

دكتور عبد الله عسكر

الاضطرابات النفسية للأطفال



مكتبة الأنجلو المصرية

الاضطرابات النفسية للأطفال

دكتور

عبد الله عسـكر

أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة الزقازيق

الطبعة الأولى

٢٠٠٥

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

أسم الكتاب: الاضطرابات النفسية للأطفال
أسم المؤلف: د/عبدالله عسكر
أسم الناشر: مكتبة الانجلو المصرية
أسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان
رقم الايداع: 2711 لسنة 2005
التقديم الدولي: 3-2118-05-977-I-S-B-N

إهداء

إلى زوجتي وزمبنتي وفرة عيني و / رنا (الديري)
والبنات شريف .. (الأمم) (الحسين)

الفهرس

١١ مقدمة

الفصل الأول

التخلف العقلى

- ١٨ - مظاهر التخلف العقلى
- ٢١ - تصنيف التخلف العقلى
- ٢٢ لولا : تخلف عقلى لأسباب وراثية
- ٢٢ - زملة دلون
- ٢٢ - زملة هشاشة للكرموزوم X
- ٢٣ - زملة برادر ويللى
- ٢٣ - زملة مواء القطط
- ٢٣ - الغنايل كيتون يوريا
- ٢٣ - اضطراب ريت
- ٢٤ - البول نور رائحة القيقب
- ٢٤ - تاي منك
- ٢٤ - الأورام المعصبية الليفية
- ٢٤ - النصلب الحديدى
- ٢٥ - زملة ريش نيهان
- ٢٥ - الإستسقاء للدماغى
- ٢٥ - الإضطراب الهرمونى
- ٢٥ - التصاع أو القماءة
- ٢٦ ثانياً : تخلف عقلى بسبب اضطراب الأم الحامل
- ٢٦ - عامل التريزويس
- ٢٦ - الأمراض المعدية

- ٢٧ ثالثاً : تخلف عقلي ناتج عن حوادث الولادة
- ٢٧ رابعاً : تخلف عقلي ناتج عن إصابة الطفل بالعدوى
- ٢٧ خامساً : تخلف عقلي ناتج عن صدمات الرأس
- ٢٧ سادساً : تخلف عقلي ثقافي
- ٢٨ معايير تشخيص للتخلف العقلي
- ٢٨ العلاج والوقاية من التخلف العقلي

الفصل الثاني

اضطرابات التعلم

اضطرابات التواصل

- ٢٣ أولاً اضطرابات التعلم
- ٢٣ - اضطراب القراءة.....
- ٢٤ - اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية.....
- ٢٥ - اضطراب القدرة الحسابية.....
- ٢٥ - علاج اضطرابات التعلم.....
- ٢٧ ثانياً : اضطرابات التواصل.....
- ٢٧ - اضطراب التعبير اللغوي.....
- ٢٩ - اضطراب الإستقبال اللغوي.....
- ٢٩ - اضطراب النطق الارتقائي.....
- ٢٩ - التأثأة.....

الفصل الثالث

الاضطرابات الارتقائية المنتشرة

- ٤٥ - اضطراب الذاتية أو التوحد.....
- ٤٩ - اضطراب ريت.....
- ٥٠ - اضطراب الطفولة التفككي.....
- ٥١ - اضطراب امبرجر.....

- ٥٢ - اضطراب المهارات الحركية

الفصل الرابع

اضطرابات تسمت الإنتباه

والمسلوك التخريبي

- ٥٧ أولاً : اضطراب تسمت الإنتباه وفرط النشاط
- ٥٧ - المؤشرات التشخيصية
- ٥٧ - مدى الإنتشار
- ٥٨ - أسباب الإضطراب
- ٥٩ - معايير التشخيص
- ٦٠ - العلاج
- ٦١ - اضطراب المسلك
- ٦٤ - العلاج
- ٦٦ ثانياً : اضطراب التحدى والمعارضة
- ٦٦ - معايير التشخيص
- ٦٧ - العلاج
- ٦٨ - اضطرابات التغذية
- ٦٨ - التوق أو الرفض
- ٦٩ - اجترار الطعام
- ٦٩ - اضطراب التغذية العكسة
- ٧٠ - اضطرابات اللوازم
- ٧٠ - اضطراب توريث
- ٧١ - اضطراب اللزعة الحركى أو الصوتى المزمن
- ٧١ - اضطراب اللزعة للمعابر

الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج

| | |
|----|-------------------------------------|
| ٧٥ | أولاً : التبول اللاإرادي |
| ٧٥ | - المظاهر التشخيصية |
| ٧٥ | - مدى الانتشار |
| ٧٥ | - الأسباب |
| ٧٦ | - العلاج |
| ٨٠ | ثانياً : التبرز اللاإرادي |
| ٨١ | - العلاج |
| ٨١ | - اضطرابات القلق |
| ٨٢ | أولاً : قلق الانفصال |
| ٨٢ | - معايير التشخيص |
| ٨٣ | - مدى الانتشار |
| ٨٤ | - الأسباب |
| ٨٥ | ثانياً : قلق الخوف |
| ٨٦ | ثالثاً : قلق التجنب الاجتماعي |
| ٨٧ | علاج القلق |

الفصل السادس

الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

| | |
|----|-------------------------------------|
| ٩١ | - أسباب اضطرابات المزاج |
| ٩٢ | - المظاهر الإكلينيكية |
| ٩٢ | أولاً : نوبات اكتئابية كبرى |
| ٩٣ | ثانياً : عصر المزاج |
| ٩٣ | ثالثاً : الاضطراب ثنائي القطب |
| ٩٤ | رابعاً : الفقد والحندك |

| | |
|-----|---------------------------------------|
| ٩٤ | العلاج |
| ٩٥ | الانتحار |
| ٩٧ | اضطرابات الأداء الاجتماعي |
| ٩٧ | أولاً : الصمت الإنفتاقى |
| ٩٧ | العلاج |
| ٩٧ | ثانياً : اضطراب التعلق التفاعلى |
| ٩٨ | العلاج |
| ٩٩ | اضطراب الحركة النمطى |
| ٩٩ | العلاج |
| ١٠٠ | الغصام عند الأطفال |
| ١٠١ | العلاج |
| ١٠٢ | اضطرابات النوم |
| ١٠٢ | - الأرق |
| ١٠٢ | - العشى أثناء النوم |
| ١٠٣ | - الإنزعاج والرعب الليلى |
| ١٠٤ | - مشكلة الإدمان عند الأطفال |
| ١٠٥ | - الوقاية والعلاج |

الفصل السابع

مشكلات نفسية معتادة

| | |
|-----|---|
| ١٠٩ | مشكلة الخيرة |
| ١١١ | مشكلة العناد |
| ١١٢ | مشكلة الكذب |
| ١١٤ | للوقاية والعلاج |
| ١١٥ | للمشاكل الجنسية |
| ١١٩ | - المشكلات الناتجة عن الإساءة للطفل |

| | | | |
|-----|-------|----------------------------|---|
| ١١٩ | | معدلات الانتشار | - |
| ١٢٠ | | الأسباب | - |
| ١٢٠ | | المظاهر التشخيصية | - |
| ١٢٠ | | الإساءة الجسدية | - |
| ١٢١ | | الإساءة الجنسية | - |
| ١٢٣ | | الإساءة الإنفعالية | - |
| ١٢٤ | | العلاج والوقاية من الإساءة | - |
| ١٢٧ | | المراجع العربية | - |
| ١٢٨ | | المراجع الأجنبية | - |

مقدمة

تشكل الطفولة القاعدة الأساسية للمراحل اللاحقة التي نقرر ما الذي ستكون عليه الشخصية في سواتها واضطرابها ، فمعد بدايات علم النفس الحديث ووجدت دراسات الطفولة طريقها إلى النور كمدخل تاريخي لفهم الاضطرابات النفسية لدى الراشدين ، حيث يشكل التاريخ النمائي للفرد القاعدة الأساسية التي يبني عليها علماء النفس الإكلينيكيون تشخيصهم الحالي للاضطراب وفق ما يسمى بأسلوب تاريخ الحالة ، فلفد اهتم سيجموند فرويد مؤسس التحليل النفسي بمراحل الطفولة ، واعتبرها حجر الزاوية في بناء الشخصية حين أراد أن يؤكد فروضه حول الجنسية الطفولية التي ذهبت إلى تحديد مناطق شبقية حسية من الميلاد حتى البلوغ .

