

جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله-

كلية العلوم الاجتماعية- قسم علم النفس



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

مطبوعة بيداغوجية

علم النفس المرضي

للطفل والمراهق

موجهة لطلبة ليسانس السنة الثالثة عيادي

إعداد: و. قزوي جبيقة

السنة الجامعية: 2021/2020

فهرس المطبوعة

مقدمة

أهداف المطبوعة

مرخل عام للمرضية في الطفولة والمراهقة

المحاضرة 01

- 8 1. المرضية في الطفولة والمراهقة كمدخل
- 9 2. صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق
- 10 1.2. النمو المستمر
- 11 2.2. الفوارق الفردية
- 11 3.2. وضع الطفل في قوالب الراشد
- 11 3. أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال

تشخيص المشكلات النفسية للطفولة والمراهقة (انتشارها)

المحاضرة 02

- 13 1. صعوبات التشخيص في الطفولة والمراهقة
- 14 2. عوامل خطورة لاضطرابات في الطفولة

الحرمان العاطفي

المحاضرة 03

- 16 1. ماهية الحرمان العاطفي
- 17 1.1. التفريق
- 17 2.1. وضع الطفل في المؤسسة
- 18 3.1. حرمان أمومي رغم وجود الأم
- 18 3. آثار الحرمان العاطفي في مرحلة المراهقة

النظريات (المفسرة للحرمان الأمومي)

المحاضرة 04

- 20 1. نظرية التحليل النفسي
- 22 2. نظرية التعلق

	المحاضرة 05	إشكالية التعلق والانفصال
23	1. التعلق	
23	1.1 مفهوم التعلق	
25	2.1 أنماط التعلق	
27	2. الانفصال	
	المحاضرة 06	إشكالية الهوية
32	1. الهوية	
33	2. دراسة الهوية	
35	3. نظري أريك اركسون Eric Erikson	
	المحاضرة 07	اضطرابات النمو (المجتاحة أو المتفشية أو الشاملة)
41	1. مدخل عام لاضطرابات النمو الشاملة (المجتاحة)	
42	2. أعراض اضطرابات النمو الشاملة	
43	3. صعوبات مجالات النمو في اضطرابات النمو الشاملة	
46	4. أهم اضطرابات النمو الشاملة	
46	1.4 التوحد (طيف التوحد)	
48	2.4 متلازمة اسبيرجر	
52	3.4 متلازمة ريت	
55	4.4 اضطراب التفكك الطفولي	
57	5.4 اضطراب النمو الشامل غير المحدد	
	المحاضرة 08	التخلف العقلي
59	1. التعريف	
61	2. النمو العقلي لدى المتخلفين عقليا	
61	3. أسباب التخلف العقلي	

- 61 1.3. الأسباب الوراثية
- 62 2.3. الأسباب البيئية
- 63 3.3. الأسباب النفسية والاجتماعية
- 63 4. تصنيف التخلف العقلي
- 63 1.4. الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي
- 63 2.4. التصنيف التربوي
- 65 3.4. تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994 للتخلف العقلي ..
- 67 4.4. التصنيف الاكلينيكي

اضطرابات الإخراج (التبول اللاإرادي) نموذجاً

المحاضرة 09

- 70 1. تعريف التبول اللاإرادي
- 71 2. أنواع التبول
- 71 1.2. التبول الأولي
- 71 2.2. التبول الثانوي
- 72 3. أسباب التبول
- 72 4. العلاج

السلوك الفوضوي نقص الانتباه/النشاط الزائد نموذجاً

المحاضرة 10

- 74 1. مفهوم السلوك الفوضوي
- 75 2. مفهوم اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد
- 76 3. تشخيص اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد
- 77 4. معايير اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد
- 78 5. أسباب اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

المحاضرة 11	القلق والاكتئاب في الطفولة والمراهقة
80	1. قلق الطفولة
83	2. اكتئاب الطفولة والمراهقة
المحاضرة 12	الفحص النفسي للطفل والمراهق
85	1. صعوبات الفحص النفسي في الطفولة والمراهق
85	1.1. صعوبات خاصة بالانساني
86	2.1. صعوبات مرتبطة بحالة الطفولة
87	2. علاج مشكلات الطفولة والمراهقة
	خلاصة
	قائمة المراجع

مُقَدِّمَةٌ:

مع مرور الوقت تزداد الحاجة إلى علم النفس وخدماته في السنوات الأخيرة، والحدث الآني الذي مَسَّ مختلف مراحل العمر من الطفولة إلى الشيخوخة، فبرزت أعراض مختلفة قد تعبر عن سوء الحالة النفسية للأفراد، وتختلف تظهر هذه الأعراض من مرحلة إلى أخرى ومن فرد إلى آخر وهذا ما يدعم فكرة أن لكل مرحلة عمرية خصائص معينة هي التي تساهم في ظهور أعراض عن أخرى أو اضطرابات عن غيرها، فلعل هذه الفكرة التي دعت من قبل أيضاً العلماء إلى وضع تخصص لعلم النفس المرضي للطفل والمراهق وهذا لخصوصية المرحلة من جهة.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا ما هي خصائص المرضية والعرضية في مرحلتي الطفولة والمراهقة؟ ما هي الصعوبات التي نتعرض لها في تشخيص الاضطرابات النفسية في هاتين المرحلتين؟ وما هي التفسيرات النظرية المختلفة لتفسير نشوء المرض النفسي في الطفولة والمراهقة؟ وما هي أهم الاضطرابات النفسية وتصنيفاتها في هاتين المرحلتين؟ وسنحاول في هذه المحاضرات الإجابة عن مثل هذه الأسئلة لتتوير طالب السنة الثالثة عياوي بهذا الميدان في علم النفس، وكذا للاستفادة من المعلومات المقدمة في تكوينه في التخصص العلمي هذا ألا وهو علم النفس العيادي.

أهداف المطبوعة:

تشمل أهداف المطبوعة التالية الخاصة بوحدة علم النفس المرضي للطفل والمراهق والموجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص علم النفس العيادي، إلى تحقيق جملة من النقاط المتمثلة فيما يلي:

- محاولة تحديد أهم معايير تحديد السواء واللاسواء في الطفولة والمراهقة.
- تمكين الطالب من التحكم في المبادئ العامة لعلم النفس المرضي للطفل والمراهق.
- تمكين الطالب من التعرف على الصعوبات الخاصة بتشخيص المرض النفسي والعقلي في الطفولة والمراهقة.
- وصول الطالب إلى إدراك أهمية الحرمان العاطفي بالنسبة للصحة النفسية للطفل والمراهق.
- التعرف على أهم الاضطرابات النفسية المرتبطة بالطفولة والمراهقة.
- وتبيان أهم المفاهيم المساهمة في تشكيل الشخصية في الطفولة والمراهقة.

مدخل عام للمرضية في الطفولة والمراهقة

مهَيِّد:

تشكل مرحلتي الطفولة والمراهقة مراحل مهمة وبارزة في بناء شخصية الفرد من خلال المميزات التي تظهر فيها ومن خلال مطالب النمو الخاصة بها، وكذا من خلال المعاش النفسي خاصة بالمرحلتين ما جعل منهما مرحلتين بارزتين في الدراسات النفسية منذ بدايات البحث في علم النفس، وهذا كله للدور البارز لهما في تحقيق توازن الفرد على الصعيد الشخصي وعلى الصعيد الاجتماعي. غير أنها تعترض هذه المرحلتين بعض المشاكل التي تعيق النمو النفسي للفرد ما يجعل للمرض النفسي والعقلي مجال واسع تتمظهر على عدة أشكال، وقبل عرض أهم الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة نحاول هنا تناول أساسيات وخصوصيات المرضية في هذه المرحلتين.

1- المرضية في الطفولة والمراهقة كمدخل:

رغم أن الطفل يحتل مكانة اجتماعية ووجدانية، إلا أنه لم يحظى بدراسات عديدة باستثناء الدراسات البيداغوجية على المتخلفين عقلياً أو ذوي العاهات الحسية.

وقد حظي المراهق منذ بداية القرن التاسع عشر مع الدراسات على الخرف باهتمام كبير، لكن الطفل واضطراباته بقيت تقريباً غائبة من دراسات علم النفس المرضي 1905.

بيني وسيمون A. Binet & Simon قدما أول اختبار للذكاء وفي نفس السنة قدم **فرويد** ثلاث مقالات في نظرية الجنس، وهذا قد هز العالم الأوروبي خاصة وفت انتباه الباحثين حول الطفل واضطراباته، وفي البداية كان الاهتمام بنقص الذكاء خاصة، ثم تدريجياً مع **بياجي وولون Piaget & Wallon** والمحليين النفسانيين اهتمام بتكوين الطفل ونموه واضطرابات هذا النمو (ميموني، 2003، الصفحات 23-24).

من الميسر دائماً الحكم على البالغين بالاضطراب وعدم النضج عندما نلاحظ تقارباً بين ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل، ففي مثل هذه الحالات قد نصف سلوك البالغين هذا لعدم النضج ويقرر بأنها يعانون اختلالاً بسبب صفاتهم الطفلية هذه.

لكن عندما تصدر تصرفات مثل هذه عن طفل، فإنها قد تكون شيئاً مقبولاً لنتناسبها مع عمره والمتطلبات الفكرية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يمر بها. لها يحذرنا علماء العلاج النفسي السلوكي **E. G. LAZARUS 1971** من الاندفاع والعجلة في وصف طفل معين أو دماغه بالاضطراب، ويترتب على هذا التحذير أنه يجب على المعالج النفسي أن يكون ملماً بخصائص مراحل النمو وتطور الطفولة ليميز في سلوك الطفل بين ذلك الذي يحتاج منه إلى التدخل المهني (طبي أو نفسي) بسبب شذوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو، وبين ذلك الذي يحتاج إلى التدخل العلاجي بل قد يكون المطلوب منه تشجيعه بسبب انسجامه مع المتطلبات التي تفرضها ضروريات النمو.

2- صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق:

إن تحديد السواء على العموم صعب، حيث لا توجد حدود بارزة بين السواء واللاسواء، وهذه الصعوبة تظهر بوضوح عند الطفل لأنه في سيرورة النمو. فالطفل

لا يزال في مرحلة النمو ليس له بيئة ثابتة (نسبياً) مثل ما هو الحال عند الراشد، وظهور بعض الأعراض التي تشبه أعراض الراشد لا تعني بالضرورة أن هناك باتولوجية معينة.

1.2. النمو المستمر:

فحسب السن تظهر أعراض ليست مرضية بل منظمة للنمو مثل حصر الشهر الثامن أو قلق الغريب (حسب سبيتز)، بعض الطقوس في المنام والغسيل، إنها تساعد الطفل على التحكم في دوافعه وفي المحيط الخارجي.

بعض الأعراض مرتبطة بالظروف المعيشية لأنها انعكاس لهذه الظروف وتزول مع تحسن الوضع.

النمو يمر بمراحل وكل مرحلة تأتي بإمكانيات جديدة تساعد على التخلص من صراعات المرحلة السابقة، وأنا فرويد **Ana Freud** تركز على ديناميكية النمو وإمكانياته العلاجية.

النمو ليس متساوياً في كل جوانبه، فبعض الوظائف تتطور بسرعة وأخرى ببطء. يظهر أيضاً نكوص لكنه ليس دائماً سلبي بل يساعد على تجاوز صعوبات المرحلة، كأن الطفل يرجع إلى الوراء كي يجمع قواه لاجتياز المرحلة.

الكثير من الباحثين وخاصة **H.Wallon** ركز على أهمية الأزمة، إنها مؤقتة ومنظمة، فبالنسبة لوالون الأزمة تساعد على القفزة النوعية التي تسمح بالتطور السريع.

مع أن المراهق في تطور سريع وفي كل الجوانب، فهو يعيش أزمة بيولوجية نفسية واجتماعية هامة. هذا ما يجعله يقوم بسلوك غريب يأخذ أشكالاً مرضية في بعض الحالات: البحث عن التطرف، الانطواء، الخذل، العدوان... الخ كل هذا لا يعني

بالضرورة باتولوجياً، بل غالباً ما يدخل في خصائص المرحلة والبحث عن الهوية واثبات الذات، ويزول هذا السلوك مع زوال الأزمة. وهذا الوضع يتطلب من المختص الدقة والحذر وعدم التسرع في التشخيص. وللمحيط العائلي دور كبير في مساعدة المراهق على اجتياز الأزمة بسلام أو الغرق فيما حسب تسامحه وتفهمه.

2.2. الفوارق الفردية:

تحديد معدلات ومراحل لا يعني أن كل الأطفال يكتسبون المهارات أو المعارف في نفس السن. لكن هذا التحديد يعطي مؤشراً أي معدل إحصائي، ولذلك يجب أخذ بعين الاعتبار الفوارق الفردية. كل طفل له إيقاعاته البيولوجية والنفسية، والمهم هو الانسجام الذاتي، وتوازن الوظائف النفس-اجتماعية حركية.

3.2. وضع الطفل في قوالب الراشد:

لنحذر من سهولة استعمال التصنيفات الخاصة بالراشد، وبتطبيقها على الطفل هذا لأسباب السابقة الذي فالطفل ليس براشد منمنم بل له خصائصه (ميموني، 2003، الصفحات 37-38).

3. أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال:

تتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل، ويمكن معرفة هذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها ثم تصنيفها بالتتابع المنتظم لما يرد من هذه الحالات للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات. وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يصغه لنا DSM لهذه الحالات، فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية للاضطرابات الطفولة على النحو التالي:

- 1- مشكلات متعلقة بالنمو، التخلف العقلي والدراسي، مشكلات النمو اللغوي، صعوبات التعلم.
- 2- مشكلات متعلقة باضطرابات السلوك، الإفراط الحركي (الحركية)، العدوان، تشتت الانتباه، التخريب، الجنوح، الكذب، الانحرافات الجنسية.
- 3- مشكلات القلق: قلق الانفصال، القلق الاجتماعي، تجنب الاحتكاك بالآخرين.
- 4- الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام: الهزال أو النحافة المرضية، التهم، السمنة، التهام المواد الضارة.
- 5- اللوازم الحركية: نتف الشعر، مص الأصابع، قضم الأظافر.
- 6- اضطرابات الإخراج: التبول اللاارادي، التغوط.
- 7- اضطرابات الكلام واللغة: التهتهة، البكم، الحبسة الصوتية.
- 8- اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة، السلوك الاجتراري.

ولا يعني هذا التصنيف وجود حدود قاطعة بين الفئات، فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص، وما هذا إلا إجراء له مقتضياته لدى المعالجين النفسانيين، وإن كان ينقصه الكثير من الدقة عند التطبيق.

تشخيص المشكلات النفسية للطفولة والمراهقة انتشارها.

مهَيِّد:

تشخيص المشكلات النفسية كما أشرنا في المحاضرة التمهيديّة لهذه الوحدة هو أنه هناك صعوبات في تشخيص المرض النفسي في الطفولة والمراهقة، فقد أشار أيضا فيصل الزراد في آخر كتبه المترجمة علم النفس المرضي إلى صعوبات في التشخيص تتمثل فيما يلي:

1. صعوبات التشخيص في الطفولة والمراهقة:

عندما نضع بعين الاعتبار السلوكيات التي ترتبط مرضياً أو علاجياً بالأطفال، يجب علينا أولاً أن نضع بعين الاعتبار ما هو طبيعي في سن معين، فعلى سبيل المثال يعتبر تبديل الفراش طبيعياً نسبياً لدى الأطفال حتى سن الخامسة، ولكنه يكون عرضاً لاضطراب إذا ظهر بعد هذا السن.

تشخيص مشكلة نفسية غالباً ما يعتمد على كون الفرد قادراً على التواصل مع المعالج أو الممارس، وتحديد خبرة الطفل بالكرب الذي تسببه هذه المشكلات له. ومع ذلك فإن هناك الكثير من الأطفال غير القادرين على التواصل بوضوح حول ما يعانون منه (قد لا يميزون بين الإحساس بالقلق والاكتئاب) فعليه فإن تحديد المشكلات النفسية

يجب أن تأخذ مكانه غالباً بشكل منفرد على أساس الملاحظة الخارجية لسلوك الطفل ومعدلات النمو لديه.

الفروق الثقافية والحضارية تؤثر أيضاً على سلوكيات الطفل فإذا كانت تمثل مشكلات أو لا. فمشكلات السلوك الخارجي تظهر بشكل واضح في كثير من المجتمعات الغربية، ولكن بعد الثقافات الشرقية لديها مستويات منخفضة نسبياً من هذا النمط من المشكلات.

وأخيراً كما أشرنا أيضاً في المحاضرة السابقة أنه تحدث خلال الطفولة ولمراهقة المبكرة تغيرات في النمو بشكل سريع، مما يعني أن المشكلات النفسية يمكن أن تتصاعد بسرعة وبشكل درامي (جراهم، 2016، الصفحات 993-994).

