات وتبديلها.

-اختبار إعادة الجمل من اجل اختبار الرصيد اللغوي للطفل.

-التمارين الفمية، الوجهية واللسانية.

تظهر لدى الطفل المتخلف عقليا مجموعة من الاضطرابات اللغوية التي تتمثل في:

-التأخر اللغوي، البحة الصوتية، التأتأة؛ حيث يستخدم المختص الارطوفوني بالإضافة للاختبارات

السابقة مجموعة من الطرق العلاجية والتي تتمثل في:

-الدلك؛ وذلك بهدف ذلك المناطق المحيطة بالفم أو الأعضاء.

-تمارين التنفس.

-تقنيات التنطيق.(السيد، يحيى، أحمد، 113، 2007).

المحاضرة الثانية: اضطراب طيف التوحد

1. مفهوم اضطراب طيف التوحد

* تعريف كانر التشخيصي

* تعريف الجمعية الأمريكية

2. تصنيف اضطراب طيف التوحد

* الاضطراب التوحدي

* اضطراب ريت

* اضطراب الانحلال الطفولي

* اضطراب اسبرجر

* الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة

3. أسباب اضطراب طيف التوحد

4. خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

5. الوسائل والأدوات المستخدمة لتشخيص أطفال التوحد

6. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد

المحاضرة الثانية: اضطراب طيف التوحد

1. مفهوم اضطراب طيف التوحد

اختلف الباحثون في وضع تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد، وذلك لاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو اضطراب في السلوك، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفا واضحا للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير (ذيب، 2004، 17).

1.1. تعريف كانر التشخيصي:

يعد كانر سنة 1934 أول من حاول تعريف التوحد على انه اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل، ويركز على الصفتين الأولى والثانية كمياري في تشخيص التوحد:

*نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين.

*المحافظة على الروتين ومقاومة التغيير.

*تمسك غير مناسب بالأشياء.

*ضعف القدرة على التخيل.

العزلة الشديدة. (الزارع، 2003، 14).

2.1. تعريف الجمعية الأمريكية:

هو نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة لاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال، ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظيا أو غير لفظي، حيث يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من

الاستجابة للأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة (سليمان، 2010، 18).

3.1. تعريف روتر 1978 :

ثلاث خصائص رئيسية للتوحد؛ Rutter حدد

*إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

*نمو لغوي متأخر أو منحرف.

*سلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل (العبادي، 2006، 13)

4.1. تعريف يحيى الرخاوي:

عرف الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي أستاذ الطب النفسي في جامعة القاهرة التوحد عند الأطفال عام 2003 على أنه نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة، حيث يعجز الطفل حديث الولادة على التواصل مع الآخرين بدءا من أمه، وان كان ينجح في عمل علاقات جزئية مع أجزاء الأشياء المادية، بالتالي يعلق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي (الجلبي، 2015، 19)

من خلال التعاريف السابقة توضح أن التوحد من الاضطرابات النمائية التي عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، حيث عادة ما يواجه الأطفال المصابون به صعوبات في مجال التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والارتباط بالعالم الخارجي، مع إبداء سلوكيات نمطية متكررة بصورة غير طبيعية ومقاومة التغيير والتمسك بالأشياء .

2. تصنيف اضطراب طيف التوحد:

والذي جاء تحت عنوان "اضطرابات النمو المعجمة" حسب تصنيف DSM-4

1.2. الاضطراب التوحدي :

يتسم هذا الاضطراب بتوافر خمسة بنود أو أكثر وذلك من الفقرات (أ) (ب) (ج)، شريطة أن يوجد بنودان من الفقرة (أ) وبنود من الفقرة (ب) و (ج).

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

أ/ الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية؛ وذلك في عرضين من الأعراض التالية:

*الإعاقة الملاحظة الظاهرة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل؛ النظر إلى العين، تعبير الوجه، الأوضاع والحركات البدنية، والوضعية الرامية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي.

*العجز على إقامة العلاقات مع الأصدقاء من العمر نفسه متناغمة ومتوافقة مع السن والتطور في العمر.

*عدم وجود نزوع تلقائي في التفنيس عن مشاركة في المسرة وفي الاهتمامات، أو الانجازات مع الأفراد الآخرين (أي فقدان إظهار، أو جلب أو الإشارة إلى الاهتمامات).

*فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

ب/ الإعاقات النوعية في الاتصال؛ التي تظهر بواحد من السلوكيات التالية على أقل شيء:

*تأخر أو فقدان كامل في النمو اللغوي (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني).

*عند الأفراد ذوي النطق المقبول، نجد إعاقة واضحة في القدرة على البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.

*فقدان اللعب المختلف التلقائي، أو اللعب المقلد المناسب لمستوى اللعب.

*استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً. (المقابلة، 2016، 16).

ج/ أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه (مكررة)، ونمطية محدودة تظهر بواحد على الأقل من الأشكال التالية:

*الانشغال بنمط واحد أو أكثر من أنماط تمارس بالوتيرة نفسها، بالصورة ذاتها من الاهتمام، يكون غير سوي في الشدة أو التركيز.

*إلحاح أو التزام غير مرن كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وظيفية أو طقوسية.

*سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (مثل قذف اليد أو الأصبع بعنف، لي أصابع اليد، أو إجراء حركات معقدة في كامل الجسم).

*الانشغال الملح والإصرار بأجزاء الأشياء.

د/ تأخر أو وظيفة شاذة غير سوية في واحد على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بلوغ سن الثالثة:

*التفاعل الاجتماعي.

*اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

*اللعب التخيلي أو الترميزي. (Childhood Disintegrative Disorder.17، 2016)

2.2. اضطراب "ريت":

اضطراب لا يدخل في تصنيف مرض أو في اضطراب الطفولة الانحلالي Rett(ريت)

تم التعرف على عرض أو اضطراب ريت من قبل الدكتور "اندرسون ريت" عام 1966 باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي، وقد اظهر تشريح أدمغة هؤلاء وجود اختلال باثولوجي مقارنة بمجالات التوحد، ومع ذلك يظهر الأطفال المصابون بعرض "ريت" بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل حركات اليد التكرارية، المشي على أطراف الأصابع، أرجحة الجسم ومشاكل النوم. ويكون هذا الاضطراب في الأعراض التالية:

*يبدو ظاهريا سليم النمو ما قبل الولادة وحين الولادة

*يبدو محيط رأسه سويا عند الولادة.

*يبدو ظاهريا سوي النمو على المستوى الحركي-النفسى خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي:

*بطء نمو الرأس ما بين عمر 5-48 شهراً.

*فقدان الانخراط الاجتماعي باكراً.

*فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقاً ما بين عمر 5-30 شهراً مع ظهور حركات يدوية نمطية.

*ظهور عدم التناسق في المشي أو في حركات الجذع.

*نمو بطيء في اللغة التعبيرية والاستقبالية إضافة إلى تأخر نفسى- حركي. (المقابلة، 2016، 18).

3.2. اضطراب الانحلال الطفولي (تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة):

ويتميز هذا الصنف من الاضطرابات بمايلي:

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

أ- نمو سوي ظاهرا لمدة اقلها سنتان بعد الولادة باتصال غير لفظي، أو لفظي مناسب للعمر، أو في العلاقات الاجتماعية، أو في اللعب والسلوك لتكفي أيضا.

ب- فقدان هام للمهارات المكتسبة كما تظهر سريريا (قبل بلوغ سن العاشرة) وذلك في مهارتين على الأقل من المهارات التالية:

* اللغة التعبيرية أو الاستقبالية.

* المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي.

* ضبط التغوط أو التبول.

* المهارات الحركية.

ج- شذوذ وظيفي في وظيفتين على اقل تقدير في المجالات التالية:

* عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي (سواء في السلوكيات غير اللفظية، أو في تنمية العلاقات مع الأقران، أو التبادل العاطفي والاجتماعي).

* عجز في نوعية الاتصال (أي التأخر أو الضعف في اللغة المنطوقة، العجز في البدء في الكلام، استخدام تكراري ونمطي للغة، فقدان اللعب المتنوع).

* أنماط محددة من السلوك النمطي والتكراري، والاهتمامات والنشاطات، من ضمنها التكاليف الحركية والنمطية.

د- اضطراب لا يعد ضمن اضطراب نمو معمم آخر أو ضمن الاضطراب الفصامي. (المقابلة، 2016، 19).

4.2. اضطراب "اسبرجر":

يعود مصطلح "اسبرجر" إلى الطبيب الاسترالي "هانس اسبرجر" الذي قام سنة 1944 بتصنيف مجموعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي والاتصال بفئة خاصة، وقد تم تسميتهم نسبة إليه، واليوم يستخدم مصطلح "اسبرجر" من قبل جمعية الأطباء الأمريكيين، ومن قبل العديد من العاملين في هذا الميدان، بحيث ينظر إلى الأطفال الذين يقعون ضمن هذا المصطلح باعتبارهم فئة خاصة تختلف عن فئات الاضطرابات الأخرى. (الراوي، حماد، 1999، 20).

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

لقد شخص "اسبرجر" التوحد بأنه يشمل عدة أعراض سميت بمتلازمة "اسبرجر" وهي قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس، وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية ولا يوجد لديهم تأخر في النطق، وينشغلون ويلعبون في معظم الأوقات بشيء واحد، لديهم حساسية كبيرة من الأصوات، كما أن البعض منهم لديهم قدرات فائقة في بعض النواحي (مثلا لديهم قدرة غير عادية على الحفظ) وهم عرضة أحيانا للسخرية والتهكم من أقرانهم لكونهم غريبين عن تصرفاتهم في بعض الأحيان. (إبراهيم، 2003، 3).

5.2. الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة

نذكر فيما يلي بعض الأنواع من الاضطرابات غير المذكورة في التصنيف وتتشابه في بعض أعراضها مع التوحد، ويفضل اليوم الكثير من الباحثين ان تندرج تحت بند طيف التوحد:

1.5.2. متلازمة الكروموزوم الهش:

يظهر في 10 بالمائة من أطفال التوحد وخاصة الذكور، اضطراب جيني في الكروموزوم الجنسي الأنثوي، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط، وتكون لديهم صفات معينة مثل بروز الأذنين، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل، وغالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، واضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.

2.5.2. متلازمة لاندو-كليفنر:

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، غالبا ما يشخص الطفل خطأ على انه أصم، فهناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه، عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري، وقصور المهارات الحركية. (الحساني، 2005، 27).

3.5.2. متلازمة توريت:

اضطراب وراثي يصيب الجهاز العصبي المركزي، تظهر أعراضه قبل 18 سنة وتكون على شكل تقلصات حركية لا إرادية ومتكررة وتقلصات في القدرات النطقية. (قزاز، 2007، 25).

3. أسباب التوحد:

يتفق كثير من الباحثين على أن العوامل المسببة لاضطراب التوحد لم يتم التعرف عليها بشكل كامل أو حتى القطع بواحد منها؛ هل هي وراثية جينية أم بيئية اجتماعية أم بيوكيميائية؟ أم هي نتيجة لعوامل مسببة أخرى لا يزال العلم يجدها؟.

وسوف نحاول أن نقلي الضوء على بعض أسباب التوحد، والتي منها:

1.3. الأسباب الجينية: في عدة دراسات وجد إن ما بين 2-4 بالمائة من أشقاء الأطفال المصابين بالتوحد كانوا مصابين أيضا باضطراب التوحد، كذلك وجد إن نسبة حدوث هذا الاضطراب في دراسات التوائم تصل إلى 36 بالمائة بين زوجي التوائم العادية. (عمار، 2005، 28).

إن الاضطرابات الجينية ليست بالضرورة وراثية، فقد يحدث تغيير مفاجئ في الكروموزومات والجينات نتيجة لعوامل بيئية، وتتراوح نسبة توارث التوحد بين التوائم المتطابقة ما بين 36-96% و3-9% بين الإخوة، وأقل من 1% بين الأقارب.

ورغم انه قد تم التحقق من وجود علاقة بين اضطراب التوحد والجينات، غير إن النمط الوراثي المحدد ما يزال مبهما. ومع هذا فان هناك نسبة إجماع على أن التوحد ناتج عن عدد من الجينات لا جين واحد فقط، وقد يتم توارثها من احد أو كلا الوالدين أو قد تظهر نتيجة لتغير مفاجئ طراً أثناء عملية تزاوج الكروموزومات. وهذه المجموعة من الجينات هي التي تؤدي إلى ظهور تفاوت في درجات وشدة الأعراض التي يتمثل فيها التوحد في اشد أشكاله. (الشامي، 2004، 148). ويمكن إجمال دور العوامل الوراثية في حدوث التوحد فيما يلي:

*تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموزومي إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ في الكروموزوم رقم 13 من أكثر هذه الحالات شيوعاً.

*إن هناك عدداً من الجينات يتراوح بين 3-5 جينات تشترك في حدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص وتتوزع هذه الجينات على عدد من الكروموزومات المختلفة.

*إن محيط الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكثر من مثيله لدى أقرانهم العاديين، وقد وجد أن هناك علاقة سلبية بين كبر محيط الرأس والوظائف اللغوية والتنفيذية.

*إن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا "بيركنجى" بالمخيم لديهم، إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي اللبني.

*نقص طول ومحيط المخ لديهم.

*عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية، التي تتحكم في عضلات الوجه والتي تكون مسؤولة عن التعبير غير اللفظي. بينما يتمثل ثانيهما في

الزيتونة العليا وهي التي تلعب دورا هاما في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمشيريات السمعية.

*وجود نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه (عبد الله، 2004، 172).

2.3. الأسباب الفسيولوجية (العضوية):

إن الأدلة في الوقت الحاضر ترجع الأسباب الفسيولوجية وما يتبعه من اضطرابات، فأعراض المخ المحتملة قد تقود إلى السلوك التوحدي، مثل الالتهاب الدماغى في السنوات الأولى من العمر، إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال فترة الحمل، التصلب الحديدي للأنسجة العضوية، التشنج الطفولى اللاإرادي والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين واختناق الطفل. وأثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وانكلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لدى أطفال التوحد منها في غيرهم من الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى. كما لوحظ شذوذات خلقية عضوية طفيفة لدى التوحديين أكثر منها لدى أشقائهم وأقرانهم الأسوياء، كما أن للوراثة دخل كبير في الإصابة بهذا الاضطراب وبنسبة 89 بالمائة، كما أن هشاشة البويضات ومتلازمة الكروموزوم الهش كلها مسؤولة عن الإصابة بهذا المرض. (الجلبي، 2015، 46).

3.3. الأسباب البيوكيميائية:

لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد، إلا أن هذا المعدل لوحظ أيضا في ثلث الأطفال المتخلفين عقليا إلى درجة شديدة. وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد التي أكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل

السيروتونين المرتفع في الدم ونقص السائل النخاعي الشوكي، كما وجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يدمر بعض الخلايا العصبية. (الجلبي، 2015، 49).

لقد أشارت نتائج البحوث التي أجريت على الناقل العصبى السيروتونين، حيث أن هذا الناقل العصبى مرتبط بدرجة عالية بالعمر، حيث يكون بمستوى عالى في المراحل المبكرة من العمر، ويتناقص في مرحلة المراهقة إلى أن يستقر في مرحلة الرشد، ولكن لدى ذوي اضطراب طيف التوحد من أفراد

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

الدراسة وجد أن هذا الناقل يستمر مدى الحياة بنسبة 30-40 بالمائة، ومن وظائف السيروتونين التحكم بالنوم وتناول الطعام والشهية وحرارة الجسم والإحساس بالألم.

ووجد أن هناك خلل في نواقل عصبية أخرى كارتفاع الناقل العصبي الدوبامين لدى بعض الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وانخفاضه لدى البعض الآخر بالمقارنة مع النسب الموجودة لدى الحالات العادية. وتمت الإشارة إلى وجود خلل في نسب الأدرينالين في الدم والدماغ لدى أفراد التوحديين. (المقابلة، 2016، 26).

4.3. الأسباب الاجتماعية:

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن مرض التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية وهذا ما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه، وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد ومن الذين يتبنون هذه النظرة (Bootman & Zurek 1960).

وقد اعتقد "كانر" بان العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية.

فقد كتب "كانر" بان جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي، لكنهم كانوا غريبين التصرف مفرطين الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جديين، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم وأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم. وهو يرى بان التوحد المبكر قد يكون عائدا لوراثة الطفل لعامل بعد وانعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة أو كنتيجة للأساليب الغريبة التي يعتمد عليها الأيوان أثناء تربية طفلها (الجلبي، 2015، 49).

5.3. الأسباب البيئية:

يرى اديلسون (Edelson, 2004)، أن الأسباب الشائعة لحدوث اضطراب طيف التوحد هي:

- العوامل الكيميائية والمواد الثقيلة في البيئة مثل الزئبق، الحديد والزنك.

- تسمم الكبد، حيث لا يستطيع الكبد القيام بوظائفه.

ويشير (الخطيب وآخرون، 2011) أيضا إلى أن تعرض الطفل في مراحل النمو الحرجة إلى تلوث بيئي قد يؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية والتسمم في الدم، وبالتالي ظهور أعراض التوحد، ومن أهم هذه الملوثات؛ الزئبق والمواد الحافظة للأطعمة، الرصاص وأول أكسيد الكربون (المقابلة، 2016، 28).

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي 4. خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

1.4. الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل ذي اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة ويكون مصدر إزعاج للآخرين ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية؛ عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح، الخوف من تغيرات بسيطة في البيئة، القيام بحركات جسمية غريبة، النشاط الزائد أو الخمول، في حين يصاب البعض بالصرع، ويلجأ الآخرون إلى إيذاء الذات.

2.4. الخصائص اللغوية:

ويمتاز ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص اللغوية منها:

عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين، التحدث بمعدل أقل من الطفل العادي، ضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة، الاستخدام غير العادي للغة مثل تكرار الأسئلة، وكذلك الكلام بنفس النغمة لكافة الموضوعات، ويواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبات في فهم وإدراك المنبثقات غير اللغوية مثل الإشارات، الحركات، وتعبيرات الوجه، صعوبة الانتباه إلى الصوت رغم سلامة حاسة السمع لديه، وعدم القدرة على تكوين جمل تامة وعكس استخدام حروف الجر والضمائر.

3.4. الخصائص الحركية:

لا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات حركية دقيقة (شريطة أن لا تكون لديهم إعاقة عقلية أو مصاعب خاصة) إلا أنه يمكن القول أن مراحل تطورهم الحركي تتحقق بغير ترتيب بالمقارنة مع العاديين، فمثلاً يتعلمون المشي ثم الحبو، كما يميل البعض منهم إلى المشي على أصابع أقدامهم.

بينما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد إلى دراسة أجراها "جيم آدمز" وجدت أن 30% من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي يتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية العامة، والمهارات الدقيقة، حيث وجدت تلك الدراسة أن هؤلاء الأطفال يميلون إلى امتلاك مستويات منخفضة من البوتاسيوم، وان تناولهم للفاكهة قد يساعد في رفع نسبة البوتاسيوم، وتحسين المهارات الحركية لديهم.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

وفي دراسة أجراها (Brimacamba & Wager, Ming, 2007) هدفت إلى معرفة نسبة انتشار المشكلات الحركية لدى 154 طفلا من ذوي اضطرابات طيف التوحد، وقد أشارت نتائج الدراسة من خلال الملاحظات السريرية إلى ظهور مشاكل حركية لدى هؤلاء الأطفال مثل التأخر الحركي، المشي على أطراف الأصابع، ظهور مشكلات في التناسق الحركي العام، وصعوبة في حركة كاحل القدمين، كما أظهرت النتائج أن % 51 من هؤلاء الأطفال أظهروا تحسنا في هذه المشكلات الحركية بمرور الوقت بينما استمرت مشكلات التناسق الحركي العام لدى % 34 من الأطفال، وأشارت النتائج إلى أن % 19 منهم لديهم مشكلة المشي على أطراف الأصابع، بينما مشكلة الحركة في كاحل القدمين كانت نادرة الحدوث، وأظهرت %9 من أطفال الدراسة تأخرا حركيا. (المقابلة، 30، 2016).

4.4. الخصائص الاجتماعية:

يمتاز أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الاجتماعية نذكر منها مايلي:

-صعوبات واضحة في السلوك غير اللفظي اللازم للتعامل الاجتماعي.

-صعوبات في إقامة علاقات مع الآخرين.

-صعوبات في المشاركة الاجتماعية في أوقات المتعة والمرح.

-صعوبات في مشاركة الآخرين وحياد كامل للمشاعر.

5.4. الخصائص المعرفية/ العقلية:

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر النواحي المميزة لاضطراب التوحد، وذلك مما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي. ومما يجدر ذكره أن %70 من الأطفال يظهرون قدرات عقلية متدنية تصل أحيانا إلى حدود الإعاقة العقلية، وتصل في أحيان أخرى إلى الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة. وان ما يقارب نسبة %10 منهم يظهرون قدرات عقلية مرتفعة في جوانب محددة مثل؛ الذاكرة والموسيقى والحساب والفن أو قدرات قرائية آلية دون استيعاب.

أما مزاج ومشاعر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيمكن وصفها بأنها سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص أو الأحداث، فقد يوصف هذا الطفل بالسعادة طالما لبيت احتياجاته فورا، ولكنه بشكل عام يميل إلى سرعة الغضب وعدم السعادة والبكاء لفترات طويلة وثورات الغضب التي عادة ما تكون بسبب تغير الروتين.

6.4. الخصائص الحسية:

يظهر لدى أطفال اضطراب طيف التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية، فمثلا قد لا يظهر استجابة للأصوات العالية والتي تكون خلفه مباشرة، لكنه قد يستدير لسماعه صوت من جهة أخرى قد يثير اهتمامه بعض الأصوات كقرع الجرس، التحديق في مصادر الضوء سواء كان النور أو الشمس، كما أن عتبة الألم لديه عالية مما يجعل الآخرين يعتقدون بأنه لا يشعر بالألم وفاقد للإحساس.

ويلاحظ الآباء والمدرسون أن الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشاف البيئة من حولهم لفترة طويلة بعد انتهاء مرحلة الرضاعة والحبو الأولى، ويستخدمون ذلك للتعرف على الأشخاص الآخرين فهم يحبون شم أيدي والديهام مثلا.

وقد يبدو الخلل في الاستجابة للمثيرات الحسية إما بالزيادة أو النقصان، فمثلا قد يظهر الطفل الانزعاج الشديد للضجيج والأصوات العالية أو قد يظهر عليه عدم الاستجابة لذلك، ويفيد عدد من المختصين بان الخوف الزائد تجاه الأصوات يرجع إلى عطب بعض الخلايا في منطقة قرن آمون في الدماغ المسؤولة مباشرة عن وظائف إدراكية عديدة منها الانفعالات والخوف.

كما تتباين التعبيرات الانفعالية لدى طفل اضطراب طيف التوحد بين الصمت التام، ونوبات من الصراخ والبكاء دون سبب واضح، أو نوبات الضحك دون سبب أي أن هناك تقلبات مزاجية شديدة دون سبب واضح، ولعل ابرز السمات الانفعالية هو نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية مثل المرتفعات بينما يشعر بالذعر من أشياء عادية مثل صوت جرس الباب أو صوت المكنسة الكهربائية (المقابلة، 32، 2016).

7.4. مشكلات ثانوية:

هناك بعض الخصائص الشائعة تظهر لدى الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد، لكنها ليست ضرورية لتشخيص التوحد وتتمثل في:

*مشكلات النوم: قلق ونوم متقطع وغير متواصل.

*مشكلات في الأكل والشرب: تناول الطعام بشراهة دون الشعور بالشبع، تناول أطعمة محددة وعدم تنوعها، تناول مشروبات معينة بكأس ثابت.

*مشكلات إدراكية: حيث تظهر لدى الأفراد مشكلات في عمليات التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.

*مشكلات في التعميم: عدم قدرة الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد على تعميم ما تم تعلمه من بيئة أخرى. (المقابلة، 2016، 33).

5. الوسائل والأدوات المستخدمة لتشخيص أطفال التوحد:

تمر عملية تشخيص أطفال التوحد بعدة مراحل منها:

1.5. مرحلة التعرف السريع على الطفل التوحدي:

وهي تلك المرحلة التي يلاحظ فيها الآباء والأمهات أو ذوي العلاقة بالطفل بعض المظاهر السلوكية غير العادية، وخاصة تلك المظاهر التي لا تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل وتكرار المظاهر وشدتها، ومن هذه المظاهر؛ ضعف النمو اللغوي، ضعف التطور في المهارات المعرفية، وضعف الجانب الاجتماعي.

2.5. مرحلة التأكد من وجود مظاهر السلوك التوحدي لدى الأطفال المشكوك بهم:

وذلك من خلال عرضهم على فريق متخصص من الأخصائيين، ويشمل الفريق الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف بالتوحد، أخصائي القياس التربوي، أخصائي علاج النطق، أخصائي قياس السمع، أخصائي اجتماعي. ويلعب الوالدان دورا حيويا في عملية التشخيص وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري للطفل وأنماطه السلوكية.

ولتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضا الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل، وتعمل عملية مقارنة الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التي تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بعملية التشخيص الفارقي، والتخلف العقلي والاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحدي. واستخدمت أدوات عديدة في تشخيص وتقويم الأطفال التوحديين، ومنها اختبارات لأعراض التشخيص، وتقويم النمو والتكيف، والتواصل واللغة والإدراك، وغيرها. وفيما يلي تفصيل لأهم الاختبارات المستخدمة وعلى وفق المجالات التالية:

1.2.5. المجموعة الأولى: اختبارات التقييم التشخيصي:

* قائمة تشخيص التوحد:

بنيت القائمة من قبل " Lord rutter & Lecoutour " سنة 1990 وتستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطرابات في النمو وأجريت الدراسات لاستخراج الخصائص السيكومترية للقائمة فاستخرج الثبات من خلال تطبيق القائمة على (10) أطفال للتوحد وبلغ متوسط أعمارهم 49 شهرا، و(10) أطفال معاقين عقليا ويعانون من الضعف في اللغة وبمتوسط عمري قدره 50 شهرا. ووجدوا أن الصدق الداخلي ومعاملات الارتباط الداخلية كانت عالية وجيدة وأثبتت النتائج أن القائمة ثابتة وصادقة في تشخيص التوحد لأطفال ما قبل المدرسة، ويستغرق تطبيق القائمة عدة ساعات.