تلك المراحل التي استحوذت على القطاع الأكبر من دراسات التحليل النفسي سواء للمتلازمة مع الأفكار الفرويدية أو التطورات اللاحقة لدى ميلاني كلاين وأنا فرويد وريديه شيندلز وإريك اريكسون ومارجريت ماهرل واندث جنكيمسون .. وغيرهم من الذين ركزوا العمل في اضطرابات الطفولة كأساس لكل اضطراب لاحق ، حيث تجرى للصيغة العامة للاضطرابات النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي كالتالي :

إحباط لا يقوى للرائد على مغالبة مطالبه بحل واقعي مناسب نظراً لضخامة الإحباط أو لاستعداد نشوني قوامه عدم القدرة على تحمل الإحباط ، وفي الغالب ما يكون السبب معاً ، وهذا ما يؤدي بالرائد إلى التكوّن إلى مراحل نمائية سابقة كانت قدرته فيها على تحمل الإحباط أكثر (مصطفى زيور، ١٩٨٦) ؛ ليأثني جاك لاكان الصعق النفسي الفرنسي الشهير لبؤس نظريته على أساس مرحلة للمرأة التي تشكل أساس المكون الخيالي لينطلق الطفل من عالم الصورة إلى عالم الكلمة في تبادل دلالي بعمليات متلاحقة تمتد طوال العمر وفقاً لبنية الإكلينيكية للدماغ والعصاب والانحراف التي تبني في مراحل العمر المبكرة .

وفي الاتجاه الآخر كان ظهور المدرسة السلوكية التي اهتمت بعمليات التعلم في إطار التعزيز والاستجابة حيث ركز جون واتسون على دراسة السلوك ، واستند إلى بحوث العالم الروسي بافلوف في صياغة النظرية السلوكية حيث أشارت بحوثهم إلى أن الاضطرابات السلوكية أو النفسية ما هي إلا اضطراب عمليات التعلم واكتساب العادات السلوكية المعنوية ، وما حدث من تطور على هذه النظرية بإسهامات

تورندايك وجانزى وهل حتى وصلت إلى المعنى السلوكى المعرفى على يد روتر ويندورا وسليمان وريزل وأرون بيك وغيرهم . فضلاً عن الإسهامات الكبرى لجان بياجيه فى تأسيس المعرفة العلمية للحفا من خلال الملاحظة الإرتقائية للحياة النفسية للأطفال وإسهامات ألفريد بينيه العالم الفرنسى الشهير فى القياس للعقلى ، فبفضل دراسات الطفولة كانت النظريات الكبرى فى الاضطرابات النفسية ، وأصبح علم النفس الإرتقائى من العلوم الأساسية لكل المدارس لعلم النفس كقاعدة أساسية لفهم الظاهرة النفسية ، ولم تعد اضطرابات الطفولة جزء من مزايا الأمراض النفسية ، بل ظهرت إمدادات خاصة بالتحليل النفسى للأطفال والاضطرابات السلوكية للأطفال والصحة النفسية والإرشاد النفسى والعلاج النفسى للأطفال فضلاً عن الطب النفسى للأطفال .