2. عوامل خطورة لاضطرابات في الطفولة:

هناك الكثير من العوامل تزيد من خطورة اضطرابات النمو مثل ضغط المحيط والبيئة (العيش في محيط متدني) عوامل وراثية وأسرية (العنف الأسري والجنسي، الحرمان العاطفي سوء المعاملة)، أطفال الأولياء الذين يعانون من الاكتئاب واضطرابات نفسية حادة.

كما يعتبر الجنس من عوامل المميّزة حيث نجد أن الذكور هم الأكثر تعرضاً للاضطرابات النفسية مقارنة بالإناث كاضطراب التوحد، اضطرابات فرط الحركة (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 303).

كما أن يعتبر المرض النفسي في الطفولة كمؤشر للمرض النفسي في الرشد، وذلك يظهر في الحديث عن أهمية الخبرات الطفولية كما تناول الباحثين ذلك في مختلف التوجهات النظرية أمثال فرويد بولبي هذا من جانب ومن جانب آخر أهمية الخبرات

الطفولية بوجودها في الأسباب المرضية للكثير من الأمراض النفسية التي تظهر في سن الرشد (جراهم، 2016، صفحة 99). (ولعل قد تناول ذلك في محاضرات السنة الثانية في وحدة علم النفس المرضي).

فعليه أن اضطرابات الطفولة والمراهقة قد تعمل على عرقلة نمو الطفل والمراهق من جهة كما تعمل على تعزيز إمكانية ظهور الاضطراب النفسي في الرشد. وكل هذا يرجع إلى جملة من العوامل المسببة للاضطرابات النفسية والعقلية.

الحرمان العاطفي

مهيّد:

قبل البدء في الحديث عن مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية التي تتمظهر في الطفولة والمراهقة لابد لنا الولوج إلى أهم أسباب هذه الاضطراب وأيضا إلى أهم عنصر في بناء شخصية الفرد من خلال العلاقة بين الطفل والأم، التي يتخللها في بعض الأحيان نوع من النقص والخلل ما يعكس على نمو الفرد الذي يعاني من حرمان عاطفي وبالدرجة الأولى من الحرمان الأمومي.

1. ماهية الحرمان العاطفي:

تطورت منذ الخمسينات دراسات متعددة حول العلاقة بين الطفل وأمه أو بديلها والاضطرابات الناتجة عنها.

والحرمان الأمومي يعني نوعاً من الاضطرابات والذي ينتج عن نقص في العلاقة والعناية العاطفية والمنشطة من طرف الأم أو بديلها. وهذا النقص يعطي اضطرابات سلوكية، نفسية، اجتماعية، عقلية وحركية، حسب نوع الحرمان ومدته تكون خطورة الاضطرابات (ميموني، 2003، صفحة 165).

ويقصد بالحرمان العاطفي فقدان العلاقة مع الوالدين أو أحدهما، نتيجة لغيابهما الفيزيقي. وهو ما يختلف عن النبذ أو التسيب أو الإهمال الذي يحدث في الأسر المتصدعة

حيث الوالدان موجودان، إلا أنهما لا يقومان بواجب الرعاية بالنوعية المطلوبة. ويتخذ الحرمان العاطفي شكلين لكل منهما آثاره الخاصة على نمو الطفل وصحته النفسية. الحرمان الكلي المميز لحالة الطفل مجهول الأبوين والذي ينشأ في دار الأيتام، والحرمان الجزئي الذي يفقد فيه الطفل أحد الوالدين أو كليهما بعد أن عاشا في كنفهما فترة من الزمن تتفاوت في مداها (حجازي، 2006، صفحة 17).

كما أشارت بدرة معتصم ميموني إلى أن حالات الحرمان تتمثل فيما يلي:

1.1. التفريق:

تفريق الطفل عن أمه (أو بديلها) لمدة طويلة دون توفير له وجه أمومي ثابت، ويؤدي هذا خاصة في حالات الاستشفاء (مرض الطفل أو أمه)، وعن أسباب أخرى مثل الطلاق وفاة الأم أو لأسباب أخرى. لكن عندما يرجع الطفل عند الأم تزول الاضطرابات تدريجياً. والتفريق لا يؤدي دائماً إلى الحرمان خاصة إذا كانت العلاقة بين الطفل وأمه سيئة وإذا وجد بديلاً مكافئاً ومطمئناً.

2.1. وضع الطفل في المؤسسة:

أين تحدث حالات الحرمان الخطيرة بالمؤسسات وتؤدي إلى اضطرابات وخيمة، وتعتبر المؤسسة المحيط الأكثر خطورة على صحة الطفل النفسية والجسمية.

فوضع الطفل بمؤسسة والتخلي عنه بعد 6 أشهر بعدما كون علاقة تعلق مع أمه أو بديلها تجعل الطفل في حالات حداد حادة تشكل خطراً على صحته النفسية وعلى حياته.

وضع الطفل بعد ميلاده: هنا المؤشر ليس التفريق أو فقدان الموضوع الليبيدي (أو التعلق) بل عدم وجود موضوع ثابت يتعلق به ويوظف فيه طاقته الليبيدية والعدوانية (حسب التحليل النفسي).

3.1. حرمان أمومي رغم وجود الأم:

هنا تشير أنسوورث **M.Ainsworth** إلى تشويهاة العلاقة الأم التي لا تبالي بطفلها أو تقسي عليه (التي تظهر خاصة في حالات اكتئاب ما بعد الولادة) أو مفرطة الحماية. وهذا النوع من الحرمان سماه هارلون **Dan . G.H Harlow** الحرمان الكامن وهو الأخطر جدا لأنه مخفي نوعا ما و محاط بكل دفاعات الوالدين. والحرمان الوالدي هو نقص العناية والتفاعل الوجداني بين الطفل وأمه أو بديلها، وتختلف آثاره حسب:

- سن التفريق أو الإحباط الناتج عنه.
- مدة الحرمان.
- توفير أو عدم توفير وجه أو أوجه أمومية مكافئة وثابتة.
- حسب نوع الحرمان (حسي، حركي، أو وجداني) (ميموني، 2003، الصفحات 167-168).

3. آثار الحرمان العاطفي في مرحلة المراهقة:

تظهر على المراهقين مجموعة من الاضطرابات تميل إلى العنف والاندفاع في السلوك، الشعور باللامبالاة، والميل إلى العوالة. ومن آثار الحرمان العاطفي في هذه المرحلة هو الجنوح وذلك حسب ما توصلت إليه بعض الدراسات مثل دراسة بولبي الذي ربط بين الحرمان العاطفي والجنوح (ميموني، 2003، صفحة 117).

فالحرمان العاطفي تأثيرات واضحة على الفرد وقد تظهر في سلوكيات آنية وقد تكون مستقبلية أثناء مراحل حياته المختلفة، والتي قد تظهر في اضطرابات واضحة المعامل سواء في الطفولة أو المراهقة وكذا الرشد التي سيتم تناول البعض منها في المحاضرات القادمة أو في الوحدات الأخرى المرتبطة بالتخصص العيادي. وقبل تناول مختلف الاضطرابات نحاول التطرق إلى النظريات المفسرة للحرمان العاطفي.

النظريات المفسرة للحرمان الأمومي (العاطفي)

مهَيِّد:

سنحاول التطرق إلى أهم النظريات المفسرة للحرمان الأمومي (العاطفي) وآثاره، وهي النظرية التحليلية التي تركز على أهمية العلاقة أم طفل والتوظيف الوجداني وتعتبر الاضطرابات ناتجة عن الحرمان العاطفي. ونظرية التعلق تركز على أهمية التعلق كحاجة فطرية وعدم اشباعها يؤدي إلى اضطرابات خاصة في تكوين العلاقة.

1. نظرية التحليل النفسي:

يعيش الطفل خلال الأشهر الأولى في لا تمايز بينه وبين العالم الخارجي، الأم بثباتها واستجاباتها المكيفة لحاجيات الطفل وتوظيفها له تعطي للطفل شعوراً بالاطمئنان.

تحت تأثير هذه العناية والنضج العصبي وتطور الإدراك يبدأ الطفل يدرك شيئاً فشيئاً العالم الخارجي ويكون تدريجياً الموضوع المعرفي والليبيدي.

قامت **T. Goin Decarie** بدراسة حول هذا المفهوم ولاحظت تزامن بين تكوين الموضوع المعرفي (**Piaget**) والموضوع الليبيدي حسب ما وصفه **spitz** يسلك تكوين هذا الأخير ثلاث مراحل: بعد اللاتمايز يحدث إدراك جزئي للموضوع ثم تدريجياً إدراك

وتعرف على الموضوع. إذ كانت ديمومة الموضوع المعرفي تحدث عند 24 شهر فديمومة الموضوع الأمومي تبقى هشة خلال السنوات الأولى من الحياة وخاصة إذا كانت علاقة الطفل مع أمه لا تركز على أسس متينة يسودها القلق والتفريق والحرمان.

الموضوع المعرفي له سمات ثابتة (شكله، وزنه، لونه...) يجعله ثابتاً لا يتغير. لكن الموضوع الليبيدي لا يستثمر حسب سمات الموضوعية بل على أساس استهامي وتعطى له صفات يمكنه اجتياها واسقاطها وتملكها، أي هي علاقة إلى فرد ليس له كل صفات الموضوع الحقيقي ولا تُعاش إلا كتصور لنتائج والتغيرات التي يحدثها فيها.

على أساس العلاقة مع الموضوع الليبيدي الأول تتكون المواضيع الداخلية كنماذج للعلاقات الاجتماعية. فإذا فقد الموضوع أو كان خلل في العلاقة يؤدي هذا إلى اختلال التوازن ومفهوم العلاقات.

التوظيف النفسي للطفل من طرف أمه ومحيطه يعطي له الإحساس بالقيمة والتقدير والاستمرارية وهذا يؤدي إلى تكوين ثقة في الذات (مع توظيف جسم وذاته وحبها)، وفي محيطه مما يفتح له المجال بالمبادرة والابتكار ويقوي رغبته في الحياة وفي النمو. يترك الحرمان ثغرات في نرجسية الطفل وآثار الحرمان له علاقة بموقف انهيار.

يؤدي ضياع الموضوع الليبيدي بعد تكوينه إلى انهيار وخاصة في مرحلة قلق الشهر الثامن أين يخاف الطفل عند اختفاء الموضوع وأمام الغريب هذا القلق ناتج من ضياع الموضوع الذي يتكأ عليه.

وفي نفس الوقت هذه الفترة تناسب الموقف الانهياي لكلاين، التي تقول أن الطفل يمر بمرحلة انهيارية عندما يوحد الموضوع الليبيدي بعدما كان جزئياً، ونواياه العدوانية الموجهة للموضوع الخارجي كان بالإمكان أن تُسيئ في نفس الوقت إلى الموضوع

الطبيب المجتاف. عندما يفرق الطفل عن أمه في هذه الفترة يشعر به كعقاب له ولنواياه المحطمة. (ميموني، 2003، الصفحات 177-178).

2. نظرية التعلق:

وهي النظرية التي قدمها جون بولبي، وساعدت في تطويرها ماري انسورث. وتتخلص النظرية في أن الرباط الإنساني بين الطفل وأمه، ثم بينه وبين أفراد أسرته الأقربين يمثل دافعاً أولياً تماماً كالحاجة إلى الغذاء والنوم والحماية، وليس دافعاً ثانوياً ينشأ انطلاقاً من تلك الحاجات الأولية. وتذهب هذه النظرية إلى القول أيضاً أن نوعية العلاقة الأولية مع الأم ومنذ الشهور الأولى هي التي تحدد صحته النفسية ونموه المعافى أو تعيقها. وتكمن ريادة هذا النموذج في أنه ذهب عكس ما تقوم به السلوكية من تعلم، حين أثبت أن العلاقة فطرية تقوم على صمائم عصبية دماغية كأى سلوك فطري آخر كما تكمن ريادته في تجاوز ما قال به التحليل النفسي الفرويدي من أن العلاقة بين الأم والطفل هي ناتج ثانوي عن الرعاية التي يحظى بها من قبلها خلال إرضاء حاجاته الأساسية، حيث أن الحالة الأصلية (تبعاً لنظرية التحليل النفسي) تتمثل في نوع من النرجسية المغلقة على ذاتها، والتي تنفتح على شكل علاقة مع موضوع الرعاية بسبب ما يقدمه من إرضاءات لحاجات الطفل الحيوية (حجازي، 2006، صفحة 186).

إشكالية التعلق والانفصال

مهَيِّد:

من خلال ما سبق برز لنا أهمية مفهوم التعلق في بناء شخصية الفرد وتأثيره في المستقبل النفسي للطفل وللمراهق، فعليه لابد من التعمق هنا في هذا المفهوم وكذا مفهوم الانفصال.

1. التعلق:

1.1. مفهوم التعلق:

يعتمد بولبي النظرية القائمة على أن للطفل حاجة فطرية في اللمس البدني والنفسي، وهذه الحاجة للموضوع هي نسبياً حالة انفصال عن الحاجة الفمية، وهذه هي نظرية التعلق بالموضوع، وهنا تبدأ الاجتماعية. وللطفل أيضاً حاجة للثدي لذا فهو متعلق بأمه وهذه هي نظرية المص الأولي للموضوع.

ودرس بولبي الأوجه الإيجابية والدينامية لعلاقة الطفل بأمه، ويرى أن هذه الأوجه تتجلى في استجابات غريزية مستقلة عن بعضها البعض، ويتميز بخمس مكونات، وهي: مص، تعلق، لحق، بكى، ابتسم، وتتدمج هذه المكونات في السنة الأولى وتؤدي إلى سلوك التعلق المذكور.

المكونات الثلاث الأولى، مص، تعلق، لحق، لا تصل هدفها إلا عند تلقي استجابة متبادلة نسبياً محدودة من جهة الأم، بينما التعبيرين الأخيرين: بكى، وابتسم، تندمج قياسياً على سلوك الأم ويصفها بولبي على أنها مثيرات اجتماعية تثير الأم وتستدعي جواباً منها. البكاء لا يُثار فقط بسبب الحاجة الفمية، لأنه عادة يتوقف مع الهزهزة أو مع كلام الأم.

سلوك اللحق (تبع) هو استجابة مصدرها الأم تراها في لحظات التعب والخوف وتصل قمتها من بين 18 و30 شهراً ونلاحظها خصوصاً عندما يستشعر الطفل بعض العدوانية من أمه، أما سلوك التمسك والالتصاق فيبدو باكراً جداً يتجلى مثلاً: أثناء المص بحركات اليدين ويتوجه إلى الأم (الطفيلي، 2004، الصفحات 100-101).

ويتطور هذا السلوك مع نمو الطفل وتشير أنسوورث إلى مراحل سلوك التعلق في:

- البكاء، التقلص، المص.
 - البكاء، المص، الابتسامة، التصويت وفي آخر هذه الفترة تظهر حركات الزحف، الترحيب، إشارة الأيدي (خذي).
 - ملاحقة الأم بالزحف، المشي، الترحيب عند رجوعها البكاء عند غيابها.
- وقد بينت الدراسات عندما لا تلبى حاجة الطفل إلى التعلق فيضطرب سلوكه خاصة علاقاته مه أقرانه (ميموني، 2003، الصفحات 179-180).

كما بينت الدراسات أنماط متعددة للتعلق التي يظهر منها الأنماط غير الأمانة التي تؤدي إلى ظهور اضطرابات ومشاكل نفسية واجتماعية للفرد عبر مختلف مراحل حياته وتتمثل هذه الأنماط فيما يلي:

1.2. أنماط التعلق:

تعد نظرية بولبي (نظرية التعلق الايتولوجية) من أهم النظريات وأكثرها قبولا في الوقت الحاضر التي حولت تفسير مفهوم التعلق. إذ يعتقد بولبي أن الطفل مزود بمجموعة من السلوكيات الفطرية التي تجعل مقدمي الرعاية بالقرب منه، وتزيد من فرص بقائه (أبو غزال وآخر، 2014، ص 352). وقد قامت كل من ماري انسورث وسيلفيا بل (1973) بتحديد ثلاثة أنماط لسلوك التعلق لدى الطفل وهي كالاتي:

1.1.2. التعلق الآمن (التعلق الايجابي):

وهنا يكون الطفل متعلقاً بأمه كمصدر للأمن، ولكنه يجعلها كمنطقة انطلاق، ينطلق من خلالها لاستكشاف ما حوله ثم يرجع الطفل إلى أمه (قاعدة الأمان) ليستمتع بحنانها والشعور بالأمان معها، فتدعمه نفسياً من خلال تشجيعه لاكتشاف الأشياء والأشخاص. ولا تكون عائقاً تمنعه من التواصل مع الناس بحجة الخوف منه.

2.1.2. التعلق القلق (السلبي):

وفيه يكون الطفل متعلقاً بأمه بشدة، ويبيدي مقاومة للشخص أو الموقف الذي يريد أن ينتزعه من حضن أمه، وبذلك يفشل في استكشاف المحيط، بل ويبيدي غضب وانفعالاً عند عودة الأم له كأنه يعاقبها. وهنا الأم لم تدعم الطفل نفسياً وستجعل انفصاله عنها صعباً.