* استمارة الملاحظة لتشخيص التوحد قبل الكلام: وهي استمارة ملاحظة لتشخيص الأطفال الذين ليس بإمكانهم القدرة على الكلام واستخدام اللغة ولديهم مظاهر التوحد.

* مقياس التقدير للتوحد الطفولي.

* أداة التخطيط التعليمي من اجل مسح التوحد.

* أدوات قياس التقدير السلوكي لأطفال التوحد والشواذ.

* نظام ملاحظة السلوك.

* قائمة التوحد للطفل الصغير (2-3) سنوات.

* قائمة التقييم السلوكي المختصر.

* قائمة التوحد السلوكي.

* المقابلة المنقحة لتشخيص التوحد.

* مقياس تقدير التوحد الطفولي. (الجلبي، 2015، 63).

2.2.5. المجموعة الثانية: تقويم النمو:

* المخطط النفسي التعليمي.

* المقاييس الرئيسية للنمو لجنوب كاليفورنيا.

* قائمة النمو المبكر لبركانس.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

3.2.5. المجموعة الثالثة: تقويم التكيف:

*مقاييس فاينلاند للتكيف السلوكي التي تقيس مهارات التواصل والحياة اليومية والجانب الاجتماعي والمهارات الحركية والسلوك غير التكيفي. (الجلبي، 2015، 67).

4.2.5. المجموعة الرابعة: تقويم التواصل:

*قائمة تطور التواصل.

*مقياس اللغة لما قبل المدرسة والذي يتكون من اختبار الاستيعاب السمعي واختبار التواصل التعبيري.

5.2.5. المجموعة الخامسة: تقويم مراحل الطفولة المبكرة:

*مقياس "بايلي" للتطور الطفولي.

* مقياس "ميلين" للتعلم المبكر.

* قائمة النسخ المبكر.

* البروفيل (النفسو- تربوي) لأطفال التوحد، والذي يقيم ويشخص حالة الطفل من حيث السلوك، الإدراك والتفكير، الاستجابة.

6.2.5. المجموعة السادسة: اختبارات لقياس الذكاء:

*مقياس "وكسفر" لذكاء الأطفال ما قبل المدرسة.

*مقياس "وكسلر" لذكاء الأطفال.

*مقياس القدرة الفارقة.

* اختبار "ستانفورد-بنيه" للذكاء.

*مقياس "كولومبيا" للنضج العقلي.

*مقياس الذكاء غير اللفظي.

*بطارية "كوفمان" .

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي 7.2.5. المجموعة السابعة: التقييم الأكاديمي:

ويمكن استخدام اختبار المدى الواسع للتحصيل، وهو اختبار يقيس القراءة والهجاء والحساب للأطفال في عمر 5 سنوات فأكثر.

8.2.5. المجموعة الثامنة: التقييم السلوكي:

*قائمة سلوك الطفل.

*قائمة التحليل السلوكي للحواس.

*قائمة الشخصية للأطفال. (الجلبي، 2015، 73).

9.2.5. المجموعة التاسعة: التقييم العائلي:

*اختبار قوة السلوك.

*مقياس الضغوط العائلية.

*استفتاء حول المثبرات والضغوط.

3.5. مرحلة دراسة الحالة:

وتعد هذه المرحلة واحدة من المراحل الرئيسية في التعرف على مظاهر التوحد الطفولي لدى الأطفال وان دراسة الحالة تزود الأخصائيين بالمعلومات الجديدة عن نمو الطفل خلال مراحل عمره المختلفة ومراحل النمو الرئيسية في الجانب الحركي، ومهارات الحياة اليومية، والأمراض التي أصيب بها الطفل، ووزعت الأسئلة الخاصة بدراسة الحالة كما أشار إليها العالم "ليرنر، 1967" كالتالي:

-أسئلة خاصة بخلفية الطفل وحالته الصحية العامة.

-أسئلة متعلقة بنمو الطفل الجسدي.

-أسئلة متعلقة بالتطور التربوي للطفل.

-أسئلة متعلقة بالتطور الاجتماعي والشخصي.

-أسئلة متعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.

تفيدنا الملاحظة الإكلينيكية في جمع المعلومات عن مظاهر التوحد الطفولي لدى الأطفال والتي يتم التأكد منها فيما بعد الاختبارات المقننة المناسبة. وتستخدم الملاحظة الإكلينيكية في التعرف على مظاهر النمو اللغوي والخصائص السلوكية ومظاهر النمو الحركي وكل ما يحيط بالطفل. (الجلبي، 2015، 76).

6. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد:

يعتبر التدخل المبكر مهم جدا في السن المبكرة، حيث يشخص التوحد من عمر 30-36 شهرا، أي سنتين ونصف، فهو مهم جدا حتى يتم تطبيق برامج التدخل المبكر ووضع خطة فردية للطفل على حسب قدرته التعليمية، وتقدر عدد الساعات التي يحتاجها إلى حوالي 40 ساعة أسبوعيا.

وهناك عدة برامج منها التحليل السلوكي "Applied Behaviour Analysis" ABA او ما يسمى بـ LOVAAS، أيضا هناك برنامج "تيتش"، Teacch " والذي يعتمد على تنظيم البيئة بشكل نظري واستعمال الجداول، وأيضا هناك برنامج "بكس" الذي يقوم على أساس تبادل الصور.

إذن يوجد عدد من النشاطات المختلفة التي تعتمد على تقوية المهارات الإدراكية، مهارة تأزر العين مع اليد، مهارة الإدراك الحسي السمعي والنظري، مهارة العضلات الصغيرة والكبيرة، المهارة اللغوية، ومهارة الاعتماد على النفس. كثير من الأطفال لديهم تفاوت بين هذه المهارات، هناك العديد من الألعاب على شكل تمارين تقوي هذه المهارات واختيار هذه التمارين يعتمد على تحديد المهارات الضعيفة والقوية عند الطفل وكذلك العمر التطوري لهذه المهارات (العبادي، 2006، 76).

المحاضرة الثالثة: اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة

1. تعريف نقص الانتباه
2. تعريف فرط الحركة
3. مفهوم اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة
4. النظريات المفسرة لاضطرابات نقص الانتباه/فرط الحركة
5. نسبة انتشار اضطرابات نقص الانتباه/فرط الحركة
6. أسباب نقص الانتباه/فرط الحركة
7. أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة
8. طرق الوقاية من اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة

المحاضرة الثالثة: اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة

1. مفهوم اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة:

1.1. تعريف نقص الانتباه:

يعرفه الدسوقي (2006) بأنه شروذ الذهن وتجنب أداء المهام التي تتطلب الانتباه لمدة زمني طويل، إلى جانب السلوكيات التي تتمثل بالإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية وفقدان الممتلكات في اغلب الأحيان وعدم القدرة على إتباع التعليمات، وصعوبة في تنظيم أو أداء المهام. كما تعرفه الباحثة (ليلي، المرسومي) بأنه ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بمواضيع متعددة، وصعوبة التركيز.

(المرسومي، 2011، 28).

2.1. تعريف فرط الحركة:

يرى يحيى (2000) ان فرط النشاط هو نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي اغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية، ويظهر هذا السلوك غالبا في سن الرابعة حتى سن مابين 14-15 سنة. (سعدات، 29).

3.1. تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

* تعرفه موسوعة علم النفس بأنه: " الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز الانتباه، والمتسم بالاندفاعية وفرط النشاط، وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل مطابقة الذات وأيضا الحكم الذاتي، والذي يظهر قصورا في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي، وقصور في الوظائف الاجتماعية. (صابري، 2005، 249).

* يذكر شاهين (1985) أن فرط النشاط يمكن تحديده من خلال الأعراض التالية:

- زيادة الحركات غير المنتظمة والتي يصعب تنظيمها في فترة المراهقة.

- الاندفاعية، مزاج متقلب بصورة واضحة، مقاومة التدريب.

- ضعف في العلاقات الاجتماعية.

- تاخر في نمو المهارات.

- صعوبة في القراءة والكتابة. (منصوري، 2008، 118)

* يعرف الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه على أنه: " عبارة عن الصعوبة في التركيز والبقاء على المهمة، ويصاحبه نشاط زائد حيث يعرف النشاط الزائد بأنه نشاط حركي غير هادف لا يتناسب مع الموقف أو المهمة ويسبب الإزعاج للآخرين، حيث يتضمن المعيار التشخيصي لاضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه على مايلي:
-قصور الانتباه (فشل الطفل في إنهاء المهمات والصعوبة في التركيز).
-الاندفاعية أو التهور (التصرف قبل التفكير في الأمر والصعوبة في تنظيم العمل).
-النشاط الزائد (الحركة المتواصلة). (الزراع ، 2007 ، 16).
(1994): "انه نمط دائم لعجز DSM 4* ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية

أو قصور أو صعوبة في الانتباه و/أو فرط النشاط، الاندفاعية، يوجد لدى بعض الأطفال، يكون أكثر تكرارا، وتواترا وحدة، عما يلاحظ لدى الأفراد العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو(الزيات، 2006، 3).

2. النظريات المفسرة لاضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة:

1.2. نموذج "بوسنر" للانتباه الطبيعي:

يحدد نموذج "بوسنر 1994 " ثلاث مكونات للانتباه أطلق عليها شبكات الانتباه هي:

-شبكة المعالجة / التحكم التنفيذي.

-شبكة الإنذار.

-شبكة التوجه / التحرك.

وتعد شبكة المعالجة / التحكم التنفيذي هي أول شبكة والمسئولة عن اكتشاف المثيرات وتضمينها إلى وعي شعوري، وفي داخل المخ يفترض أن تلك الشبكة تقع في منتصف المنطقة الأمامية من المخ والأجزاء القاعدية منه، في حين تقوم شبكة الإنذار بتهيئة الخلايا العصبية المخية للاستجابة لتلك المثيرات التي تم اكتشافها والتعرف عليها على شبكة التحكم التنفيذي، وتقع تلك الشبكة في المنطقة الجانبية للأجزاء الأمامية للمخ. كما تقوم شبكة التوجيه / التحرك بتوجيه الانتباه للمثير الجديد والفصل بين المثيرات، وتقع تلك الشبكة في الفص الأوسط من المخ.

وقد قام " Berger و Posner " بدراسة على عينة من الأطفال من ذوي فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه في ضوء نموذج بوسنر" وتوصلت تلك الدراسة إلى أن اضطرابات فرط الحركة المصحوبة بتشتت الانتباه تعود إلى اضطراب وخلل في الدور الذي تقوم به تلك الشبكات الثلاث للجهاز العصبي المركزي بالمخ والحبل الشوكي.

2.2. نموذج باركلي:

يعرف هذا النموذج بنموذج "باركلي للمنع" 1997 وهو نموذج قائم على نتائج مجموعة من الدراسات التي تناولت اضطرابات الانتباه المصحوبة بفرط الحركة مثل دراسة كل من :

(Willicutt et all 2005 , Nigg 2001, Barkley 2003, Barkley 1997)

وهو يقوم على مسلمة أساسية مفادها أن "اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه إنما يرتبط بالوظائف التنفيذية"، ويشير مصطلح الوظيفة التنفيذية إلى مجموعة من الوظائف العليا التي تهدف إلى تنظيم السلوك وتوجيهه نحو الهدف. وتتضمن تلك الوظيفة مجموعة من العمليات المساعدة مثل؛ الذاكرة العاملة، المرونة المعرفية، اليقظة، التخطيط والتنظيم. ويرى هذا النموذج بان مصطلح اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إنما يرتبط باضطراب نمائي في الوظائف التي تقوم بها العمليات السابقة، ويظهر ذلك بوضوح في عدم القدرة على ضبط النفس والسيطرة عليها.

([http // dc445.4 shared.com/ doc/ ch8Gydz/preview.html.](http://dc445.4shared.com/doc/ch8Gydz/preview.html))

3.2. نموذج سيرجينت:

بينما يركز نموذج "باركلي على المنع، ينظر نموذج "سيرجينت 1999" إلى مشكلات الانتباه من منظور معرفي، لذا يمكن أن يطلق على هذا النموذج بالنموذج المعرفي النشط الذي يقوم على مسلمة أساسية مفادها انه تكمن اضطرابات فرط الحركة / تشتت الانتباه في خلل على مستوى القشرة اللحائية بالمخ المسؤولة على الشعور بالإثارة، وما يصاحب ذلك الاضطراب من نقص في الجهد المبذول والنشاط المعرفي.

ويعرف هذا النموذج الجهد على انه "الطاقة اللازمة لتلبية وتحقيق متطلبات المهام المختلفة التي يتفاعل معها الفرد". وان حدوث اضطراب في تلك الطاقة إنما يقود إلى مشكلات ثانوية في السلوك، ويظهر مصاحباً للأفراد ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

([http // dc445.4 shared.com/ doc/ ch8Gydz/preview.html](http://dc445.4shared.com/doc/ch8Gydz/preview.html))

3. نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة:

أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية: إن نسبة انتشار هذا الاضطراب تقع بين 3-5 بالمائة من الأطفال في سن المدرسة، والجدير بالذكر التفاوت الكبير في تقديرات معدل انتشار اضطراب الانتباه يرجع إلى الاختلاف في تعريفه، وفي تحديد حالاته واختلاف الأدوات التشخيصية

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

المستخدمة والبيئات الاجتماعية التي تم حصرها، فقد وجد أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي منخفض يصل إلى 20 بالمائة تقريبا ويختلف انتشار هذا الاضطراب باختلاف البيئات. (مصطفى، 2011، 165).

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

4. أسباب اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة:

1.4. العوامل العضوية:

هناك اعتقاد سائد مفاده أن النشاط الزائد يرتبط بتلف دماغي بسيط في كثير من الأحيان، ولكن الدراسات من جهة أخرى لا تقدم أدلة علمية قاطعة على ذلك، فليس كل من لديه تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد، وليس كل من لديه نشاط زائد يعاني من تلف دماغي واضح، وهناك من يعتقد أن النشاط الزائد ينتج عن مضاعفات الحمل والولادة ومن جهة أخرى فإن الدراسات العلمية لا تسمح لنا بالتوصل إلى استنتاجات قاطعة في هذا الصدد أوضحت (Satterfield, 1974) أن الأطفال الذين يعانون وتجدر الإشارة هنا إلى أنه في دراسة أجراها من النشاط الزائد تظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين.

2.4. العوامل النفسية:

من الأسباب المفسرة لحدوث النشاط هي فئة العوامل النفسية والتي تشمل:

- الضغوط النفسية الهائلة والاحباطات الشديدة التي يتعرض لها الطفل.
- أنماط التنشئة الأسرية (فالبينة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد).
- التعزيز؛ بمعنى الاستجابة للنشاط الزائد للطفل والانتباه إليه يعمل على زيادته.
- التعلم بالملاحظة (النمذجة)؛ بمعنى أن العلماء يعتقدون أن الطفل يتعلم النشاط الزائد من خلال ملاحظة الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين، وكما هو الحال بالنسبة إلى المتغيرات الأخرى.

- عدم الاستقرار داخل الأسرة.

- الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية. (الزغبي، 2005، 196).

3.4. العوامل البيئية:

تتضمن هذه العوامل التسمم بالرصاص الاصطناعي وردود الفعل التحسسية، فثمة من يعتقد أن ردود الفعل التحسسية قد تساعد على حدوث النشاط الزائد، وسواء كانت ردود الفعل ناتجة عن الطعام أو غيره يعتقد أنها تسبب إثارة كبيرة للجهاز المركزي الأمر الذي يؤدي إلى النشاط الزائد. (القمش وآخرون، 2007، 196).

5. أعراض اضطراب فرط النشاط/ تشتت الانتباه:

الأعراض حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM₄)

* أما (1) أو (2):

أولاً/ ستة من الأعراض التالية لتشتت الانتباه (أو أكثر) ظهرت لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو وغير متسق معها، من هذه الأعراض:

1.5. تشتت الانتباه:

- يفشل غالباً في منح الانتباه للتفاصيل أو ارتكاب أخطاء أو إهمال في العمل المدرسي أو العمل أو الأنشطة الأخرى.

- غالباً يجد صعوبة في مواصلة الانتباه في المهام أو الأنشطة للعب.

- غالباً لا يبدو منصتاً عندما يتحدث الآخرون إليه مباشرة.

- غالباً لا يتبع التعليمات ويفشل في الاهتمام بالعمل المدرسي أو العمل الروتيني في محل العمل (علماء بان ذلك لا يرجع إلى سلوك مقاوم أو إلى الفشل في فهم التعليمات).

- غالباً يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.

- غالباً يتجنب أو يبغض أو يقاوم الاشتراك في مهام تتطلب جهداً عقلياً مستمراً (مثل العمل المدرسي أو العمل المنزلي).

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

- غالبا يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو الأنشطة (الألعاب، الواجبات المنزلية، أقلام الرصاص، الكتب،...).

- غالبا يتشتت بسهولة من المثيرات الخارجية.

- غالبا ينسى الأنشطة اليومية (julien, 1996,64).

ثانيا/ ستة من الأعراض التالية الخاصة بفطرد الحركة – الاندفاعية (أو أكثر) ظهرت لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متنسقة مع مستوى النمو وغير متنسق معها، من هذه الأعراض:

2.5. النشاط الزائد:

- غالبا يتململ بيديه أو رجليه، أو يتلوى في مقعده.

- غالبا يترك مقعده في الفصل أو مواقف أخرى يتوقع فيها أن يبقى في مكانه.

- غالبا ينتقل من مكان إلى آخر أو ينسحب من موقف كان قد اتخذه كثيرا في ظروف لا يلائمها ذلك.

- غالبا يجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك في أنشطة أوقات الفراغ تماما.

- غالبا يكون نشطا من غير كلل أو يتصرف كما لو كان يحركه محرك.

- غالبا يفرط في الحديث.

3.5. الاندفاعية:

- غالبا يقول الإجابات من غير تفكير قبل استكمال الأسئلة.

- غالبا يجد صعوبة في انتظار دوره.

- غالبا يقاطع الآخرين ويتدخل في شؤونهم (يتدخل في المحادثات أو الألعاب).

- بعض أعراض الاندفاعية والنشاط الزائد أو تشتت الانتباه التي تسبب عجزا تكون موجودة قبل سن 7 سنوات.

- يوجد عجز ما في اثنين أو أكثر من المواقف (كالمدسة، العمل، البيت).

- لا بد أن يكون هناك دليل واحد على وجود عجز دال إكلينيكي في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي أو الوظيفي.

- لا توجد الأعراض بشكل مطلق أثناء مسار اضطراب نمو سائد، أو فصام أو اضطراب ذهني آخر، ولا يحسن تفسيرها باضطراب عقلي آخر (مثل الاضطراب المزاجي، اضطراب القلق، اضطراب عدم الاجتماعية، أو اضطراب الشخصية)

6. طرق الوقاية من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

1.6. المستوى الأول:

تهدف الوقاية في هذا المستوى إلى الحيلولة دون حدوث الاعتلال أو الضعف، وذلك يتم من خلال جملة من الإجراءات التي تمنع تعرض الفرد لهذا الاعتلال أو الضعف، وتهدف أيضا إلى خفض نسبة الإصابة في المجتمع أما الوسائل المستخدمة لتحقيق مثل هذا الهدف فهي عديدة وتشمل: إزالة مخاطر البيئة، التطعيم ضد الأمراض، تحسين مستوى رعاية الأمهات والأطفال، إتباع قواعد الأمن والسلامة العامة في الأماكن المختلفة، توعية المجتمعات، التخطيط لمرحلة ما قبل الزواج والحمل، برامج الإرشاد الجيني، فحص ما قبل الزواج، التربية الوقائية، العناية الاجتماعية والنفسية بالطفل، الرعاية الصحية للام الحامل، العناية بالمواليد، العناية بالأم والمولود في مرحلة الولادة.

2.6. المستوى الثاني:

تهدف الوقاية في هذا المستوى إلى الحد ومنع تطور وتفاقم الاعتلال أو الضعف، وبالتالي خفض نسبة الأفراد العاجزين في المجتمع وذلك من خلال برامج الكشف المبكر والتدخل المبكر من خلال العلاج الفوري والمناسب لهذه الحالات وتتمثل طرق الوقاية الثانوية في التعرف المبكر على الأفراد الذين يعانون من ضعف أو اعتلال ما، ثم يتم تزويدهم بأنواع العلاج المختلفة والمناسبة لحالة الضعف طبية كانت أم تربوية، نفسية أم اجتماعية أم صحية.

3.6. المستوى الثالث:

تهدف الوقاية في هذا المستوى إلى التغلب على حالة العجز والحيلولة دون تفاقم هذه الحالة وتطورها إلى إعاقة وذلك من خلال مساعدة الفرد العاجز على استعادة ما يمكنه استعادته من قدرات جسمية كانت أم عقلية أم تربوية أم نفسية أم اجتماعية، ومنع حدوث مضاعفات أو التخفيف منها على أقل تقدير، أما بالنسبة للوسائل والطرق والإجراءات التي يمكن توظيفها لتحقيق مثل هذا الهدف فهي تتمثل في الخدمات التربوية الخاصة، علاج اضطرابات النطق واللغة OT ، علاج وظيفي PT وتأهيلي وخدمات المساندة، علاج طبيعي LST .

4.6. الطرق التربوية والنفسية والاجتماعية للوقاية من هذا الاضطراب:

-تعليم الطفل أنشطة هادفة.

-الحرص على تغذية الطفل تغذية سليمة.

-الحرص على تنمية كفاءة الطفل واستغلال قدراته.

- تعليم الطفل التركيز على الانتباه وتعزيزه، وهذا من خلال تشجيع الطفل على قدرته واستخدام الأب نموذجاً له، والمهم هو عدم تعزيز التشتت، تنظيم البيئة؛ أي ضبط المثيرات في المكان الذي يعيش فيه الطفل والتقليل من المثيرات الخارجية بهدف تنمية الانتباه والتركيز لدى الطفل.

- تدريب الطفل على الضبط والتنظيم الذاتي وهذا من خلال أسلوب التعليمات الذاتية أو التدريب على حل مشكلة ما في موقف ما واستخدام أسلوب لعب الأدوار و النمذجة وتعليم الطفل كيف يرصد سلوكياته.(الزراع، 2007، 93).

المحاضرة الرابعة: اضطرابات التحكم في الإخراج

1. التبول اللارادي
 - 1.1. مفهوم التبول اللارادي
 - 2.1. أنواع التبول اللارادي
 - 3.1. أسباب التبول اللارادي
 - * الأسباب العضوية
 - * الأسباب النفسية
 - 4.1. تفسير التبول اللارادي حسب مدرسة التحليل النفسي
 - 5.1. تفسير التبول اللارادي حسب المدرسة السلوكية
 - 6.1. تفسير التبول اللارادي حسب المدرسة المعرفية السلوكية
 - 7.1. معايير تشخيص التبول اللارادي
 - 8.1. التشخيص الفارقي للتبول اللارادي
 - 9.1. طرق الوقاية من اضطراب التبول اللارادي
 2. التبرز اللارادي
 - 1.2. تعريف التبرز اللارادي
 - 2.2. أسباب التبرز اللارادي
 - 3.2. نسبة انتشار التبرز اللارادي
 - 4.2. معايير تشخيص التبرز اللارادي
 - 5.2. التكفل والعلاج لاضطرابات التحكم في الإخراج
 - * العلاج الكيميائي
 - * العلاج السلوكي
 - * العلاج المعرفي السلوكي.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي المحاضرة الرابعة: اضطرابات التحكم في الإخراج

1. التبول اللاإرادي

1.1. تعريف التبول اللاإرادي:

حسب قاموس علم النفس: "التبول اللاإرادي هو خروج البول بشكل لا شعوري عند الطفل، حيث يتم الحديث عن المشكلة لدى الطفل في حالة عدم التحكم في إخراج البول، وتكرار ذلك أكثر من مرة، وان يتجاوز سنه الرابعة من العمر، مع العلم انه لا يعاني من مشكلة عضوية، وذلك سواء بالبيت أو المدرسة. (sillamy, 2004, 101).

كما يعرفه بدر إبراهيم الشيباني بأنه: "عدم قدرة الطفل على التحكم في ضبط مثانته وجهازه البولي، وتبوله على نفسه لا إراديا ليلا أو نهارا أو ليلا ونهارا معا. وهو من أكثر الاضطرابات شيوعا بين أطفال السنة الثالثة والرابعة والذي يتوقع منهم التحكم في المثانة خلالها. (الشيباني، 2003، 175). ويرى الجانب الطبي التبول اللاإرادي بأنه: "عبارة عن حالة انسكاب البول من المثانة بشكل لا شعوري، عادة تكون في الليل عند الطفل الذي تجاوز سن الرابعة، ولا يعاني من إي إصابة عضوية (larousse, 2003, 355).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية (طبعة منقحة) 2005 يرى ان: "التبول اللاإرادي هو الإفراغ المتكرر للبول بالليل أو بالنهار أو كليهما معا على الملابس أو الفراش، ويحدث ذلك في معظم الأحوال بطريقة لا شعورية" (DSM4, 2005, 138).

2.1. أنواع التبول اللاإرادي:

يوجد نوعين من التبول اللاإرادي هما:

* تبول لاإرادي أولي:

يعني أن الطفل لم يتحكم في البول منذ إن كان صغيرا أو لم يتوقف قط، يشكل التبول الأولي تقريبا 80 بالمائة من المصابين، ويرجعها (د. دوشي) إلى تهاون إلام التي عودت الطفل منذ الميلاد على البلل مما جعله لا يزعج منه ولا يستيقظ عندما يبيل ثيابه، كما يظهر أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقى طفوليا، من جهة أخرى يثير التعلم المبكر والصلب مع استحواذ الأم تبول معارض وانتقام، كما يلاحظ أيضا لدى الأطفال الذين لديهم نوم عميق جدا (ميموني، 2005، 145).

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

* **تبول لا إرادي ثانوي:** يحدث هذا النوع من التبول عندما يكون الطفل قد تحكم في تبوله وبشكل جيد لفترة من الزمن ثم عاد للتبول ثانية (انتكاس).

عموما هذا النوع ناتج عن عامل مفجر مثل مولود جديد، الدخول إلى المدرسة، مرض الأم مرض عضوي أو استشفاء...، يزول هذا النوع من التبول في اغلب الحالات بزوال الموقف الذي أدى إليه، خاصة إذا كان المحيط لين ومتفهم ومع النضج الوجداني للطفل. 10 بالمائة من الأطفال اقل من 15 سنة يعانون من التبول، بينما 1 بالمائة يبقى إلى سن الرشد. (ميموني، 2005، 145).