ويأتى هذا الكتاب كمدخل نصى للإضطرابات النفسية عند الأطفال مستنداً إلى المنهج التكاملى فى العراض ، فما من شك بأن كل للنظريات النفسية التى تحاول تفسير الاضطرابات النفسية لا تستطيع أن تعزف منفردة خارج النظريات الأخرى مهما حاولت التأكيد على سحرة للنظرية وانفرادها بالجواب الشافى عن سؤال الاضطرابات النفسية خاصة فى العصر الحديث الذى يؤكد سيادة المنهج العلمى وتحرير علم النفس من برائن الأيديولوجيا التى تنطلق منها النظريات ، حيث أسهمت الصراعات القديمة بين التيار السلوكى والنيار التحليلى فى دفع عجلة البحوث النفسية إلى الأمام ، فأصبحت المفاهيم متبادلة بين النظريات ، ولكن بتناول مختلف أو تفسيرات مختلفة ، ولكنها جميعاً تسعى إلى الوصول إلى حلول إيجابية للمشكلات المطروحة ، فالاستناد إلى نظرية واحدة يعنى تعصب أيديولوجى أحادى النظرة حيث يصبح تناول العلمى تنازلاً ذاتياً وجدانياً أو موضوعياً جامداً فى الوقت الذى ينبغي أن يكون فيه للتناول متكامل من الوجدان والمعرفة الموضوعية ، فالذين يدعون أن فى نظريتهم حلول لكل شيء فإنهم لا يقدمون حلاً إلا فى عقولهم وكتابتهم ، فما من نظرية تملك الحقيقة ، إنما هى أجزاء من الحقيقة متكامل فى العقول والكتابات والتصاغات البشرية والتدخلات التشخيصية والعلاجية لتجمع أجزاء الحقائق فى كل متجانس يسهم إلى حد كبير فى تحقيق مستوى معقول من الصحة النفسية للأطفال وغيرهم أنتقل من عالم الفرد (اللاعب المنفرد) إلى الفريق المتكامل لتقديم الخدمات النفسية ، فالأخصائى النفسى لا يستطيع العمل منفرداً بدون الطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعى . فضلاً عن الدور الحيوى الذى تلعبه أقسام التحاليل الطبية والقياسات العصبية والعاملين فى الرعاية الصحية الأولية ، والأدوار المساعدة الأخرى

من آباء ومعلمين ورجال دين وغيرهم من الذين يستطيعون الإسهام بدور فعال في تحقيق الصحة النفسية للأطفال كأساس لعلم الرعاية النفسية الذي يساعد على إفراز الأفراد القادرين على التعامل بكفاءة في إدارة أنفسهم وعلاقاتهم وصولاً إلى مستوى عالٍ من الإنتاجية حيث يتحقق مفهوم الصحة النفسية وهو القدرة على الحب والعمل .

وتقد تناولنا الاضطرابات النفسية للأطفال من المنظور التكاملى الحديث ، حيث تكلف العرض طبعاً للإسهامات الأكثر فائدة طبقاً لنوع وطبيعة الاضطراب ، بمعنى انتقاء المعلومات الدقيقة والمباشرة والأكثر جدوى وفقاً للتوجهات النظرية المختلفة ، وانتقاء الأساليب العلاجية المناسبة وفقاً لتنوع الاضطرابات .

فليس من منطوق ابيولوجى يدعو للتخيز لنيار على حساب نيار آخر ، بل على العكس نتخيز لما فيه الفائدة القصوى للطلاب والباحثين والعريين .

ونسأل الله أن يوفقنا في عرضنا هذا بما يعود بالفائدة على المتخصصين والعريين والقائمين على رعاية الأطفال .

عبدالله عسكر

الرحاب في ٢٠ / ١٠ / ٢٠٠٣

الفصل الأول

التخلف العقلي

الفصل الأول

التخلف العقلي

إن أخطر الاضطرابات التي تسيب الأطفال في مراحل نموهم المختلفة هو اضطراب التخلف العقلي الذي يأخذ مساحة كبيرة من ميدان الاضطرابات النفسية للأطفال ، فالتخلف العقلي علة في المشروع الرئيسي للشخصية الإنسانية ، فإذا كان الإنسان كائن عاقل ، فإن الاضطراب في الوظائف العقلية يجعله مجرد كائن ، مجرد وجود بيولوجي يشكل عبئاً على الأسرة والمجتمع وأزمة حادة لذلك المصاب بالتخلف العقلي .