3.1.2. التعلق القلق التجنبي:

وينشأ هذا التعلق من الرفض والصد المستمر للأم عند احتياج الطفل إليها، والذي قد يؤدي عند الشدة إلى المرض أو الوفاة. وهنا يشب الطفل في عزلة عاطفية ونفسية وعدوانياً أو مضاد للمجتمع (مدوري، 2015، الصفحات 73-74).

كما لا بد الإشارة أيضاً إلى مفهوم قلق الانفصال، إذ أن ليس الحرمان الكلي والجزئي فقد من يسبب الكدر والاضطراب النفسي للطفل بل حتى الانفصال يؤدي إلى ذلك أيضاً، حيث بين بولبي في كتابه (الانفصال، القلق والغضب 1973، آثار الانفصال المؤقت عند كل من صغار الإنسان والقردة العليا، ويذهب إلى أن سلوك التعلق بالأم يترسخ في الشهر السادس من العمر. ولذلك فإن كل الأطفال يضطربون إذا عزلوا عن أمهاتهم بعد هذه العمر وحرموا منهم (حجازي، 2006، صفحة 182).

وقد طبق هذه النظرية لبولبي بامتياز على فوبيا المدرسة. فهو يذهب إلى أن هذا الخوف لا يتعلق بالمدرسة بالأساس إلا في حالات استثنائية يكون الطفل قد تعرض فيها إلى الأذى، أو التهديد الجسدي أو النفسي في المدرسة. بينما الدراسة العيادية تبين أن النسبة الكبرى من حالات الخوف لا تعود إلى وجود مثل هذا التهديد. وبالتالي فنحن لسنا بصدد الخوف من الذهاب إلى المدرسة بل بصدد الانفصال عن البين والام بالأساس (حجازي، 2006، صفحة 185).

ولعل بالرجوع إلى مجتمعنا الجزائري ومن خلال أيضاً الخبرة العيادية للباحثة (الأستاذة) التمسنا حقيقة قلق الانفصال الذي يتمظهر في الفوبيا المدرسية من خلال الحالات التي تعاملنا معها من قبل وتعاني من فوبيا مدرسية، ويمكن أو بالأحرى التمسنا جانب آخر ألا وهو أن الأمهات هن من يعشننا قلق الانفصال من خلال حالات الأمهات

التي كانت تتردد حتى في ترك الابن (المفحوص) للتعامل معه لوحده مع العيادي، ونشير أن هناك من الأمهات من تطلب حتى الدخول إلى القسم لحضور حصص مع اللابن وهذا لا يعبر إلا عن نمط التعلق غير الآمن للأمهات أكثر من أن يكون للأبناء.

2. الانفصال:

بعد أن يكون الطفل قد تعلق بالحاضن على النحو الذي رأيناه، فإنه لا يرتاح لفراقه. بل يبدي احتجابه على ذلك بصورة أو بأخرى. فقد يشعر بالتعاسة يأخذ في البكاء، أو يهتاج، محاولاً التشبث بالحاضن أو اللحاق به، أو غير ذلك من أنماط السلوك التي يقال إنها تعكس قلق الانفصال.

وطبيعي ألا يبدأ هذا القلق إلا بعد أن يكون الطفل قد بدأ يتكون لديه مفهوم دوام الشيء أي أن الأشخاص الذين ينادونه يظلون موجودين بالرغم من غيابهم عن بصره. وإلا فكيف يبكي الطفل من أجل شيء يزول بزوال صورته عن عينه؟ لذلك فإن هذا القلق لا يبدأ عند الطفل قبل بلوغ الشهر التاسع من عمره على وجه التقريب. وفي هذه الفترة أيضاً يكون الطفل قد استطاع أن يميز وجوه الأشخاص الذين تعلق بهم عن غيرهم من الأشخاص، وغالبا ما يكون هؤلاء هم الأبوين أو الحاضن بشكل عام. وباختصار فإن قلق الانفصال له علاقة بالنمو المعرفي للطفل كما أن له علاقة بنموه الانفعالي والاجتماعي.

لقد أجرى بولبي 1964 وزملاؤه دراسة على تطور الأساليب السلوكية التي تصدر، كرد فعل للانفصال عن جانب أطفال تتراوح أعمارهم فيها بين خمسة عشر شهراً وثلاثين شهراً، ووجد أن هذه الأساليب تسير في التتابع الآتي:

الاحتجاج: البكاء والصياح ومحاولة ملاحقة الحاضن المغادر. النحيب بشكل لا يمكن تهدئته عن الذهاب إلى الفراش. ويكون هذا النمط السلوكي قوياً في الأيام الأولى من الانفصال.

اليأس: يقل الاحتجاج ويصحب ذلك الحزن والانزواء. بعض الأطفال يصبح عدواني ويرفض عروضاً للصدقة، أما البعض الآخر فيظهر التعلق بشكل يخلو من الفرح، وبدون تمييز، نحو حاضن معين يقوم بدوره مؤقتاً.

التباعد: ويلاحظ عندما يجتمع الشمل مرة أخرى بين الحاضن والطفل. عندئذ يتحول الطفل عن الحاضن كلما اقترب منه الحاضن. ويكون الطفل في هذه الحالة هادئاً، وإن كانت عيناه مليئة بالدموع، كما يبدي الطفل جزعاً شديداً من أي احتمال للفراق مرة أخرى (اسماعيل، 1986، الصفحات 154-159).

يختلف تأثير الانفصال باختلاف عمر الطفل ومدة الانفصال والحاضنة البديلة القائمة بدور الأم وغيرها من العوامل، ويحدد ريتشارد سوسن 1979 آثار الانفصال تبعاً لهذه المتغيرات:

- 1- خبرات الانفصال لفترة قصيرة واحدة والتي تحدث في جو أسري صحي لا تترك أثراً دائماً، بل إن آثارها تزول تماماً بسرعة على الرغم من أنه من المحتمل أن تترك نبذة خفيفة تجعل الشخص أكثر تأثراً بالأخطار المستقبلية مثل زيادة التعرض للاكتئاب فيما بعد.
- 2- الانفصال قصير المدى يؤدي إلى زيادة الاعتمادية والاتكالية في قلق متزايد بعد التلاقي، على حين إن الانفصال الشديد يؤدي إلى الانسلاخ والانسحاب الودي.

- 3- خبرات الحرمان الطويلة نسبياً في الطفولة المبكرة والتي يعقبها التلاقي يمكن أن تؤدي إلى تحسن واضح في الوظائف الاجتماعية والعقلية.
- 4- الحرمان الشديد الطويل الذي يبدأ مبكراً في السنة الأولى من الحياة (من الشهر الثالث وما بعد والذي يستمر لفترة يصل طولها ثلاث سنوات يؤدي إلى نقص شديد في الجوانب العقلية والشخصية، نقصاً يبدو غير قابلاً للشفاء.
- 5- الحرمان الطويل الشديد الذي يبدأ في السنة الثانية من الحياة يؤدي إلى آثار جسمية في نمو الشخصية أثاراً يبدو أنها لا تزول، لكن الآثار التي تلحق الوظائف العقلية يبدو أنها تزول وتتحسر.
- 6- الطفل أقل على تحمل خبرات الانفصال قبل بلوغه سن الخامسة من بعد بلوغها.
- 7- الاختلالات التي تطرأ على اللغة والتفكير التجريدي والقدرة على عقد صلات اجتماعية ذات معنى هي أكثر الاختلالات استعصاء على الشفاء (حجازي، 2006، الصفحات 172-183).

وقد عدد بولبي عدة حالات من خوف الانفصال عن الأم. يتنمّل أولها في خوف الطفل أن يصيبه مكروه إذا هو ابتعد عن المنزل والأم. ترتبط هذه الحالة بتجربة انفصال صدمية مثل البقاء في المستشفى لمدة طويلة بدون مرافقة الأم، أو إيواء الطفل عند أحد الأقارب بسبب ظروف طارئة تحول دون رعاية الأم له. وتتمثل الحالة الثانية في خوف الطفل أن يحدث مكروه للأم وللأسرة إذا هو ابتعد عن البيت كأن يعود فيجد الأم أو الأب قد سافرا في غياب طويل، أو حدث حادث لأحدهما وذهب إلى المستشفى أو ما شابه. يخشى الطفل ترك المنزل في هذه الحالة ويصّر على البقاء بقرب زويه كي يطمئن إلى سلامتهم، وعل آمنه الذاتي بالتالي.

أما الحالة الثالثة والأخطر فهي تخص بقلق الانفصال عند الأم ذاتها. هنا يقوم الطفل بتبني القلق نيابة عنها. إنه يقلق تعبيراً عن قلق انفصالها هي. ويلتقط الطفل عادة قلق الأم هذا على مستوى التواصل دون اللفظي بينهما، نظراً لحساسيته الحادة لحالات ذوي المزاجية. وتتعدد أسباب قلق الانفصال عند الأم ما بين صدمة فقدان أحد الأبناء في حادث أو مرض مفاجئ، وبين ميول قلقية مزمنة راجعة إلى تاريخها النفسي، أو ميول حماية زائدة، تستجيب له الأم برد فعل عكسي يتخذ طابع التعلق الزائد أو الحماية الزائدة خوفاً من تفجر ميولها اللاواعية الأصلية. في هذه الحالة الأخيرة لا بد من توجيه الاهتمام إلى الأم ذاتها، إذا أردنا علاج خواف المدرسة عند الطفل (حجازي، 2006، صفحة 185).

مع الإشارة إلى أن مثل هذه الحالات قد لمسناها من خلال الخبرة العيادية لنا بالتعامل مع حالات الفوبيا المدرسة أو حتى في بعض الأحيان استقبال حالات المشاكل المدرسية العامة التي كانت تحضر لطلب العلاج والاستشارة، والتي في أغلب الأحيان يتم اكتشاف حالة الطفل العرض، الذي يعبر عن قلق الأم أو ممكن عن مشاكل أخرى أسرية وزواجية.

ويتضمن علاج قلق الانفصال بالدرجة الأولى إرشاد الوالدين وتدعيم علاقتهما بالطفل باستخدام العلاج السلوكي مثل تقليل الحساسية التدريجي تجاه خبرة الانفصال أو الاشراف المضاد. أما الوالدان فيتم تعليمهما طرق إعداد الطفل للانفصال عن الوالدين بشكل طبيعي ودون شعور بالقلق مثل تقديم معلومات للطفل عن سبب الفراق تناسب عمره واخباره بوقت عودتهما وإعطائه تعليمات محددة حول ما يمكن أن يقوم به في غيابهما مع الحرص الشديد على الصدق مع الطفل فيما يتعلق بموعد عودتهما وعدم استخدام الاختفاء المفاجئ وفي غفلة من الطفل بقصد تجنب نوبة البكاء والاحتجاج التي يمكن أن يبديها الطفل لأن ذلك يعزز قلقه ولا ينهيه (مصطفى و خليل، 2014، صفحة 358).

إشكالية الهوية

مَهَيِّدٌ:

تشكل المراهقة أزمة حقيقة في مراحل نمو الفرد حيث هناك من يسميها أزمة المراهقة، ولكون أن المراهق يبحث من خلال نموه في تشكيل هويته، شكل مفهوم الهوية محور بارز في الدراسات التي اهتمت بالمراهقة وصحته النفسية وتكيفه، فعليه لابد من الإشارة البحث فيه أولاً قبل تقديم بعض الاضطرابات النفسية والعقلية المرتبطة بالطفولة والمراهقة.

1. الهوية:

إن أزمة الهوية انما هي نتاج لفشل الفرد في تحديد هوية معينة، وتشير إلى عدم القدرة على اختيار المستقبل أو متابعة التعليم كما تنطوي على الإحساس بالاعتراف وعدم الجدوى، وانعدام الهدف، وعدم القدرة على اختيار المستقبل المهني، واضطراب الشخصية، ومن ثم البحث عن هوية سلبية

وتبدأ أزمة الهوية " ببحث المراهق عن مصادر جديدة للمعنى، والإنجاز والقيمة، ويثيرها التناقض الوجداني للابن نحو أبويه وخاصة خوفه من ان تندمج رغباته في رغباتهم."

ويؤكد أريك فروم أن أزمة الهوية يترتب عليها عدم اكتمال القدر على حب الناضج الذي يتمثل في الرعاية لموضوع الحب، والإحساس بالمسؤولية تجاهه واحترامه ومعرفته

معرفة كاملة، فحب المراهق يتميز بالنقص لتعثر الشاب وتعقد أزمته من نفسه. وما محاولات المراهق للتكاثر من موضوعات الحب لا تعدو سوى محاولة لاكتشاف ذاته. وهكذا يرتبط فروم بين أزمة الهوية وفقدان القدرة على الحب الناضج.

أما بول جودمان فيربط بين أزمة الهوية وبين فقدان المراهق للقيمة الاجتماعية من خلال دور اجتماعي ويعبر عن ذلك صراحة في قوله: "إن أزمة الهوية ما هي إلا إحساس بالضيق في مجتمع لا يساعد المراهق في فهم ذاته، ولا يوفر له فرصاً يمكن أن تعينه في الإحساس بقيمته الاجتماعية، والمجتمع الحديث لا يحرم الشاب من القدرة والمثل فحسب وإنما يعطلهم عن القيام بدور له معنى في الحياة".

2. دراسة الهوية:

بدأت دراسة الهوية كمحاولة لاختبار صدق المرحلة الخامسة لاريكسون التي تقع ضمن إطار نظريته الخاصة بالنمو النفسي الاجتماعي، تلك المرحلة -هي مرحلة المراهقة. ولقد طور جيمس مارشيا مقابلة كمحاولة لدراسة الشخصية في هذه المرحلة بما يتيح القياس في جوهر نظرية اريكسون. وهو يرى أن هناك أربعة أشكال من الهوية تنشأ في فترات الذروة لنمو الشخصية. وهي أربعة أمزجة مختلفة في عملية تشكيل الهوية، تلك التي تتشكل في المراهقة المتأخرة بين 18 - 22 سنة. ويتم تحديد هوية الفرد من خلال مقابلة شخصية يتغير محتواها طبقاً لتغير الظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد، كما انها تتيح للباحث التنوع في الأسئلة تبعاً لما يخبره المراهق في المجتمعات المختلفة.

ويتضمن محتوى المقابلة مجالات: الاختيار المهني، المعتقدات الفكرية: الدينية، السياسية، والجنسية، والاتجاهات نحو الدور الجنسي. هذا المحتوى يعكس السمات المميزة

المراهقة المتأخرة بالتحديد، والتي يظهر أهم عناصر الهوية ومتغيراتها طبقاً لدرجة الاستكشاف للبدائل ومدى الالتزام بها. وتتركز أشكال الهوية الأربعة فيما يلي:

1.2. تحقق الهوية:

والتي تعبر عن تكامل تطور ونمو الشخصية في هذه المرحلة في هذه المرحلة، بما يعني مرور الفرد بفترة استكشاف البدائل وأنه استطاع أن يحقق نوعاً من الالتزام المحدد.

2.2. توقف الهوية أو التأجيل المسبق:

وهي المرحلة السابقة على تحقق الهوية، حيث يكون الفرد في فترة الاستكشاف، مع غموض تكون الالتزام.

3.2. إعاقة تكون الهوية أو الانغلاق:

وهي تشير إلى عدم قدرة الفرد ولو بدرجة ضئيلة على الاستكشاف واستمراره في الالتزام بقيم ومعايير الطفولة.

4.2. تشتت الهوية:

وهي أقل مستويات نمو الشخصية في تلك الفترة، وتشير إلى الشخص غير الملتمزم بأي اتجاه محدد سواء حدث له استكشاف للبدائل أم لا (المعطي، 2004، الصفحات 55-65).

3. نظري أريك اريكسون Eric Erikson:

توصل اريكسون في نظريته النفسية الاجتماعية إلى ثماني مراحل لعملية مراحل النمو بعد خبرته الطويلة في العلاج النفسي. وأن كل مرحلة من هذه المراحل تتركز حول صراع أو تناقض انفعالي يواجهه الأطفال في فترات حرجة معينة خلال نموهم. وإن عملية النمو عملية تطورية تعتمد على أحداث ذات تتابع يظهر من خلال التفاعلات بين النمو البيولوجي والاستعدادات النفسية والتأثيرات الاجتماعية. ويتكيف الطفل إذا تميز سلوكه بالنواحي الإيجابية في المرحلة التي يمر بها. إذن النمو عملية نضج توابك عملية التعلم.

وإن الفرد خلال كل مرحلة من مراحل نموه يواجه بعض المشكلات والتي أطلق عليها اريكسون بأزمة هوية (نفسية) والأزمة المقصودة بها هي نقطة التحول أو المرحلة الحاسمة التي لا يستطيع فيها الفرد تجنب بعض مواقف البيئة التي يتفاعل معها. فكل مرحلة لها طقوس معينة تمثل أشكالاً من السلوكيات اليومية والطرق الاجتماعية التي تساعدنا لكي نصبح أعضاء فعالين ومنتجين في المجتمع.