3.1. أسباب التبول اللاإرادي:

التبول اللاإرادي لدى الأطفال غالبية تكون لأسباب نفسية، غير انه توجد بعض الحالات لأسباب فيزيولوجية.

1.3.1. الأسباب العضوية:

* **أسباب وراثية:** تشير بعض الدراسات إلى أن التبول اللاإرادي في بعض العائلات هو نتيجة لأسباب وراثية، فقد وجد أن الآباء الذين يعانون أيضا من التبول في طفولتهم، أن أبناءهم يعانون من نفس المشكلة، كما وجد أن معدل تطابق حدوث التبول اللاإرادي بين التوائم المتماثلة أكثر منه بين التوائم غير المتماثلة (عكاشة، 2008، 781).

* بعض المشكلات الصحية:

نذكر من بينها:

- التهاب بحوض الكلى أو المثانة أو وجود حصى بها.
- التهابات المستقيم.
- اختلال التوازن الهرموني، خلال مرحلة الطفولة بعض الأطفال لا ينتجون ما يكفي من هرمون ADH

الذي يعمل على إبطاء إنتاج البول ليلا.

- الديدان التي تهيج منطقة التبول.

- تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية.

2.3.1. الأسباب النفسية:

- محاولة الطفل جذب اهتمام الوالدين إليه، وخاصة في حالة ميلاد طفل جديد، فنجدته ينكص لمرحلة سبق وان تخطاها بسبب الغيرة.

- محاولة الطفل جذب اهتمام أمه وأبيه اللذان يميلان للسيطرة والتحكم في تصرفاته، فيجد لذة لا شعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية التي يتضايق منها هذا النوع من الوالدين (البوال الانتقامي).

- قد يحدث عند البعض من الأطفال نتيجة تخلي آبائهم وأمهاتهم عن الاستمرار في معاملته كطفل مدلل. -القلق النفسي.

- معاملة الطفل بنوع من الاحتقار والتوبيخ مثل وصفه بالغبّي والبليد من قبل أهله وزملائه (فهيم، 1993، 349).

وتوجد أسباب نفسية أخرى تتمثل في:

- كونه يعاني من ألم نفسي.

- كونه مصاب بعيب خلقي في جسمه أو في مظهره يجعله يشعر بالدونية.

- كونه يواجه مشاكل مدرسية وتعليمية.

- شعور الطفل بالقهر والظلم أو الذنب معاً، أو الشعور بالخوف الذي يدخل في تكوين انفعالات مركبة لدى الطفل.

- الخوف قد يؤدي تهديد أمن الطفل إلى التبول لا إرادياً، فقد يخاف الطفل من الظلام أو الخوف من القصص المزعجة أو الصور المرعبة في الأفلام المعروضة بالتلفاز أو الخوف من بعض الحيوانات.

- الاكتئاب فقد كشفت بعض الدراسات أن بعض الأطفال المصابين بالاكتئاب يحدث لديهم تبول لا إرادي، ولكن استخدام مضادات الاكتئاب يؤدي إلى اختفاء التبول اللاإرادي لدى هذه الحالات.

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

4.1. تفسير التبول اللاإرادي:

1.4.1. حسب مدرسة التحليل النفسي:

تفسر مدرسة التحليل النفسي ظاهرة التبول اللاإرادي بإرجاعها إلى نكوص الطفل لمراحل نمو سابقة، عندما يشعر الطفل بعدم الأمان أو عدم الاهتمام به من طرف الأم خاصة إذا كان هناك مولود جديد، وقد يرجع إلى رغبة الطفل اللاشعورية بأن يظل طفلاً، أو كرهية لا شعورية في العدوان على الوالدين أو كنوع من الرفض لتعليمات الآباء وإنزال العقاب بأمه. لقد ربط "فرويد" عادة التبول اللاإرادي بالأمور الجنسية، حيث قال أن البوال إن لم يكن مرتبطاً بنوبة من نوبات مرض الصرع، فإنه يرجع إلى حالة القذف. ويقول "كوفمان" أن البوال كثيراً ما يحدث مقترناً بالأحلام الليلية، وفي هذه الأحلام يتصور الطفل انه يذهب إلى المراض ويقضي حاجته، وقد تكون هذه الأحلام ذات طابع جنسي ومرتبطة بالإشباع الجنسي. (العيسوي، 2004، 258).

كما ترى مدرسة التحليل النفسي أن المرحلة الشرجية التي يمر بها الطفل ضمن مراحل نموه الجنسي في الطفولة يجد فيها لذة بيولوجية في عمليتي التبول والتبرز، هذا وسرعان ما تفرض عليه الأم تنظيمًا دقيقًا لهاتين العمليتين، فإما يخضع لهذا النظام إرضاء لأمه وبذلك تتكون لديه عادة التدريب والنظافة والدقة في مراعاة المواعيد، أو يثور على أمه فيتبول عندما يريد وينتقم بذلك لنفسه من أمه، ويتطور به هذا السلوك في الرشد إلى العناد والحقد والتحدي والمغالة في الاعتماد على نفسه. (جرادة، 2012، 37).

2.4.1. حسب المدرسة السلوكية:

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أن اكتساب التحكم في عمليات التبول ناتج عن فشل في التحكم في الإخراج بصورة فعالة، وتبدو على شكل ضعف في العادة، وركز بعضهم الآخر على فشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية، وأنه من الممكن الاعتقاد بأن كلا العاملين يتسببان في الاضطراب لأن التعلم وخبرات التدريب يساهمان في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيسيولوجي. فإذا قلنا أن عامل النضج يلعب دوراً هاماً في التبول اللاإرادي الأولي، فإن عامل التدريب والتعلم يلعب الدور الهام في التبول اللاإرادي الثانوي. (جرادة، 2012، 38).

3.4.1. حسب المدرسة المعرفية السلوكية:

- الفشل في تدريب عضلات المثانة على السيطرة وال ضبط عند امتلائها وهي عملية التشريط اللحائي.
- إهمال الوالدين لتدريب الطفل على ضبط الإخراج في الوقت الملائم.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

- التوقعات السلبية من الوالدين للطفل بأنه لن يستطيع ضبط إخراجِه.

- ارتباط التبول بعدد من الاضطرابات السلوكية، مثل الغضب وقضم الأظافر، واللزمات العصبية والجلجة. (الشعراوي، دس، 5).

5.1. معايير تشخيص التبول اللاإرادي:

تتجلى أعراض سلس البول وفقا للدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية DSM 5 في مايلي:

- A-** إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس (سواء كان عمدي أو غير أرادي).
- B-** السلوك هام سريريا كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل.
- C-** وجود إحباط هام سريريا، أو انخفاض في الأداء الأكاديمي (المهني)، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).
- D-** لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المدرات أو الأدوية المضادة للذهان)، أو عن حالة طبية أخرى (مثل السكري، الصرع). (الحمادي، دس، 135).

6.1. التشخيص الفارقي للتبول اللاإرادي:

* يجب تفريق التبول اللاإرادي الذي يعتبر لا شعوريا، لا إراديا، تفريغ كامل للبول، يحدث في معظم الأحيان ليلي، عن سلس البول الشعوري الذي يكون عادة في الفترات النهارية، وهنا الفرد لا يستطيع التحكم في عضلات المثانة وهذا راجع إلى مرض عضوي.

* تفريق التبول اللاإرادي عن الذي يحدث أثناء النوبة الصرعية. (ميموني، 2005، 145).

7.1. طرق الوقاية من اضطراب التبول اللاإرادي:

عند تدريب الطفل على استخدام المراض يجب تجنب القسوة الشديدة، التوبيخ أو إشعار الطفل بالخزي لان ذلك يجعله يحس بالذنب وانه اقل من غيره، فيتولد لديه شعور بالقلق فلا يتعلم او يسيطر على المثانة.

ويجب أن يتخلص الطفل أولا من عادة التبول نهارا ثم يتخلص من هذه المشكلة ليلا، وعلى الآباء والأمهات عدم الضغط على الطفل في موضوع التبول قبل نضوجه العقلي، فقد يفقده ذلك الثقة بالنفس

ويصعب عليه التحكم في مثانته، وتجاهل الآباء للأمر يخلص الطفل من عاداته هذه عند بلوغ السابعة من عمره مثلما يعتقد بعض العلماء. (البحيصي، دس، 38).

2. التبرز اللاإرادي:

1.2. تعريف التبرز اللاإرادي: يعرف التبرز اللاإرادي وفقاً لـ DSM₄ على أنه: "طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير ملائمة سواء بطريقة مقصودة أو لا إرادية، ويستمر هذا النمط على الأقل لمدة 3 أشهر، ويكون عمر الطفل الزمني أو النمائي على الأقل 4 سنوات. وله شكلان:

* التبرز الأولي: ويظهر لدى الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائياً التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام على الأقل.

* التبرز الثانوي: يظهر لدى الأطفال الذين سبق لهم ضبط الغائط لمدة لا تقل عن عام. (الشربيني، 2002، 66)

2.2. أسباب التبرز اللاإرادي:

قد يرجع التبرز اللاإرادي إلى ميول عدوانية لدى الطفل وتثبيت في المرحلة الشرجية، حيث يعبر عن العدوان والنزعة التدميرية لدى الطفل في حالة وجود سلطة قاهرة. (مصطفى، 2003، 91).

وقد يكون بسبب عوامل عضوية كعضو كعض الأمراض التي تصيب الأمعاء الغليظة وكذا الإمساك الذي يسبب خروج الغائط لا إرادياً، أو بسبب عوامل عقلية كضعف أو نقص الذكاء، أو عوامل نفسية مثل الشعور بالغيرة نتيجة ولادة أخ جديد، أو إلى أساليب التنشئة الخاطئة التي يستخدمها الوالدين في التربية كسوء المعاملة والقسوة في التعامل. (الشربيني، 2002، 67).

3.2. نسبة انتشار التبرز اللاإرادي:

وجد أن 2,3 بالمائة من الذكور الذين تجاوزوا 8 سنوات و 0,7 بالمائة من الإناث من نفس العمر مصابون بالتبرز اللاإرادي، لكنهم يتناقصون بنسبة 28 بالمائة كل سنة، وحتى تختفي هذه العادة لديهم نهائياً مع بلوغ سن السادسة عشرة، أما بإتباع العلاج قد ينقطع التبرز خلال شهرين أو ثلاثة أشهر، وهو نادر عند الكبار والمراهقين إلا في حالات التخلف العقلي. (حسني، 2002، 151).

4.2. معايير تشخيص التبرز اللاإرادي:

حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية DSM 5 تتمثل الأعراض في مايلي:

- A / إفراز متكرر للبراز في أماكن غير مناسبة (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 (المليينات)، أو عن حالة طبية أخرى باستثناء آليات تتضمن الإمساك. (الحمادي، 135).

5.2. التكفل والعلاج:

قبل اتخاذ أي إجراءات علاجية نفسية ينبغي توجيه الطفل لإجراء فحص عضوي، يتم فيه فحص جهاز البول، والبحث عن أي اضطرابات عضوية وعلاجها. (خياط، 2013، 26).

كمرض السكري، التهاب المثانة، الصرع، عدم التئام فقرات العمود الفقري.

1.5.2. العلاج الكيميائي:

بإمكان الطبيب العضوي أن يصف أدوية تنقص إفراز البول مما يساعد الطفل على التعود على عدم البول في فراشه، أو وصف مضادات الاكتئاب أيضا للتخفيف من القلق الذي يؤدي إلى التبول. (خياط، 2013، 26)، بجرعة 25-50 ملم وهو من مضادات الاكتئاب، حيث يؤدي إلى تقليل عدد مرات التبول بالمقارنة مع استخدام عقار إيحائي "Placebo" مثل استخدام عقار "التوفرانيل"، "Tofranil" في مجموعة ضابطة ولعل تأثير هذا العقار يرجع إلى تعديل نمط النوم والاستيقاظ، والى مفعوله المضاد "للاستيل كولين" في عمله على المثانة البولية في حالات التبول اللاإرادي الأولي حيث انه يعمل كشبيه لهرمون كما يتم استخدام عقار "مينيرين، Minirin" للتحكم في إفراز البول مما يقلل من كمية إفراز البول أثناء النوم، حيث ثبت انه في حالات التبول اللاإرادي يكون مستوى هرمون التحكم في إفراز البول ليلا اقل من المستوى الطبيعي مما يسبب كثرة إفراز البول وحدث التبول الليلي اللاإرادي،

وقد وجد أن نسبة الشفاء تصل إلى 80 بالمائة عند حسن استخدام المريض للدواء المناسب وللجرعة المناسبة. (بترس، 2008، 310).

والأدوية المستخدمة لعلاج هذا الاضطراب تؤدي إلى تقوية الجهاز العصبي أي أنها تقوم بتخفيض عمق النوم، وغالبا ما يظهر مفعولها بعد عدة أسابيع.

أما الأدوية التي تقلل من إدرار البول فإنها تؤخذ على شكل أقراص أو بخاخ في الأنف وعادة ما يكون استخدامها ليلا فقط، حيث أنها تقوم بحبس البول في المثانة وتكون تحت إشراف ومتابعة طبية (بترس، 2007، 284).

2.5.2. العلاج السلوكي: من بين العلاجات السلوكية نذكر:

الجرس الموقض؛ وهو علاج تشريطي، حيث يعتبر طريقة تستخدم في علاج اضطراب التبول اللاإرادي، وهي عبارة عن جزء قماشي على الفراش (وهناك نوع يوضع تحت الملابس الداخلية للطفل)، هذا القماش الخاص موصل بجهاز حساس، وعندما يتبلل القماش يعمل الجرس المنبه الذي بدوره يؤدي إلى استيقاظ الطفل لإسكاته، وبعد عدة أيام من الاستيقاظ، يحس الطفل انه عند التبول سوف يعمل الجرس المنبه، ويعلم انه سوف يستيقظ لإيقافه، فيستيقظ قبل الحدوث ومن ثم الذهاب الى الحمام. وفي بعض الحالات لا يستيقظ الطفل عند عمل الجرس بل قد يستيقظ الوالدان، وهنا عليهما في كل مرة إيقاظ طفلهما وأخذه للتبول حتى لو ادعى اكتمال عملية التبول وعدم وجود زيادة في البول، وتلك تؤدي غالى نفس النتيجة وان أخذت مدة أطول لنجاحها.

ومن أهم سلبيات الجرس الموقظ، انه يؤدي إلى إيقاظ الوالدين وإخوة الطفل في الغرفة مما يسبب لهم إزعاجا، ومع تكرره يؤدي إلى الضيق، ولنجاحه فانه يحتاج على الأقل ثلاثة أسابيع من التجربة المستمرة والمتواصلة. (بترس، 2007، 283).

وذكر المختصون أن أسلوب الجرس الموقظ أعطى نتائج جيدة في معظم الأحوال، حيث يساعد على تدريب الطفل وتعديل سلوكه لكي يتحكم في مثانته. (البحيصي، دس، 39).

3.5.2. العلاج المعرفي السلوكي:

وهو احد العلاجات النفسية الحديثة، والتي تعتمد على معرفة الفرد للمشكلة وتحديدها تحديدا دقيقا، ومعرفة الأسباب المؤدية إلى حدوثها، وان أفكاره ومشاعره اتجاه موقف أو حدث معين تؤدي إلى تصرفه بطريقة معينة، بناء على ما لديه من اعتقادات واتجاهات وأفكار اتجاه موضوع أو حدث معين،

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

وحيثما يعرف الشخص أن أفكاره تؤثر على مشاعره، وعواطفه وبالتالي سلوكياته وتصرفاته، فإنه يصبح أكثر استبصاراً بحالته وما يدور في خلجات نفسه، وبالتالي يستعيد قدراته ويسيطر على نفسه ويتحكم في مشاعره وعواطفه، وتعندل سلوكياته وتصرفاته. (الآسي، 2014، 12).

منذ الخمسينيات تقريباً من القرن الحالي كان لنظريات العلاج السلوكي اثر عظيم في بناء طرق كثيرة للعلاج تعرف بصرف وتعديل السلوك تستند إلى مبادئ التعلم.

ويعتبر ظهور العلاج السلوكي بمثابة رد فعل عكسي للتحليل النفسي، فقد تراجع هذا الأخير أمام فنيات العلاج السلوكي لسهولة انفتاحها للفهم، ويسر تطبيقها في فترة وجيزة من الوقت، وما ينتج من نتائج علاجية لا يمكن بأية حال إنكارها. (جرادة، 2012، 39).

المحاضرة الخامسة: اضطراب قلق الانفصال

1. تعريف اضطراب قلق الانفصال

2. اعراض اضطراب قلق الانفصال

* اعراض جسمية

* اعراض انفعالية

* اعراض سلوكية

* اعراض اجتماعية

3. اسباب اضطراب قلق الانفصال

* العوامل النفسية الاجتماعية

* عوامل التعلم

* العوامل الوراثية

4. النظريات المفسرة لاضطراب قلق الانفصال

* نظرية التحليل النفسي

* نظرية التعلق والارتباط

* نظريات التعلم

* النظرية المعرفية

5. معايير تشخيص قلق الانفصال حسب (DSM 4)

6. التشخيص الفارقي لاضطراب قلق الانفصال

7. علاج اضطراب قلق الانفصال

* العلاج النفسي الدينامي

* العلاج المعرفي السلوكي

* العلاج الاسري.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي المحاضرة الخامسة: اضطراب قلق الانفصال

1. تعريف اضطراب قلق الانفصال:

يعرفه "بولبي" على أنه: "حالة من الوعي بخطر الفقدان، ولا ينطبق ذلك على الإنسان فقط وإنما الحيوان أيضا". بينما يعرفه "ماركس ولادر" على أنه: "استجابة لضغوط ولمشاعر التهديد لفقدان موضوع الحب، ويعد الأسي نمطا من رد فعل الانفصال أو استجابة للفقدان الحقيقي لموضوع الحب" (أبو زيد، 2008، 83).

إن قلق الانفصال هو أحد أهم اضطرابات القلق التي تصيب الأطفال، ويتمثل في حالة من الشعور بعد الارتياح الذي يظهر نتيجة الخوف المستمر من فقدان أحد الوالدين، والتعلق غير الآمن بهما الذي نقصد به ذلك الذي يعبر عنه الطفل ببكائه الشديد لمدة طويلة عندما ينفل عن أمه. (عبيد، 2008، 297).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية 4 DSM يعرف قلق الانفصال على أنه: "قلق مفرط وغير مناسب يرتبط بالانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل، ويسبب حزن شديد في نطاق العلاقات الوظيفية العامة"

(DSM 4, 1996, 131)

من خلال هذه التعاريف يتبين لنا أن قلق الانفصال هو عبارة عن التخوف الزائد وغير الطبيعي من الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم وغالبا ما تكون الأم. والذي يبدو على شكل أعراض جسمية وانفعالية وعلامات الانسحاب الاجتماعي وبعض السلوكيات الشاذة التي يمكن ملاحظتها من خلال الملاحظة الإكلينيكية.

2. أعراض اضطراب قلق الانفصال:

1.2. أعراض جسمية: تظهر عند هؤلاء الأطفال أمراض بدنية جسمية كآلام في المعدة، الصداع، الغثيان، والقيء، عند توقع الانفصال أو عندما يحدث، كما أنهم يشكون من أوجاع في أماكن مختلفة من الجسم وأعراض تشبه الزكام، بالإضافة إلى ذلك فقد يظهر البعض منهم أعراض اضطراب الجهاز الدوري مثل الشعور بضربات القلب والدوخة والإغماء وان كانت نادرة عند الأطفال الصغار ولكنها تحدث للمراهقين وقد يعانون من فقدان الشهية أو زيادتها.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

2.2. أعراض انفعالية: تبدو في شكل مخاوف ومنها الخوف من الظلام، القلق التخيلي الغريب، فقد يرى بعض الأطفال عيوننا تحمق فيهم، ويصبحون مشتغلين بشخصيات وهمية ووحوش تهم بالهجوم عليهم في غرفة النوم.

بالإضافة إلى أعراض اكتئابية قد تصبح أكثر ثباتا مع مرور الوقت فيتميز هؤلاء الأطفال بالاعتمادية والانطواء والحزن والأسى، ويميلون لجذب الانتباه دائما بالشكوى من أن لا أحد يحبهم أو يهتم بهم.

3.2. أعراض سلوكية: الكثير من الأطفال يصبحون من النوع اللحوح، فيتدخلون في شؤون الكبار ويحتاجون إلى الرعاية والعناية المستمرة لتخفيف حدة القلق لديهم، بالإضافة إلى صعوبة النوم والكوابيس حول موضوع الانفصال. (عبد الواحد، 2013، 30).

4.2. أعراض اجتماعية: يلجأ هؤلاء الأطفال إلى الإحجام عن المواقف الاجتماعية كالذهاب إلى الحفلات أو إلى زيارة بيت صديق، بسبب مل يعانوه من قلق إزاء انفصالهم عن والديهم أو عن القائم بالرعاية، وقد يكون على شكل رفض مستمر للذهاب إلى المدرسة خوفا من الابتعاد، وفي حالة ذهابه للمدرسة نلاحظ انخفاضا في مستوى أدائه الأكاديمي ضمن المدرسة، وإحجامه عن المشاركة في الأنشطة. (هاشم، 2000، 50).

3. أسباب اضطراب قلق الانفصال:

لقد أشار كل من حسن مصطفى عبد المعطي (2001)، محمود حمودة (1998)، أنه لا توجد أسباب صريحة لهذا الاضطراب ولكن هناك عوامل مهياة لحدوثه منها:

1.3. العوامل النفسية الاجتماعية:

* عدم النضج الانفعالي.

* الخصائص المزاجية المتمثلة في الخجل والهروب من المواقف الاجتماعية غير المألوفة.

* درجة الارتباط بالأم والحماية الزائدة للأطفال خلال التنشئة.

* ضغوط الحياة الخارجية، كموت أحد الأقارب أو مرض الطفل، أو الانتقال إلى منزل جديد أو مدرسة جديدة.

* الاعتماد الشديد للطفل على الأم.

* مرور الطفل بخبرات انفصال عابرة .

2.3. عوامل التعلم: إن قلق الانفصال ينتقل من الوالدين للأطفال عن طريق النمذجة المباشرة، فإذا كان الأب من النوع الذي يخاف فإن الابن قد ينشأ على الخوف من المواقف الجديدة وخاصة البيئة المدرسية، ويخشى الانفصال عن البيت، وبعض الآباء يعلمون الأطفال القلق بالمبالغة في تحصيلهم من المخاطر المتوقعة أو بتهويل الأخطار.

3.3. العوامل الوراثية: أظهرت الدراسات أن الأبناء لآباء مصابون بالقلق أكثر عرضة لقلق الانفصال، والآباء المصابون باضطراب رهاب الخلاء تتزايد مخاطر إصابة أطفالهم بقلق الانفصال، كما أن العوامل الجينية الموروثة من الآباء تساهم في حدوث هذا الاضطراب لدى الإناث أكثر من الذكور. (عبد الواحد، 2003، 32).

4. النظريات المفسرة لاضطراب قلق الانفصال:

1.4. نظرية التحليل النفسي:

يرجع "فرويد" هذا النوع من القلق إلى ما يدعوه بالقلق الأولي أو صدمة الميلاد نتيجة انفصال الطفل عن جسم الأم، فالقلق الأولي يبدأ بصدمة الميلاد عند "اتورنك" التي تعتبر أول حالة خطر يعيشها الطفل، فهي ترمز للانفصال عن الأم بشكل بيولوجي، وهذا القلق يستمر مع الطفل في فترات حياته التالية، ففطام الطفل يثير لديه القلق لأنه يتضمن انفصالا عن موضوع التعلق (الأم) كما أن الذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن انفصال عن الأم، تصف هذه النظرية التعلق بأنه موضوع متعلق بموضوع الحب، فالأم باعتبارها مصدرا لإشباع الحاجات الأولية تصبح بالتالي مصدرا للحب، ويتعلق الطفل بها لإشباع حاجاته الأساسية، ولمدى الارتياح الذي يشعر به بعد حدوث إشباع حاجاته. (العوالم، 2003، 155).

أما "ميلاني كلاين" تكلمت عن مصدرين لقلق الانفصال؛ مصدر داخلي يتمثل في الخوف من الأم المحبوبة والخوف من عدم عودتها إلى الأبد، ومصدر خارجي يتمثل في الانفصال الفيزيقي عن الأم مصدر إشباع حاجاته وخفض توتراته. كما تؤكد عالمة النفس الأمريكية "مارغريت ماهرلر" على أهمية العلاقة بين الطفل والأم من الميلاد حتى سن الشهرين، حيث يدخل الأطفال في مرحلة التوحد أين يكون إحساسهم ووعيهم فيها بالأم كمجرد عامل لإشباع حاجاتهم الأساسية، وفي الفترة من شهرين إلى خمس أشهر يدخلون المرحلة الثانية "التكافل" أين يكونون فيه الاعتمادية على أمهاتهم، والأمهات شديداً الحساسية والاستجابة يشجع على علاقة تكافلية مع أطفالهن، أما الأم أقل حساسية قد تحبط رغبة وليدها في أن يلتحم معها، في حين أن المهمة النفسية هي بناء الثقة والأمان من خلال الاعتمادية وتحقيق الحاجات.

وترى "ماهر" أن قلق الانفصال يحدث عندما يتقدم الطفل نحو التفاضل بفعل النضج الجسدي والنمو النفسي، وأنه قلق يمر به كل طفل بفعل عمليات النضج. (صديق، 44، 2000).

2.4. نظرية التعلق والارتباط:

اهتمت هذه النظرية بدراسة العلاقة بين الطفل والديه، وطبيعة الرابط بينهما وأثرها على الصحة النفسية والجسمية والانفعالية والعقلية للطفل في المراحل اللاحقة.

بدراسة سلوك التعلق لدى الإنسان وبعض الكائنات الحية الأخرى، نظرا لأهميته اهتم "بولبي"

وتأثيره على نفسية الطفل، ويؤكد "بولبي" أن سلوك التعلق لدى المولود البشري يستمر طيلة حياته على خلاف الكائنات الحية الأخرى، فالطفل يتعلق بأمه من خلال القرب الجسدي بينهما خلال فترة الطفولة الأولى فتراه لا يبتعد عنها، ومع تقدم العمر نراه يبتعد عنها أكثر ملييا لحاجة الاستقلالية واكتشاف الذات، إلا انه لا يلبث أن يعود مسرعا إليها عندما يشعر بخطر ضمن البيئة المحيطة، فهي مصدر الأمن والحب والطمأنينة، كما أنها مصدر تلبية حاجاته الفيزيولوجية وخاصة الحاجة إلى الغذاء، فالأم بالنسبة إليه مصدر أساسي لإشباع حاجاته الأولية والذهنية من الحب والحنان والطمأنينة والعطف.