ولقد حددت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association of Mental Deficiency (A A M D) تعريفاً للتخلف العقلي بأنه ، قصور دون المستوى في القدرة العقلية العامة أو الذكاء . بسبب أو يكون مصحوباً بـ قصور في السلوك التكيفي ، ويظهر أثناء فترات النمو قبل سن الثالثة عشر .

بينما يعتبر التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض النفسية : International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10) التخلف العقلي ، توقف أو عدم استعمال العقل ، مصحوباً بـ قصور في مستوى الذكاء والمهارات والقدرات اللغوية والحركية والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المسابين بالتخلف العقلي .

وهذا يشير إلى أن التخلف العقلي هو قصور في الأداء الوظيفي للمخ يؤدي إلى قصور في تكامل الوظائف المعرفية والانفعالية والسلوكية بالمقارنة بالآخرين ، وهذا القصور يتراوح بين الحاد والشديد والمتوسط .

وفي الغالب ما يستخدم المتخصصون اختبارات الذكاء التي تقاس القدرات العقلية بمستوياتها المختلفة لتحديد مستوى التخلف العقلي ، فالدرجة تحت ٧٠ في مستوى الذكاء تشير إلى بداية ما يسمى بالتخلف العقلي ، حيث يشير التصنيف العقلي للأمراض إلى أن الدرجة من ٥٠ - ٧٠ تشير إلى التخلف العقلي البسيط ، ومن ٣٥ - ٥٠ تشير إلى التخلف العقلي المتوسط ، أما الدرجة من ٢٠ - ٣٥ فتشير إلى التخلف

العقلي الشديد ، وتون ذلك تشير إلى التخلف العقلي الحاد أو العميق .

مظاهر التخلف العقلي :

نتيجة لإصابة المخ بالقصور سواء لأسباب وراثية أو بيئية فإن ذلك يمثل إصابة في المركز الإداري الأعلى للوظائف البدنية والعقلية والانفعالية والسلوكية على النحو لآتالي :

أولاً : المظاهر البدنية :

في الغالب ما يعاني الأطفال للمتخلفين عقلياً من قصور في العمليات المسية مثل السمع والبصر ، والنمو الطبيعي للأسنان والعضلات والإنزنان الحركي والنمو الجنسي وفقاً لأوع ومستوى التخلف .

ثانياً : المظاهر العقلية أو المعرفية :

قد تعود المظاهر البدنية المضطربة إلى أسباب صحية عديدة ، بينما تشير المظاهر العقلية للمتخلفين عقلياً إلى القصور الواضح في القدرات المعرفية أو العقلية لدى الأطفال على النحو التالي :

١ - قصور الإنتباه :

فطفل التخلف العقلي يبدو عليه علامات قصور الإنتباه والتركيز على الأبعاد التي تحتاج إلى التمييز ، فضلاً عن تشتت الإنتباه ، وقصور الإستمرارية في التركيز ، ولا يستطيع أن يلفت انتباهه إلى أكثر من شيء واحد .

٢ - قصور في الإدراك :

يشكل الإدراك الحسي العملية العقلية التكاملية الأعلى لفهم وتوظيف المكونات الحسية وصياغتها على شكل مخرجات معرفية ، فالوظيفة التكاملية للمتخلفين عقلياً تكون مضطربة جشئالطياً حيث تضطرب وظائف الإمتصاص وإدراك العلاقات بين الأشياء ، مع قصور في فهم الأفكار المجردة والأبعاد الرمزية فضلاً عن القصور في فهم وتركيب اللغة ، لأن التخلف العقلي هو قصور في القاعدة الأساسية للظاهرة النفسية .

٣ - قصور الذاكرة :

تشكل الذاكرة مصدر الإمداد التاريخي للخبرات المعرفية ، حيث تتشكل وظيفة الذاكرة في الإحتفاظ بالمعلومات المدركة وتوظيفها واستدعائها في الوقت المناسب ، وربطها بالخبرات المعاشة وإعادة تخزينها وترتيبها ، ولذا فإن قصور أو فساد في

مناطق الذاكرة بشكل مظهراً مميزاً لتفخف العقلي . حيث تشير البحوث إلى معاناة المتخلفين عقلياً من قصور في الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى ، مما يجعلهم يحتاجون إلى منبهات ووسائل إيضاح وتكرارات تعليمية زائدة عن غير المتخلفين عقلياً .