1.3. مراحل النمو النفسي الاجتماعي:

1.1.3. المرحلة الأولى: الثقة مقابل الريبة

تمتد من الميلاد وحتى نهاية العام الأول من عمر الطفل (مرحلة الرضاعة) وعمادها التغذية والحنان. فالسلوك الإنساني الأساسي في هذه المرحلة هو أخذ كل شيء والاحتفاظ به وذلك عن طريق الفم وفي نفس الوقت ينمو لديه الشعور بالثقة والأمان أو عدمها حسب تعامل الآخرين مع خاصة الأم باعتبارها المصدر الأساسي لاشباع الطفل

البيولوجية والنفسية والاجتماعية، فالخبرات العضوية توفر الأساس لحالة من الثقة النفسية وتصبح الإحساسات العضوية هي الخبرة الاجتماعية الأولى للطفل.

تتضمن الثقة في هذه المرحلة ترابطاً مدركاً بين حاجات الرضيع وعالمه الذي يعيش فيه فعند حصول الرضيع على عناية غير مناسبة ينظر إلى العالم بأنه غير مبال، وهنا تخلق له شخصية عديمة الثقة بالنفس وبمن حوله من أشخاص آخرين. في حين إن ثقة الرضيع مهمة فهي تساعده على نموه نفسياً وعلى تقبله بخبراته الجديدة برضى.

2.1.3. المرحلة الثانية: الاستقلالية مقابل الخجل والشك.

تمتد هذه المرحلة من نهاية السنة الأولى وحتى نهاية السنة الثالثة من عمر الطفل وتسمى بمرحلة الطفولة المبكرة. يبدأ الطفل في اكتشاف ذاته وسلوكه الصادر عنه على أنه أمر خاص به ويحس بحاجاته إلى الاستقلال الذاتي فيبدأ في السيطرة على أنشطته الجسمية ولكن إحساسه بالاعتماد المستمر على الآخرين يخلق له الشك في قدرته وحرية في تأكيد استقلاله الذاتي ويوجد هذا الصراع يشعر الطفل بدافع لإثبات إرادته الخاصة وقدراته العضلية على الحركة ويبدأ بإظهار سلبيته والتي يفضل فيها دائماً استخدام كلمة "لا" كما أنه يحاول جاهداً أن ينشئ استقلاله الذاتي في بعض الجوانب فيحاول القيام بكل شيء بنفسه، مثلاً: يطعم نفسه، يمشي لوحده، يرتدي ملابسه ويفتح بعض الأشياء ويقفلها بنفسه وتساعده في ذلك عضلاته التي أخذت بالنمو.

فالطفل يحتاج إلى ثقافة ترشده بعاطف وعناية وتشجيع وعد التشكيك في قدراته على القيام بالمراقبة الذاتية حتى لا يتولد لديه شعوراً بالخجل أو عدم الثقة في النفس. كما يجب عدم إحاطة الطفل بالحماية المفرطة فيتعلم الخجل والشك في قدرته وإنما تزوده بالعناية والاهتمام المعقوفين لينمو متأكداً من ذاته سعيداً وفوراً بها.

3.1.3. المرحلة الثالثة: المبادرة مقابل الذنب.

تمتد هذه المرحلة من سن 3 إلى 5 سنوات فهي تمثل حياة الطفل عند بداية سن اللعب في فترة ما قبل المدرسة. يتمتع الأطفال في هذه المرحلة بالحيوية والنشاط والفضول ويؤدون مهارات معينة جديدة ويتخيلون ويلعبون بنشاط ويعملون ويكتشفون إما لوحدهم أو بالتعاون مع الآخرين ويبادرون بأنشطة ويعملون ويكتشفون إما لوحدهم أو بالتعاون مع الآخرين ويبادرون بأنشطة حركية مختلفة لأنه صار بإمكانهم التحكم بأعضاء جسمهم. يحتاج الأطفال هنا إلى التشجيع من قبل القائمين على رعايتهم، وتحدد الاستجابات الأبوية لأنشطة الأطفال ومبادراتهم المحصلة الناجحة أو الفاشلة لهذه المرحلة فإذا عززت المبادرة فسلوك الطفل يتم توجيهه نحو تحقيق الهدف إما استخدام العقاب لم إدارة الطفل فيمكن أن يؤدي إلى الشعور بالذنب والاستسلام والاعتقاد بأنه من الخطأ أن يكون فضول عندها يفشل في أن يكون حيويًا في عالمه الذي يعيش فيه ويصبح مترددًا يعتمد على الكبار لتلبية حاجاته، عند الأطفال خيالات صغيرة ومدهشة تحرك فيه مشاعر وأحاسيس بالذنب تقود إلى تطور ونمو الضمير.

4.1.3. المرحلة الرابعة: المثابرة مقابل النقص

هي مرحلة سن المدرسة الممتدة ما بين 6-11 سنة. يحاول الطفل الحد من المخاوف بالسور بالنقص، فهو ينقب بأمان في كل الفرص المتاحة لكي يتعلم العمل بدقة ونجاح مع بعض الإرشادات النظامية والتعامل مع الجماعة والانتقال من اللعب الحر إلى اللعب المنظم الهادف.

ويجرب الطفل المهارات الأولية التي تتطلبها ثقافته. ويحاول الحصول على التقدير والاحترام من مدرسيه ورفاقه فنجد مثابرتة تتضمن تلك الانجازات التعليمية والمهارات

الأخرى المطلوبة ليصبح في علاقاته الشخصية كفوياً ومؤهلاً للعطاء في عالمه الاجتماعي.

الطفل الذي يعجز عن التفاعل مع بيئته ويخفف في إنجاز المهام الموكلة اليه تتطور لديه مشاعر الدونية والإحساس بالنقص.

الطفل حسب وجهة نظر اريكسون هو القوة الدافعة والكبار في بيئته الذين يرونه يستطيعون أن يساعده في تقدمه أو يحبوه.

5.1.3. المرحلة الخامسة: هوية الأنا مقابل عدم وضوح الدور:

هي مرحلة المراهقة والشباب المبكر وتمتد من 12-18 سنة. تبدو فيها فترة الازمة النفسية التي يتعلم فيها المراهق البحث عن هويته ولاته ومحاولة التعرف على قيمته بالنسبة للآخرين. هوية الأنا ينتج عنها معنى الفردية المتماسكة تتيح للشباب الفرصة لحل صراعاته عن طريق التوافق والتكيف والإحساس بذاته الخاصة التي حققها عند مطابقة إدراكه لنفسه وانطباق الآخرين عنه.

يعتقد اريكسون أن المراهقة هي مرحلة حرجة فمع النمو الجسمي والتغير السريع تظهر تحديات نفسية تواجه المراهق. تكمن الخطورة في هذه المرحلة في غموض الدور والعجز عن النظر للذات كعضو منتج في مجتمع واحد، وبسبب تشويش الدور عدة مرات يجد المراهق صعوبة في إيجاد هوية مهنته أو دور مجد ومفيد في ثقافته فنمو وتطور الهوية الإيجابية يعتمد على دعم المجموعات المؤثرة. ونجد لدى المراهق الاستعداد لتعلم الإخلاص والولاء وثقته تتكون من قدرته على الاحتفاظ بالولاء على الرغم من وجود التناقضات لنظم القيم أو حتى في محاولته الانضمام إلى جماعة منحرفة ليكون موالياً لها.

6.1.3. المرحلة السادسة: الألفة والمودة مقابل العزلة

هي مرحلة الرشد المبكر أو الشباب وتمتد من 18-24 سنة يتعلم الشاب كيف يحب الناس ويحبونه معتمداً على نتائج النجاح في المرحلة السابقة. فالفرد يكون قادراً على تحويل الحب الذي يحصل عليه الطفل ويبدأ الاهتمام بالآخرين فالحب هو ميزة أو قوة للأنا. وتتكون لديه ضلة يدعمها بصداقات حميمية ومستديمة. فالمودة تنسب إلى القدرة على تطوير علاقة مجدية مع شخص آخر تنتهي بالزواج. يطبق اريكسون في هذه المرحلة مبدأ (أن تحب وتعمل) كنموذج توجيهي وفي حالة فشل الفرد تحدث فجوة بينه وبين الآخرين تنتهي بالعزلة والتوقع على النفس ويعجز عن تطوير علاقات إلزامية وعميقة.

7.1.3. المرحلة السابعة: ركود مقابل الانتاجية

هي مرحلة النضج والمؤهلة تتضمن السنوات المتوسطة من حياة الفرد والتي تقع ما بين 25-50 سنة. تتميز المرحلة بصراع العطاء والركود حيث يتضمن الإنتاج والعطاء أكثر من مجرد الأبوة فهي تعني القدرة على الانتاج والإبداع في عدد من مجالات الحياة، والفشل في عمل ذلك، أي عدم القدرة على مساهمة أو المشاركة الفعالة تجعله يشعر بمشاعر من الركود والملل والجمود والافتقار إلى العلاقات الشخصية التبادلية.

8.1.3. المرحلة الثامنة: تكامل الأنا مقابل اليأس.

يمثل النضج المرحلة النهائية من الحياة والتي تمتد من الخمسين عاماً وحتى الوفاة. ويتضمن تكامل الأنا رضا الفرد عن حياته وممارساتها فإذا مرت الأزمان السبع المذكورة سابقاً بسلام يصل الفرد إلى قمة التكيف المتمثل بالنمو المتكامل فهو يتقبل نفسه ويحترمها ويتصالح مع العالم ويعمل بجدية ويحدد لنفسه دوراً في الحياة ويتقبل الحياة بكل ما فيها

حتى الموت ليس مخيفاً بل مقبول كجانب من بين عدد من الجوانب في وجود الفرد. أما اليأس فيُعزى إلى أسف الفرد وندمه على الفرص الضائعة في وقت أصبح البدء ثانية أو التعويض أمراً متأخراً. وميزة هذه المرحلة هي الحكمة، فالمحكمة تتيح للفرد الفرصة أن يعيد حياته إلى وضع مناسب (الطفيلي، 2004، الصفحات 64-50).

اضطرابات النمو

(المجتاحة أو المتفشية أو الشاملة)

Les trouble envahissants du développement.

مهَيِّد:

تتمظهر الاضطرابات النفسية والعقلية في مرحلتي الطفولة والمراهقة على أشكال عدة منها ما تحمل نفس معالم الظهور في الرشد بينما منها ما هي مرتبطة في الظهور في هذه المرحلة. وفيما يلي نتناول بعض هذه الاضطرابات لتعريف الطلبة بها وتمكنهم من تحديد المعالم العامة لكل اضطراب.

1. مدخل عام لاضطرابات النمو الشاملة (المجتاحة):

يشير هذا المصطلح إلى حالات الاضطراب العام في التطور، أي أن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في أساسيات النمو أين يتمظهر سلوكيات مضطربة وفقدان نوع من الاستقلالية في مختلف جوانب النمو. وبشكل عام تظهر علامات هذه الاضطرابات في السنة الأولى من حياة الطفل والتي في الكثير من الأحيان تقترن بالتخلق العقلي. وبداية كانت تعتبر على أساس أنها صورة طفولية للاضطرابات الراشدين كالفصام، أين

تظهر في خلل في الجانب الانفعالي والاجتماعي، وكذا في التواصل والسلوكيات الحركية (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 304).

وقد وصفت هذه الاضطرابات لأول مرة من قبل العالم النمساوي أندريه ريت **Rett** 1965 حينما ظهرت أعراض تدهور النمو آنذاك على 22 أنثى من الرضع بعد ستة شهور من الولادة دون سبب واضح (صالح، 2014، صفحة 575).

فاضطرابات النمرور الشاملة هي مجموعة ن الاضطرابات التي تتميز بخلل في كيفية التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، وبمخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتتمثل في سمة منتشرة في أداء الطفل في كل موقف، وإن كانت تختلف في درجاتها. وقد وصفت هذه الاضطرابات لأول مرة من قبل الطبيب النمساوي اندري ريت **A. Rett** سنة 1965، حينما لاحظ ظهور أعراض تدهور النمو آنذاك على 22 أنثى من الرضع بعد ست شهور من الولادة دون سبب واضح (صالح، 2014، صفحة 575).

2. أعراض اضطرابات النمو الشاملة:

تتضمن هذه الاضطرابات جملة من الأعراض العامة، التي تختلف فيما بينها في مستوى الشدة والوظيفة، فضلاً أن الأطباء غير قادرين لحد الآن على وضع خطوط عريضة وواضحة لتشخيصها بدقة، والتفريق بينها على وفق نوع الاضطراب الذي ينتمي إلى تلك المجموعة من الاضطرابات. مما يعطي صعوبة في تشخيصها بصورة دقيقة إلى عائلة المريض مما يسبب الإحباط لها، ويجعلهم قلقين بشأن التشخيص.

فضلاً عن ذلك لا يوجد اختبار تشخيصي واحد يمكن أن يعطينا تقريراً إذا ما كان الشخص لديه اضطراب التوحد، فالطريقة الوحيدة لتقرير إذا ما كان الطفل لديه التوحد

أو أحد هذه الأنواع، هو الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل، ومعرفة أنماط سلوكه، وتاريخ عائلته، ومصادر أخرى تشخص ما يمكن أن يفعله الشخص. وعلى العموم تتميز اضطرابات النمو الشاملة بمجموعة من الأعراض العامة وهذا وفق DSM:

- تدني بعض مستوى القدرات العقلية.
- الضعف اللغوي.
- سلوك تكراري (النمطية أو الاجترار).
- ضعف إقامة العلاقات الاجتماعية والتواصلية.
- استجابات انفعالية غير ملائمة (صالح، 2014، الصفحات 576-577).

3. صعوبات مجالات النمو في اضطرابات النمو الشاملة:

وقبل التطرق إلى المجالات المختلفة لاضطرابات النمو الشاملة لا بد من التوضيح أنه ليس جميع المصابين بنوع من هذه الاضطرابات، يكون متأثراً في جميع هذه المجالات، بل يكون هناك تفاوت في درجات تأثر هذه المجالات، حيث يتأثر مجال معين بدرجة متوسطة بينما مجال آخر يتأثر بدرجة شديدة.

1.3. الضعف اللغوي:

يعاني المضطربين بالنمو الشامل من ضعف لغوي قد يصل لدى البعض لحد العجز. كما قد يعاني البعض من ضعف في اللغة البنائية فقط (أي استعمال القواعد الأساسية وتشكيل الجمل). فضلاً عن ذلك يعانون من ضعف في فهم اللغة الدارجة بمعنى في السياق الاجتماعي اليومي، سوء كانت هذه اللغة في الأشكال اللفظية أو غير اللفظية. ويعتقد الكثير من المختصين (Cohen & Donnellan , 1997) أن الضعف اللغوي من

أكثر وأهم المشاكل وهناك 50% من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلان في التواصل اللغوي.

2.3. الضعف الحركي:

حيث يعاني العديد من المضطربين في النمو الشامل صعوبة في النمو الحركي، إذ يعانون من تأخر في العمليات الحركية، مثل صعوبة استخدام العضلات الكبيرة في الركض، واستخدام الحركات الدقيقة التي تتطلب توظيف العضلات الصغيرة كما في الأكل والكتابة، وقد يزهر المضطربين حركات تكرارية مثل التآرجح أو التصفيق.

ومن الأشياء الملاحظة والغريبة قيام المصابين بأحد اضطرابات النمو الشاملة بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل دون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادة ما تختفي مع النمو، مما يؤثر على اكتساب المهارات، ويقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها: اهتزاز الجسم، ورفرفة اليدين، وفرك اليدين، وتموج الأصابع، وغيرها.

3.3. الضعف الحسي:

ويعاني المطربين بالنمو الشامل من فرط الحساسية في السمع، والشم، واللمس، والرؤيا، وحتى الذوق. وهذه مشتركة في جميع اضطرابات النمو الشامل، كما أن نفس الطفل يمكن أن يكون لديه إفراط أو تدني في أحد حواسه، وهذه تختلف باختلاف نوع الاضطراب. هذه الحركات الشاذة يمكن أن تتضمن واحدة من حواس الطفل الخمس أو جميع الحواس، ولكن الشائع على الأكثر هو تأثر حاستان فقط (Hitsch, 1996).

4.3. الضعف الاجتماعي:

تتفاوت القدرة الاجتماعية والاتصال بالآخرين لدى المضطربين بالنمو الشامل من اضطراب إلى آخر، ومن شخص لآخر، فبعض الأطفال قد يفشلون في عناق الآخرين، ويمكن أن يكونوا قاسيين وعدائيين في مواقفهم الاجتماعية، في حين أن الآخرين يكونون حنونين وودودين بإفراط. ويشترك المطربين بالنمو الشامل بقلة الاتصال البصري، حيث أن تواصلهم بالعين قليل جداً. وكذلك يفضلون في الغالب الاتصال مع الأجسام المادية كالألعاب على أن يتواصلوا مع الناس. وقد يكون بعض المضطربين يرغبون بالتفاعل مع أناس (مثل المصابين بمتلازمة أسبرجر) ولكنهم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية الضرورية لذلك.