ويرى "بولبي" بان الجوانب الأساسية لسلوك التعلق عند الطفل تتمثل بسلوك المص وسلوك التشبث وسلوك الإشباع وسلوك البكاء وسلوك الابتسام، وتنظم هذه الأنظمة بحيث تعمل على بقاء الطفل بالقرب من أمه.

إن هذه السلوكيات هي التي تحث الأم على إشباع حاجات الطفل من خلال الاتصال معها بشكل مستمر، ويحصل من خلالها على الأمان وتخفف من شعور الخوف لديه، فمن الضروري أن يشعر الطفل بعلاقة حميمية دافئة ومستمرة مع أمه، وأشار "بولبي" إلى أن "أي نوع من المعاناة النفسية في الرشد ترجع إلى اضطراب في العلاقات الأولى التي كونها الطفل مع أمه". (قنطار، 1992، 37).

فكلما نمت الارتباط بين الطفل وأمه وزاد التعلق بينهما كلما زاد لديهم قلق الانفصال لدى ابتعاده عنها، ويرى "بولبي" أنه لا يمكن اعتبار استجابة الخوف لدى الطفل عند ابتعاده عن أمه استجابة غريزية بشكل مطلق، فهي تقوم بشكل كبير منها على التعلم، فالتعلم هو أساس لتطور أنواع السلوك ويمكن اعتبار سلوك الخوف لدى الطفل سلوك في سبيل التكيف مع الأوضاع الجديدة، والتي يعتبر انفصال الطفل عن الشخص المرتبط به أحدها، فالطفل يتعلم إن وجوده بالقرب من أمه يكسبه الراحة والشعور بالحب والأمان، بينما يرافق غياب الشعور بالقلق، وهذا يتم عن طريق التعلم الارتباطي الذي يربط فيه الطفل غياب الأم وشعوره بالضيق (عبد المبدى، 2005، 21).

3.4. نظريات التعلم:

يعد كل من "ثورندايك" و"بافلوف" و"سكينر" من ابرز علماء نظرية التعلم التي تركز على أن التعلم هو التغيير في السلوك الملحوظ والنتائج عن الاستجابة للمثيرات الخارجية في البيئة، كما يؤكد "بياجيه" و"برونز" بان التعلم يتم أيضا عن طريق المعرفة والاكتشاف. وتؤكد نظرية التعلم أن التعلق بالأم هو دلالة لتحقيق التوتر بحيث أن الأم تعتبر مثيرا محايدا للطفل، ولكن إذا قامت بتقديم الطعام والراحة للطفل يقترن هذا المثير المحايد باستجابة الراحة، وبعد حدوث الاقتران عدة مرات يصبح الطفل متعلقا بها.(العوالمة، 2003، 156).

كما ترى هذه النظرية أن سلوك الطفل ناتج عن عاملين؛ الأول يتمثل في طبيعة التفاعل البيولوجي فدافعه الأساسي هنا هو الإطعام الذي تقدمه له الأم، وبالتالي تأخذ الأم قيمة ايجابية عن طريق الاقتران بالإشباع وتحقيق اللذة، ونتيجة التكرار المرتبط بتخفيف دافع الجوع يصبح مجرد حضور الأم ذو أهمية للطفل يتعلق بها ويتوقع حضورها، لذلك يصبح الخوف هنا محتملا عند غيابها. (سليمان، 2003، 21).

4.4. النظرية المعرفية:

هناك العديد من النظريات التي أكدت على أهمية العوامل المعرفية وتأثيرها على الانفعالات لدى الطفل ومنها، نظرية "لازاروس" و"سكانز" حيث يعتقد كل من العالمان أن العوامل المعرفية تعد عناصر أساسية للانفعال، فبالنسبة لـ "لازاروس" فان نتاج النشاط الانفعالي يستمد من تقدير الطفل للمواقف إذا كان حصرا (تقدير أولي) وتقديم أساليب لمواجهة هذا الخطر والأساليب المتاحة له (تقدير ثانوي)، فالتكوين السيكولوجي للطفل(الحالة المزاجية) تشمل المعتقدات والاتجاهات وما يتعلق بالعقيدة والسلوك. ويتفق "بولبي" مع أصحاب النمو المعرفي أو المعرفيين فنجده يقول أن: "كل موقف نقابله ونتعرض له في حياتنا يفسر تحت ما نطلق عليه بالنماذج المتمثلة والتي تندرج تحتها تصوراتنا عن أنفسنا وعن العالم من حولنا، فالمعلومات عن البيئة المحيطة تصل إلينا عبر أعضاء الحس والتي تعمل بدورها على تصنيعها وتفسيرها وفق مصطلح النماذج المتمثلة.(عليان، 1996، 50).

5. معايير تشخيص قلق الانفصال:

فيما يلي نعرض المعايير التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال كما وردت في الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM 4):

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

- قلق شديد مرتبط بانفصال الطفل عن المنزل أو عن ذويه المرتبط بهم، ويبرهن على ذلك بثلاثة مما يلي:

- * حزن شديد ومتكرر عند حدوث الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم الطفل، أو يتوقع حدوثه.
- * قلق غير حقيقي ومتواصل حول فقدان أو إصابة احد الأشخاص المتعلق بهم.
- * قلق غير حقيقي متواصل أن حادثا فاجعا سوف يفصل بين الطفل والشخص المتعلق به.
- * مقاومة أو رفض مستمر، للذهاب إلى المدرسة ا والى أي مكان آخر خوفا من الانفصال.
- * يتحاشى ويتجنب دائما وجوده وحيد، أي بدون الأشخاص المتعلق بهم في المنزل أو بدون الكبار.

* مقاومة ورفض متواصل للذهاب إلى الفراش دون أن يكون قريبا منه شخص شديد التعلق به،
وان ينام بعيدا عن المنزل.

* يعاني من كوابيس متكررة متضمنة عنصر الفراق.

* شكاوي جسمية متكررة مثل الصداع وآلام المعدة، غثيان، وقيء...، عندما يحدث الانفصال
عن الأشخاص المتعلق بهم، أو يتوقع حدوثه.

- مدة الاضطراب على الأقل أربع أسابيع.

- لبداية قبل سن 18 سنة.

- يسبب الاضطراب الشديد حزن بالغ وضعف في العلاقات الاجتماعية والأكاديمية، أو أي نطاق آخر
من العلاقات.

- ألا يحدث هذا الاضطراب حصرا في سياق نمائي شامل أو فصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا
يجوز تبريره عند المراهقين على انه اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المفتوحة

(DSM 4, 1996,143).

6. التشخيص الفارقي لاضطراب قلق الانفصال:

يجب التمييز بين قلق الانفصال والاضطرابات الأخرى التي قد تكون بينها وبين قلق الانفصال علاقة، أو أعراض متشابهة عبر التشخيص الفارقي، ومن ذلك:

- **القلق العادي:** في بعض الأحيان يحس الطفل بقلق قد يكون ظاهرة عادية، لان القلق العادي لا يكون مركزا على مواقف الانفصال فقط، بل على أحداث أخرى كالخوف من الحيوانات.

- **الهلع والخوف المرضي من الأماكن الفسيحة:** خاصة إذا علمنا أن هذا الاضطراب لا يحدث قبل سن 18 سنة، وليس بسبب حدوث الانفصال، إلا انه في بعض الحالات تتفق أعراض هذا الاضطراب بأعراض قلق الانفصال .

- **بعض الاضطرابات السلوكية:** والتي تكون أسبابها أخرى غير قلق الانفصال.

- **فوبيا المدرسة:** على انه من الأعراض الشائعة لقلق الانفصال لكن في بعض الأحيان يكون الطفل قد تعرض لعدوان خارج البيت أو في المدرسة مما يجعله يرفض الخروج من البيت وهذا ليس بسبب الخوف من الانفصال (عليان، 1996، 86).

4. علاج اضطراب قلق الانفصال:

لعلاج اضطراب قلق الانفصال لا بد من وجود خطة متكاملة توضع له متضمنة مايلي:

1.7. العلاج النفسي الدينامي:

يهدف العلاج النفسي لفهم المعنى اللاشعوري للأعراض التي يعاني منها الطفل والتي تستثير القلق والخوف لديه، كما يعمل على تقوية الأنا لديه لتحمل مواقف الانفصال في جلسات نفسية متعددة مرتين أو ثلاثة أسبوعيا، ويتم استخدام طرقا للاسترخاء المفيدة في خفض الأعراض وحدثها (سليمان، 2003، 25).

2.7. العلاج السلوكي المعرفي:

يتم عن طريق سلب الحساسية التدريجي للخوف، إذ أن الاستراتيجيات المعرفية وتدريب الاسترخاء للأطفال المصابين بقلق الانفصال تساعدهم في السيطرة على القلق، كما يشتمل العلاج التعريضي لمواقف انفصالية مخيفة، وذلك بمنع الأم بمصاحبتة للمدرسة أول يوم عدة دقائق وتزداد تدريجيا حتى تصل إلى

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

ساعة في نهاية الأسبوع الأول، وتستمر زيادة الوقت حتى يكتمل اليوم الدراسي في الأسبوع الثالث بالمدرسة، ويصاحبه شخص غير الأم مع تنمية وتشجيع لعبه واختلاطه بالأطفال الآخرين داخل المدرسة، بالإضافة لذلك تستخدم استراتيجيات معرفية مثل التصريحات التي يقوم بها الشخص والتي تهدف إلى زيادة الاعتماد على النفس، والمشتغلون في مجال الصحة النفسية والطب النفسي يقدمون خدمات خاصة للأطفال المصابين باضطراب قلق الانفصال، وذلك من خلال برنامج العلاج السلوكي في مراكز الصحة النفسية.

كما تؤكد نتائج دراسة "دايا" و"ديفيد" على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب قلق الانفصال لدى طفل يبلغ من العمر 6 سنوات من خلال تصميم برنامج العلاج السلوكي متضمنا فنيات تعديل السلوك (عبد الواحد، 2003، 42).

3.7. العلاج الأسري:

وهو يفيد الآباء في تفهم أهمية تقديم المزيد من التشجيع المتواصل للأطفال في الوقت الذي يتخذون فيه موقفا حازما إزاء السلوكيات التهريرية من الأنشطة المثيرة للقلق عند الابتعاد عن المنزل كالذهاب إلى المدرسة بالإضافة لذلك فإن العلاج الأسري يشجع خلاله الوالدين على التعبير عن مخاوفهم وصراعاتهم إزاء الطفل وحمائتهما الزائدة له، والعمل من خلال العلاج على تجاوز هذه المخاوف على أهمية تدخل الوالدين بالبرنامج، كما أكدت ذلك نتائج دراسة كل من "أيزن وأندرو" لأطفالهما المصابين باضطراب قلق الانفصال والذين يبلغون من العمر ما بين 7-10 سنوات (عبد الواحد، 2003، 42).

المحاضرة السادسة: اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)

1. تمهيد
2. تعريف المهارات الحسية الحركية
3. تصنيف المهارات الحسية الحركية
4. تحليل المهارات الحسية الحركية
5. أسس تعلم المهارات الحسية الحركية
6. تعريف اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)
7. أعراض اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)
8. أسباب اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)
9. العلاج النفسي الحركي لاضطراب اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)

المحاضرة السادسة: اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)

تمهيد

يتبع الأطفال خلال مراحل نموهم نمط عام للنمو، فجميعهم يمرون بنفس الأشكال الرئيسية للنمو.. فهم يتعلمون الجلوس قبل الحبو، ويقفون قبل أن يمشوا، ويتمكنون من رسم دائرة قبل رسم المربع.. فالنمو الحركي يأخذ نمطاً منظماً ومحددًا، ومن ثم متوقعًا في كل مرحلة عمرية.

فنجد أن مسار النمو يكون من أعلى إلى أسفل؛ أي من الرأس إلى القدمين، وكذلك من الداخل إلى الخارج؛ أي من العمود الفقري إلى الأطراف. فالأجهزة الرئيسية الهامة في حياة الفرد تنمو في المقام الأول.. فالتحكم في الجسم وفي التآزر الحركي ينمو أولاً في الدماغ، ثم يتقدم فيما بعد إلى المناطق الأبعد من الرأس، لذا نرى أننا حينما نضع الطفل في وضع مائل، فإنه يستطيع أن يرفع رأسه بواسطة عنقه قبل أن يتمكن من رفع صدره. وكذلك نجده تحكمه في عضلات جذعه يسبق تحكمه في عضلات ذراعيه ورجليه، والتي تسبق تمكنه من ضبط عضلات يديه وقدميه.

إلا أن مظاهر النمو الحركي لا تتحقق حتى يبلغ الجهاز العصبي عند الطفل درجة كافية من النضج. فيعتبر النمو الجسمي، ونمو الجهاز العصبي المركزي عند الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، أساس التقدم الارتقائي الملحوظ في التناسق والتآزر الحركي..

فالنضج العصبي العضلي يكمن وراء نمو مجموعة الأداءات الحركية التي تسبق المشي وتعتبر مقدمات له وهي؛ الجلوس والحبو والزحف والوقوف وصولاً للمشي، فالقفز، والجري، واللعب.. وهكذا و تعرف المهارة حسب رأي "بور جردسيون" بأنها نشاط معقد يتطلب فترة من الممارسة المقصودة المنظمة بحيث يؤدي بطريقة ملائمة وعادة ما يكون له وظيفة مفيدة. وتعرف المهارة أيضاً بأنها الأداء الدقيق المتقن، السهل، المختزل إلى أقصى حد، والذي يؤدي بطريقة شبه آلية وبحد أدنى من الجهد.

1. تعريف المهارات الحسية الحركية: تعرف بأنها تلك النشاطات التي تستلزم استخدام العضلات الكبيرة أو الصغيرة بنوع من التآزر يؤدي إلى الكفاية والجودة في الأداء".

ومن تعاريف المهارة الحسية الحركية أيضاً "أنها سلسلة من الحركات العضلية المتناسقة التي تنجح في أداء مهمة معينة". وتلعب الحواس دورها في عملية تعلم المهارات الحركية، حيث تنتقل الإحساسات إلى الدماغ لتتحول إلى إدراك، أي تنظيم المعلومات التي يتم استقبالها من مختلف الحواس وتأويلها. ويتم التنسيق بين العضلات عن طريق الجهاز العصبي

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

ويعرف الإحساس بأنه " أبسط عملية نفسية لانعكاس الخصائص المفردة للأشياء الخارجية، كذلك للحالات الداخلية للفرد، والتي تنشأ بسبب التأثير المباشر لمؤثرات مادية في أعضاء الحواس المطابقة" وتعد هذه الإحساسات راجعة لأنها توضح للدماغ مدى نجاح العضلات في تحقيق المهمة، أو النجاح في اكتساب المهارة، أي أن الإحساس الراجع كما ذكره "أنوخين" في مخطط المنعكس الدائري التكيفي هو نوع من الإشارات والمعلومات التي توضح للدماغ مدى النجاح بالعمل وليس المقصود بالحركة تنمية مهارات حركية منفصل بعضها عن بعض، بل كما سبق القول إن التعاون والتنظيم الدقيق هو الذي يحكم عمل العضلات وأعضاء الجسم التي تترابط وتتضافر لتأدية الحركة المطلوب أداؤها بأقل مجهود ممكن وببسر وسهولة. (راتب، أسامة كامل، 34، 1999).

2. تصنيف المهارات الحسية الحركية:

يرى العلماء أنه على الرغم من كثرة المهارات وتنوعها واختلافها، يمكن تنظيمها وتوحيدها في فئات وأصناف، حسب المعايير والحركات التالية: درجة تعقيد المعلومات، أو القرارات المتخذة عدد الحركات الموجودة في المهارة وتكاملها عدد الأعمال العضلية المستخدمة سواء بالعضلات الكبيرة أو الدقيقة الإشارات التي تتطلب القيام بحركات نوعية خاصة خصائص الأداء الحركي الماهر فيما يلي أهم خصائص الأداء الحسي الحركي الماهر التي تساعد المعلم على الحكم على مدى اكتساب المتعلم للمهارات التآزر ومعناه وجود وضوح في الإيقاع الحركي والتفاعل، والتناسق بين المثيرات والاستجابات. ويمكن القول عموماً أن التآزر هو استخدام لعضلات الجسم معاً أو في تتابع.

السرعة: وهو أن تؤدي المهارة الحس حركية بسرعة. فالكاتب الماهر على الآلة الكاتبة يكتب عدداً كبيراً من الكلمات في الدقيقة إذا قورن بغيره.

الدقة: مع السرعة في الأداء يجب أن تكون المهارة دقيقة أي أن دقة ما يكتبه الكاتب على الآلة الكاتبة دليل على مهارته. القدرة على الأداء تحت الضغوط: والرياضي الكفاء والحرفي الماهر قادران على الأداء تحت ضغط الزمن أو التعب أو اللحظات الحرجة أو مع وجود ملاحظين لهما. **التوقيت:** يتطلب كثير من المهارات دقة في التوقيت.

الإستراتيجية: ففي المباريات الرياضية مثلاً يتضمن الأداء الماهر جانباً معرفياً هاماً، فالفريق الماهر هو الذي يستطيع أن يستخلص أسلوب خصمه، ويستطيع أن يصدر النمط السلوكي المناسب المنافس، وأن يتفوق عليه (مريم، 56، 2002)

عند القيام بتعلم المهارات الحسية الحركية لا بد من تحليل هذه المهارات، فبذلك يسهل تعلمها عندما تتحول إلى مهارات جزئية تبين المكونات الرئيسية فيها. هذا وقد يؤثر التعب أو الملل في سير التقدم في بعض الأحيان، ويمكن الاستفادة من منحيات التعلم التي تتناول دراسة التغيرات الكمية التي تطرأ على أداء الكائن الحي أثناء اكتسابه لمهارة معينة، حيث يعبر عن التحسن في الأداء نتيجة لعملية التعلم بوحدة من ثلاث طرائق هي: يظهر التحسن في الأداء بالنقص في الزمن الذي يستغرقه الفرد في القيام بعملية من العمليات مرة بعد أخرى (حسب منحنى الزمن). يظهر التحسن في الأداء بالنقص في عدد الأخطاء التي يرتكبها الفرد أثناء القيام بعملية من العمليات مرة بعد أخرى (حسب منحنى الخطأ). وقد يظهر التحسن في الأداء بزيادة ما يحصله الفرد في كل محاولة حسب منحنى التحصيل (المنحنى الفردي). (مريم، 68، 2002)

4. أسس تعلم المهارات الحسية الحركية:

عند تعلم المهارات وبخاصة الرياضية منها لا بد من مراعاة الأسس التالية:

1- الأساس الفيزيولوجي الأساس التربوي النفسي الأساس العضلي التشريحي.

2- الأساس الصحي. العمليات العقلية العليا لممارسة أي نشاط حركي الإحساس بالحركة. الإحساس بالتوازن الإحساسات اللمسية

* الإدراك: وهو عملية معرفية تتجلى في التأثير في الأعضاء الحسية بمؤثرات معينة، وبإعطاء تفسير لهذه المؤثرات، وتحديدتها، وإضفاء معنى عليها.

* التصور: وهو عملية من العمليات العقلية العليا وله دور كبير في تعلم المهارات الحركية. وهو عبارة عن انعكاس الأشياء والظواهر التي سبق للفرد أن أدركها من قبل، والتي لا تؤثر عليه لحظة حدوث التصور. وعملية التصور هامة جداً. وهي على أنواع تتعلق بالحاسة أو العضو الحسي. (راتب، 1999)

6. المبادئ الخاصة بتعلم المهارات الحسية الحركية:

أن يعرف المتعلم طبيعة الأداء الحركي الجيد ملاحظة نموذج للأداء الحركي الماهر القيام بالممارسات الفعلية للمهارة، ولتبيان أفضل الطرائق للممارسة لاكتساب المهارات ينبغي أن تمارس المهارة ككل بدلاً من الطريقة الجزئية، وينبغي أن تتوزع فترات الممارسة بدلاً من أن تتجمع. كما ينبغي أن تكون الممارسة في الصورة المرغوب فيها فعلاً وواقعاً. إذا كانت السرعة والدقة مطلوبين في المهارة

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

ينبغي التركيز على السرعة أولاً. التوجيه (الذاتي والخارجي) أثناء اكتساب المهارة وعلى المعلم أن يستخدم التعزيز كأسلوب للتوجيه وأن تكون التغذية الراجعة مباشرة ومتابعة في بداية اكتساب المهارة وأن يستخدم التوجيه اللفظي إلى جانب التوجيه العملي.

7. تعريف اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق):

يُطلق عليه أيضاً اضطراب التنسيق الحركي أو خلل الحركة الحركي، هو اضطراب الطفولة الذي يسبب مشاكل في تنمية المهارات الحركية اللازمة للأنشطة اليومية أو المدرسية أو معا .

إن النضج العصبي العضلي يكمن وراء نمو مجموعة الأداء الحركي التي تسبق المشي وتعتبر مقدمات له وهي الجلوس والحبو والزحف والوقوف وصولاً للمشي فالفقر والجري، واللعب.. وهكذا. إلا أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأزر النمائي "اضطراب التناسق" .. يعانون من تأخر في تحقيق المهارات الأساسية الحركية، كالحبو والمشي، أو الجلوس في وضع مستقيم. وكذلك يعانون من عجز في المهارات الحركية الدقيقة، مثل الكتابة أو التقاط الأشياء الصغيرة ما يجعلهم يحاربون يومياً من أجل القيام بالأنشطة الحركية بصورة صحيحة، ويعوق أدائهم لأنشطة رياضة وأكاديمية، نتيجة افتقارهم للقدرات والمهارات الكتابية.

ومما يثير القلق بشكل خاص هو صعوبة الكتابة اليدوية في المدرسة، بالتالي انعدام القدرة على إيصال الأفكار، ما يجعل الوضع محبطاً للغاية، ويحول دون تكوين علاقات اجتماعية جيدة. ويساهم في تآكل الثقة و تقدير الذات.

لكن قد يحدث "اضطراب التناسق" مصاحباً أحد الاضطرابات الأخرى مثل:

* اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD).

* صعوبة في التعلم مثل عسر القراءة، مما يؤثر على مهارات المشاركة في القراءة والإملاء الكلمات.

* اضطراب طيف التوحد، مجموعة من اضطرابات النمو..... أو اضطرابات أخرى (على، فالح

الهنداوي، 2002)

8. أعراض اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق):

تختلف أعراض اضطراب المهارات الحسية الحركية تبعاً لعمر الطفل عند تشخيصه. قد تشمل أعراض اضطراب المهارات الحسية الحركية عند الأطفال الصغار نقص التوتر

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

(الطفل المرن) أو فرط التوتر (رضيع جامد). قد يعاني الأطفال الأكبر سناً من تأخير في الجلوس أو الوقوف أو المشي ، وقد يواجه الأطفال الصغار صعوبة في إطعام أنفسهم. تتضمن أعراض اضطراب المهارات الحسية الحركية لدى الأطفال الأكبر سناً صعوبة في تعلم وضع قلم رصاص ، والميل إلى طرق نظارات الشرب أكثر من المتوقع. مع تقدم الأطفال في السن ، يمكن أن يتسبب اضطراب المهارات الحركية في تجنب الأطفال ممارسة الأنشطة البدنية مثل الرقص، أو الجمباز أو السباحة أو صيد أو رمي كرة أو كتابة أو رسم. قد تشمل أعراض اضطراب المهارات الحركية أيضاً ميلاً إلى السقوط أو الرحلة أكثر من غيرها، وعدم القدرة على إكمال المهام الحركية بشكل كاف أو كدمات أو إصابات جلدية سطحية بسبب "الخرفاء"، وعدم القدرة على الحكم على المسافات المكانية، وصعوبة إيقاف تشغيل الحفريات، إيقاف تشغيل الأجهزة، وصعوبة تجميع الألغاز أو الألعاب.... الخ.

الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم أعراض متغيرة، وهذا يتوقف على عمر التشخيص (كما هو الحال مع معظم اضطرابات الطفولة).

* قد يصاب الرضع الصغار بنتائج غير محددة ، مثل نقص التوتر (الطفل المرن) أو فرط التوتر (رضيع جامد).

* قد يتأخر الأطفال الأكبر سناً في قدرتهم على الجلوس أو الوقوف أو المشي.

* قد يواجه الأطفال الصغار صعوبة في تغذية أنفسهم.

* قد يواجه الأطفال الأكبر سناً صعوبة في تعلم وضع قلم رصاص ، ويميلون إلى تناول أكواب الشرب أكثر من المتوقع.

عندما يصاب الأطفال المصابون بهذا الاضطراب ، فإنهم غالباً ما يتجنبون الأنشطة

البدنية، وخاصة تلك التي تتطلب سلوكيات حركية معقدة مثل :

* الرقص

* رياضة بدنية

* سباحة

* اصطياد أو رمي كرة

* الكتابة أو الرسم.

يرجع ذلك إلى ميل الفرد إلى السقوط أو الرحلة أكثر من غيرها وعدم قدرته على إكمال المهام الحركية بشكل كاف. قد يكون لدى هؤلاء الأفراد المزيد من الكدمات أو الإصابات الجلدية السطحية بسبب "الخرقاء".

قد يشعرون غالبًا بعدم القدرة على الحكم على المسافات المكانية ويواجهون صعوبة في إيقاف تشغيل الحنفيات وإيقاف تشغيل الأجهزة ويميلون إلى مواجهة مشكلة في تجميع الألغاز أو الألعاب (على، فالج الهنداوي، 2002).

9. أسباب اضطراب المهارات الحركية (اضطراب التناسق):

لا يوجد سبب محدد معروف لهذا الاضطراب، ومع ذلك، غالبًا ما يرتبط مع نشوهات الفسيولوجية أو التنموية مثل :

- * مولود الشهر السابع (الخدج)
- * إعاقات النمو كالعجز المعرفي.
- * اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) واضطرابات التعلم كصعوبات الرياضيات وصعوبات القراءة.
- على الرغم من أن الأسباب الدقيقة للخلل لدى الأطفال غير معروفة، إلا أنه يعتقد أن يكون السبب هو اختلال في طريقة نقل الرسائل من الدماغ إلى الجسم.. حيث يتميز هذا الاضطراب بصعوبة التخطيط على نحو سلس، وتنسيق الحركات. ما يؤدي إلى الحماقات وافتقار التناسق. اضطراب تمت تسميته عام 1930 بـ "متلازمة الطفل الأخرق"، كما يجب التمييز بينه وبين الاضطرابات الحركية الأخرى، مثل :
- * الشلل الدماغي
- * الحل العضلي
- * اضطرابات التمثيل الغذائي الموروثة. (على، فالج الهنداوي، 2002).