٤ - قصور التفكير :

نظراً لقصور في الإنتباه - الإدراك والذاكرة لدى المثل المتخلف عقلياً فإن قدرته على التفكير تكون قاصرة على الرغم من نمو القدرة على التفكير لديه ، إلا أنه نمواً بطيئاً بالقياس لأقرانه غير المتخلفين ، لكون عمليات التفكير من العمليات العقلية العليا التي تحتاج إلى كفاءة نظام التنشيط الشبكي بالمخ الأوسط ، وساق المخ الذي يتعامل مع الأنواع المختلفة من الذاكرة أو العمليات الإدراكية وطرح العمليات المعرفية على شاشة المخ ثم إخراجها إخراجاً إبتكارياً وتجريبياً ، ولهذا فإن المتخلف العقلي يكون قادراً على التفكير العجائي أكثر من قدرته على التفكير المجرد ، فهو يستطيع أن يستجيب استجابة مباشرة لمثير محدد ، ولا يستطيع أن تتحدد استجاباته لمثير واحد نظراً لقصور البنية اللغوية والصورية في مكونات الذاكرة لديه .

٥ - التخلف الدراسي :

نمل أهم مظهر من مظاهر التخلف العقلي هو بطء التعلم وضعف في التحصيل الدراسي ، فلقد أشار (فاروق عبد السلام، ١٩٨٢) إلى أن أعلى مستوى تحصيلي يستطيع المتخلف عقلياً الوصول إليه هو مستوى الصف الرابع أو الخامس الإبتدائي على الأكثر بالنسبة لتعلم القراءة والحساب .

وبالتالي فإن أساسيات التعلم في القراءة والحساب هي التي تتفق التلميذ من مستوى أدنى إلى مستوى أعلى في ارتقاء السلم التعليمي طبقاً لانتقال أثر التعليم والتدريب . وإذا ما اضطرت الأسس اضطرت معها المستويات الأرقى من العمليات التعليمية ، كما أن المتخلف عقلياً لا يحتفظ ذهنياً بالأنشطة التعليمية أو الخبرات المكتسبة ، حيث يحتاج إلى ذاكرة خارجية ، بمعنى قيام المعلم بالتكرار وإعادة ما تم شرحه من قبل أكثر من مرة ، ولذا فإن تواجدهم في المدارس العادية يكون محدوداً . حيث تتزايد شكوى المعلمين ، مما يدفعهم إلى فحص قدراته العقلية لتحديد مستواه العقلي ، ومستوى تخلفه ، وتوجيهه إلى المدارس الخاصة بالتربية الفكرية للمتخلفين عقلياً.

٦ قصور العناية بالذات :

لا يستطيع المتخلف عقلياً رعاية ذاته نظراً لقصور قدراته العقلية ، وقصور تعلمه من الخبرة ، فهو لا يتحمل للمسئولية تجاه نفسه أو الأعمال التي تتطلب منه ، كما أنه يكون قاصراً في تعريف نفسه ، وكثيراً ما يتعرض لتضييع في المكان وفقاً لعدم قدرته على الإدراك المكاني السريع ، كما أنه قد لا يستطيع العناية بجسمه في أحوال النظافة والملبس والمأكل وما إلى ذلك من أنشطة معتادة ، كما أنه يتسم بالفوضى السلوكية التي قد تؤدي إلى إيذاته أو حتى موته نون الوعي بما يقوم به من أفعال ، ولذا فهم يحتاجون إلى عناية ورعاية طفولية لسنوات طويلة من القاطنين بالتربية .