5.3. ضعف الاستجابة الانفعالية.

يعاني المضطربين بالنمو الشامل من تدني القدرة على الوعي بمشاعرهم، ومشاعر الآخرين، لذا يكونون أقل فهماً للمشاعر والدوافع، كما يكون بعضهم أقل تعاطفاً وتعاوناً معهم. ويظهر هذا الضعف في تدني القدرة على التعبير عن المشاعر وإيصال الرسائل الانفعالية سواء بالنبرة أو بالنغمة الصوتية. وكذلك يتميز المصابين بضعف الوعي الانفعالي الذي يتمثل في ضعف القدرة على قراءة تعابير الوجه، ولغة الجسم، لذا يكونون غير حساسين وغير متعاطفين مع مشاعر الغير وعواطفهم (Kalmanson, 1992).

6.3. الضعف المعرفي:

يعتمد الذكاء والقدرات المعرفية على وجود عقل سليم وحواس سليمة قادرة على اكتساب المهارات والقدرات من المجتمع المحيط بالمضطرب، وكلما زادت المكتسبات زادت درجة الذكاء، وبما أن الطفل المضطرب بالنمو الشامل منعزل عن مجتمعه ورافضاً

له فإن مكتسباته تكون قليلة، والتي قد تظهر من خلال بعض علامات التأخر العقلي، لذا فإن نسبة 30% يكونون مصابين بتخلف عقلي أقل من 50 نقطة (SCAR, 2005).

وكل هذه الأعراض التي يعاني منها ستؤثر حتماً على حياته اليومية، وبذلك فإنهم معرضون إلى القلق، مما يبدي بعضهم سلوكيات سلبية في التوافق مع مواقف الحياة، مثل إصدار نوبات غضب، وبكاء، أو الاختباء في إحدى الزوايا والتظاهر على أنهم لا يسمعون أحد، وهذه السلوكيات تختلف من اضطراب لآخر ومن حالة لأخرى (صالح، 2014، الصفحات 577-580).

4. أهم اضطرابات النمو الشاملة:

ومن بين أهم اضطرابات النمو الشاملة نجد اضطراب التوحد أو اضطراب طيف التوحد. ثم نجد متلازمة اسبيرجر وهي أقل ظهوراً بالنسبة لاضطرابات النمو الشاملة (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 304). وفيما يلي عرض مختصر لهذه الاضطرابات.

1.4. التوحد (طيف التوحد):

قبل التطرق للتوحد لابد من الإشارة إلى أن في الدليل الخامس DSM تم الاعتماد على تسمية طيف التوحد التي تشمل مختلف اضطرابات النمو الشاملة، غير أنه هنا سنشير إليها بشكل منفصل للتفصيل فيها والتعرف عليها بشكل محدد فقط.

وهي من الاضطرابات الأكثر خطورة في الطفولة يمكن أن تستمر معه طيلة حياته (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 307). وهو اضطراب في الدماغ يصيب أو يؤثر أساساً في قدة الشخص المبني به على التواصل، وتكوين العلاقات مع الآخرين، والاستجابة والتجاوب المناسب مع البيئة. وكذلك هو إعاقة نمائية

ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، ويؤثر على تعلم الأطفال، وفهم اللغة واستعمالاً وعلى تعلم كيف يتفاعلون مع الأحداث والخبرات الحياتية اليومية. ويختلف المصابين به بدرجة الإصابة فالبعض يصنف ضمن المستوى الوظيفي المرتفع، والذي هم من المجموعات الذين لم يتألف ذكائهم بالسلب نتيجة هذه الإصابة. في حين يدرج البعض الآخر تحت وصف التوحد المقترن بالتخلف العقلي، والبكم أو ذوي التأخر اللغوي الشديد. مما يجعلها الاضطراب بعض المصابين به منغلقيين تماماً على نواتهم، وبالمقابل يكون لدى البعض الآخر ولعاً ولديه ميل قهري لأداء سلوكيات نمطية تكرارية بصورة تعزلهم تماماً عن السياق الذي يتواجدون فيه. وعلى العموم هناك جملة من الأعراض العامة لاضطراب التوحد وهي كما يلي:

- غالباً ما يوصف أنه سلبي ومتهيج.
- لديه صعوبات في التواصل اللفظي وغي اللفظي، مع بطء اللغة أو انعدامها.
- صعوبة في الأنشطة الاجتماعية وأنشطة اللعب.
- استهلاك كبيرة للوقت وللآخرين.
- تدني فترة وتكرار الاتصال بالعين.
- اضطراب حسي حيث يبدو أقل حساسية للألم وأكثر حساسية للمس.
- أنشطة شاذة للعب حيث ينقصه اللعب التخيلي وتقليد حركات الآخرين.
- سلوكيات حركية شاذة ومتكررة.
- اختلال وظيفي في جهاز المناعة.
- إمكانية وجود مهارات وقدرات عالية.
- ضيق مجال الانتباه والتركيز.
- لا يستطيع التعامل مع الأشياء التي تتطلب المعالجة اليدوية الدقيقة.

هذه الخصائص تختلف في شدتها بين أطفال التوحد ما بين بسيط ومتوسط وشديد. ويوجد هناك قبول عام مفاده أن اضطراب التوحد ينتج عن خلل في المنطقة الأمامية الوسطى من الفص الجبهي. إذ يعاني المصاب في هذه المنطقة من وعي الفرد بنفسه، كذلك يوجد لدى المتوحد اضطراب وخلل في ضبط السيطرة على النفس. فضلاً عن ذلك توجد هناك عوامل لها علاقة بإصابة اضطراب التوحد/ مثل الخلل الجيني، واضطراب عمليات التمثيل الغذائي، والعدوى الفيروسية، والتعرض للإصابات قبل وبعد الولادة، والمبيدات السامة وتعاطي الأمهات للمخدرات، ويمكن القول أن أي شيء يسبب خلل وظيفي في الجهاز العصبي يعد من الأسباب المقبولة لهذا الاضطراب (أوديل وديردوف، 1996) (صالح، 2014، الصفحات 584-584).

2.4. متلازمة اسبيرجر:

وهي أحد اضطرابات النمو الشامل ذات الأصول التكوينية والبنوية والخلقية الولادية، وتظهر هذه المتلازمة عند الميلاد ولكنها لا تكتشف بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو التي قد تمتد إلا 4 - 6 سنوات. وهذا المتلازمة تصيب الأطفال ذوي الذكاء العادي والعالي، ونادراً ما يصاحبها تخلف عقلي وتأخر في النمو اللغوي أو المعرفي كما لدى المصابين بالتوحد. ولكن يظهر لدى المصاب بمتلازمة أسبيرجر قصور تكيفي واضح في القدرة على التواصل الاجتماعي، وسلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي، وعن التعبير عن العواطف والانفعالات والمشاركة الوجدانية (Klin & Voikmar, 1995).

إن هذه المتلازمة اكتشفت في عام 1944 على يد العالم هانز اسبيرجر، وسميت على تسمية مكنشفها، والذي قدم وصفاً أكلينيكياً لحالات تشابه ملامحها وأعراضها

المرضية ما قدمه كارنر عام 1934 لوصف اضطراب التوحد. والآن يصنف الاضطرابان ضمن اضطرابات النمو الشامل ذات العجز التطوري (Bogdashine, 2006) (صالح، 2014، الصفحات 584-585). أو حسب DSM5 بطيف التوحد.

ونعرض هنا بعض التعريفات التي تحدد الفرق بين التوحد ومتلازمة أسبرجر،

وهي:

تعريف منظمة الصحة العالمية 2006: هو نوع من اضطرابات النمو، ويتميز بمجموعة من الشروط النفسية كالشذوذ في التفاعل والاتصال الاجتماعي الذي يتغلغل في وظائف الفرد، كما يكون مصحوباً بعجز سلوكي وتكراري.

تعريف **Baskin, Sperber, Price 2006**: متلازمة تتميز بصعوبات في التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة، وهي تختلف عن اضطراب التوحد بحفاظها النسبي على تطور جيد للنمو اللغوي والمعرفي.

تعريف الشربيني: حالة نفسية عصبية تصيب الأطفال بالعزلة، ونقص مهارات التواصل مع أقرانهم، وتدني مهارات اللغة والاهتمامات، بما يشابه أعراض التوحد، ولكنها تختلف بأن المصابين بها معتدلين الذكاء ولديهم لغة أفضل من المتوحدين.

لذا فإن متلازمة أسبرجر تختلف في الإصابة عن اضطراب التوحد، إذ أن المصابين بهذه المتلازمة المرضية لا يوجد لديهم تأخر أو تخلف عام في اللغة، أو في الارتقاء المعرفي، وأغلب الأفراد يكون ذكائهم العام عادياً، وتظهر لديهم الأعراض في مرحلة أكثر تأخراً عن ظهورها في حالات التوحد، فضلاً عن أن صعوبات التعلم عادة ما تكون أقل شدة، وقد تقتصر على صعوبات التعلم اللفظية (صالح، 2014، الصفحات 585-586).

إن سبب هذه المتلازمة المرضية غير معروفة لحد الآن، على الرغم من أن البحوث تؤيد احتمال وجود تأثيرات جينية وراثية تسبب هذا الاضطراب. لذا فالتفسير المحتمل الآن لظهور هذا الاضطراب هو أن هناك خلل وراثي لبعض الجينات تغير نمو المخ بعد وقت قصير من الحمل، وهذا ما يؤثر على التركيب العصبي للمناطق العصبية التي تتحكم بالتفكير والسلوك.

أما الأعراض التي تظهر على المصابين باضطراب أسبيرجر، فقد حددها الجمعية الأمريكية فيما يلي:

- غرابة وشذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالباً ما تكون فجأة، وغلظة، وخرقاء إذا ما قورنت بالأطفال العاديين.
- السذاجة وسلامة النية.
- ضعف القدرة على إدراك وتفهم مشاعر الآخرين.
- العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالأخذ والعطاء مع الآخرين.
- سرعة الانزعاج بسبب أي تغير في الحياة، أو الأعمال الروتينية، أو التقلب والتحول بتغيير المكان وبرامج النشاط اليومي.
- الانطلاق في الحديث، مع التمسك بالمعنى اللفظي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في الحديث مع الآخرين.
- غالباً ما تدور الأحاديث والاهتمامات حول موضوعات محددة.
- يكون المصابين به فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي والروائح النافذة.
- خلل في الحركات وفي ممارسة الأنشطة الرياضية.

- ذاكرة قوية لأدق التفاصيل.
 - المعاناة من صعوبات النوم وتناول الطعام.
 - استخدام تواصل غير لفظي أو معايير غير مناسبة.
 - صعوبات في فهم ما يقرأ أو ما يسمع.
 - استخدام أنماط لفظية غير عادية تتميز بالملل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة.
 - المط والتطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة رسمية.
 - التحدث بصوت مرتفع مطرد النغم أو النسق على وثيرة واحدة.
- أثناء الحديث لا يوجد استقرار في حركات الجسم، فنجد المصاب كثير التملل، والاهتزاز، والقلق وكذلك يستعمل يديه في الخطو إلى الأمام أو الخلف أو الجانب. خاصة عندما يكون في حالة اهتمام أو تركيز.
- غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع نفسه مكانهم.
 - استحالة تكوين الأصدقاء، وإذا تكونت فالفترة قصيرة.
 - الاستغراق في الحديث عن موضوعات محدودة، تدور في إطار ضيق، مع عدم محاولة تجاوزها مثل الطقس، وبرامج التلفزة.. الخ.
 - المعاناة من صعوبات في الإدراك اللمسي، والتأزر النفس حركي، والإدراك المكاني، والتخيل الفراغي أو التفكير المجرد.
- وهذه المؤشرات لا تظهر كلها جميعاً في فرد واحد ولكنها تختلف من فرد لآخر (صالح، 2014، الصفحات 587-588).

3.4. متلازمة ريت:

وهي أحد الاضطرابات البيولوجية العصبية لمعقدة في النمو، واكتشف من قبل طبيب الأطفال النمساوي انرياس ريت **A. Rett 1966**، والتي يبدو فيها نمو الرضيع في البداية مستقرا، لكن بعد ذلك يوقف هذا النمو الطبيعي، ويفقد الطفل مهاراته وقدراته الطبيعية نتيجة المرض. إذ يفقد الأطفال مهارات المشي بعد أن بدأت تظهر لديهم، ويتوقفون عن استعمال أيديهم بعد أن كانوا يستعملونها في عمل أشياء معينة، وكذلك تظهر لديهم حركات مرضية نمطية مستمرة مثل التصفيق والنقر بالأيدي، ويتوقفون في الاستجابة والاتصال بالآخرين بالرغم من أنهم كانوا يبتسمون لهم ويتابعونهم.

إن هذا الاضطراب يحدث عند الإناث بشكل عام، وفي هذه الحالة يكون هناك نمو طبيعي حتى عمر 6-18 شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم، مع تراجع التطور وفقد في المهارات المكتسبة. ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، والتفكير، واستخدام اليدين، وكذلك أن الطفلة المصابة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعد مفتاح التشخيص وتتكون من هز اليدين ورفرفتها أو حركات مميزة لليدين.

ويعتقد الباحثين ومنهم Trappe 2001 أن السبب الرئيسي للإصابة بهذه المتلازمة يرجع إلى الخلل الوراثي في تغير الجين المرمز بـ MECP2 والموجود في الكروموزوم X الناتج عن الذكر وليس الأنثى، فضلاً عن الخلل الوراثي في هذا الكروموزوم يحدث نتيجة الطفرات الوراثية، ولحد الآن لم يعرف السبب الذي يحدث الطفرة الوراثية في هذا الكروموزوم، وهناك أيضاً بعض الجينات التي قد تتسبب في ظهور هذه المتلازمة، ومنها CDKL5, FOXP1، بيد أن الحالات النادرة لا يظهر فيها تأثيراً الجينات في نشوء هذا الاضطراب (Trappe, 2001) (صالح، 2014، الصفحات 589-590).

وعلى العموم هناك مجموعة من المعايير المستحدثة من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي في معرفة متلازمة رايت والتمثلة فيما يلي:

ملاحظة: في غياب أعراض إعاقات أخرى يجب وجود جميع الأعراض التسعة التالية للحكم على الحالة بأنها حالة رايت، وهي كما يلي:

- 1- مرور فترة من 6-18 شهراً من النمو الطبيعي بعد ميلاد الطفل ولادة طبيعية وفترة حمل طبيعية.
- 2- أن يكون محيط رأس الطفل عند الميلاد مساوياً للمعايير المعروفة.
- 3- بطء ملحوظ بعد ذلك في سرعة نمو الرأس ابتداءً من الشهر السادس حتى عشر سنوات.
- 4- فقدان أو قصور شديد عند اكتساب الطفل القدرة اللغوية في التعبير والاتصال والتخاطب، وفقدان الرغبة في التفاعل مع الآخرين إلى حد الانطواء على الذات مع هبوط في معدل نمو الذكاء.
- 5- فقدان تام لمهارات الاستعمال الهادف للأيدي بدءاً من الشهر الخامس حتى عامين ونصف، مما يعرقل محاولات قياس الذكاء أو القدرة على الفهم والأداء العملي.
- 6- اندماج الفتاه في حركات نمطية للأيدي قد تتمثل في واحدة أو أكثر مما يأتي (مص الأصابع، أو الررفة، أو الطرق بها، أو التصفيق بالأيدي) واتخاذ وضع اليدين يشبه حركة غسيل الأيدي بالصابون أو حركة العزف على العود أو الجيتار أو استمرار ضغط الأصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريباً ولا تتوقف إلا عند النوم).

- 7- في حالة استطاعة الطفل المشي فإنه يكون مشوباً بالترنح، وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً ما، وحركات تشنجية تتسم بالجمود في الأرجل وربما يتميز بالمشيء على أطراف أصابع القدم.
- 8- التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3-5 سنوات من العمر، فضلاً عن تلك المعايير الأساسية جميعاً هناك عدد من المعايير المساندة المحتملة التي ليس من الضروري توافرها كلها في حالة واحدة، إذ أنها تظهر في الطفولة المبكرة ولكن احتمال ظهور البعض منها تتضح مع التقدم في العمر وهي:
- اضطرابات التنفس بشكل توقف أو تقطع أو سرعة زائدة في الشهيق والزفير أو ابتلاع جرعات من الهواء (الشهيق) مما يؤدي إلى انتفاخ في البطن أو تكرار حدوث الزغطة.
 - شذوذ أو خلل في رسم المخ، وبطاء ملحوظ في انبعاث الموجات الكهربائية الطبيعية، وظهور بؤرات سريعة تظهر في الرسم، وغياب الأنماط الطبيعية لها أثناء النوم.
 - نوبات سريعة تشنجية أكثر من ثلثي الحالات.
 - جمود وتصلب في العضلات مع رعشة تشنجية ومع انقباضات فجائية تزداد حدة وتكرار مع التقدم في العمر.
 - الطحن بالأسنان.
 - صغر حجم الأقدام بالنسبة إلى حجم الرأس.
 - بطء عام في النمو.
 - نقص كبير في الأنسجة الدهنية وفي حجم العضلات.
 - سمنة أو بدانة مفرطة أحياناً في مرحلة البلوغ.