10. العلاج النفسي الحركي لاضطراب التناسق:

يعرف العلماء العلاج النفسي الحركي بأنه "أحد وسائل العلاج الطبيعي، ويعني الاستخدام العلمي لحركات الجسم وشتى الوسائل المختلفة المبنية على أسس من علم التشريح والفسيولوجيا والعلوم التربوية والنفسية لإغراض وقائية وعلاجية بهدف المحافظة على العمل الوظيفي وإعادة تأهيل النسيج

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

قبل وإثناء وبعد الإصابة، وبذلك فإن العلاج الحركي يعتمد وسيلة هي الأكثر فعالية بين وسائل القوى الطبيعية (الحركة) من أجل الوقاية والعلاج والتأهيل عند الإصابة أو المرض أو الإعاقة".

ويعرف "فالون" العلاج النفسي الحركي بأنه طريقة علاجية يستخدم فيها المعالج الوعي الجسدي والأنشطة البدنية، وهو حجر الزاوية في النهج الذي تتبعه مستشفيات الأمراض النفسية في برامجها في العلاج والتشخيص لحالات كثيرة من الاضطرابات النفسية والحركية، حيث يتمثل العلاج الحركي في التمرينات العلاجية، سواء كانت إيجابية أو سلبية، وهي مرتبطة بعملية الانقباض العضلي، وتعد من أهم فروع العلاج الطبيعي التي تستخدم في علاج وتأهيل الإصابات الرياضية ومنع الإصابة، ولها دور كبير في الحفاظ على صحة اللاعب خلال مرحلة النقاهاة. ويعد العلاج الحركي من أكثر وسائل العلاج الطبيعي فعالية إذا ما استخدم بشكل منظم ودقيق وبتوافق مع الخلل الوظيفي للجسم، حيث يعتمد التوافق النسيجي لأجهزة الجسم كافة، ويعتمد على مفاهيم علم الحركة وقوانينه في بناء الأنظمة العلاجية لاستعادته وتجديد الوظائف الحركية والوصول إلى حالة ما قبل الإصابة أو المرض وتحديد مضاعفات الإعاقة (راتب، أسامة كامل، 1999).

المحاضرة السابعة: اللزمات

1. مفهوم اللزمات

2. أنواع اللزمات

3. أسباب اللزمات

4. علاج اللزمات

*العلاج الدوائي

*العلاج النفسي

*العلاج النفسي الحركي

*العلاج السلوكي

المحاضرة السابعة: اللزمات

1. تعريف اللزمات:

يعرفها فالون بأنها حركات تبحث عن إحساسات متشابهة فيما بينها في نفس الوقت، خاصيتها الإقاعية وتغيراتها توضح ذلك، وتعتبر هذه الحركات حسب فالون عن الرغبة في ملاعبة الجسم والتحكم فيه مثل الدمية، كأن الوعي ينهمك في الوظائف الحسية الحركية للجسم الشخصي (بسبب عجزه عن تدبير أمره في المحيط الخارجي).

صنفت هذه الحركات ضمن مجموعة واحدة لأنها تفيد في التكوين خلال النمو، فالتفريغات الاستكشافية تساهم في التعرف على الجسم، والتفريغات الإقاعية تخفض التوتر وتسمح للطفل بالانعزال عن المحيط الخارجي، أما التفريغات العنيفة ضد الذات الإقاعية واللاإقاعية ذات القيم المتناقضة في جوهرها، وهذه الانماط تصبح مرضية عندما لا تصبح مصدر للمعلومات ولا تحقق إشباع حقيقي وتصبح قوالباً قهرية

(DE AJURIAGUERRA.1980.PP252-254)

2. انواع اللزمات:

تختلف اللزمات من حيث شكلها و وقت ظهورها ومدى ديمومتها وكذا من حيث وتيرة حدوثها و ابرز اللزمات التي تشيع لدى الأطفال والمراهقين نجد:

- مص الأصابع ومص الملابس أو أشياء أخرى
- قضم الأظافر أو الأقلام أو غيرها من الأدوات
- هز وترعش الأرجل بوتيرة مستمرة أو سريعة
- ترمش العينين بطريقة ملفتة للنظر
- تحريك الأنف والفم والكتف، والرقبة..... الخ
- فرقة الأصابع وتنقية الأنف وفرك العينين. الخ
- نتف الشعر

(الخليدي، وهي، 149، 1997-1997)

3. اسباب اللزمات:

توجد تفسيرات عديدة لهذه اللزمات وظهورها يدل على معنى معين وأن لديها وظيفة.
يقول الأخصائيين في علم النفس أن اللزمات هي إيماءات تعبيرية لصراع بين القوى المكبوتة والقوى الكابتة عند الطفل. وحتى نعرف أسباب اللزمات يجب ان ننتبه إلى فترة ظهورها والى كل العوامل والظروف المحيطة بزمن ظهورها.
تقول الباحثة "ماهر" أن السبب يتعلق بأشخاص يبدون تناذرا سمتة " الحاجة الحركية الجبرية" الإلحاح وأنها حالة استحالة التحكم في الوظيفة العصبية العضلية وحسبها يتمثل الأشخاص الملازمون في أشخاص كانوا أطفالا قلقين، مثبطين، مكتئبين، سلبيين، وهم على الأكثر ذكور، لان الجهاز العصبي لديهم يكون كحقل للعدوانية إذ تظهر اللزمات لدى الأشخاص ذوي الاستعدادات لاضطرابات حركية وخلال الصراعات الشائعة في فترة الكمون.
وحسب "مولدوفسكي" يكون هؤلاء الأطفال قد اكتسبوا درجة غير اعتيادية من النشاط الحركي، ويؤكد آباءهم انهم سهلوا الاستثارة وجد متلخبطين

(DE AJURIAGUERRA.1980.PP258-259)

4. علاج اللزمات:

1.4. العلاج الدوائي:

تعالج الحالات التي تتطلب إعطائها الأدوية بـ: "الكلوندين، النيزو ديازيبين"، و"مثبطات السيروتونين" للسيطرة على الاختلاجات الشديدة.

2.4. العلاج النفسي:

يجب إخضاع هذه الحالات إلى جلسات نفسية لان معظم الأبحاث اثبت أنهم أطفال خجولين جدا، وانه قد يكونوا من ذوي الإفراط في الحماية والتدليل، وان التسلط وضغوطات المحيط العائلي الممارسة عليهم تنعكس عليهم بظهور اللزمات لديهم.

3.4. العلاج النفسي الحركي: هذه الطريقة العلاجية تستهدف زوال اللزمة ذاتها. ويمكن هنا استخدام هذه التقنيات:

* تقنية المرآة وتقنية الاسترخاء العضلي لخفض التوتر.

4.4. العلاج السلوكي: يتمثل في تكرار اللزمة (تكرار ارادي) لمدة نصف ساعة تقريبا كل يوم لمدة ثلاثة أسابيع متبوعة براحة لثلاث أسابيع أخرى فهذه الطريقة قد أعطت نتائج جيدة.

5.4. نصائح تقدم للوالدين: يجب نصح الوالدين بتجنب القمع وتجنب المبالغة لأن اللزمة تستثمر وتصبح أكثر تعقيدا كلما كان هناك قمع وتثبيط للطفل. كما يجب إعطائه الاستقلالية لان هذا الطريقة تحقق التحسن التلقائي من اللزمة لديه" (CANOUI, & ramos;19994)

الوحدة الثانية: اضطرابات المراهقة

المحاضرة الأولى: اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك

أولاً: اضطراب المسلك

1. تعريف اضطراب المسلك

2. تشخيص اضطراب المسلك

3. مسار تطور المرض

4. أسباب اضطراب المسلك وعوامل تتداخل معه

* عامل صعوبات التعلم

* العامل المعرفي

* عامل اختلافات في المخ تشريحياً

* العوامل الشخصية

* عامل الأسرة والأقران

* العوامل السيكلوجية

* عامل الإساءة الجسدية والجنسية

5. علاج اضطراب المسلك

ثانياً: اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع

1. تعريف اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع

2. تصنيف اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع

3. أشكال اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمؤشرات التشخيصية

4. علاج اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع

* العلاج الدوائي

* العلاج النفسي الاجتماعي

المحاضرة الأولى: اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك

تمهيد

حالة شديدة تتميز بالسلوك العدائي المتكرر والمستمر، تجاهل الآخرين، والعنف الجسدي أحياناً، كما يتسم هذا السلوك بالتمرد والتحدي، وانتهاك القواعد الاجتماعية، والاستهانة بها، سواء في المنزل، أو المدرسة، أو في العلاقات الاجتماعية الأخرى. ما يتسبب للطفل بضعف في أدائه الأكاديمي، الاجتماعي، والعائلي، فالأطفال الذين يعانون من هذا اضطراب يعانون من اضطراب في السلوك، فيحملون طابع القسوة، والذي يدفعهم في وقت مبكر للضرب والعض، ليتطور السلوك لاحقاً من مجرد شقاوة طفولية معتادة، إلى سلوكيات أكثر عدوانية ويتضمن ذلك سلوكيات عدوانية: كإيذاء الحيوانات، تدمير الممتلكات، الدخول في المعارك، الخداع والسرقة، التخريب، الإحراق، والكذب، الثورة العارمة ضد القوانين والإجراءات الإلزامية.... الخ.

1. تعريف اضطراب المسلك:

اضطراب السلوك هو اضطراب عقلي يتم تشخيصه في مرحلة الطفولة أو المراهقة ويظهر من خلال نمط متكرر ومستمر من السلوكيات التي ينتهك فيها الحقوق الأساسية للآخرين أو الأعراف الرئيسية المناسبة للعمر، وغالباً ما يشار إلى هذه السلوكيات باسم "السلوكيات المعادية للمجتمع". وغالباً ما يتم اعتباره مقدمة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، وهو تعريف لا يتم تشخيصه حتى يبلغ الفرد سن 18 سنة. يُقدر عدد المصابين باضطراب السلوك حوالي 51.1 مليون شخص على مستوى العالم اعتباراً من عام 2013. وتقدر نسبة الأطفال المتأثرين باضطراب السلوك من 1-10%. ورغم ذلك، فإن النسبة تزيد بين الشباب المسجونين أو الشباب المحتجزين في سجون الأحداث إلى ما بين 23% و 87%. وتشير أيضاً غالبية الأبحاث المتعلقة باضطراب السلوك إلى وجود عدد أكبر بكثير من الذكور المشخصين بالمرض مقارنةً بالإناث، بجانب بعض التقارير التي تشير إلى وجود فرق ثلاثة إلى أربعة أضعاف في الانتشار بينهما ومع ذلك، قد يكون هذا الاختلاف متحيزاً إلى حد ما من خلال استخدام المعايير التشخيصية التي تركز على السلوكيات الأكثر ظهوراً وعلانية، مثل العدوان والشجار، والتي تظهر في الذكور بشكل أكبر. بينما من المحتمل أن تتميز الإناث بسلوكيات سرية، مثل السرقة

أو الهروب علاوة على ذلك، يرتبط اضطراب السلوك في الإناث بالعديد من النتائج السلبية، مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع والحمل المبكر مما يشير إلى أن الاختلافات بين الجنسين في السلوكيات التخريبية تحتاج إلى فهم أكبر. ويعتبر الإناث أكثر استجابة من الذكور لضغط الأقران بما في ذلك الشعور بالذنب (dsm5,2013,p659).

1.1. أعراض اضطراب المسلك:

يعد أحد أعراض اضطراب السلوك هو مستوى أقل من الخوف. تُظهر الأبحاث التي أجريت على تأثير التعرض للخوف والضيق على الأطفال الصغار أن الانفعال السلبي (الخوف) يتنبأ برد فعل الأطفال العاطفي تجاه الضيق. ويدعم النتائج أنه إذا كان مقدم الرعاية قادراً على الاستجابة لإشارات الأطفال الرضع، فإن الطفل يكون لديه قدرة أفضل على الاستجابة للخوف والضيق. إذا لم يتعلم الطفل كيف يتعامل مع الخوف أو الضيق، فمن الأرجح أن يكون الطفل أكثر عدوانية تجاه الأطفال الآخرين. وإذا كان مقدم الرعاية قادراً على توفير التدخل العلاجي وتعليم الأطفال المعرضين للخطر مهارات عاطفية أفضل، سيكون للطفل معرضاً بدرجة أقل لاضطراب السلوك.

2.1. تشخيص اضطراب المسلك:

تم تصنيف الاضطرابات السلوكية في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM₄) ويتم تشخيص اضطراب المسلك على أساس نمط طويل من السلوك غير الاجتماعي مثل الانتهاك الخطير للقوانين والأعراف والقواعد الاجتماعية لدى الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً. كما تُستخدم معايير مماثلة لمن تجاوزت أعمارهم 18 عاماً لتشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ولا توجد مراجعات مقترحة للمعايير الرئيسية لاضطراب المسلك في "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية"، وهناك توصية من مجموعة العمل لإضافة محدد إضافي للسمات القاسية وغير العاطفية وفقاً لمعايير DSM₅ الخاصة باضطراب السلوك، هناك أربع فئات يمكن أن تكون موجودة في سلوك الطفل: الاعتداء على الناس والحيوانات، تدمير الممتلكات، الخداع أو السرقة، والانتهاك الخطير للقواعد. ويظهر تقريبا لدى جميع المراهقين الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات، سمات تشبه اضطراب المسلك، ولكن بعد العلاج الناجح لاضطراب تعاطي المخدرات، ما يقرب من نصف هؤلاء المراهقين لم تعد تظهر عليهم أعراض تشبه اضطراب المسلك. لذلك، من المهم استبعاد الأسباب التي تعود للمواد المخدرة، وبدلاً من ذلك يتم معالجة اضطراب تعاطي المخدرات قبل إجراء تشخيص نفسي لاضطراب المسلك.

3.1. النقاط التشخيصية لاضطراب المسلك كما ورد في جمعية الطب النفسي:

*** نموذج من السلوك التكراري والمستمر الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين الأساسية أو القواعد الاجتماعية الأساسية المناسبة لسن الطفل أو الشخص أو القوانين، ويتضح ذلك بوجود 3 أو أكثر من المعايير التالية في اثني عشر شهرًا الماضية (من بداية الأعراض) مع وجود معيار واحد على الأقل خلال السنة أشهر الماضية (من بداية الأعراض):

- العدوانية تجاه الناس والحيوانات:

- * عادةً ما يهدد الآخرين أو يخيفهم.
- * عادةً ما يبدأ حركات جسدية أو خناقات.
- * قاسيًا بالإيذاء الجسدي للإنسان وللحيوان.
- * السرقة وهو وجه لوجه مع الضحية "السلب - سطو مسلح - نشل".
- * إجبار شخص ما على ممارسة الجنس معه بالقوة.

- تدمير ملكية الغير:

- * الانخراط في إشعال النار عمدًا بقصد إلحاق الأذى بالآخرين.
- * التدمير المتعمد لملكية الآخرين "بوسيلة غير إشعال النار"

- الخداع والسرقة:

- * تسلل إلى منزل أو مبنى أو سيارة شخص آخر.
- * الكذب المستمر في أغلب الأوقات للحصول على شيء ما أو امتيازات.
- * سرقة الأشياء القِيّمة دون مواجهة الضحية.

- انتهاكات خطيرة للقواعد والأعراف والقوانين:

- * غالبًا ما يبقى خارج المنزل ليلاً رغم منع الوالدان وذلك قبل عمر 13 عام.
- * الهروب من البيت طوال الليل مرتين على الأقل وهو يعيش في كنف والديه أو من يعوله.

* غالبًا ما يتغيب عن المدرسة قبل عمر 13 عام.

*** يسبب الاضطراب في السلوك اختلالاً هامًا عمليًا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.
*** إذا كان عمر الشخص 18 عام أو أكثر لا تتحقق معايير اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وبناءً على عمر الطفل عند ظهور الاضطراب:

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

* اضطراب المسلك؛ نمط البدء في الطفولة

يكون على الأقل وجود معيار واحد قبل سن 10 سنوات.

* اضطراب المسلك؛ نمط البدء في المراهقة

غياب أي معيار وصفي لاضطراب المسلك قبل عمر 10 سنوات.

* اضطراب المسلك؛ البداية غير محددة من البداية غير معروف

4.1. مسار تطور المرض:

يعتقد حالياً أن هناك اثنين من مسارات التطور تؤدي إلى اضطراب السلوك. يعرف الأول باسم "الاضطراب السلوكي للطفولة" ويحدث عند ظهور أعراض اضطراب السلوك قبل عمر 10 سنوات. غالباً ما يرتبط هذا المسار بدورة حياة أكثر استمرارية وسلوكيات أكثر انتشاراً على وجه التحديد، فإن الأطفال في هذه المجموعة لديهم مستويات أعلى من أعراض مرض "نقص الانتباه وفرط الحركة"، والعجز العصبي النفسي، والمزيد من المشاكل الأكاديمية، وزيادة الاختلال الوظيفي العائلي، وارتفاع احتمالية العدوان والعنف.

هناك جدل بين الأخصائيين فيما يتعلق بصحة ومصداقية تشخيص الأطفال الصغار بمرض اضطراب السلوك. غالباً تشاهد الخصائص اللازمة للتشخيص عند الأطفال الصغار الذين يتم تحويلهم إلى أخصائيي الصحة العقلية. قد يكون التشخيص السابق لأوانه عند الأطفال الصغار، وبالتالي تصنيف الشخص، غير مناسب. كما يقال إن بعض الأطفال قد لا يكون لديهم في الواقع اضطراب سلوكي، لكنهم يخرطون في سلوك تخريبي مناسب لنشأتهم. ويعرف المسار الثاني لتطور المرض باسم "الاضطراب السلوكي للمراهقة" ويحدث عند ظهور أعراض اضطراب السلوك بعد عمر 10 سنوات. عند الأفراد الذين يعانون من "اضطراب السلوك في المراهقة" اختلالاً نفسياً أقل من أولئك الذين يعانون منه في الطفولة، ولا يتصفون بنفس المرض النفسي وفي بعض الأحيان سوف تخف الأنماط المنحرفة لهؤلاء الأشخاص قبل مرحلة البلوغ.

وقد أظهرت الأبحاث أن هناك عدداً أكبر من الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك في مرحلة المراهقة عن الأطفال الذين يعانون منه في الطفولة، مما يشير إلى أن اضطراب السلوك عند المراهقين يعتبر مبالغة في سلوكيات التطور التي تُرى عادة في مرحلة المراهقة، مثل التمرد ضد رموز السلطة، ورفض القيم التقليدية ومع ذلك، لم يتم توثيق هذه الحجة وتشير الأبحاث التجريبية إلى أن هذه المجموعات الفرعية ليست موثقة كما كان يعتقد من قبل.

بالإضافة إلى هذين المسارين المعترف بهما من قبل DSM 4 ، يبدو أن هناك علاقة بين اضطراب التحدي والمعارضة ، واضطراب السلوك، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. على وجه التحديد، أظهرت الأبحاث اتصال بين الاضطرابات، فمثلا يتم تشخيص اضطراب السلوك في كثير من الأحيان لدى الأطفال الذين تم تشخيصهم في السابق باضطراب التحدي والمعارضة، ومعظم البالغين الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع قد تم تشخيصهم في السابق باضطراب السلوك. على سبيل المثال، وقد أظهرت بعض الأبحاث أن 90% من الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب السلوك لديهم تشخيص سابق باضطراب التحدي والمعارضة. علاوة على ذلك، يتشارك كلاهما في عوامل الخطر والسلوكيات المدمرة ذات صلة ببعضها، مما يوحي بأن اضطراب التحدي والمعارضة منشأ تهديدي وصورة أخف لمرض اضطراب السلوك. ولكن هذا لا يعني أن هذا المسار يحدث في جميع الأفراد. في الواقع، فإن حوالي 25 % فقط من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التحدي والمعارضة سيتم تشخيصهم لاحقا باضطراب السلوك. بالمقابل، هناك ارتباط ثابت بين اضطراب السلوك وتشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كشخص بالغ. في الواقع، تتطلب المعايير التشخيصية الحالية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تشخيص اضطراب السلوك قبل سن 15 عاما. ومع ذلك، 25-40 % فقط من الشباب الذين يعانون من اضطراب السلوك سوف يصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. وبالرغم من ذلك، فإن العديد من الأفراد الذين لا يستوفون المعايير الكاملة لتشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لا يزالون يظهرون نمطاً من الاختلال الاجتماعي والشخصي أوفي السلوكيات المعادية للمجتمع. هذه المسارات التطورية ترجح وجود سلوكيات معادية للمجتمع عند بعض الأفراد والتي لها آثار مهمة على كل من البحث العلمي والعلاج

5.1. أسباب اضطراب المسلك وعوامل تتداخل معه:

إن سبب اضطراب المسلك معقد بسبب تفاعل يصعب تحديده بين العوامل البيولوجية والبيئية، فإن تحديد الآليات الكامنة وراءه أمر بالغ الأهمية للحصول على تقييم دقيق وتقديم علاج فعال . وقد تم التعرف على العديد من الاتجاهات التي تتورط في نشأة اضطراب السلوك بما في ذلك المتغيرات المعرفية والعوامل العصبية والعوامل داخل الفرد، وتأثيرات الأسرة والأقران، وعوامل أوسع من ذلك. فقد تختلف هذه العوامل أيضاً وفقاً للعمر الذي يبدأ عنده المرض، بوجود متغيرات ترتبط الطفولة المبكرة (مثل: العناصر الأساسية للنمو العصبي) مختلفة عن المتغيرات التي ترتبط بمرحلة المراهقة (على سبيل المثال، العلاقات الاجتماعية / العلاقات مع الأقران).

1.5.1. عامل صعوبات التعلم:

في حين أن ضعف اللغة أكثر شيوعاً قرابة 20-25 % من الشباب الذين يعانون من اضطراب السلوك لديهم نوع من الإعاقة في التعلم. وعلى الرغم من أن العلاقة بين الاضطرابات معقدة، يبدو كما لو أن إعاقات التعلم ناتجة عن مزيج من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة مع تاريخ سابق من الصعوبات والفشل الأكاديمي وكذلك صعوبات طويلة الأمد في التواصل الاجتماعي مع العائلة والأقران. ومع ذلك، يجب أيضاً دراسة العوامل المخفية المربكة في هذه العلاقة، مثل العجز اللغوي، أو عيوب المرتبطة بالوضع الاجتماعي الاقتصادي، أو التأخر في النمو العصبي، حيث يمكن أن تساعد هذه العوامل في تفسير بعض الارتباط بين اضطراب السلوك ومشاكل التعلم..

2.5.1. العامل المعرفي:

من حيث الوظيفة المعرفية، فإن الذكاء والعجز المعرفي شائعان بين الذين يعانون من اضطراب السلوك، وخاصة أولئك الذين لديهم بداية مبكرة للمرض ولديهم حاصل ذكاء (IQ) له انحراف معياري واحد أقل من المتوسط. وعجز شديد في المنطق اللفظي والوظيفة التنفيذية قد تظهر صعوبات الوظيفة التنفيذية من خلال قدرة المرء على الانتقال بين المهام والتخطيط، بالإضافة إلى التنظيم، وكذلك منع الاستجابة التلقائية هذه النتائج تظل صحيحة حتى بعد الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الأخرى مثل الوضع الاجتماعي الاقتصادي، والتعليم. ومع ذلك، فإن العجز في حاصل الذكاء والوظائف التنفيذية ليست سوى جزء واحد من اللغز، ويزداد حجم تأثيرها من خلال عمليات التداخل مع العوامل البيئية.

3.5.1. عامل اختلافات في المخ (تشريحيًا):

إضافة إلى الصعوبات في الوظيفة التنفيذية، فإن الأبحاث العصبية على الذين يعانون من اضطراب السلوك تظهر أيضاً اختلافات في تشريح المخ ووظيفته تعكس السلوكيات والاختلال العقلي المرتبط باضطراب السلوك. بالمقارنة مع مجموعة التحكم العادية، أظهر الشباب الذين يعانون من اضطراب السلوك في الطفولة والمراهقة استجابات أقل في مناطق المخ المرتبطة بالسلوك الاجتماعي (أي اللوزة المخية، القشرة المخية قبل الجبهية البطنية، والفص الجزيري، والقشرة الأمامية). بالإضافة إلى ذلك، أظهر الشباب الذين يعانون من اضطراب السلوك أيضاً استجابة أقل في المناطق الأمامية للدماغ خلال مهمة تعزيز المحفزات والمكافأة ويقدم هذا تفسيراً عصبياً لسبب تكرار الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك أنماط اتخاذ القرار السيئة. وأخيراً يظهر الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك انخفاضاً في

حجم المادة الرمادية في اللوزة المخية، وهو ما قد يؤدي إلى حدوث نقص في حالة الخوف وقد ارتبط هذا الانخفاض بصعوبة في معالجة المحفزات العاطفية الاجتماعية، بغض النظر عن سن بداية المرض وبجانب الاختلافات في التشريح العصبي وأنماط التنشيط بين الذين يعانون من اضطراب السلوك ومجموعة التحكم، فإن التشكيلات الكيميائية العصبية تختلف أيضاً بين المجموعات. يتميز الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك بانخفاض مستويات السيروتونين والكورتيزول (من خلال انخفاض محور الغدة النخامية - الغدة الكظرية) بالإضافة إلى انخفاض أداء الجهاز العصبي اللاإرادي. يرتبط هذا الانخفاض بعدم القدرة على تنظيم المزاج والسلوكيات المندفعة، وإشارات ضعيفة من القلق والخوف وانخفاض تقدير الذات، هذه النتائج مجتمعة قد تكون مسؤولة عن بعض التباين في الأنماط النفسية والسلوكية للشباب الذين يعانون من اضطراب المسلك.

4.5.1. العوامل الشخصية:

إلى جانب النتائج المتعلقة بالوظائف العصبية والكيميائية للشباب الذين يعانون من اضطراب المسلك، قد تكون العوامل الشخصية مثل الوراثة ذات صلة أيضاً حيث أن وجود شقيق أو أحد الوالدين يعاني من اضطراب المسلك يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث الاضطراب، مع معدل توريث قدره 0.53. ويميل رابط الوراثة أن يكون أقوى في الأفراد المصابين في بداية الطفولة مقارنة مع المراهقين. بالإضافة إلى ذلك، يظهر الشباب الذين يعانون من اضطراب المسلك تعدد شكلي في جين "أوكسيداز أحادي الأمين" انخفاض معدل ضربات القلب عند الراحة وزيادة هرمون "التستسترون".