٧ قصور في التوافق الاجتماعي :

بتأثر التوافق الاجتماعي بالقدرة على التعلم ونمو حس الآخر ، وتتفاوت مستويات التوافق الاجتماعي لدى المتخلفين عقلياً وفقاً لمستوى التخلف العقلي ، ففي حالات التخلف العقلي العميق والشديد يكاد ينعدم التوافق الاجتماعي بينما ينمو نمواً بطيئاً في حالات التخلف العقلي المتوسطة والخفيفة . إلا أنه بصفة عامة يكون معتمداً حيث تتسم شخصية المتخلف عقلياً بالأناثية والسلبية وقصور في تحمل المسئولية وقصور في الانتماء للجماعة والوفاء بالوعد مع عدم مراعاة العادات والتقاليد والقيم السائدة في المحيط الاجتماعي (لطفى بركات ، ١٩٨٤) .

ونظراً لخصائص شخصيته فإنه غالباً ما يكون منبوذاً من أقرانه مما يدفعه للتعامل مع الأطفال الأقل منه سناً ، نظراً لكونه قد يكون موضوعاً للاستهزاء أو الشفقة من الآخرين ، ويؤدي قصور قدرته على التوافق الاجتماعي إلى السلوك المشكل وإثارة الأزمات والمشاكل ، واستخدام للعنوان البدني أكثر من العنواين اللفظي ، كما أنه قد لا يعي معنى التوبيخ والتحذير مما يدفع الآخرين إلى تعنيفه تعنيفاً بدنياً على سلوكه المشكل ، مما يجعله أكثر سخطاً وعدوانية ، أو قد يعزل إلى السلوك الإنسحابي ، وتجذب الإحتكاك بالآخرين ، وعلى العموم فإن قصور السلوك التكيفي هو أهم مظهر من مظاهر التخلف العقلي بدرجانه المختلفة .

٨ - قصور في تنظيم أو ضبط الانفعالات :

لا يستطيع الإنسان العادي التحكم في انفعالاته إلا من خلال التعلم ، ونمو العميقات المعرفية التي تجعله قادراً على تنظيم انفعالاته ، حيث يحدد متى يغضب ومتى يحزن أو يفرح أو يحب أو يكره ، ونظراً لقصور القدرة العقلية المعرفية لدى المتخلف عقلياً فإنه يعاني من القصور في ضبط وتنظيم انفعالاته ، حيث يتسم بالانقلاب

الانفعالي مع اصطباغ ردود أفعاله بالانفعال السريع ، وتبدو مظاهر انفعاله في الصراخ والعيول والبكاء ، وعدم الإستقرار الحركي أو التعلل والنزهر والغضب لأنفه الأسباب فضلاً عن كونه أحياناً ما يتسم بالهدوء والإنشغال السريع من البكاء إلى الضحك والمرح مع قابليته الشديدة للإستهواء ، مما يسهل التعامل معه كطفل يشغل بالعبه أكثر مما يشغل بالآخرين .

كما تشير العديد من البحوث إلى معاناة المتخلف عقلياً من الخوف من بعض الحيوانات المسشائنة كالفيل والكلاب والخوف من الظلام والأماكن المغلقة - والمرنقة (لطفى بركات، ١٩٨٤) .

٩ - قصور في أداء المهام :

يؤدي التخلف العقلي إلى قصور في قدرة الشخص على أداء المهام الموكلة إليه وتحمل المسؤولية وإدراك قيمة الوقت ، فضلاً عن قصور في قدرته على التعلم واكتساب المهارات وتتابع التدريب واستيعابه ، فضلاً عن عدم قدرته على رعاية نفسه وتجنب مواطن الخطورة ، مما يجعله قاصراً في ميدان العمل ، ويمكن تدريب الفئة للخفيفة والمتوسطة على بعض الأعمال الروتينية وفقاً لإمكاناته البدنية والأدائية ، وفي بعض الحالات يمكنهم القيام بالأعمال البدنية وفقاً لقدرته العضلية مثل العمل في المخازن والشحن والتفريغ ، وما إلى ذلك من أعمال وفقاً لقدرات المتخلف عقلياً.