- اضطراب في النمو قد يعتره تيج أو حركة زائدة.
- صعوبات أو اضطرابات في عضلات المضغ والبلع والكلام.
- قصور الدورة الدموية وخاصة في الأرجل والأقدام التي قد تؤدي إلى اكتسابها لونا أحمرًا مزرقًا.
- إمساك مزمن.
- خمول وقصور في الحركة يزداد مع التقدم في العمر (صالح، 2014، الصفحات 591-593).

4.4. اضطراب التفكك الطفولي:

وهو أحد اضطراب النمو الشاملة. ويتميز هذا الاضطراب عن مالا يقل سنتين من التطور الطبيعي، ثم يليه فقدان اللغة والمهارات الاجتماعية والمهارات الحركية قبل سن العاشرة. ومن الأسماء الأخرى لاضطراب التفكك الطفولي هو متلازمة هيلر، والخرف الطفولي، والتفكك الذهاني (Hales et al, 2000).

وأول من حدد هذا الاضطراب المربي النمساوي هيلر في عام 1908 عندما قال أنه اضطراب معقد يؤثر على العديد من مناطق النمو المختلفة لدى الطفل. وفي البداية كان الباحثون ينظرون إلى هذا الاضطراب ناتج عن مجموعة محددة من الأسباب الطبية، ولكن عند مراجعة الباحثين لكثير من حالات الإصابة باضطراب التفكك الطفولي لم يجدوا أي سبب طبي أو عصبي ينتج عن الاضطراب. لذلك تم تصنيف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات النمو في الدليل التشخيصي (Hendry, 2000) (صالح، 2014، صفحة 593).

وعلى العموم فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التفكك الطفولي تبدأ لديهم فقدان المهارات بعد عمر السنتين في جميع مناطق فهم اللغة والكلام، والمهارة في استعمال العضلات الكبيرة والصغيرة، والمهارات الاجتماعية، وهذا الفقدان يحدث عادة لدى الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة وأربعة سنوات، ولكنه يمكن أن يحدث في أي وقت حتى سن العاشرة (NORD , 2008).

ويمكن تشخيص هذا الاضطراب عندما يرى المشخص أو الطبيب خسارة أو ضعف في اثنان على الأقل من المجالات الحياتي التالية:

- مهارات إدراك اللغة (فهم اللغة).
- مهارات التعبير اللغوي (نطق اللغة).
- المهارات الاجتماعية.
- مهارات المساعدة الذاتية.
- اللعب مع الأقران.
- مهارات حركية.

لذا فالأطفال المصابين بهذا الاضطراب غير قادرين على بدء الحديث والتواصل مع الناس. وفي أغلب الأحيان لا يتصلون بالإشارات غير اللفظية كالابتسامات والایماءات... الخ. وكذلك يفقدون أيضا الاهتمام باللعب، وفي العلاقات مع الناس، فضلاً على أنهم ينشغلون في حركات تكرارية غريبة مثل هز الرأس فوق وأسفل (DSM) (Tish, 2010) (صالح، 2014، الصفحات 295-593).

5.4. اضطراب النمو الشامل غير المحدد:

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن هذا الاضطراب هو نوع من اضطرابات النمو الشاملة، ويظهر بعد ثلاث سنوات، ويتميز بخلل في مجالات التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي المتكرر. في حين عرفت الجمعية الأمريكية بأنه اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة.

ويسمى هذا الاضطراب أحياناً بالتوحد الشاذ، وأول من اكتشفه العالم السويسري **جين بلوير**، إذ عرف هذا الاضطراب بأنه انطواء المريض على تخيلاته، ضد أي تأثير يأتي من الخارج فيصبح الاضطراب لا يحتمل. لذلك يمكن توضيح خصائص هذا النوع من التوحد بـ (الهوس بالتفاصيل الدقيقة، وعدم قابلية الابتعاد عن الروتين، وصعوبات في التواصل الاجتماعي والانفعالي) (Autism Society of America, 2010).

ويتميز هذا الاضطراب بجملة من الأعراض تتمثل فيما يلي:

- صعوبات في المهارات الاجتماعية والانفعالية
- صعوبات في مهارات التواصل اللغوي.
- أنماط سلوكية غير عادية كعدم تغيير الروتين اليومي.
- الاضطراب الحسي الحركي. كالضعف الحسي البصري أو السمعي أو الذوقي، كما يعاني من صعوبات حركية كصعوبة في التصفيق بالأيدي.
- الصعوبات المعرفية، كضعف في الذاكرة الفورية، ضعف التفكير المجرد والرمزي.

إلا أنه قد يظهر المصابين بهذا الاضطراب قدرات خاصة ومميزة في الميكانيك
والموسيقى والقراءة والرياضيات (Autism Society of America, 2010) (صالح،
2014، الصفحات 597-599).

التخلف العقلي

Le retard mental

مَهَيِّدٌ :

بعد التعرض سابقاً لاضطرابات النمو الشاملة التي تشتهر كثيراً سواء عند المختصين أو حتى عند العامة بالتوحد. نشير هنا إلى اضطرابات وخلل يمس أيضاً الأطفال أو بالأحرى تظهر خاصة في مرحلة المراهقة من خلال وجود خلل في النمو العقلي وظهور بعض المؤشرات لذلك، والذي يتمثل في التخلف العقلي، وذلك بعرض تعريفاته وأهم أسباب ظهوره وكذا تصنيفه.

1. التعريف:

تحدد الجمعية الأمريكية لعلم النفس التخلف العقلي بأنه انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي (القدرات العقلية العامة) يصاحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر أن في فترة معينة من مراحل نمو الطفل. في حين حددت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والتطورية AAFDD بأنه انخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي، وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره. كما حددته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR بأنه مجموعة من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرات العقلية عن متوسط الذكاء (70 درجة) وقصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات:

الاتصال اللغوي، العناية الذاتية، والمهارات الأكاديمية، وأوقت الفراغ والعمل. ويرجع سبب هذا القصور إلى عدم تكامل نمو خلايا المخ وتوقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما. والتخلف العقلي ليس مرضاً مستقلاً أو معيناً بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام، وعجز في قابليته على التكيف (صالح، 2014، صفحة 557).

وعليه يتم تشخيص التخلف العقلي من خلال تمازج ثلاثة معايير ألا وهي:

- مستوى منخفض في مقاييس الذكاء (أقل من 70 درجة).
- تدهور في تأدية مهام الحياة اليومية للطفل في مثل سنه ومن نفس الثقافة والمجتمع.
- ظهور علامات الاضطراب قبل سنة 18 (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 311).

كما يمكن تمييز الأفراد المصابين بالتخلف العقلي بم يلي:

- أدائهم العقلي أقل من الأفراد العاديين.
- لديهم نقص في الكفاءة الاجتماعية، يظهر في سن مبكر.
- أنه يستمر مع الفرد طوال حياته، وأنه غير قابل للشفاء التام (صالح، 2014، صفحة 558).

فالتخلف العقلي يطلق على أولئك الذين توقف نموهم العقلي عند مستوى أدنى بكثير من الذي يبلغه النمو العقلي لدى غالبية الناس، فالمصاب بالإعاقة العقلية هو ذلك الشخص الذي توقف نموه العقلي لسبب ما. فلم يتح لهذا النمو أن يكتمل بل توقف عند حد معين. والمتخلف عقلياً لا ينمو بنفس المعدل الذي ينمو به الطفل العادي، ومن ثم لا يصل إلى المستوى العقلي الذي يصل إليه الشخص العادي، وهذا يعني أن التخلف العقلي

هو حالة توقف كلي أو جزئي للنمو العقلي. مما تؤدي إلى انخفاض مستوى الذكاء الذي يتسم بمستوى أقل من المتوسط في وظائفه العقلية، حيث تقدر درجة ذكاء المتخلفين عقلياً بأقل من 70 درجة، في حين أن الأنواع الأخرى من التخلف تظهر بصورة أقل من ذلك (صالح، 2014، صفحة 558).

2. النمو العقلي لدى المتخلفين عقلياً:

تقول نظرية النمو أن الأطفال المعاقين عقلياً يمرون بمراحل النمو نفسها التي يمر بها كل الأطفال إلا أن سرعة النمو لديهم تكون بطيئة. في حين ترى نظرية القصور والتمايز أن نمو المعاقين يسير وفق نظام خاص به (غباري وآخرون، 2010). إذ يختلف المتخلفين عقلياً أو المعاقين عقلياً عن غير المعوقين في الوظائف المعرفية الخاصة، وفي نموها، وقد يكون ذلك راجعاً إلى العوامل الوراثية فزيادة الكرموزوم أو نقصه يؤدي إلى التخلف العقلي، كما أن تعرض الأم الحامل إلى أشعة أكس أو تعاطي عقار معين أو إصابة الأم الحامل بأمراض معدية مثل الزهري Syphilis والحصبة الألمانية la rubéole قد يؤدي بالطفل إلى صغر حجم الجمجمة، ومرض الدماغ. فضلاً عن تعرض الطفل في سن مبكرة إلى الأمراض المعدية مثل الحصبة والغدد النكافية أو إلى المبيدات الزراعية وسوء التغذية قد يؤدي إلى التهاب الجهاز العصبي والإصابة بالتخلف العقلي (صالح، 2014، الصفحات 558-559).

3. أسباب التخلف العقلي:

1.3. الأسباب الوراثية:

وتحدث وراثية الضعف العقلي إما مباشرة عن طريق المورثات أو الجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية وفقاً لقوانين الوراثة، أو غير مباشرة، فبدلاً من أن

تحمل الجينات ذكاء محدوداً فإنها تحمل عيوباً تكوينية أو عيباً يترتب عليه تلف في أنسجة المخ أو تعرقل نموه أو وظيفته كما في حالة المنغولية.

2.3. الأسباب البيئية:

وتتمثل الأسباب البيئية في العوامل المكتسبة غير الوراثية التي تسبب تلفاً أو ضرراً في نمو الدماغ، وهذه الأسباب توجد في أي مرحلة من مراحل النمو (قبل الولادة، أو أثناءها أو بعدها) وهي كالتالي:

قبل الولادة: إصابة الأم الحامل خصوصاً وهي في الشهر الأول من الحمل بأمراض معدية كالحمى (مثل الحصبة الألمانية أو التيفود)، أو اضطرابات في دم الجنين، نتيجة لعدم توافق نوع الدم بين الأم والأب، أو إصابة الأم بالحوادث وتعرضها للأشعة السينية، أو تناول الأم الحامل الكحول أو تناول العقاقير ذات التأثير الجانبي الضار خاصة أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو استنشاق الدخان. وكذلك تعرض الأم للأمراض المزمنة كمرض السكري وارتفاع ضغط الدم، أو سوء تغذية الأم أو تعرضها للأخطار البيئية كالمواد الإشعاعية أو الأبخرة الكيماوية.

أثناء الولادة: كمضاعفات الولادة مبكراً والولادة العسرة، أو النزيف أثناء الولادة، أو اختناق الوليد نتيجة التفاف الحبل السري حول عنق المولود، أو إصابة المولود باليرقان الشديد في الساعات الأولى بعد الولادة مثل تعرضه للبرد أو الحر الشديد.

بعد الولادة: الإصابات مثل إصابة الرأس الشديدة في سن مبكرة، أو الالتهابات خاصة الالتهابات المخية والسحائية، أو التشنجات الصرعية وغيرها التي تؤدي بدورها إلى مضاعفات خطيرة لخلايا المخ أو تعرض الطفل لحوادث التسمم والاختناق، وتعرضه في مراحل العمر الأولى للإصابة بسوء التغذية المزمن، أو تعرضه لحوادث الطرق

والسقوط التي تؤدي إلى نزيف وتهتك في أنسجة الجهاز العصبي المركزي، أو الافتقار إلى مثيرات الإحساس البيئية، أو إصابة الحواس الأساسية للنمو العقلي كالسمع أو الابصار.. الخ.

3.3. الأسباب النفسية والاجتماعية:

وتتمثل بالضعف الثقافي العائلي، ونقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلي السوي، والحرمان البيئي، والاضطراب الانفعالي المزمن في الطفولة المبركة، والاضطراب الذهاني، والبيئية غير السعيدة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، والفقر والجهل والمرض (صالح، 2014، الصفحات 559-561).

4. تصنيف التخلف العقلي:

1.4. الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

إن أشهر التصنيفات تلك التي تعتمد على درجة الذكاء، الذي يرجع تاريخه إلى 1910 عندما وضعت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ثلاث مستويات للتخلف العقلي (صالح، 2014، صفحة 563):

• المعتوه (L'idiot):

أدنى درجة من مستوى الذكاء الي يتراوح ما بين 0 إلى 25 درجة، وهو تخلف عقلي حاد، ولا يكون للمصاب لغة ولا يتعدى مستوى السنة الثالثة، ولا يستطيع القيام بحاجياته الأساسية مما يجعله في تبعية تامة لمحيطه.

• الأبله (L'imbécile):

تتراوح درجة الذكاء ما بين 25 إلى 45-50 درجة، وهو ما يسمى تخلف عقلي معتدل لا يتجاوز مستوى ذكائه متوسط طفل في عمر 7 أو 8 سنوات. يتعلم اللغة ولكن تكون أليات الكتابة والقراءة دون الفهم. يستعمل كلمات وجمل بسيطة ويمكن تدريبه عمل بسيط آلي لا يستدعي لا مبادرة ولا تغيير.

• المأفون (débile):

تتراوح درجة الذكاء لديه ما بين 50 إلى 70-75، وهذا لـصنف ينقسم إلى نوعين أو ثلاثة حسب الباحثين (خفيف، متوسط، وعميق)، ويناسب مستوى عقلي لطفل يتراوح سنه ما بين 8 إلى 10 سنوات. يتعلم القراءة والكتابة ويستطيع متابعة الدراسة حتى نهاية الابتدائي في مدارس خاصة تكيف التعلم حسب قدراتهم. ويعجز المأفون عن التجريد والتنبؤ وتوقع نتائج أفعاله، بإمكانه الوصول إلى استقلالية اقتصادية واجتماعية مع القيام بعمل بسيط (ميموني، 2003، الصفحات 196-197).

2.4. التصنيف التربوي:

وقد وضع من قبل العالم كيرك Kirk وهو يعتمد على أساس مدى قابلية الفرد للتعلم، ويقسم المتخلفين عقليا إلى ثلاث فئات وهي:

فئة القابلين للتعلم: تتراوح نسبة الذكاء ما بين 50-75 درجة.

فئة القابلين للتدريب: وتتراوح نسبة الذكاء ما بين 25-29 درجة.

فئة غير القابلين للتعلم ولا التدريب وتكون نسبة ذكائهم أقل من 25 درجة (صالح، 2014، صفحة 566).

3.4. تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994 للتخلف العقلي:

وقد سمت التخلف العقلي حسب خطورته، وهي كما يلي:

وهو كما هو موضح في الجدول الموالي (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 312):

درجة الخطورة حسب مستوى الذكاء	الانتشار	سن ما قبل التمدرس (0-5): النضج والنمو	سن التمدرس: التكوين والتربية	سن الرشد (21 ما فوق) الاجتماعي والمهني
تخلف عقلي بسيط/70-50	حوالي 85%	في الكثير من الأحياء لا يدركه الشخص العابر، لكن هو يكون متناقل مقارنة بأقرانه في المشيء والأكل والكلام	يمكنه اكتساب مهارات ويستعملها في القراءة والحساب.	عموماً يمتلك مهارات اجتماعية ومهنية كافية. ويحتاج أحيانا توجيه من قبل الآخر في حالة الضغط الاجتماعي أو اقتصادي غير معتاد.

تخلف عقلي معتدل /-35 49 Retard modéré	10% نسجل فراغ بين الاستجابة والنمو الحركي، خاصة في اللغة	يمكن الدخول في نقاش بسيط وعادات النظافة والتغذية ومهارات يدوية بسيطة، مع عدم تطور في القراءة الوظيفية والحساب	يمكن له تأدية مهام بسيطة في مواقف مضمونة: كالمشاركة في هواية بسيطة وفي الكثير من الأحيان يصعب عليه أن يكون مستقلا.
تخلف عقلي شديد /-20 34	3-4% تسجيل خلل واضح في النمو الحركي: وجود أو عدم وجود مهارات تواصلية، ويمكن له أن يتجاوب مع سلوك التغذية دون مساعدة	عموما يمكن له التنقل، فهم قليل للكلام مع احتمالية الإجابة البسيطة جدا، ويمكن له التدريب الخاص والثابت.	بحاجة دائمة إلى الرعاية والرقابة المستمرة من المحيط.
تخلف عقلي حاد / 20	1-2% قصور شديد، أقل قدرة لتوظيفها في الجانب الحسي،	تأخر أكيد في كل جوانب النمو، عجز واضح في	يمكن له المشي، يمكن له حركة متعودة، عدم

القدرة على الاستقلالية.	الجانب الانفعالي، يمكنه الاستجابة التمارين باستعمال الارجل، اليدين والفم وهو بحاجة ملحة للرعاية.	الحاجة الدائمة للاحتياجات اليومية		
-------------------------	--	-----------------------------------	--	--

4.4. التصنيف الاكلينيكي (صالح، 2014، صفحة 367):

وهو تصنيف يظهر مجموعة من الأمراض ذات الأصول الوراثية التي تتميز بانخفاض ملحوظ في مستوى الذكاء والقدرات العقلية زمنها نذكر:

• متلازمة داون (أو تثالث كروموزوم 21) Le trisomie 21:

ومن أهم أسبابها والأكثر انتشارا هي خلل في الكروموزوم رقم 21، والذي يسمى أيضا المونغولية (Mongolisme) وكذا متلازمة داون (Le syndrome de down). ويتميز بوجود كروموزوم زائد في الكروموزوم رقم 21 الثنائي، وبالتالي يصبح مجموع الكروموزومات 47 بدلاً من 46 (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 313).