5.5.1. عامل الأسرة والأقران:

قد تلعب عناصر الأسرة والبيئة الاجتماعية أيضاً دوراً في نشأة اضطراب السلوك واستمراره. على سبيل المثال، يرتبط السلوك المعادي للمجتمع الذي يدل على اضطراب السلوك بوجود والد وحيد، وطلاق الأبوين، وحجم الأسرة الكبير، وصغر سن الأمهات. ومع ذلك، فمن الصعب عزل هذه العوامل عن المتغيرات الديموغرافية الأخرى المعروفة بأنها مرتبطة باضطراب السلوك، بما في ذلك الفقر والوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، يلعب أداء الأسرة والتفاعلات بين الوالدين والطفل أيضاً دوراً كبيراً في عدوانية الطفولة واضطراب السلوك، مع انخفاض مستوى مشاركة الوالدين، وعدم كفاية الإشراف على الأطفال، والممارسات الانضباطية غير المتوقعة والتي تعزز سلوكيات الشباب المتحدية. وكذلك فإن تأثير الأقران مرتبط بتطور السلوك المعادي للمجتمع في الشباب، وخاصة الرفض من قبل الأقران في

مرحلة الطفولة أو الارتباط بأقران منحرفين. إن رفض الأقران ليس مجرد علامة على عدد من الاضطرابات الخارجية، ولكنه أيضاً عامل مساهم في استمرارية الاضطرابات على مدار الزمن (هينشو ولي، 2003) شرح أيضاً أن الارتباط مع الأقران المنحرفين يُعتقد أنه يؤثر على تطور اضطراب السلوك بطريقتين: الأولى هي عملية "الاختيار" حيث يختار الشباب ذوو الخصائص العدوانية أصدقاء منحرفين، والثانية هي عملية "التسهيل" حيث تدعم شبكات الأقران المنحرفة أنماط السلوك غير الاجتماعي. وفي دراسة منفصلة أجراها "بونين" وزملاؤه، تبين أن برامج الرعاية الأبوية تؤثر بشكل إيجابي على سلوك الطفل وتخفض التكاليف على القطاع العام.

6.5.1. العوامل السيكلوجية:

الأطفال الذين يفتقدون الرعاية والتواصل ويعانون من الحرمان – الإهمال – والمحرومون من التعبير عن المشاعر (الحزن – الإحباط – الغضب)، وطبعاً فاقد الشيء لا يعطيه فنتوقع طفل عنيف، حاد، عصبي.

7.5.1. عامل الإساءة الجسدية والجنسية للأطفال:

تعرض الطفل إلى العنف والعصبية والضرب والاستغلال الجنسي والجسدي يؤدي إلى ظهور سلوك عدواني أو عصبي أو عنيد أو مخرب.

8.5.1. عوامل أخرى:

إضافة إلى العوامل الفردية والاجتماعية المرتبطة باضطراب السلوك، سلطت الأبحاث الضوء على أهمية البيئة والسياق في حالات الشباب ذوي السلوك المعادي للمجتمع. ومع ذلك، من المهم ملاحظة أن هذه ليست عوامل ثابتة، بل هي عبارة عن معاملات متبادلة بطبيعتها (مثلاً، يتأثر الأفراد ببيئتهم ويؤثرون بها أيضاً)، تمت دراسة مدى أمان الحي السكني والتعرض للعنف بالاقتران مع اضطراب السلوك، ولكن غالباً يقيم الشباب ذوي الميول العدوانية في الأحياء العنيفة وأنهم قد يلجئون إلى العنف في كثير من الأحيان نتيجة التعرض للعنف المجتمعي، لكن استعدادهم للعنف يسهم أيضاً في تكوين مناخ الحي السكني.

6.1. علاج اضطراب المسلك:

إن علاج اضطراب المسلك يعتمد على التعاون الكامل والمتداخل بين الطبيب والأسرة وإمكانيات المجتمع وموارده. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يسعى العلاج أيضًا إلى معالجة النزاع العائلي مثل الخلاف الزوجي أو الاكتئاب الأمومي.

* **العلاج السلوكي:** إن هذا الاضطراب يمثل اضطراب في السلوك فعلينا بمكافأة الطفل حين يسلك مسلكًا طيبًا أو حين يبتعد عن العنف.
* **التثقيف والتأهيل الأسري.**

* **تنمية المهارات الاجتماعية عند الطفل وتعليم الطفل كيف يعبر، كيف يستاء، و تعليمه طرق التواصل السليمة مع الآخر، وأن يعلم جيدًا أن العنف والسلوكيات التخريبية سلوكيات الضعفاء.**
* **التدخلات العلاجية عن طريق الأدوية وهناك دراسة حديثة تعتمد على إشراك المدرسة في دائرة العلاج حيث أن المدرسة جزء من مجتمع الطفل والذي يعاني أيضًا من اضطراب مسلكه وفيها يتم إعداد برنامج مدرسي لهؤلاء الأطفال.**

3. اضطراب التشوش التحكم بالاندفاع:

يتميز الدافع بكونه شيئًا يعيشه جميع الناس أو يشعرون به في مرحلة ما من حياتهم وهو يدور حول القيام بعمل عاطفي أو القيام بشيء "بدون تفكير" عادة، يكون الشخص قادرًا تمامًا على إدارة هذه النبضات، مع السماح لنفسه بالتحمل بدرجة أكبر أو أقل ومع ذلك، يمكن أن تؤدي إلى اضطراب عقلي يعرف باسم اضطراب السيطرة على الاندفاع.

1.2. تعريف اضطراب التشوش التحكم بالاندفاع:

هو فئة من الاضطرابات النفسية تتسم بالاندفاعية، أي فشل مقاومة الإغراءات والدوافع والعجز عن كتم فكرة أو حديث ما. يتسم عدد من الاضطرابات النفسية بالاندفاعية، ومنها اضطرابات إدمان العقاقير والإدمان السلوكي واضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية الحدي واضطراب المسلك وبعض اضطرابات المزاج. نُشرت الطبعة الخامسة من دليل التشخيص والإحصائيات للاضطرابات العقلية التابع للجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين في عام 2013، واحتوى الدليل على فصل جديد (لم يكن موجودًا في الطبعة الرابعة من الدليل) حول

الاضطرابات المخربة، واضطرابات التحكم في الاندفاع، والاضطرابات الإجرائية، مغطياً الاضطرابات المتسمة بـ «مشاكل ضبط النفس العاطفي والسلوكي».

تتسم الاندفاعية بخمس مراحل سلوكية: الاندفاع، والتوتر المتزايد، والمتعة عند الفعل، والارتياح من الباعث، وفي الأخير شعور بالذنب (قد ينشأ وربما) إن هذا السلوك شائع بين الأطفال والمراهقين ولكن ليس بصورة متكررة ولكن عندما يتكرر بالرغم من العقاب فهذا يُعد اضطراب.

معدل الانتشار من 1% : 10% من السكان.

أكثر حدوثاً في الأطفال الذكور عن الإناث والنسبة تتراوح بين 1:4 إلى 1:12.
أكثر حدوثاً في الأطفال لأباء ذوي شخصية عدوانية ومدمني المخدرات.

بينما تختلف أعراض اضطراب التحكم في الاندفاع بناءً على العمر، والنوع الفعلي للاضطراب الذي يعانون منه، والبيئة التي يعيش فيها الفرد، وإذا كان ذكراً أم أنثى.

(Wright A, Rickards H, 2012 ;p16)

ثمة معدل عال من تصاحب اضطراب التحكم في الاندفاع واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

2.2. تصنيف اضطراب التشوش التحكم بالاندفاع:

لم تُصنف الاضطرابات المتسمة بالاندفاعية في الطبعة الرابعة من دليل التشخيص والإحصائيات للاضطرابات العقلية، ولكنها صُنفت في فئة «اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنفة في مكان آخر». نُقل هوس ننف الشعر واضطراب كشط الجلد النفسي في الطبعة الخامسة من الدليل، إلى فصل الوسواس القهري. قد توجد بعض الاضطرابات الأخرى المتسمة بوهن التحكم في الاندفاع ولم تُصنف في تلك الفئة. تغيير الاصطلاح في الدليل الخامس من «ما لم يُصنف غير ذلك» إلى «ما لم يُصنف في

مكان آخر» (Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D;2006)

3.2. أشكال اضطراب التشوش التحكم بالاندفاع:

1.3.2. هوس الحرائق:

يتسم هوس الحرائق بالاندفاع وإلحاح مستمر لإشعال الحرائق عمدًا. يقل عدد الدراسات التي أجريت في مناطق الحرائق بسبب طبيعة الاضطراب ولكن الدراسات على الأطفال والمراهقين المعانين من هوس الحرائق تشير إلى انتشاره بنسبة 2.4-3.5% في الولايات المتحدة، لوحظ انتشار إشعال الحرائق بين ذكور الأطفال والمراهقين عن الإناث من نفس العمر.

2.3.2. إشعال الحرائق المرضي (هوس إشعال الحريق):

هو سلوك يتميز بإقدام متكرر علي محاولات لإشعال الحرائق في الممتلكات أو أشياء أخرى، دون دافع واضح ومع انشغال دائم بالأشخاص ذوي العلاقة بالحريق و الحرق.

وقد يبدي هؤلاء الأفراد اهتماما غير عادي بماكينات الحريق وأدوات مكافحة الحريق الأخرى وأشياء أخرى مرتبطة بالحريق وبالالاتصال بقوات إطفاء الحريق.

* المؤشرات التشخيصية (السمات الضرورية للتشخيص):

- إشعال حرائق متكررة دون دافع واضح ، مثل: مكسب مالي أو انتقام أو تطرف سياسي .
- اهتمام شديد بمشاهدة الحرائق وهي تشتعل.
- المريض يصف مشاعر من التوتر المتزايد قبل الفعل، وشعورا عميقا بالإثارة بعد تنفيذه مباشرة.

* ملاحظات إكلينيكية :

- إشعال الحرائق المتعمد دون وجود اضطراب طبي نفسي ظاهر.
- إشعال الحرائق بواسطة شخص صغير السن، مصاب باضطراب في السلوك (سرقة، عدوان، هروب).
- إشعال الحرائق بواسطة شخص راشد مصاب باضطرابات الشخصية المرضية اجتماعياً (السلوكيات المضادة للمجتمع).

3.3.2. هوس السرقة:

يتسم اضطراب هوس السرقة بإلحاح اندفاعي للسرقة بغرض المتعة المحضة في هذه الحالة يعجز الشخص مرارا عن مقاومة الاندفاع لسرقة أشياء لا يحتاجها لاستخدامه الخاص أو لكسب مالي ؛ بل إن هذه الأشياء قد يتم التخلص منها أو توزيعها أو تخزينها .

لا يُعرف مدى انتشار هوس السرقة في الولايات المتحدة، تشير التقديرات حول الاضطراب إلى حضوره لدى كل 6 من 1000 فرد. يُعتقد أن هوس السرقة سبب لنحو 5% من سرقة المحال التجارية سنويًا. إذا كان ذلك صحيحًا، يُقدر عدد الاعتقالات في الولايات المتحدة سنويًا بسبب هوس السرقة بنحو 100 ألف حالة.

المؤشرات التشخيصية :

يصف المريض عادة إحساساً متزايداً بالتوتر، قبل أن يؤتي بالفعل، وإحساساً بالرضا أثناءه وبعده مباشرة، وعلي الرغم من اتخاذ بعض المحاولات لتكتم الأمر .. إلا أن الشخص لا يستنفذ كل وسائل التكتم ، كذلك تتم السرقة بشكل منفرد دون وجود شريك ، وقد يعبر الشخص عن قلق ويأس وشعور بالذنب بين نوبات سرقة المحلات (أم ممتلكات أخرى) ولكن ذلك لا يحول دون تكرار السرقة.

- السمات التشخيصية وتمييزها عن اضطرابات السرقة الأخرى بحيث يجب تمييز السرقة المرضية عن:

* سرقة المحلات التجارية دون اضطراب طبنفسي واضح (حيث أنه إذا سبق تنفيذ الأفعال التخطيط أصبح التشخيص سلوك مضاد اجتماعيا.

* سرقة المحلات التجارية ولكن مع وجود اضطراب اكتئابي(حيث أن بعض المرضى الاكتئابيين يسرقون وقد يكررون فعل ذلك طالما استمر الاضطراب الاكتئابي).

4.3.2.الاندفاع الجنسي:

ينطوي فرط النشاط الجنسي على إلحاح لممارسة السلوك الجنسي وأفكار جنسية ملحة، قد يؤدي هذا الاندفاع إلى العديد من العواقب في حياة الفرد، ومنها اختيار متهور للشريك الجنسي، وزيادة خطر الإصابة بالأمراض المنقولة عبر الجنس والاكتئاب، علاوة على الحمل.

لم يتعين مقدار انتشار الاضطراب نظراً لسريته لكن البحث العلمي في أول التسعينيات في الولايات المتحدة يظهر انتشاراً يُقدر بين 5-6% من سكان الولايات المتحدة، وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الإناث.

5.3.2. إدمان الإنترنت:

لم يُضف اضطراب إدمان الإنترنت إلى اضطرابات التحكم في الاندفاع إلا حديثاً، حيث يتسم الاضطراب بالاستخدام المفرط المؤذي للإنترنت، وزيادة الوقت الذي يقضيه الفرد في الدردشة الإلكترونية أو تصفح الإنترنت أو المقامرة أو التسوق الإلكتروني، أو استهلاك المواد الإباحية. تشير التقارير إلى انتشار الاستخدام المفرط الإشكالي للإنترنت بين جميع الأعمار والفئات الاقتصادية والاجتماعية والمستويات التعليمية المختلفة. كان الظن المبدئي أن انتشار الاضطراب يزيد بين الذكور، ولكن لوحظ ارتفاع معدلاته بين الإناث أيضاً، وهذا ولم تُجرَ أي دراسة وبائية لفهم انتشار الاضطراب بدقة حتى الآن.

6.3.2. التسوق القهري:

يتسم التسوق أو الشراء القهري بالإلحاح القهري للتسوق، حتى إذا لم يكن المريض بحاجة إلى تلك المشتريات. يُقدر انتشار اضطراب الشراء القهري في الولايات المتحدة بنحو 2-8% من السكان الراشدين، مع نسبة 80-95% منهم من الإناث، يُعتقد أن بدء الاضطراب يحدث في "بواكر" العشرينيات، ويُعتبر الاضطراب مزماً في العموم.

7.3.2. الاضطراب الانفجاري المتقطع: الاضطراب الانفجاري المتقطع حالة سريرية يصاب فيها الفرد بنوبات متكررة من العنف، غير متناسب مع طبيعة المادة المثيرة لهذا العنف.

أشارت الدراسات المبكرة إلى انتشار الاضطراب بنسبة 1-2% في الإعدادات السريرية، أجرى "كوكارو" وزملاؤه دراسة أخرى في عام 2004.

أشارت إلى انتشار بنسبة 11.1% في كامل العمر و3.2% في شهر واحد، لدى العينة المتوسطة من الأفراد (العدد=253) قدرت تلك الدراسة انتشار الاضطراب لدى 1.4 مليون فرد في الولايات المتحدة، و10 مليون فرد في العمر كاملاً. (Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, 2006)

4.2. علاج اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع:

لدى اضطراب التحكم في الاندفاع اختياراتان للعلاج: النفسي الاجتماعي والدوائي تعتمد منهجية العلاج على المراضة المشتركة.

1.4.2. العلاج الدوائي:

يؤخذ "فلوفوكسامين، كلومبيرامين" في حالة المقامرة المرضية، إذ يظهران فعالية علاجية، ويقلان من مشاكل المقامرة المرضية في المرضى بنسبة 90%. بينما أظهر "كلومبيرامين" فعاليته في هوس نتف الشعر، ولم يظهر "فلوفوكسامين" نفس الفعالية في العلاج. أظهر "فلوكسيتين" نتائج إيجابية في علاج اضطراب كشط الجلد النفسي، مع ضرورة زيادة البحوث للحصول على معلومات مؤكدة بشأن العلاج. أظهر تقييم "فلوكسيتين" في علاج اضطراب التحكم في الاندفاع تحسناً ملحوظاً في تقليل حدة العنف الاندفاعي والانفعال وتكراريتها في عينة مكونة من 100 فرد موزعين عشوائياً على مدار 14 أسبوعاً، في دراسة مزدوجة التعمية. بالرغم من انخفاض السلوك الاندفاعي العنيف عن المستوى القاعدي، فُدرت نسبة الخاضعين للتجربة، الذين أظهروا تعافياً كاملاً في نهاية الدراسة بـ 44% من المستجيبين "للفلوكسيتين"، و29% من كل متناوليها. أظهر "باروكسيتين" فعاليته، ولكن النتائج لم تكن متسقة. يتضح أن دواءً آخر "إيسينالوبرام" يحسن من تلك الحالة لدى الأفراد المصابين بالمقامرة

المرضية مع أعراض اضطراب القلق. تقترح النتائج تفاوتاً عصبياً في طيف اضطرابات التحكم في الاندفاع، وذلك بعد الحصول على نتائج متباينة في استجابتهم لاستخدام مثبطات استرداد "السيروتونين" الانتقائية. (Grant JE, Potenza MN, 2004).

2.4.2. العلاج النفسي الاجتماعي:

تشمل المقاربة النفسية الاجتماعية في علاج اضطراب التحكم في الاندفاع العلاج المعرفي السلوكي، الذي يشار إلى نتائجه الإيجابية في حالة المقامرة المرضية والإدمان الجنسي ثمة إجماع عام حول العلاج المعرفي السلوكي ونموذجه الفعال في التدخل العلاجي.

***علاج المقامرة المرضية:** ثبت نجاح كل من سلب الحساسية النظامي والمعالجة بالتبغيض والتكيف الباطني وسلب الحساسية التخيلي وترويض المحفز، في علاج مشاكل إدمان القمار، وثبتت فعالية «الأساليب المعرفية مثل التعليم النفسي والتوجيه النفسي والوقاية من الانتكاس»

*علاج هوس الحرائق: يصعب علاج هوس الحرائق لدى الراشدين بسبب امتناعهم عن التعاون. يُستخدم العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال.

*علاج الاضطراب الانفجاري المتقطع: أظهر العلاج المعرفي السلوكي فعاليته في حالة الاضطراب الانفجاري المتقطع، بالتوازي مع الوسائل العلاجية الأخرى. يتكون الاسترخاء المعرفي ومهارات التكيف من 12 جلسة تبدأ بتدريب على الاسترخاء ويتبعه تعليمات معرفية، ثم يليه العلاج بالتعرض. يركز الجهد بعد ذلك على الاندفاعات العنيفة العسوية واتخاذ الإجراءات الوقائية الأخرى.

*علاج هوس السرقة: في حالة هوس السرقة، تتكون الأساليب المعرفية السلوكية المستخدمة من سلب الحساسية الباطني، وسلب الحساسية التخيلي، وسلب الحساسية النظامي، والعلاج بالتبغيض، وتدريب الاسترخاء، ومصادر بديلة للإشباع.

*علاج الشراء القهري: بالرغم من وقوع الشراء القهري تحت فئة اضطراب التحكم في الاندفاع، اقترح بعض الباحثين تكونه من سمات محورية تماثل اضطرابات التحكم في الاندفاع، وتشمل التوتر السابق على الفعل والإلحاح الاندفاعي عصبي المقاومة والارتياح أو المتعة عند الفعل. لكن فعالية العلاج المعرفي السلوكي ليست مؤكدة، وتستخدم أساليب علاجية أخرى مثل وقاية التعرض والاستجابة، ووقاية الانتكاس، والتوجيه المعرفي، وسلب الحساسية الباطني، وترويض المحفزات.

(Hodgins DC, Peden N, 2008)

المحاضرة الثالثة: اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)

1. مفهوم اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
2. تشخيص اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
3. أعراض اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
4. أعراض اضطراب الهوية الجنسية (الجندر) في مرحلة الطفولة
5. أعراض اضطراب الهوية الجنسية (الجندر) عند البلوغ
6. أسباب اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
7. علاج اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)

المحاضرة الثالثة: اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)

تمهيد

اضطراب الهوية الجنسية هو الشعور بالانزعاج أو الضيق الذي قد يحدث لدى الأشخاص الذين تختلف هويتهم الجنسية عن جنسهم عند الولادة أو الخصائص البدنية المرتبطة بالجنس. قد يتعرض المتحولون جنسياً والأشخاص غير المطابقين لنوع الجنس إلى اضطراب الهوية الجنسية في مرحلة ما من حياتهم. ولكن لا يتأثر الجميع بذلك، يشعر بعض المتحولين جنسياً ومزدوجي الميول الجنسية بالراحة في أجسادهم، إما مع أو بدون تدخل طبي. اضطراب الهوية الجنسية هو تشخيص مُدرَج في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

1. تعريف اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

هو تشخيص يطلقه أطباء وعلماء النفس والفرزولوجيون على الأشخاص الذين يعانون من حالة من الأرتياح أو القلق حول نوع الجنس الذي ولدوا به. وكان يعتبر تصنيفاً نفسياً، ثم أزيل التشخيص من قائمة الأمراض العقلية والنفسية. لكن جميع المصادر كانت قديمة أو حديثة أقرت أن أسبابه بيولوجية كالتركيبية الجينية للإنسان أو البنية الدماغية المتعلقة بالتأثيرات الهرمونية على الدماغ في فترة التكوين الجنيني (ما قبل الولادة). يصف هذا التشخيص المشاكل المتعلقة بكره الجسد وعدم الارتياح معه ويكون عقل المصاب بهذا الخلل مشحوناً بتغيير الجسد أو عملية تصحيح الجنس الجسدي ليتناسب مع الهوية الجندرية. وهو تصنيف تشخيصي لا ينطبق بشكل عام على "المصححين جنسياً" أو "المتحولين جنسياً" فان تشخيص اضطراب الهوية الجندرية المذكور في كل مراجع الطب النفسي العربية والعالمية: هو خلل يولد به الإنسان وكانوا يُرجعون سببه إلى البيئة أو التربية.

لكن مع التقدم الطبي، اتضح أن هناك ما يسمى بـ (الخطوط الجندرية) أو (الجنسية) بالمخ، هي المسؤولة عن تعريف وشعور المخ بالجندر الذي ينتمي إليه، وهو ما يسمى بالهوية الجندرية،

وقد توصل العلماء إلى أن هذه الخطوط تكون مختلفة في هؤلاء المرضى؛ بحيث يشعر الإنسان منذ ولادته أنه ينتمي للجنس المعاكس لجنسه التشريحي.

لقد تبين أن هذا الاختلاف يرجع إلى اضطراب في (الهرمونات) التي يتعرّض لها الجنين "قبل" الولادة، مما يؤثر على (جيناته)، وعليه يؤثر على الخطوط الجندرية بالمخ، فيبدأ اضطراب الهوية الجندرية.

تبدأ الأعراض بالظهور منذ الولادة، وحيث إنه يختلف سلوك الرضيع الذكر عن الأنثى، فيتبع الرضيع سلوك الجنس المعاكس، ثم تزيد وتتضح الأعراض أثناء الطفولة المبكرة، فيشعر الطفل الذكر -مثلا- الذي لم يتعد ثلاث سنوات أنه أنثى، ويسلك سلوك الطفلة الأنثى في مختلف نواحي حياته، بدايةً من أسلوب اللعب، وحتى طريقة قضاء حاجته.

وقد كان "هاري بنجامين" اختصاصي في علم الغدد الصماء وتخصص في شؤون تغيير الجنس من أوائل من افتتحو عيادات تخصصت في تغيير الجنس للأشخاص من الجنسين.

2. تشخيص اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

قد تم تصنيف اضطراب الهوية الجنسية رسمياً على أنه اضطراب طبي في دليل الأمراض النفسية الأمريكية، إذ وفقاً للأدلة المجموعة فإن الحالة ناتجة عن مجموعة من العوامل السلوكية والنفسية والبيولوجية، وعلى الرغم من تضمينه كاضطراب إلا أنه من المهم التأكيد على أن اضطراب الهوية الجنسية ليس مرضاً عقلياً أو نفسياً.

إن اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال يوصف عادةً "بأنه موجود منذ الولادة"، وهو غير مشابه لاضطراب الهوية الجنسية الذي يظهر في فترة المراهقة أو فترة البلوغ في وقت تستهجن فيه عدة ثقافات السلوك الجنسي المغاير، فإنها تؤثر بشكل سلبي على الأشخاص المصابين به والأشخاص القريبين منهم. في حالات متعددة تظهر شعوراً بعدم الارتياح نابع من أن جسم هذا الشخص هو "الغير صحيح" أو مختلف ويتميز اضطراب الهوية الجنسية بنفور شديد بشأن جنس الشخص الفعلي، مع رغبة للانتماء للجنس الآخر، ويكون هناك انشغال دائم بملابس أو نشاطات الجنس الآخر مع رفض للجنس الفعلي، وينتشر هذا الاضطراب بين الذكور أكثر منه عند الإناث. (DSM5,2013).

3. أعراض اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

يمكن ملاحظة أعراض اضطراب الهوية الجنسية في وقت مبكر من الطفولة، إذ غالباً ما يظهر الأطفال الصغار المصابون بهذه الحالة ما يلي:

- * إظهار الأشمزاز من رؤية أو التفكير في أعضائهم التناسلية.
- * الإصرار بشكل متكرر على أنه فتاة لو كان فتى والعكس.
- * عدم الامتثال للممارسات التقليدية في التبول، مثل رفض الجلوس أو الوقوف.
- * إظهار علامات الكرب والتأزم في التغييرات التي يحدثها البلوغ.
- * العزلة والبقاء بمنأى عن الزملاء والأقران.
- * تظهر عليهم أيضاً علامات القلق.
- * كما تظهر علامات العزلة والاكتئاب.

إذ تظهر الأبحاث أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية معرضون بشدة لخطر الانتحار، وفي الواقع حاول أربعون في المائة من الأفراد المتحولين جنسياً في الولايات المتحدة الانتحار في مرحلة ما من حياتهم، تظهر الأبحاث أيضاً أنهم أكثر عرضة للمعاناة من عدد من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطرابات الأكل التي يمكن أن تعرض صحتهم العامة لخطر شديد.