ويحدث بنسبة 1 لكل 6-7 من الولادات، ومن أعراض تكون الجمجمة صغيرة ومكورة، والوجه والمؤخرة مسطحين وفتحة العين ضيقة ومنحدرة إلى الداخل والأسفل. وتكون الأطراف قصيرة والجهاز العضلي ضعيف. كما له مقاومة ضعيفة للالتهابات

والأمراض وهو بذلك يتعرض لشتى الإصابات الجلدية والصدريّة (صالح، 2014، صفحة 568).

ولالإشارة فقد تبين أن خطورة ظهور الاضطراب تمكن مع تقدم سن الأولياء، حيث الخطر يكمن 1/1000 قبل 35 سنة بالنسبة للأم، و15/1000 بعد 40 سنة (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 569).

والأقل انتشاراً من كروموزوم 21، انحرافات كروموزومية في الكروموزوم الجنسي X أو Y، يمكن أن يسبب أيضاً تأخر عقلي، مثل حالة متلازمة كلينفلتر Le syndrome Klinfeter ومتلازمة تورني Le syndrome Turner.

متلازمة كلينفلتر تظهر فقط عند الذكور، وتتميز بوجود كروموزوم زائد، ولا تنمو عندهم الصفات الجنسية الثانوية، ما ينتج عنه ضعف في الحيوانات المنوية، صدر ممتلأ، وضعف في نمو الجانب الذكوري، والعقم. مع وجود تأخر عقلي بسيط مع صعوبات في التعلم بشكل واسع.

بينما **متلازمة تورني** تبرز عن الإناث، وتتميز بوجود كروموزوم X بسيط بدلاً من كروموزومين بسيطين. مع أن هذه الإناث يتطور عندها الجهاز الجنسي الخارجي بشكل عادي، بينما المبيضين يكونان غير متطورة وتنتج بشكل بسيط الاستروجين. وفي الكثير من الأحيان تكون المصابات قصيرات وعقيمات. وتصف بتأخر بسيط خاصة في الرياضات والعلوم.

• متلازمة X الضعيف:

وقد بين الباحثين عدة أسباب جينية للتأخر العقلي ومنها متلازمة X الضعيف Le syndrome X fragile ، وهو الثاني في الانتشار بعد متلازمة داون، ويعود سببه

إلى خلل جيني على مستوى الكروموزوم الجنسي X الذي يكون ضعيفاً. ويسبب ذلك تأخر عقلي لدى الذكور بنسبة 1500/1 ولادة بينما عند الإناث بنسبة 2500/1، أين يكون التأخر أقل حدة (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 314).

بعد التعرف على مختلف محاور موضوع التخلف العقلي لابد من الإشارة هنا أخيراً أن العلاج يتمحور هو أيضاً على عدة مجالات، الطبي منه والنفسي وكذا الاجتماعي. ويبقى جانب لابد من الإشارة هو الوقاية التي لابد منها للتقليل من وجود هذه الاضطرابات وغيرها.

اضطرابات الإخراج

التبول اللاإرادي نموذجاً

مهَيِّد:

ومن بين الاضطرابات التي تبرز في مرحلة الطفولة نجد من اضطرابات الإخراج التي نجد منها التبول اللاإرادي، ولكثرة انتشاره لا بد لنا من الإشارة إلى أهم جوانب هذا الاضطراب للتعرف عليه للتحكم الطلبة في تشخيصه وعلاجه مستقبلاً.

1. تعريف التبول اللاإرادي:

مثل الوظائف الأخرى تعتبر وظيفة الإخراج وظيفة نفسياً من الطفل ومحيطه. ففي السنة الثانية مع تطور الاستقلالية الحركية واللغة يبدأ المحيط في الاهتمام بالنظافة ويريد أن يعلمه أن يعي بحاجته إلى التبول والإخراج ويريد الذهاب إلى المكان المخصص لذلك. وتعلم ذلك لا بد من:

- النضج البيولوجي للمثانة ولعضلات التحكم.
- التربية التي تساعد على تعلم النظافة والعادات.
- علاقة وجدانية تجعل الطفل يرغب في النظافة كي يسرّ أمه وأخيراً نفسه، ويشعر بالافتخار بأنه أصبح كبيراً. □

فالتبول هو تفرغ لاإرادي لاشعوري للبوله وخاصة خلال النوم بعد تخطي الطفل مرحلة السيطرة على المثانة أي بعد ثلاث سنوات. مع الإشارة إلى أن هناك من الباحثين من لا يتكلمون على اضطراب التبول اللاإرادي إلا بعد خمس سنوات نظراً للاختلافات الفردية في النضج العصبي (ميموني، 2003، الصفحات 143-144).

2. أنواع التبول:

1.2. التبول الأولي:

يعني أن الطفل لم يتحكم في البول منذ كان صغيراً أو لم يتوقف قط، يشكل التبول الأولي تقريباً 80% من المصابين، ويرجعها د.دوشي إلى تهاون الأم التي عودت الطفل منذ الميلاد على البلل مما جعله لا يزعج منه ولا يستيقظ عندما يبيل ملابسه.

يظهر أيضاً عند الطفل المدلل الذي يبقى طفولي والصغير الدائم. يثير التعلم المبكر والصلب مع استحواذ الأم تبول معارضة وانتقام، ويلاحظ أيضاً عند الأطفال الذين لهم نوم عميق جداً، مع الإشارة أن الكثير من الأطفال يذكرون أنهم قد حلموا بالذهاب إلى المراض.

2.2. التبول الثانوي:

بعدما اكتسب الطفل النظافة لمدة سنة على الأقل يصبح يتبول عموماً هذا التبول ناتج عن صدمات مختلفة كالمولود الجديد أو الدخول المدرسي أم مرض الأم أو مرض عضوي... الخ. ويزول ذلك في أغلب الحالات بعد زوال الظروف التي نتج عنها، خاصة إذا كان المحيط ليسن ومتفهم ومع النضج الوجداني للطفل.

3. أسباب التبول:

ترى النظرية العضوية أن أساس التبول يكون اضطراب عضوي يظهر في الحالات التالية:

- تأخر النضج العصبي والتحكم في عضلات المثانة مرتبط بخلل في الجهاز العصبي.
- خلل في تنظيم واستعمال المثانة.
- النضج يعطي إمكانيات في تكوين عادات لكنه يحتاج إلى تربية التي يكون نوعها أيضا يؤثر على معاش الطفل للنظافة.
- تشير الدراسات إلى الطابع الوراثي لهذا الاضطراب ونجد عموماً أحد الوالدين أو الاثنتين عانى من التبول في صغره.

بينما النظرية النفسية فتهمم بالأسباب النفسية الوجدانية والتربوية. فيعتبر فرويد أن المرحلة الشرجية كثاني مرحلة لبييدية وتلعب العضلات السارة دوراً كمنطقة غلامية ذاتية، يشعر الطفل بلذة عند القبض والافراغ وهذا يعني أن هناك توظيف لبييدي لهذه المناطق مما يجعل الطفل يستعملها في علاقته مع محيطه (ميموني، 2003، صفحة 146).

4. العلاج:

لابد من البدء في الفحص الطبي من خلال البحث والكشف عن اضطرابات عضوية ذات علاقة بالتبول. للانتقال بعدها إلى العلاج النفسي من خلال التعرف على الطفل ومشاكله وصراعاته وخصائص محيطه العائلي.

مع الإشارة أن العلاج السلوكي يفيد كثيراً في مثل هذه الحالات باستعمال منبه يطرق جرساً أو صوتاً مرتفعاً عندما يتبول الطفل مما يوقظه من النوم وهكذا يقرن بين ملاء المثانة والضجيج المزعج مما يجعله يستيقظ قبل الافراغ (ميموني، 2003، الصفحات 147-148).



السلوك الفوضوي

نقص الانتباه/النشاط الزائد نموذجاً

مهيّد:

يعد مصطلح السلوك الفوضوي أحد المفاهيم الحديثة في ميدان الصحة النفسية، وهو مفهوم يتداخل في كثير من أشكاله مع السلوك العدواني وسلوك العنف والتشتت والنشاط الزائد والعدوان والتخريب والإغظة وازعاج الآخرين والشغب وخرق القواعد والمعايير التربوية والاجتماعية، فالسوك الفوضوي يأخذ أشكالاً متعددة نتناول هنا اضطراب تشتت الانتباه والافراط الحركي.

1. مفهوم السلوك الفوضوي:

إن السلوك هو كل ما يصدر عن الكائن الحي من حركات إرادية وغير إرادية، شعورية أو لاشعورية ويكون على نوعين من السلوك الخارجي الظاهري، والسلوك الداخلي الباطني. ويرى نوربير سيلامي أن لفظ السلوك يعود تاريخها إلى القرن الخامس عشر، وكان هنري بيرون 1908 قد استأنف الكلمة ليترجمها إلى behavior والدالة على فاعلية الموجودات وعلاقتها الحسية الحركية بالوسط. ويعرف صالح الخطيب السلوك الفوضوي بأنه مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها اضطراباً في مجريات الأمور أو تحول دون تأدية شخص آخر لوظائفه بشكل أو بآخر (البادري، 2011، صفحة 343).

تنقسم أشكال السلوك الفوضوي طبقاً للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الإحصائية الرابع والخامس (جراهم، 2016، صفحة 1002) إلى ثلاثة أنواع هي كالتالي:

- اضطرابات الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو اضطراب نقص الانتباه/النشاط المفرط (TDAH) Le Trouble du déficit de l'Attention/Hyperactivité

- الاضطراب المعارض أو المعاند أو المتحدي (TOP) Le Trouble Oppositionnel avec Provocation

- اضطراب التواصل (TC) Le Trouble des Conduites (TC) (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 319)

مع ملاحظة أنه من الممكن أن يكون لدى الطفل أكثر من نوع واحد من الاضطرابات وقد تتشابه أعراض هذه الاضطرابات جميعها إلا أنه يمكن تمييزها من وجود بعض الفوارق التي تجعل كل واحد منهم متميزة عن الأخرى (البادري، 2011، الصفحات 343-344).

كما أنها تظهر مزعجة أكثر للمحيطين بالمصاب أكثر من المصاب بحد ذاته. ما جعل من طلب الاستشارة والعلاج في مثل هذا الحالات يكون من الأسرة أو المدرسة أكثر من الطفل المشخص بمثل هذه الاضطرابات (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 319)

2. مفهوم اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد:

الملمح الرئيس لاضطراب نقص الانتباه / النشاط المفرط TDAH عبارة عن نمط متكرر من عدم الانتباه أو مع نشاط مفرط، أو اندفاعية والتي تكون على مستوى مرتفع

أكثر مما هو متوقع من طفل في هذه المرحلة من النمو. وهذا الاضطراب يمكن أن يعبر عن نفسه سلوكياً في كثير من الأشكال. بما في ذلك نقص الانتباه في التعلم والمواقف الاجتماعية، وارتكاب أخطاء من الإهمال في الأعمال المدرسية أو في أعمال أخرى. وصعوبة الاحتفاظ بالانتباه حتى انتهاء العمل أو المهمة. ويبدو على الفرد منهم توجيه انتباه هنا وهناك والفشل في الأخذ بالتعليمات أو الاستجابة لها، مع الميل إلى الانتقال من عمل أو مهمة إلى أخرى دون اكتمال أي منها. والطفل المصاب يكون لديه عدم رغبة وكرهية قوية للأعمال التي تتطلب تطبيقات ذاتية مستمرة أو جهداً عقلياً، ويكون سريع أو سهل التشنت مع وجود منبهات أو أحداث غير ذات صلة. والأطفال ذوي هذا الاضطراب يبدون دائماً في وضع الانطلاق، يقفزون ويتسلقون قطع الأثاث والمفروشات، كما تكون لديهم صعوبة في الأنشطة والمتضمنة لأوضاع الجلوس (Michèle, Marie, & Gély, & Maryse, 2009, p. 1003).

3. تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد:

الموضوع أو التقنية الرئيسية في تشخيص هذا الاضطراب هو التأكيد على أن النشاط المفرط أو عدم الانتباه يكون أكثر بشكل مميز عن العادي الذي يحدث في مرحلة نمو الطفل، والتأكد من أنه ذو اتجاه عام ومستمر أو متكرر أكثر من كونه محددًا وفي سياق واحد معين. وفي كتيب التشخيص الخامس وصف لمحكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد والتي تؤكد على أن الخلل أو الاضطراب يظهر قبل سن الثانية عشر من العمر، وأنه موجود خلال سياقين أو أكثر، ومعظم الأفراد المصابين بهذا الاضطراب تظهر لديهم أعراض كلا من نقص أو عدم الانتباه والنشاط المفرط، ولكنها في إحدهما بالنسبة للآخر قد تكون دائمة أو غالبية، وهذا يعطي إشارة على وجود نوعين وفرعيين من التشخيص، خلل الانتباه والنشاط المفرط، ويغلب في ظهور خلل الانتباه،

واضطراب نقص الانتباه والنشاط المفرط ويغلب عليه ظهور النشاط المفرط والاندفاعية، وإذا ظهر كلاهما معا فذلك يعرف باسم العرض أو الظهور المركب أو التزاوج بين النوعين، وكلاهما يستخدم تشخيصاً إذا توافرت ستة أو أكثر من الأعراض الفرعية الغالبة وظهرت مع أقل من ستة سنوات من الأعراض الأقل منها غالبية (جراهم، 2016، الصفحات 1003-1004).

4. معايير اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد:

نمط جارٍ من عدم الانتباه مع نشاط مفرط واندفاعية، والتي تتداخل مع وظائف النمو الطبيعية، كما تتضح من العلامات الآتية:

عدم الانتباه: وجود 6 معايير على الأقل من الآتي ولمدة 6 شهور على الأقل:

- عدم توجيه الانتباه إلى التفاصيل أو ارتكاب أخطاء دون تكرار.
- صعوبة الاحتفاظ بالانتباه عند القيام بنشاط.
- عدم الانتباه عندما يكون الحديث موجهاً إليه بشكل مباشر.
- تجاهل التعليمات.
- يوجد لدى الفرد صعوبة في التنظيم.
- لا يحب أو يتجنب الأعمال التي تحتاج إلى بذل جهد عقلي.
- فقدان الأشياء اللازمة للأعمال.
- سهولة التشتت.
- النسيان في الأنشطة اليومية.

النشاط المفرط والاندفاعية: وجود 6 أعراض على الأقل مما يلي، ولمدة 6 شهور

على الأقل.

- مستويات مرتفعة من التملل أو العصبية.
 - لا يجلس بثبات وقد يغادر المقعد عندما يتوقع منه الجلوس.
 - الجري والتسلق في مواقف غير ملائمة.
 - عدم القدرة على الاندماج كلياً في الأنشطة.
 - الكلام الزائد أو المبالغ فيه.
 - الإسراع بالإجابة قبل أن يكتمل أو ينتهي السؤال.
 - يجدون صعوبة في انتظار دورهم.
 - المقاطعة أو التطفل واقتحام الآخرين بشكل متكرر.
 - تظهر الأعراض قبل بلوغ الثانية عشر من العمر.
 - الأعراض تؤدي إلى خفض في جودة التعلم، والقدرات الاجتماعية أو المهنية.
 - الأعراض لا تحدث في وجود مرض الفصام أو اضطراب ذهاني آخر ولا يُفضل تفسيرها بوجود مرض عقلي آخر (جراهم، 2016، الصفحات 1012-1013).
- 5. أسباب اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد:**

تشير الأدلة الخاصة بالأسباب المرضية لاضطراب نقص الانتباه/ النشاط المفرط بقوة إلى وجود مكون وراثي في هذا الاضطراب، وأنه يمكن أن يكون أحد أكثر الاضطرابات النفسية قابلية من الناحية الوراثية. ومع ذلك، فليس من الواضح تماماً بعد ما إذا كان هذا المكون الوراثي هو الذي يمنح تماماً القابلية لهذا الاضطراب، أو أنه قد يكون سبباً مباشراً لأنواع الشذوذ التي تميز هذا الاضطراب وليس من الممكن أيضاً بعد التحديد الواضح للعوامل الوراثية أو الجينات التي تنقل من خلال هذه الوراثة. وهناك بعض أنواع الشذوذ الواضحة في المخ والتي تميز وجود هذا الاضطراب بما في ذلك صغر الحجم العام للمخ والمادة الرمادية فيه. وصغر حجم المخ خاصة المناطق مثل القشرة الجبهية والعقد القاعدية والمخيخ، وأنواع الشذوذ في الفصوص الجبهية ربما تسهم

في وجود عيوب في الوظائف التنفيذية التي وجدت في اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد باستخدام الاختبارات المعرفية. كما أن هناك عوامل قبل وأثناء الولادة التي تم تحديدها على أنها يمكن أن تساهل في النمو الشاذ والتي تتضمن تدخين الأم وتناول الكحوليات خلال الحمل بالإضافة إلى مضاعفات الولادة، بما في ذلك صغر حجم الجنين، وصعوبات في التنفس واختناق المولود، وهناك أيضا بعض الأدلة على أن الخلل في التعاملات والتفاعلات الوالدية قد يساهم في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه/ النشاط المفرط لدى الأطفال، ولكن لا يوجد دليل على أن هذا الخلل الوظيفي في الوالدية سبب واحد في الإصابة بالاضطراب (جراهم، 2016، صفحة 1015).