4. أعراض اضطرابات الهوية الجنسية عند الأطفال:

- بالنظر إلى الحالات التي تم فحصها سريريا في مرحلة الطفولة فقد اجتمعت صفات مشتركة بينها منها:
- * تضارب واضح بين الجنس المولود به الطفل والجنس المرغوب فيه.
 - * الرغبة القوية في أن يكون الطفل من الجنس الآخر أو الإصرار على أنه بالفعل من الجنس الآخر.
 - * اللباس بالنسبة للأطفال الذكور فليدهم تفضيل قوي لدهم لخلع الملابس أو ارتداء الملابس الأنثوية، أما في الإناث فليدهن تفضيل قوي لارتداء الملابس الرجالية مع مقاومة قوية لارتداء الملابس الأنثوية.

* تفضيل قوي لتبديل أدوارهم الجنسية في الألعاب العادية أو المتخيلة بتفضيلهم للأنشطة والألعاب التي يقوم بها الجنس الآخر.

* تفضيل قوي لاختيار رفقاء اللعب طول الوقت من الجنس الآخر.

* ترافق الحالة حالة حزن وضعف في التواجد الاجتماعي بين الأقران من نفس الجنس في المدرسة.

5. أعراض اضطرابات الهوية الجنسية عند البلوغ:

تظهر أعراض اضطراب الهوية الجنسية في مرحلة البلوغ في صورة عدة أعراض تشمل:

* إيجاد الراحة فقط في تمثيل دور الجنس الآخر.

* إخفاء العلامات الجسدية للجنس المحدد الوحدة والاكئاب.

* تدني معدل احترام الذات.

* لزوم الإجهاد والقلق.

* الانسحاب الاجتماعي.

* ميول انتحارية.

* تناقض ملحوظ بين جنس المرء المولود به وبين جنسه المرغوب به، إذ تعبر كلماته وطريقة تواصله كأنه من الجنس الآخر.

* رغبة قوية في التخلص من شخصية الجنس المولود بها الشخص، سواء في الخصائص الجنسية الأولية أو الثانوية بسبب التناقض الملحوظ.

6. أسباب اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

لا يزال السبب الدقيق لاضطراب الهوية الجنسية غير محدد، ومع ذلك، تظهر الأبحاث الحالية أن الحالة يمكن أن تبدأ في وقت مبكر من تطور الجنين أثناء وجوده في رحم الأم، وهو ما يؤثر في عدم التوازن الهرموني أيضاً على بدن الحالة المضطربة، ليشمل عدم التوازن ذلك الدماغ والأعضاء التناسلية. إذن للعوامل الجسدية من هرمونات و جينات وراثية تأثير علي انحراف الهوية الجنسية و لكن تكوين الهوية الجنسية يتأثر كثيراً بمدى الشعور بالأمان الأسرى و شكل العلاقة العاطفية بين الأبوين و الطفل و طريقه معاملتهم له. وهناك حالات خلل وراثي في الكروموسومات ظاهرة (مثل ترنر وكلاينفلتر) وذلك للتغيير الشديد في التركيب الخارجي للأعضاء التناسلية يصاحبه اضطراب الهوية الجنسية والتغيير للجنس الآخر و لكن هذا نادر الحدوث إذا ن معظم الحالات يكون لديها الأعضاء التناسلية مكتملة و لا يوجد أي خلط في تحديد الجنس من الناحية التشريحية و لكن المشكلة تكون في المخ. و هناك بعض الحالات التي تعاني من تحديد الجنس أصلاً تشريحياً يكون التكوين الجسماني ناتج عن اضطراب الهرموني و يكون الموقف هنا أن الأسرة لا تستطيع تحديد جنسه و ذلك لعدم التحديد التشريحي و كذلك لعدم توجه التأثير البيئي للتربية في اتجاه أنثوي أو ذكوري ورغم هذا نرى أن هؤلاء الأشخاص يكون لهم هوية جنسية كاملة.

7. علاج اضطراب الهوية الجنسية (الجندر):

لعلاج الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب يتم استخدام العلاج بالهرمونات والعلاج النفسي والعلاج الجراحي التكميلي لتصحيح الأعضاء الجنسية الخارجية إن معظم الذين يطلبون العلاج يكونون ذكور و يبحثون عن الهوية الأنثوية و يريدون التخلص من الخصائص الجسمانية الذكورية وأعضاؤهم الجنسية ولكن لجودة و توافر العلاج أصبح هناك زيادة في النساء اللاتي يرغبن في التحول للهوية الذكورية. إن المطلب الرئيسي لراغب التحول في الهوية الجنسية ليس الاستئثار النفسية لمشاعرهم ، و لكن تغيير الخصائص الجسمانية الجنسية والقيام بعملية تصحيح الأعضاء التناسلية لتناسب الهوية التي يطلبونها و يجب أن تقدم العلاجات النفسية مع الهرمونات والجراحة جنباً لجنب لتنجح عملية التحول في الهوية الجنسية بعد تشخيصها بصورة صحيحة.

قد يعاني المريض بعد عمليات تصحيح الجنس من اضطراب التكيف بعد العملية وخاصة في علاقاته مع الأهل، ولكن التكيف والتأهيل للحياة مع الهوية الجديدة بعد العملية تحتاج لمتابعة نفسية لمدة سنتين للقيام بالدور الجنسي الجديد، كما أن هذه المدة يحتاج فيها المريض أو المريضة للاندماج في المجتمع الجديد بالهوية الجنسية التي تحول لها والتأهيل لكيفية التعامل معه.

المحاضرة الرابعة: الجنوح والانحراف

1. تعريف الجنوح والانحراف

1.1. تعريف الجنوح وانحراف الأحداث

4.1. تعريف الجنوح والانحراف من الناحية القانونية

1.1. تعريف الجنوح والانحراف من الناحية النفسية

4.1. تعريف الجنوح والانحراف من الناحية الاجتماعية

2. أسباب الجنوح والانحراف

1.2. الأسباب البيولوجية

4.2. الأسباب العقلية

1.2. الأسباب النفسية

4.2. الأسباب البيئية

3. أنماط الشخصية الجانحة

2. أساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف

المحاضرة الرابعة: الجنوح والانحراف

1. تعريف الحدث:

يطلق هذا المصطلح على الجانح الذي يخالف القانون بارتكابه جريمة أو جنحة أو مخالفة ويحكم بإدانته. والحدث هو الذي يتبين من سلوكه أنه قد أصبح سيئا إلى درجة يمكن معها وضعه تحت طائلة القانون. ويعرفه مورد بأنه الذي يعاني من نقص في عملية التعليم مع اختلاف في مفهوم هذه العملية وأثرها في التطبع الاجتماعي فالجانح فشل في امتصاص الكثير من عوامل الضبط الخارجي التي يمكن أن تكف عدوانه الموجه نحو الخارج، ولذلك يستمر في تصارعه، كذلك هو ذلك الشخص ذكرا كان أو أنثى لم يبلغ 18 عشرة عاما وارتكب فعلا مخالفا للقانون (إسماعيل، 2010، 5).

2. تعريف الجنوح والانحراف:

يعرفه القذافي بأنه خروج الحدث عن الطريق السوي وإقدامه على ممارسة احد أنماط السلوك غير الاجتماعي أو الإجرامي الذي يتعارض والمعايير الاجتماعية أو القانونية المعمول بها في المجتمع دون بلوغه السن القانونية التي تبيح محاكمته أو مساءلته. (إسماعيل، 2010، 5).

هو ذلك الذي يأتي أفعالا تكون نتيجة اضطراب نفسي أو عقلي وتخالف أنماط السلوك المتفق عليه للأسوياء في مثل سنه وفي بيئته، وهي أفعال نتيجة لصراعات نفسية لا شعورية تدفعه لإراديا لارتكاب هذا الفعل الشاذ كالسرقة أو العدوان أو الكذب. (عبد الخالق وآخرون، 2001، 28).

3. تعريف جنوح وانحراف الاحداث:

1.3 من الناحية القانونية:

يعرف مصطلح الحدث الجانح طبقا لقانون الإجراءات الجنائية الجزائرية 1966 بأنه الشخص الذي سنه تحت 18 سنة ويرتكب فعلا لو ارتكبه شخص كبير لاعتبر جريمة، وقد اقترح هذا

التعريف سنة 1959 في الملتقى الثاني للدول العربية حول الوقاية من الجريمة وتبنته الجزائر بعد الاستقلال. (مانع، 1996، 171).

2.3. من الناحية النفسية:

جنوح الأحداث من المنظور النفسي هو نتيجة لعدم أو سوء تكيف الحدث مع البيئة التي يعيش فيها، فعلماء النفس يركزون باختلاف نظرياتهم على شخصية الحدث الجانح ومراحل نموه وتطوره، ويؤكدون على أن أي اضطراب جسمي أو انفعالي لا بد أن يحدث خلل في عملية النمو الطبيعي للشخصية وبالتالي يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية مختلفة قد تدفع الحدث إلى ارتكاب سلوك جانح وغير متوافق.

3.3. من الناحية الاجتماعية:

الجنوح هو كل سلوك يعارض مصلحة الجماعة في زمان ومكان معينين وذلك باعتبار الجريمة هي كل مخالفة لمشاعر الولاء الاجتماعي أو كل خروج على معايير الأمانة والاستقامة. (الدوري، 1986، 28).

4. أسباب الجنوح والانحراف :

1.4. الأسباب البيولوجية:

* **الوراثة:** أثبتت الدراسات أن للوراثة اثر كبير على السلوك الإجرامي، من بينها دراسة "لانج" الذي وجد من دراسة لـ 13 زوجا من التوائم المتطابقة، أن المولودين من بويضة واحدة انقسمت بعد الإخصاب أصبحوا مجرمين في 10 ازواج أي بنسبة 77% بينما وجد أن التوائم الإخوة لديهم نسبة إجرام فردي 12 %، أما الإخوة العاديين فنسبة الإجرام بينهم 8 بالمائة فقط. واستنتج من هذه الدراسة أن الوراثة تلعب دورا هاما في إحداث السلوك الإجرامي. (رشوان، دت، 113). وبينت دراسات أخرى أقيمت على أطفال كان آباؤهم عدوانيين فصلوا عنهم وتبناهم آباء آخرين، وبعد فترة تبين لدى هؤلاء الأطفال عدوانية، مما أكد أن للوراثة دور كبير في تحديد الشخصية والسلوك. وقد كان "لومبروزو" من الأوائل الذين تبنا فكرة توارث الجريمة، ولقد قدم فكرة الارتداد الوراثي كأساس نظري لتفسير انتقال الجريمة بالوراثة.

من بين الدراسات المهمة التي أقيمت في هذا الصدد، الدراسة التي أجراها "غودار" على أسرة "كاليكاك" الذي كانت زوجته منحرفة أخلاقيا ورزق منها طفلا شادا اجتماعيا وكانت ذرية الطفل شاذة أيضا، ثم تزوج "كاليكاك" بامرأة صالحة فرزق منها بأبناء صالحين. (قهوجي، 2000، 131).

*** عدم توازن الإفرازات الغددية:**

لقد اثبت علماء الغدد أن هذه الإفرازات يجب أن تكون في حالة توازن دقيق فيما بينها حتى يسير النمو الجسمي والعقلي بصورة طبيعية، أما إذا أخفقت بعض الغدد في أداء وظيفتها (الإفراط أو القصور في الإفرازات) فإن النمو الجسدي يختل ويضطرب المزاج والسلوك الفردي تبعاً لذلك (قواسمية، 1992).

2.4. الأسباب العقلية:

*** الضعف العقلي:**

توصلت أبحاث كل من العالمين "هيلي وبرونر" بأن معدل الانحرافات الخطيرة التي حدثت من طرف ضعاف العقول تعادل ضعف الانحرافات الحادثة من طرف العاديين. (رمضان، 1990). وقد قام في نفس المجال "سيرل برت" بدراسة في لندن على الأحداث الجانحين وكانت النتائج أن نسبة 80 بالمائة من عينة الدراسة يعانون من ضعف عقلي. (جعفر، 1996).

*** الجهل والمعتقدات الخاطئة:**

في هذا الإطار أقيمت دراسة على الجانحين من الأحداث من طرف الاتحاد النسائي في الجمهورية العربية السورية عام 1978 وكانت النتائج أن نسبة 78 بالمائة من مجموع عينة أفراد الآباء كانوا أميين، وان نسبة 92 بالمائة من الأمهات في مثل هذا الحال (الرفاعي، 1998).

3.4. الأسباب النفسية:

ترجع إلى عدم إشباع الحاجات النفسية ما يؤدي إلى العجز عن التكيف النفسي الاجتماعي السوي، فينجر عنه صراع نفسي أو نوع من انعدام الأمن الداخلي

4.4. الأسباب البيئية:

*** أسباب أسرية:** الفقر، ازدحام المنزل، انهيار الجو الأسري،...

*** أسباب بيئية خارج المنزل:** قلة المراقبة السارية، رفقاء السوء، المشاكل، أوقات الفراغ (الحبل، 2001، 417).

5. أنماط الشخصية الجانحة والمنحرفة:

1.5. الأنماط المرضية:

* **الجانح عصابي:** يتميز بشعور تأنيب الضمير المبالغ فيه، لذلك يقوم هؤلاء بمخالفات إرادية، حتى يخفف من الشعور بالذنب وهو في حد ذاته عقاب لكنه ذاتي، مما يجعل الجانح العصابي يحب القبض عليه وهو متلبس بالجريمة.

* **الجانح المزاجي:** يميز هذا الجانح اضطرابات وصراعات داخلية يعبر عنها عن طريق قيامه بمخالفات من نوع المرور إلى الفعل وعند القبض عليه يقر بذنبه، فانه لا يملك ميكانيزم الضبط الكافي، كما يتصف بتناقض وجداني في علاقته مع الآخرين وإحساس متطرف بالذنب غير ان هذا لا يمنعه من القيام بمخالفات.

* **الجانح السيكوباتي:** يتميز هذا النوع بعدم الحساس بالذنب وإيجاده لمبررات لفعلة، فالجانح السيكوباتي يقوم بالمخالفة بكل برودة، وعند القبض عليه فانه يظهر علامات الانزعاج، لكن ليس بسبب ما أصاب المعتدي عليه، ولكن بسبب ما يصيبه من جراء القبض عليه ومحاكمته.

* **الجانح الذهاني:** قد يظهر الأطفال والمراهقين اضطرابات ذهانية مما يجعلهم يسقطون في مخالفات تدل طبيعتها أن لديهم اضطرابات في الشخصية، ومن بين هذه السمات ضعف في ميكانيزم الضبط وضعف في الحكم الأخلاقي. (قهوجي، 2000، 147).

2.5. الأنماط الانفعالية:

* **متبلدوا العواطف:** هؤلاء يتميزون بالقسوة وجمود المشاعر وبرود العواطف، لا تربطهم مع الناس أي مشاركة وجدانية، يتميزون بالأنانية ويرتكبون جرائم العنف وقطع الطرق وهناك العرض.

* **متقلبوا الهوء:** يتميزون بعدم الاستقرار وسرعة الانتقال من النشاط إلى الخمول ومن السرور إلى الحزن والكآبة، كما يتميزون بالثورة على الأنظمة القانونية، ولذلك يرتكبون جرائم يغلب عليها الطابع العاطفي وجرائم التسول والتشرد والدعارة والإدمان على تعاطي المخدرات. (عبد الخالق، رمضان، 2001، 59).

* **سريعوا الانفعال:** هؤلاء يتصفون بالاندفاع والميل إلى الشجار وتسهل إثارتهم ويكون رد فعلهم على هذه الإثارة عنيفا غير متناسب معها، وغالبا ما يرتكبون جرائم ضد الآداب العامة. (عبد الخالق، رمضان، 2001، 59).

6. أساليب مواجهة مشكلة الجنوح والانحراف:

1.6. الأساليب العملية:

- نشر مكاتب الإرشاد والتوجيه الأسري ومكاتب الاستشارات الزوجية.
- تهيئة أسباب العمل الشريف أمام القادرين على أدائه بالدخل المناسب.
- إعداد برامج من خلال الرسائل الإعلامية المختلفة لتوعية الآباء والأمهات إلى أهمية تنظيم الأسرة وفعالية الدور الذي تقوم به الأسرة في التنشئة الاجتماعية السليمة لأطفالها.
- رفع مستوى معيشة المواطنين وتحسين ظروف الإسكان والتخلص من جوانب الفساد بالأحياء الشعبية بصورة خاصة والقضاء على الأمية التي تمثل مظهرا من مظاهر التخلف في البلاد.
- إنشاء الحدائق والمعارض والمراكز الثقافية للشباب وغيرها لممارسة الأنشطة الرياضية والثقافية والفنية والاجتماعية بطريقة موجهة تهيئ للقضاء وقت الفراغ. (عيسى واخرون، 1964، 77).

2.6. الأساليب الوقائية:

- أساليب وقائية في مجال الأسرة.
- أساليب وقائية في مجال العمل.
- أساليب وقائية في مجال المدرسة.
- أساليب وقائية في مجال الترويح وقضاء وقت الفراغ.
- أساليب وقائية من خلال الشرطة.
- أساليب وقائية من خلال الجهود الجماهيرية. (الزغبي، 2005، 152).

المحاضرة الخامسة: الانتحار والمحاولة الانتحارية

1. مفهوم الانتحار

2. النظريات المفسرة للانتحار

* النظرية البيولوجية الفيزيائية

* النظرية النفسية

* النظرية السلوكية

* النظرية الإنسانية

* نظرية الفراغ الوجودي لـ "فرانكل"

* النظرية الاجتماعية

3. السمات السيكلوجية للنزوعات الانتحارية

4. تعريف المحاولة الانتحارية

5. محاولة الانتحار ووظائفها

* الوظيفة العدوانية

* الوظيفة التحكمية

* وظيفة الهروب

6. تغيرات مرحلة المراهقة وعلاقتها بمحاولة الانتحار

7. الاكتئاب عند المراهقين وعلاقته بالمحاولة الانتحارية

8. الفضاء العلاجي للمحاولة الانتحارية

المحاضرة الخامسة: الانتحار والمحاولة الانتحارية

1. تعريف الانتحار:

يعرفه " Nobert Silamy " بأنه فعل يقوم على قتل الذات وذلك للتحرر من وضعيات أصبحت غير مطابقة (Silamy, 1996,252).

ويعرف " هليناكس " الانتحار على انه حالة الموت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وليس التضحية بها لشيء آخر، أي هو موت إرادي يقدم عليه الفرد للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة التي نشأت من حياته في الجماعة ويقوم بنفسه باختيار الوسيلة التي تحقق له انتحارا تاما.(الجيوش، 1990، 23). بينما يعرفه السكري " بأنه إجراء مقصود وإرادي بقتل الشخص لنفسه وتدمير ذاته". (السكري، 2000، 521) إذن الانتحار هو كل فعل أو أفعال يقوم بها صاحبها لقتل نفسه بنفسه وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة هذه الأفعال. (قايد، 2001، 69).

2. النظريات المفسرة للانتحار:

1.2. التفسير البيولوجي الفيزيقي:

إن التفسير البيولوجي ينظر إلى الانتحار على انه صورة من صور العنف والعدوان مصدره الجينات التي يرثها الإنسان، أو خلل في خلايا الجهاز العصبي أو خلل في الغدد. وتركزت الأبحاث الحديثة على دراسة التحولات داخل نقاط التشابك العصبية في الدماغ التي تلعب دورا محفزا في ازدياد عدد المستقبلات الخاصة "بالسيروتونين" وبينت بعض الدراسات أن انخفاض مستوى البروتين يرافقه ازدياد في محاولات الانتحار وكذلك العنف. كما اظهرت الدراسات التي أجريت على التوائم في (و م أ) أن التوجيه الانتحاري كان مرتفعا عند التوائم المتماثلة بالعوامل الوراثية أكثر منه عند التوائم غير المتماثلة بالعوامل الوراثية، لذلك يعتقد بعض العلماء بوجود سبب وراثي وراء ظاهرة الانتحار وفكر الانتحار.

إن الهدف الأخير من إستراتيجية تلك الأبحاث هو العوامل البيولوجية المساهمة في إخطار السلوك الانتحاري ولتطوير العمل من أجل اختبار دم بإمكانه الكشف عن الأشخاص الذين لديهم قابلية مرتفعة للسلوك الانتحاري (عباس، 133، 2003).

يوجد العديد من المداخل والاتجاهات تنتمي إلى التفسير النفسي لظاهرة الانتحار نعرض أهمها فيما يلي:

2.2. مدرسة التحليل النفسي:

يرى علماء التحليل النفسي أن الإنسان يولد معه غريزتان أساسيتان تعمل كل منهما ضد الأخرى (يحملها الإنسان في جهازه النفسي) وهما:

- غريزة الحياة والحب والبناء.

- غريزة الموت والكراهية والفناء.

وتتصارع هاتان الغريزتان في تشكيل السلوك الإنساني ، فكل عمل يقوم به الإنسان ويكون وراءه هدف ايجابي بناء يعد عملا من أعمال الغريزة الأولى (الحياة)، وعلى العكس من ذلك فان اي عمل يقوم به البشر وراءه هدف سلبي هدام يعد من أعمال الغريزة الثانية (الموت).

وتبعاً لذلك فان غريزة الموت تؤدي الى العدوان على الذات الذي يؤدي إلى الانتحار، فالكائن البشري حسب رؤية "فرويد" يتقمص الشخص الذي يحبه بطريقة متناقضة وجدانيا (يحبه ويكرهه). فعند أوقات الإحباط يظهر الجانب العدواني من التناقض الوجداني ويوجه ضد الذات، فكأن الانتحار إذن هو تحول الطاقة العدوانية من الشخص المسبب للإحباط وتتجه إلى معاقبة الذات. ولهذا فان الفرد ربما يقوم بقتل نفسه لكي يقتل صورة الشخص الذي كان يكرهه والذي كان يحبه من قبل. وهذا يعني أن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو انفعال عدائي (سادي) أخفق بالتعبير عن نفسه فانعكس على الداخل (الذات نفسها ليقتلها) ويعد الاكتئاب عنصراً أساسياً في خلق هذه الميول العدائية. (الرشود، 2002، 97).

3.2. المدرسة السلوكية:

ينظر السلوكيون إلى الانحراف عموماً على أنه سلوك مكتسب من البيئة يتعلمه الإنسان من المحيط الذي يعيش فيه، وأنه لا صلة للإنسان به.

وبما أن السلوك عموماً هو كل ما يصدر عن الفرد من استجابات مختلفة إزاء موقف يواجهه أو إزاء مشكلة يحلها أو خطر يهدده أو قرار يتخذه، فإن السلوك الانتحاري ما هو إلا استجابة تصدر طبقاً للاتجاه السلوكي الذي يتعلمه ويكتسبه الإنسان من البيئة المحيطة.

وتعد قابلية السلوك الإنساني للتغيير والتعديل مبدأً أساسياً من المبادئ التي يقوم عليها العلاج السلوكي الحديث، وهو أيضاً من المبادئ التي تقوم عليها مجموعة من التخصصات المهنية التي تقدم المساعدة للناس في مواجهة مشكلاتهم، مثل الخدمة الاجتماعية والطب النفسي وغيرها. (الرشود، 2002، 100).

4.2. المدرسة الإنسانية:

تبعاً لهذا الاتجاه فإن السلوك الانتحاري يكون نتيجة لعائق أمام تحقيق الذات، وأنه ناتج عن شروط الأهمية أي التي فرضها عليه أفراد ذوو أهمية في حياته حتى يعطونه ما يحتاجه من تقدير واعتبار.

5.2. المدرسة المعرفية:

تركز النظريات المعرفية على العمليات العقلية للفرد أو المنتحر، وينظر للانتحار من هذا المنحى على أنه قرار ضعيف في مواجهة وحل المشاكل التي تواجهه، وإزالة الآلام النفسية غير المحتملة، ومن ثم فالسلوك الانتحاري طبقاً لهذا الاتجاه يرجع لغياب التفكير المنطقي والعقلاني.

6.2. نظرية الفراغ الوجودي (فرانكل):

وتتحدث بعض النظريات عن فراغ وجودي وعن انعدام لمعنى الحياة كسبب للانحراف عموماً، وبالتالي كسبب للسلوك الانتحاري، وخلاصة نظرية "فرانكل" أن بعض الأفراد يصيبهم بما يسمى أعصاب يوم الراحة الأسبوعية وهو نوع من الاكتئاب يصيب الأشخاص الذين يدركون ما ينقص حياتهم من مضمون حينما ينتهي اندفاع الأسبوع المزدهم بالمشاغل ويصبح الفراغ داخل نفوسهم جلياً. (الرشود، 2002، 101).

7.2. النظريات الاجتماعية لتفسير الانتحار:

يؤكد "ليميرت" أن هناك اتصالاً وثيقاً بين التفكك الاجتماعي (عدم تكامل العادات والنظم والجماعات والمجتمعات المحلية) والتفكك الشخصي، ويميل الكثير من علماء الاجتماع إلى هذا الرأي حيث يشيرون إلى أن التفكك الاجتماعي يؤدي إلى التفكك الشخصي، إذ أن الشخص مخلوق اجتماعي وذاته نتاج اجتماعي.

ويؤكد "ليميرت" على أن العوامل المهمة أو المباشرة في السلوك الاجتماعي المرضي هي عوامل سوسيولوجية أو نفسية اجتماعية في طبيعتها، ولذلك فإن التفسير ينتهي إلى إبراز عناصر مثل البناء الاجتماعي، والجماعة والمركز والدور والتفاعل الهادف.

هذا ويعد عالم الاجتماع الفرنسي "إميل دوركايم" من الرواد الذين حاولوا تفسير ظاهرة الانتحار من وجهة نظر الاجتماعيين، ولاحظ في دراسته وجود علاقة بين تكرار الانتحار وبين شكل المجتمع، وذهب إلى أن في كل مجتمع معدلاً سنوياً للانتحار وهذا المعدل يرتفع في أوقات السلم لدى البروتستانت وسكان المدن، عنه لدى الريفيين والكاثوليك في أوقات الحرب، وهذه الملاحظات تقود إلى اعتبار أن معدل حوادث الانتحار ينبع من سيطرة المجتمع على الفرد، وهذه السيطرة وظيفة معقدة يدعوها بوظيفة الاندماج الاجتماعي.

يقرر دوركايم أن ظاهرة الانتحار ظاهرة اجتماعية تتباين وفق عدة متغيرات أهمها:

- المجتمع الذي تحدث فيه (الإطار المكاني).

- وفق المنطقة التي يحدث فيها (داخل المجتمع).

- مراحل المجتمع الواحد (الإطار الزمني).

- الجماعات المختلفة (متزوج، أعزب، ...).

- وفق الدين.

وتقوم نظرية "دوركايم" في تفسير الانتحار على تحديد 3 أنواع للانتحار وفقاً للسبب الاجتماعي له المتمثلة في:

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق

د. عايدة ناجي

* **الانتحار الأناني (الأثري):** يقوم المنتحر بالإقدام على الانتحار لأنه يعيش معزولا عن المجتمع الذي ينتمي إليه، نتيجة لفشله في التوحد مع المؤسسات الاجتماعية، وضعف الرابطة الاجتماعية بينه وبين مجتمعه، وانخفاض مستوى التضامن الاجتماعي في المجتمع. وينطوي هذا النوع من الانتحار على مبالغة الفرد في تقديره لنفسه.

* **الانتحار الإيثاري (الغيري):** وهو عكس الانتحار الأناني حيث يكون المنتحر في هذا النمط شديد الانتماء إلى مجموعته، وهو ينبثق من درجة عالية من التكامل الاجتماعي إلى الحد الذي تنعدم فيه النزعة الفردية، ويرى الفرد أن بقاء الجماعة أهم من بقائه كفرد.

* **الانتحار اللامعياري (الفوضوي، الشاذ):** وهو ذلك النوع من الانتحار الذي ينطوي على التفكك الاجتماعي الناتج من اختلال النظام الاجتماعي للفرد، حيث يقوم الفرد بالانتحار عندما تتحطم العلاقة بينه وبين المجتمع مثل فقدان الوظيفة أو موت شخص محبوب يعتمد عليه المنتحر في حياته وسعادته أو فقدان الفرد لثروته فجأة، وعلى هذا الأساس فالانتحار اللامعياري ينتج عن النقص أو الخلل في النظم الاجتماعية السائدة نتيجة للتغيرات الاجتماعية السريعة التي تضرب أو تخل بالأعراف والقيم السائدة في المجتمع. (الرشود، 2002، 105).

3. السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية:

يمكن إيجاز هذه السمات في النقاط التالية:

- الألم النفسي الذي لا يطاق؛ إذ لا يقدم أي فرد على الانتحار وهو سعيد، والمنتحر يسعى للهروب من الألم.

- الحاجات السيكولوجية المحببة غير المشبعة؛ فإشباع هذه الحاجات غالبا ما يجنب حدوث الانتحار.

- التفتيش عن الحل؛ إذ أن الانتحار لا يحدث عشوائيا بل في الأغلب بسبب الحيرة القاتلة أي " كيف اخرج من هذا الموقف؟".

- القيام بمحاولة إطفاء الوعي؛ إذ يمكن القول أن الانتحار هو هروب من الجلال (الوعي).

- اليأس وفقدان العون؛ إذ أن الخجل والشعور بالذنب والإحباط والارتباط بالغير من أجل العون أمور تعتبر من أسباب الانتحار.

- تضيق الخيارات؛ فعوضا من أن ينظر الفرد للحلول المتنوعة، يفكر فقط في خيارين لا ثالث لهما، أما الوصول الكامل غير المنقوص أو إيقاف كل شيء.

-التناقض الوجداني؛ فالشخصية ذات الميول الانتحارية يكون لديها التناقض الوجداني مسألة حياة أو موت.

-الكشف عن الرغبة في الانتحار؛ إذ أن 80% من الأشخاص الذين يعزمون على الانتحار يصرحون بذلك للمقربين منهم.

-الرحيل؛ أي الهروب من المنزل أو ترك العمل والانتحار هو ذروة الرحيل.

-أنماط الصراع المستمر طوال الحياة؛ إذ يجب معاينة عوارض الاضطرابات السابقة. (الحجار، 1989، 76).

4. تعريف المحاولة الانتحارية:

يرى "Philippe Jeam" أن محاولة الانتحار هي تعبير دائما عن الشعور بالضيق، وقد تعرض حياة المراهق للخطر حتى ولو لم يكن يرغب في موت حقيقي، ويرى أيضا أنها في ارتفاع مستمر وخاصة في تكرار محاولات الانتحار والرغبة في الموت تكثر عند الذكور مقارنة بالإناث (Jeammet, 1997, 156). وقام العاملون في مجال علم النفس والطب النفسي بمعالجة محاولات الانتحار بوصفها عرضا مرضيا ناتجا عن اضطرابات نفسية أو عقلية لدى الفرد المحاول للانتحار، ويرى الباحثون أن الانتحار ليس عملا مفاجئا ولكنه عبارة عن عمليات تنشأ وتختمر وتنمو لدى الفرد ظاهريا وداخليا، حتى تبلغ العملية قمتها والسلوك نهايته في محاولة الانتحار. (الزراد، 2004، 92).

6. محاولة الانتحار ووظائفها:

1.6. وظيفة النداء: يرى "Mimouni M" إن محاولة الانتحار ماهي إلا نداء كتعبير عن معانات الفرد، وللصعوبات التي تهدد حياته، فهي بمثابة الاستغاثة وطلب النجدة من المحيط (Mimouni, 2004, 19).

2.6. الوظيفة العدوانية الموجهة نحو الذات: يرى "فرويد" أن العدوانية الموجهة نحو

الذات في معظم الأحيان تكون لا شعورية، وان كان الفاعل لديه رغبة أكيدة في الموت وتدمير ذاته، فهو في هذه الحالة يقترب من الانتحار الحقيقي.

إن الانتحار يلتقي مع العدوانية عن طريق ميكانيزم الشعور بالذنب والتأنيب الداخلي، أنها ثنائية مشتركة وتسير في نسق واحد (عدوانية نحو الذات) و(عدوانية نحو الأخر).

ومع ذلك فمحاولة الانتحار لا تحمل في طياتها عدوانية موجهة نحو الذات فقط وإنما هي عدوانية مزدوجة نحو الذات ونحو المحيط وخاصة إلى هؤلاء الذين يهدف إلى تحسيهم بالذنب (Freud, 1979, 49).

3.6. الوظيفة التحكمية: يرى "Rosenthal et coll 1972" انه ما يميز هذه الوظيفة هو انه يمكن أن تجمع بين وظيفتين أو أكثر، بحيث يعتبرها الشخص وسيلة من وسائل الاتصال التي تنوب عن الكلام، فالشخص في هذه الحالة يخاطر بنفسه محاولة منه أن ينتقم من المكبوت، فيحدد المكان والوسيلة المستعملة رغبة في القتل الإرادي، وغالبا ما تكون مصحوبة بالرغبة في العيش بعد القيام بالفعل، فتجربة الموت يمكن ان تكون رمزية بتمثيل جسدي، وهي وظيفة لاسترجاع الرغبة في الحياة "أنا انزف إذا أنا حي". (Chabrol, 1992, 85).

4.6. وظيفة الهروب: كثيرا هم الأشخاص الذين يجدون الهروب وسيلة دفاعية مهمة، لتجنب أي مواجهة، أمام وضعيات صعبة، أما الهروب في الانتحار فهو تعبير عن سوء التكيف وفشل في مواجهة كل ما ينغص حياة الفرد.

ترى " شارازاك برينال" أن الشخص المحاول للانتحار يسعى من خلال هذا الفعل إلى الهروب من المعاناة، وهو يعاني من يأس وألم نفسي حادين، فمن شدة اليأس يشعر وكأنه يغرق ولكنه يبقى متمسك على حافة الهاوية، خشية السقوط وهو يبحث في أعماق ذاته عن من يستغيثه وينقذه مما هو فيه (Charazac, 2002, 23).

7. تغيرات مرحلة المراهقة وعلاقتها بمحاولة الانتحار:

ترى " Marguerite Brunel": أن المراهق يكون أكثر وعيا بالتغيرات التي تطرأ على جسمه، ولكن ليست له القدرة على التحكم فيها، إن الجسم يصبح موضوع عدوانية ووسيلة اعتداء، فالمراهق يعتبر جسمه ملكا له فيقول جسدي هو جسدي (Charazac, 2002, 49). بينما يرى "F.Jeammet": إن الطفل يدرك صورته من خلال علاقته مع الآخرين، ولكن بعد مرور بضع سنوات والوصول إلى مرحلة البلوغ، فالتحولات الفيزيولوجية تفتح مرحلة من الانشطار خلال نوعين من

التحولات بين الخيال والواقع، فصورة الذات تصبح غير مرتبطة بالواقع، فالقلق الذي يصاحب هذه المرحلة يعيق عملية التكيف، وتحدث تغيرات نفسية وسلوكية، فالمراهق يكون منزعج من شكله وصورة ذاته، والمحيط لا يدرك هذه التحولات ومدى تأثيرها عليه، الأمر الذي يجعله يقوم ببعض السلوكيات للتخفيف من القلق أو لوضعية غير مطابقة كالهروب أو محاولة الانتحار (Jeammet, 1997, 19).

8. الاكتئاب عند المراهقين وعلاقتها بمحاولة الانتحار:

عند دخول مرحلة المراهقة ترافق بعض المراهقين حالة كآبة ويعتبر العالم " بيار مال" من ابرز علماء عصره في تفسير هذه الظاهرة من خلال خبرته الطويلة في عالم المراهقة.

حيث يرى أن الكآبة حالة خاصة يتعرض لها بعض المراهقين، فهي لا تشبه الانهيار وليست بالذهان ، فهي نوع من الملل الطفولي، ورفض المراهق استثمار ما حوله سواء الأشخاص أو الأشياء، ويرى العالم انه فارغ ولا يصلح لأي شيء. فالمراهق في هذه الحالة كأنه لا يتقبل جسمه ويشعر بالإحباط وتعود جذورها إلى العلاقة الأولية (أم-طفل)، أي هذه الحالة من الكآبة تكون إحدى الأسباب المؤدية للمرور بالفعل سواء من خلال الهروب أو الجنوح أو الإدمان أو الانتحار (Méle, 1999, 320).

9. الفضاء العلاجي للمحاولة الانتحارية:

يقصد بالفضاء العلاجي أن يوفر المعالج الجو من الألفة على درجة من الواقعية التي تعرف فيه درجات الحريات وفقا لوجهات النظر في الاهتمام والتواصل، حيث يفترض أن تكون العملية الإرشادية في جو من القبول دون أن يتدخل المعالج أو يقتحم في شخصية العميل، فمهمته هي توضيح مشاعر واتجاهات العميل كما تحدث في الموقف العلاجي. ويعتبر "كارل روجرز" أن استقبال العميل بحرارة دون قيد أو شروط وتقبله كما هو، هو إحدى الشروط الأساسية في العملية العلاجية، حيث يشعر المعالج العميل انه شخص مرغوب فيه ومقبول (Rogers,2011, 94).

1.9. مراحل السيرورة العلاجية:

إن السيرورة العلاجية تمر بمراحل للوصول إلى النتائج المتوقعة والمطلوب تحقيقها بعد توفير كل الظروف المناسبة أثناء العملية العلاجية مما يجعل العميل قادرا على التعبير عن معاناته وأحاسيسه ومشاعره من خلال القنوات اللفظية وغير اللفظية، يحددها "كارل روجرز" في المراحل التالية:

* **المرحلة الأولى:** أن يكون لدى العميل ميل للحديث عن أمور خارجية لا تظهر عنده رغبة واضحة في الحديث عن نفسه، كما أنه لا يدرك حقيقة مشاعره ولا يمتلكها ولا يتم إدراك أو معرفة أي من المشاكل في هذه المرحلة.

* **المرحلة الثانية:** تظهر بعض المشاعر ولكنها خارجية وماضية، كما يظهر للعميل تغيير قليل متناقض عن نفسه، كما يتحدث عن موضوعات غير شخصية ولا يتحمل العميل أي مسؤولية في هذه المرحلة.

* **المرحلة الثالثة:** يكثر فيها وصف المشاعر والمعاني الشخصية، وقد وصفها كارل روجرز بالتغيرات الشخصية من الماضي، بأنها ذات مشكلات داخلية والفرد قادر على إعادة تنظيم هذه الخبرات المتناقضة.

* **المرحلة الرابعة:** تبدو المشاعر أكثر شدة ولكنها غير متدفقة، ويتكرر وصف المعاني ويتم إنكار وجود بعض المشاعر الشديدة، ويدرك العميل التناقضات في خبراته ويبدى اهتماما بتفحصها، كما تبدأ أشكال التعبير عن المسؤولية الشخصية.

* **المرحلة الخامسة:** يتم التعبير عن المشاعر الحالية وقبولها بحرية ووضوح، كما تبدأ عملية التمييز بالتناقضات في خبراته، ويبدأ الشعور بذاته الحقيقية ويتحمل المسؤولية في مشكلاته الحالية.

* **المرحلة السادسة:** يتقبل العميل في هذه المرحلة المشاعر التي أنكرها من قبل ويستريح، نتيجة ذلك يصبح قادرا على رؤية الخبرات من خلال الإحساس الواقعي بها وبذلك فهو يعيش بها بدلا من أن يشعر بها فقط والتناقض يصبح تناسقا ويحدث تنهيدات واسترخاء عضلي نتيجة الراحة. ويمكن القول أنها مرحلة الانفتاح والنمو العاطفي والتغيير في التواصل الداخلي والخارجي (Rogers, 2005,94).

2.9. خصائص التغيير لدى العميل:

حدد "كارل روجرز" أهم المؤشرات المتوقعة في سلوك العميل وشخصيته بعد العلاج، أهمها:

- حضور وليونة الأحاسيس مقارنة بالسابق.

- يكون في البداية بعيدا عن التجربة المشينة، ولكن في النهاية يتقبلها كجزء منه.

- يصبح أكثر فاعلية في مواجهة مشكلاته وحلها.

- تصبح ذاته أكثر تطابقا مع ذاته المثالية.

- يزداد الاعتبار الايجابي للذات وتقبل الآخرين.

- تغير سلوك العميل باتجاه النضج، يعني قدر كبير من التوافق وأقل من الصراع الداخلي ومزيد من التعايش المؤثر.

3.9. انتهاء العلاج:

يتميز الإرشاد المتمركز حول العميل بقصر مدته، حيث 6 حصص تكون كافية لتحقيق بعض الأهداف، وأهمها شعور العميل بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والقدرة على حل مشكلاته مستقبلا، وشعوره العام بالتوافق النفسي وبصحته النفسية (Rogers, 2005, 108).

خاتمة

إن فهم الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الراشد لا يكاد يكتمل إلا بالعودة إلى ما يقدمه علم النفس المرضي للطفل والمراهق، فهذا الأخير يعد مفتاح فهم مختلف الاضطرابات النفسية السلوكية، والعقلية التي تظهر في مختلف مراحل العمر. حيث يتفق العلماء والباحثين الديناميين على أن جذورها تعود إلى الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل لذا تعد دراسة هذا المجال ضرورة قصوى يحتاجها كل مهتم بالبحث في هذا التخصص.

ونظرا لكثرة هذه الاضطرابات وتداخلها فقد حاولنا تكييف المطبوعة على حسب وثيقة التكوين أي محتوى المقياس والحجم الساعي المخصص للمقياس وهو سداسي واحد .

قائمة المراجع والمصادر

مراجع باللغة العربية:

1. أبو زيد مدحت عبد الحميد (2008)، علم نفس الطفل قلق الانفصال، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
2. إبراهيم عبد الستار وآخرون (2008)، علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
3. الآسي هدير عز الدين صالح (2014)، العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام- دراسة إكلينيكية- رسالة ماجستير في علم النفس، غزة.
4. أسعد أبو عبد الرزاق (2010)، الأنشطة التعليمية لأطفال التوحد، ط1، الرياض: عالم الكتب.
5. إسماعيل طه عبد (2010)، الأسباب النفسية والاجتماعية المؤدية إلى جنوح الأحداث، مجلة كلية التربية للبنات، المجلد 21 (3)، جامعة بغداد.
- 6.
7. بخش أميرة طه (2000)، المبادئ والأسس التربوية للطفل المتخلف عقليا، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
8. بطرس حافظ بطرس (2007)، المشكلات النفسية وعلاجها، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
9. بطرس حافظ بطرس (2007)، إرشاد الأطفال العاديين، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
10. البحيصي أسماء بنت احمد (دس)، الطفولة مشاكل وحلول، الملتقى التربوي.
11. جعفر علي محمد (1996). الأحداث المنحرفون- دراسة مقارنة- ط3، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
12. الجيوش ناجي (1990)، الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، دمشق: مؤسسة الشبية للإعلام والنشر.
13. جرادة علاء إبراهيم (2012)، بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال- دراسة في التدخل الإرشادي- رسالة ماجستير، جامعة الأقصى.
14. الجلبي سوسن شاكر (2015)، التوحد الطفولي- أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه-، سوريا/ دمشق: دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.

15. الحساني سامر (2005)، مدى فاعلية برنامج تعليمي لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد في عمان، رسالة ماجستير، عمان/ الأردن: الجامعة الأردنية.
16. حسني سعيد (2002)، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ط1، الدار العلمية للنشر والتوزيع.
17. الحارثي عدنان ناصر (2007)، الإعاقة العقلية دليل للمعلمين وأولياء الأمور، ط1، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
18. الحجار محمد (1989)، الطب السلوكي المعاصر، بيروت/لبنان: دار العلم للملايين.
19. الحبل عبد الباسط (2001). الجينوم والهندسة الوراثية. القاهرة: دار الفكر العربي.
20. الخالدي، عبد الحميد واخزون (1998)، الأمراض النفسية والعقلية عند الأطفال، ط1، بيروت: دار الفكر
21. خياط خالد (2013)، محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق مقدمة لطلبة علم النفس العيادي، بسكرة/ الجزائر.
22. الخطيب جمال محمد سعيد الخطيب (2010)، مقدمة في الإعاقة العقلية، عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
23. الدوري عدنان (1986)، جناح الأحداث، منشورات ذات السلاسل، الكويت.
24. ذيب رائد (2004)، تصميم برنامج تدريب لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وقياس فعاليته، أطروحة دكتوراه، عمان الأردن: الجامعة الأردنية.
25. الرشود عبد الله بن سعد (2002)، ظاهرة الانتحار التشخيص والعلاج، ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم المنية.
26. رمضان السيد (1990)، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، الإسكندرية: المكتب الجامعي.
27. رشوان، حسين عبد الحميد احمد (دت)، الجريمة- دراسة في علم الاجتماع الجنائي- مصر: المكتب الجامعي الحديث.

28. الرفاعي نعيم (1998). الصحة النفسية دراسة ففي سيكولوجية التكيف. ط1، منشورات جامعة دمشق.
29. الزيات فتحي مصطفى (2006)، آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، مقدم للمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض/ المملكة العربية السعودية.
30. الزارع نايف (2003)، قائمة تقدير السلوك التوحدي، الأردن: دار الفكر.
- 31.. الزغبى احمد محمد (2005)، مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية، ط1، دمشق: دار الفكر.
32. الزراع نايف بن عابد (2007)، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد- دليل عملي للأباء والمختصين-، ط1، عمان/ الأردن: دار الفكر.
33. الزراد فيصل محمد خير (2004)، مشكلات المراهقة والشباب في الوطن العربي، ط2، لبنان: دار النفائس.
34. سليمان احمد السيد (2010)، تعديل سلوك الأطفال التوحديين- النظرية والتطبيق-، ط1، العين/ الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
35. السيد علي احمد وآخرون (1999)، اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه- تشخيصه- علاجه-، القاهرة: المكتبة الانجلو مصرية.
36. سعادات محمود فتوح محمد (دت)، اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط، جامعة عين شمس ،مصر: الحضري للنشر والتوزيع.
37. سليمان ميار محمد علي (2003)، فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق ، مصر.
38. سرية عصام نور (2006)، سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
39. السيد عبيد، يحيى ماجدة، أحمد خولة (2007)، أنشطة الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

40. السكري احمد شفيق (2000)، قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
41. الشامي وفاء (2004)، خفايا التوحد- أشكاله وأسبابه وتشخيصه-، الجمعية الفيصلية الخيرية السنوية: الرياض.
42. الشعراوي صالح فؤاد (دت)، كفاءة العلاج المعرفي السلوكي اللاإرادي لدي عينة من الأطفال والمراهقين البوالين، دراسة تجريبية.
43. الشربيني زكريا (2002)، المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة: دار الفكر العربي.
44. الشناوي محمد محروس (1997)، التخلف العقلي – الأسباب، التشخيص، البرامج- القاهرة:
45. صابري فاطمة الزهراء حاج (2005)، عسر القراءة النمائي وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى – دراسة ميدانية لتلاميذ الطور الثاني أساسي لولاية ورقلة- مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة ورقلة، الجزائر غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
46. صديق رحاب (2000)، المخاوف المرضية لدى الأطفال، ط1، الإسكندرية/مصر: دار المصري للإبداع.
47. عمارة ماجدة (2005)، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
48. عبيد ماجدة بهاد الدين السيد (2008)، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، ط1، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
49. عبد الواحد هند إبراهيم عبد الرسول (2003)، اضطراب قلق الانفصال (أم- طفل)، الإسكندرية/مصر: الدار الجامعية الجديدة للنشر.
50. العبادي رائد خليل (2006)، التوحد، ط1، عمان/ الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع
51. عادل عبد الله (2004)، الإعاقات العقلية، القاهرة: دار الرشاد.
52. عكاشة احمد (2008)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.

53. العيسوي، عبد الرحمان (2004)، التبول اللاإرادي وعلاقته ببعض مشاكل الطفولة والمراهقة وطرائق العلاج، بيروت: دار النهضة العربية.
54. العوالمه مزاهرة (2003)، سيكولوجية الطفل، ط1، الإسكندرية/ مصر: دار المصري للإبداع.
55. عبد المبدي عبد الرحمان (2003)، قلق الانفصال لدى أطفال المرحلة الابتدائية وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
56. عليان إبراهيم احمد السيد (1996)، اضطراب رابطة التعلق والمشكلات النفسية لدى الطفل، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة عين شمس، القاهرة.
57. العتيبي بندر بن ناصر (2004)، الخصائص السيكومترية لصورة سعودية من مقياس فينلاند للسلوك التكيفي، (دراسة استطلاعية)، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد 5، الرياض.
58. العيسوي عبد الرحمان (1999)، التخلف العقلي، الإسكندرية: دار المعرفية الجامعية.
59. عامر طارق عبد الرؤوف (2008)، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، القاهرة: مؤسسة طيبة.
60. عبد الله محمد عادل (2002)، جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، القاهرة: دار رشد.
61. عبد الخالق جلال وآخرون (2001)، الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
62. عيسى طلعت محمد، وآخرون (1964). الوقاية من الجريمة والانحراف. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
63. عبد الخالق جلال الدين، رمضان السيد (2001). الجريمة والانحراف. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
64. عباس احمد محمود (2003)، الانتحار نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد ، بيروت/ لبنان: دار الفرابي.

65. فهيم كليز (1993)، الاضطرابات النفسية للأطفال- أسبابه وتشخيصه وعلاجه- القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.
66. فراج عثمان لبيب (2002)، الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة (تعريفها، تصنيفها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي)، القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية.
67. قهوجي علي عبد القادر (2000)، علم الإجرام وعلم العقاب، بيروت: الدار الجامعية.
68. قواسمية محمد عبد القادر (1992). جنوح الأحداث في التشريع الجزائري. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
69. قايد حسين علي (2001)، دراسات في الصحة النفسية، القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
70. القمش مصطفى نوري وآخرون (2007)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
71. قنطار فايز (1992)، الأمومة وعلم النفس الطفل، ط1، الكويت: عالم المعرفة للنشر والتوزيع.
72. القريطي عبد المطلب أمين (2001)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3، القاهرة: دار الفكر.
73. قزاز أمام (2007)، بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد والإعاقة العقلية والعاديين، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، عمان/ الأردن.
74. ليلي يوسف كريم المرسومي (2011)، فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك اطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي، ط1، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
75. مانع علي (1996)، جنوح الأحداث والتغيير الاجتماعي في الجزائر المعاصرة، ديوان المطبوعات الجامعية.
76. مرسي كمال إبراهيم (1999)، مرجع في التخلف العقلي، ط2، القاهرة: دار النشر للجامعات.
77. مصطفى حسين، عبد المعطي (2003)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، القاهرة: دار الفكر العربي.

محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق د. عايدة ناجي

78. ميموني بدرة معتصم (2005)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط2 الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
79. مصطفى أسامة فاروق (2011)، مدخل الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: دار المسيرة.
80. المقابلة خلف جمال (2016)، اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية، ط1، عمان/ الأردن، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
81. منصور مصطفي (2008)، مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية، ط1، دار الغرب: الجزائر.
82. هاشم حلي موفق (2000)، الاضطرابات النفسية والاجتماعية عند الأطفال والمراهقين، ط1، بيروت/ لبنان.

مراجع باللغة الاجنبية:

83. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
84. CANOUI, MESSERSCHMITT & ramos, o, psychiatrie de lenfant et de l'adolescent; Maloigne.parie.1994
85. Charbol (H), Le comportement suicidaire de l'adolescent, Ed PUF, Paris, coll. Nodules, 2eme édition, 1992.
86. Charazac M.B prévenir le suicide, 1ere édition, Dunod, Paris, 2002.
87. <http://dc445,4shared.com/doc/ch8GydZ/preview.html>.
88. Freud (S), Au – de là du principe du Désir, Ed payot, 1979.
89. Gender Identity Disorder: What To Do? Can we eliminate GID without decreasing TS health care access? - gendertalk.com –
- وأي باك مشين على موقع 2013 16 23 نسخة محفوظة تاريخ النشر نوفمبر-1996- تاريخ الوصول 23 نوفمبر 2008
90. Julien Daniel Guelfi, Mini DSM4 (critères diagnostiques), Masson, Paris.1996.
91. Jeammet (ph), Adolences, 1ere édition, Payot, Paris.1977.
92. Larousse Médical, 2eme édition, Paris, Septembre 2003.
93. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4eme édition, France.1996.
94. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, texte révisé, 4eme édition Masson, France, 2005.

95. Moutassem- Mimouni (M), S/ Dir de moutassem –Mimouni(B) : Suicide et tentative de suicide des jeunes à Oran (CRASC), 2010.

96. Mele Pierre, la psychothérapie de l'adolescent, 1ere édition quadripage, PUF, Paris, 1999.

97. Norbert Sillamy, Dictionnaire de psychologie, édition Larousse, Paris, 1996.

98. Norbert Sillamy, Dictionnaire de psychologie, édition in Exterso, France, Juin 2004.

99. Rogers (C), La Relation d'aide et la psychothérapie, 17eme édition, ERF, 2011.

100. Rogers (c), le developpement de la personne, 2eme édition, Dunod, Paris, 2005.

101. WPATH was originally named after Harry Benjamin, M.D. (1885-1986) – wpath.org .

واي باك مشين يوليو 2013 على موقع 5 نسخة محفوظة 2008-نوفمبر 23 تاريخ الوصول