القلق الاكتئاب في الطفولة والمراهقة

مهَيِّد:

إضافة إلى الاضطرابات السابقة الذكر نجد أنه تتمظهر أيضا في الطفولة والمراهقة أعراض لكل من القلق والاكتئاب بخصوصيات المرحلة طبعاً، هذا وقد أشرنا إلى جانب منها في محاضرة إشكالية التعلق والانفصال.

1. قلق الطفولة:

رغم وجود بعض أعراض القلق والمخاوف التي يتم اعتبارها على أنها حالات عادية في مرحلة الطفولة كالخوف من الظلام وبعض الحيوانات. إلا أنها قد تصل لدرجة اللاسواء عندما تؤثر على النمو الاجتماعي للطفل ونتائجه الدراسية. فالطفل كالراشد قد يعاني من مختلف اضطرابات القلق كالمخاوف الخاصة، المخاوف الاجتماعية، القلق العام، وكذا اضطراب الوسواس القهري (Michèle , Marie, Gély, & Maryse, 2009, p. 325).

يتم التعبير عن القلق في الطفولة مبدئياً في شكل سلوك انسحابي (الاستدماج الداخلي)، فالطفل سوف يتجنب الاشتراك في أنشطة تتطلب التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (مثل المدرسة)، فهؤلاء الأطفال يلتصقون ويلحون مع الوالدين أو من يقوم برعايتهم (إلى عد متابعة الوالد أو الوالدة من غرفة لأخرى)، ويظهرون الرغبة في البقاء في المنزل. كما تظهر عليهم علامات الخوف المتزايد من أحداث مثل وفاة القائم بالرعاية

أو من هجوم أو اعتداء الأقران، ويميل هؤلاء الأطفال إلى أن يكونوا أقل اهتماماً أو اعتباراً لأعراض معينة مقارنة بما لدى الكبار بالنسبة للقلق، ولكنهم يميلون بالفعل إلى شكاوي من أعراض جسدية (جراهم، 2016، صفحة 1029).

1-1- قلق الانفصال:

هو عبارة عن خوف شديد من الانفصال عن الوالدين أو من يقوم بالرعاية. ويوجد بصفة عامة لدى كثير من الأطفال في نهاية السنة الأولى من العمر، ولكن هذا الخوف لد معظم الأطفال يأخذ جانبا تدريجيا. ومع ذلك فإنه يستمر لدى أطفال آخرين إلى دخول المدرسة وسنوات الدراسة، وقد يعاد ظهوره في فترة متأخرة من الطفولة بعد المرور بفترة من الضغوط والصدمات. والأطفال الأكبر سناً من ذوي قلق الانفصال تصيبهم حالة من الكرب كونهم بعيدين عن المنزل، وغالبا ما يحتاجون إلى التأكد من وجود الوالدين، كما قد تتطور لديهم مخاوف متزايدة من أن والديهم سوف يمرضون أو يموتون أو يصبحوا غير قادرين على رعايتهم. ونتائج هذا القلق تتضمن التردد والتراجع في الالتحاق بالمدارس والبقاء في منازل الأصدقاء ليلاً، وقد يحتاج الأمر أن يظل الوالد أو الوالدة أو الراعي مع مثل هؤلاء الأطفال في مخادعتهم حتى يناموا. وكما هو الحال في معظم اضطرابات قلق الطفولة، يقرر الذين يعانون من وجود شكاوي جسدية مثل آلام المعدة، الصداع، الغثيان، والقيء. وقلق الانفصال غالبا ما يكون ملمحا طبيعيا للنمو المبكر ولكنه يمكن أن يستتار ويزداد بواسطة ضغوط حياتية معينة (مثل موت أحد الأقارب أو الحيوانات الأليفة أو المرض، أو تغيير المدرسة أو الانتقال من المنزل).

2-1- أعراض قلق الانفصال:

تتمثل معايير قلق الانفصال حسب DSM5 فيما يلي:

- القلق المتزايد الذي يحيط بالانفصال عن هؤلاء الذين يرتبط الفرد بهم، كما هو موضح بثلاثة على الأقل مما يلي:
 - حالة من الكرب غير المتناوب عن توقع أو حدوث انفصال عن المنزل وأشخاص يتعلق بهم الفرد.
 - اهتمام سائد غير ضروري بفقدان أشخاص يتعلق بهم الفرد أو حدوث إيذاء ممكن لهم.
 - اهتمام سائد وغير ضروري بأحداث متوقعة تسبب الانفصال عن الأشخاص الذي يرتبط بهم الفرد.
 - مقت أو كره سائد وجار للخروج أو الابتعاد عن المنزل بسبب مخاوف الانفصال.
 - خوف جار وغير ضروري كون الفرد يترك وحيدا أو دون اشخاص يتعلق بهم.
 - نفور وكراهية لذهاب الفرد للنوم بمفرده أو النوم بعيدا عن المنزل.
 - كوابيس وأحلام مزعجة متكررة للانفصال.
 - شكاوي من أعراض جسدية مثل الصداع أو الغثيان عند الانفصال، أو توقع الانفصال من أشخاص يتعلق بهم الفرد.
- يستمر القلق (4) أسابيع على الأقل لدى الأطفال وستة شهور لدى البالغين أو الراشدين.
- الانزعاج والاضطراب يسبب فساداً ملحوظاً في مناطق مهمة وظيفية.

- لا يفضل تفسير هذا الاضطراب بمرض نفسي أو عقلي آخر (جراهم، 2016، صفحة 1031).

هذا ولابد من الإشارة إلى وجود اضطرابات أخرى من اضطرابات القلق تتمثل في الوسواس القهري والقلق العام وكذا المخاوف المختلفة.

2- اكتئاب الطفولة والمراهقة:

الاكتئاب في الطفولة أصعب من ناحية التحديد، والوالدان والمدرسون غالباً ما يخفقون في التعرف على أعراضه لدى الطفل وخاصة الأطفال الأصغر سناً. ففي الطفولة المبكرة يعتبر الاكتئاب عن نفسه في صورة التعلق أو التشبث، ورفض المدرسة والمخاوف المبالغ فيها والصداع، ومع ذلك عندما يصل الأطفال إلى البلوغ والمراهقة المبكرة، فإن هناك ما يقرب من 28% منهم حتى سن 19 سنة، تمر بهم خبرات تشخيص فترات من الاكتئاب. وفي المراهقة يعبر الاكتئاب عن نفسه في التجهم بعدم الجدوى والذنب، وفي حالات متطرفة، تبرز الأفكار الانتحارية (جراهم، 2016، صفحة 1039).

تشخيص اكتئاب الطفولة والمراهقة:

مع بعض التعديلات البسيطة تصبح معايير تشخيص اكتئاب الطفولة، بالضرورة هي نفسها معايير التشخيص لدى الراشدين. مع ذلك فإن بعض الأعراض هنا قد تتغير مع تقدم السن. وهناك غلبة للشكاوي الجسمية (السوماتية)، والتهيجات العصبية والانسحاب لدى الأطفال الأصغر سناً ولكن التخلف أو التأخر في الحركة النفسية (تفكير وحركة أبطأ) والنوم المفرط، التي تنتشر أكثر لدى المراهقين والمراهقات. واكتئاب الطفولة يتلازم مرضياً بشكل مرتفع مع اضطرابات نفسية أخرى. وما يقرب من نصف المراهقين ذوي تشخيص الاكتئاب سوف تمر بهم خبرة وجود اضطراب آخر واحد على

الأقل خلال فترة حياتهم. وأن 20% من المراهقين ذوي الاكتئاب يكون لديهم تشخيص بوجود نوع آخر من اضطرابات القلق. وما بين 13-30% سوف يظهر لديهم اضطراب استخدام المواد (لوينسوهرن، روهده، وسيلي 1998). بالإضافة إلى ذلك فإن اكتئاب ما قبل المراهقة وجد أنه عامل خطورة في الظهور المبكر لاستخدام أو تعاطي الكحوليات لدى المراهقين (وو Wu، ليو Liu، و فان Fan وآخرون 2006) (جراهم، 2016، الصفحات 1039-1040).

الفحص النفسي للطفل والمراهق

مهَيِّد:

بعد التعرض سابقاً لبعض الاضطرابات النفسية بالنسبة للطفل والمراهق، سنحاول فيما يلي تسليط الضوء على جوانب الفحص النفسي للطفل والمراهق وماهي خصوصياتها والصعوبات الخاصة بذلك.

1. صعوبات الفحص النفسي في الطفولة والمراهق:

لقد أشارت ميموني إلى جملة من الصعوبات تظهر فيما يلي (ميموني، 2003، الصفحات 39-40):

1.1. صعوبات خاصة بالانفساني:

الفحص علاقة بفرد تؤثر في الفاحص وهذا يتطلب:

- حل صعوباته مع نفسه ومع ماضيه كطفل ومراهق. لذا يجب على النفساني أن يكون واع بحدوده، وأن يكون متحكم في موجات: التقمص والاسقاط.
- وتجنب الإغراء أو التحكم السلطوي في السلوك.

الإعجاب بنفسه (لأنه أقوى...) أو سلوك سلطوي يدفع بالطفل إلى العناد أو الرفض أو التخوف. وهذا ما يتطلب أمرين أساسيين في تنظيم العلاقة بين الفاحص والمفحوص، وهما:

- تحديد إطار العمل،

وتحديد إطار الفحص، من أماكن الفحص يكون حيادياً، والديكور لا يثير في الطفل ويذكره بالبيت لكي لا يمنع أو يحد من تركيزه والتقليل من النقل المضاد الذي يخل بالعلاقة بين الفاحص والمفحوص.

تحديد الزمن:

فيحدد الزمن مسبقاً ويحترم من طرف الفاحص والمفحوص وكل تأخر أو تأجيل يدخل في إطاره ويحلل ويدرس.

- تحديد البعد:

من بعد جسمي كالعلاقة وجه لوجه دون ابتعاد كبير أو قرب كي لا يفتح المجال للإغراء.

علاقة الفاحص الذي يعرف والمفحوص الذي يطلب المساعدة وللطفل الحق أن يرفض هذا اللاتماثل في العلاقة التي ممكن أن يقارنها بعلاقة سلطوية أبوية، مما يؤدي إلى الرفض، وفي هذه الحالة لابد من احترام الطفل.

2.1. صعوبات مرتبطة بحالة الطفولة:

يعتبر الطفل قاصر أي أنه تحت مسؤولية الوالدين أو أفراد العائلة، فعليه فطلب الفحص لا يأتي من الطفل بل من محيطه: العائلة والمدرسة... لأن الطفل لا يبالي باضطرابه أو لا يعيشه كاضطراب بمعنى الراشد، فتقول أنا فرويد **A. Freud** "إن ما يدفع بالراشد إلى الفحص وطلب العلاج هو حدة الألم. لكن الطفل ما دام يستعمل أعراضه

بمرونة فهذا يساعده على تجنب الألم، لكن معارضة الأولياء وعدم تفهمهم ومساعدتهم لذلك هو الذي يسبب الألم للطفل.

لذا لا بد من تحليل الطلب والتساؤل عن ما يلي:

- من يطلب العلاج؟

- ما هو السبب؟

- باسم أي طفل يقدم الطلب؟

الطفل الحقيقي؟

الطفل المثالي: أي الطفل هذا لا يناسب اسهامات عائلته حتى وإن لم تكن له اضطرابات.

الوالدان يأتیان بالطفل لأن المدرسة صرحت بمشاكل الطفل وهنا ما ينتظران: مساعدة لطفل؟

أن يثبت الاختصاصي لهم أن طفلهم عادي؟

أن يزيل شكهم في أنهم آباء جيرون؟

وفي حالات أخرى الطفل يقدم كعرض لاضطرابات الوالدين أو أحدهم خلال المقابلات، فيكتشف الاختصاصي أن الطفل ما هو إلا وسيلة لتقديم مشاكل الزوجين والامهم.

2. علاج مشكلات الطفولة والمراهقة:

الكثير من طرائق وأساليب العلاج المستخدمة مع الكبار تنجح في التطبيق على المشكلات النفسية لدى الأطفال، فالأطفال والمراهقين من ذوي المشكلات النفسية غالباً ما يحتاجون إلى منحنى أو أسلوب متعدد الأوجه في العلاج. مما يحتاج إلى إجراءات لتحديد واحد أو اثنين من الآتي: أعراض خاصة (مثل التبول اللارادي)، وحالات انفعالية

عامة ومعرفية (مثل القلق أو الأفكار الانتحارية)، والمشكلات السلوكية (مثل اللزمات السلوكية) والسلوك العدواني أو السلوك الفوضوي التخريبي، والعلاقات ما بين أفراد الأسرة (مثل الموضوعات المتعلقة بالكفاءة الوالدية) والاتصالات بين الوالد-الطفل أو اهمال أو انتهاك الطفل. بالإضافة على ذلك فالعلاج يجب أن يقدم بينما لايزال الطفل يتطور نفسياً وجسماً ككائن عضوي، وفي سياق الصعوبات الممكنة الموجودة من تعليمية واجتماعية وأسرية (جراهم، 2016، صفحة 1046).

هنا لابد من الإشارة إلى أن كما تم التعرض سابقاً في أول محاضرة إلى أن اضطرابات الطفولة والمراهقة هي مؤشرات لظهور اضطرابات في مرحلة الرشد، فعليه لابد من التركيز هنا على أن التدخل العلاجي في مثل هذه المشكلات، والتي تساهم في ضمان وتحقيق الصحة النفسية للراشد (الطفل والمراهق المضطرب).

خلاصة:

تمحور موضوع المحاضرات السابقة إلى أهم مواضيع علم النفس المرضي للطفل والمراهق، أين تم التركيز على أهم الركائز الضرورية للطالب في مثل هذا المستوى. وذلك كمدخل عام للوحدة بهدف الوصول إلى تحديد أهم الاضطرابات النفسية والعقلية المرتبطة بمرحلتى الطفولة والمراهقة، وخاصة أن هذه المراحل مراحل مميزة في نمو الفرد وبناء شخصيته وتحقيق توازنه النفسي كما أشرنا في البداية أن الاضطرابات النفسية للطفل والمراهق في عوامل منبئة لظهور اضطرابات نفسية في مرحلة الرشد، هذا ما يكون كدافع للتدخل المبكر والسيطرة الأولية على مثل هذه المشاكل.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- امثال زين الدين الطفيلي. (2004). علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة. بيروت: دار المنهل اللبناني.
- أمينة مدوري. (2015). إشكالية التعلق. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 66-80.
- بدرة معتصم، ميموني. (2003). الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- حسن مصطفى عبد المعطي. (2004). النمو النفسي الاجتماعي وتشكيل الهوية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- دافني جراهم. (2016). علم النفس المرضي. (فيصل محمد خير الزراد، و محمد صبري سليط، المترجمون) عمان: دار الفكر.
- سعود بن مبارك البادري. (2011). تطبيقات علم النفس مهنة وتربية. العين: دار الكتاب الجامعي.
- علي أحمد سيد مصطفى، و محمد أحمد خليل. (2014). علم النفس المرضي. الرياض: دار الزهراء.
- علي عبد الرحيم صالح. (2014). علم النفس الشواذ الاضطرابات النفسية والعقلية. عمان: دار صفاء.
- محمد عماد الدين اسماعيل. (1986). الطفل مرآة المجتمع. الكويت: عالم المعرفة.
- مصطفى حجازي. (2006). الصحة النفسية. بيروت: المركز الثقافي العربي.
- معاوية محمود أبو غزال. (2015). علم النفس العام. عمان: دار وائل.

المراجع الأجنبية

Michèle , B., Marie, c., Gély, N., & Maryse, S. (2009). *psychopathologie*.
paris: pearson.