تصنيف التخلف العقلي وأسبابه :

تعدد تصنيفات التخلف العقلي ، ولكنها جميعاً تنفق على ما يلي :

- ١ - تخلف عقلي لأسباب وراثية . واضطراب عملية التمثيل الغذائي .
- ٢ - تخلف عقلي ناتج عن اضطراب لدى الأم أثناء الحمل .
- ٣ - تخلف عقلي ناتج عن الإصابة أثناء الولادة .
- ٤ - تخلف عقلي ناتج عن الإصابة بالعدوى أو التلوث والأورام والسموم .
- ٥ - تخلف عقلي ناتج عن الحوادث أو الصدمات .
- ٦ - تخلف عقلي ناتج عن الحرمان الثقافي .
- ٧ - تخلف عقلي غير معروف السبب .

ولسوف نعرض للتصنيفات الشائعة على النحو التالي :

أولاً - التخلف العقلي الناتج عن أسباب وراثية . واضطراب عممية التمثيل الغذائي :

تشير دراسات التخلف العقلي إلى أن العامل الوراثي من أهم العوامل المسببة لولادة أطفال متخلفين عقلياً إذا كان هناك حالات من التخلف العقلي في التاريخ السلالي للأم أو للأب ، ولذا قد تظهر مثل هذه الحالات أيضاً في زواج الأقارب . وتؤدي العوامل الوراثية إلى التخلف العقلي عن طريق شذوذ في الكروموزومات (١) أو شذوذ في الجينات (٢) على النحو التالي :

١ - زملة داون Down's Syndrome أو المنغولية Mongolism :

ويعود لاكتشاف هذه الحالة إلى الطبيب الإنجليزي لانجدون داون عام ١٩٦٦ ، وهي أكثر الحالات شيوعاً ، وتكثُر بنسبة ١ - ٧٠٠ ولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات فوق سن الأربعين وتتميز بشذوذ الكروموزومات في خلايا الجسم حيث تزيد عددها إلى ٤٧ بدلاً من ٤٦ في الخلية الواحدة . ويبدو للمغولي وكأنه من الجنس المغولي الأصفر مثل سكان شرق آسيا من الصينيين وغيرهم ، حيث تكون للرأس صغيراً مع إنحنار العينين بزاوية ناحية الجبهة مع تغطية الجبين الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل . مع تضخم حجم اللسان وعرض الكف ، ويوجد به خط عرض واحد وقصر الأصابع وجحوظ في البطن وتقهقر في الذقن ، ويكون المغولي عرضته للعدوى والإصابة بالأمراض المختلفة . ويتراوح عمره العقلي ما بين ٤ - ٧ سنوات ، ويميل إلى الترح والعوسقي ، ويشير التشخيص المبكر لهذه الحالة بسوء المآل ، حيث يصاب معظمهم بتغيرات في نسيج المخ يشبه مرض الزهايمر .

٢ - زملة هشاشة الكروموزوم Fragile X syndrome :

وهي ثاني سبب شائع للتخلف العقلي ويحدث نتيجة لبسر أو نشوء في الكروموزوم X في بعض الخلايا ، ويحدث بنسبة ١ - ١٠٠٠ لدى الذكور و ١ - ٢٠٠٠ لدى الإناث ، ويسبب كبر الرأس والأذنين ، وقصر القامة وتمدد واتساع المفاصل وكبير الخصيتين بعد البلوغ . ويقع في فئة التخلف العقلي المتوسط والشديد ،

(١) الكروموزوم Chromosome * خيوط دقيقة متشابكة موجودة بنواة الخلية عددها ثابت في النوع الواحد من النبات أو الحيوان .. وتوجد بنواة الإنسان العادي ٢٢ زوجاً من الكروموزومات .

(٢) الجينات Genes * مقد أو مواد عاقلة بالكروموزومات تحمل الخصائص الوراثية لمتقلها من الأبوين إلى الأبناء ، قلون العين والشعر والبشرة . وما إلى ذلك موجود في هذه الجينات التي تنقل هذه الخصائص للأبناء . (فرج طه ، ١٩٩٢)

وتشمل هذه الزملة معدلات عالية من نشفت الإنتباه والحركة المفرطة واضطراب التعلم وقصور في الوظيفة اللغوية وعدم قدرته على تكوين الجمل ، ولكن تكون لديهم بعض إمكانيات التوافق والتواصل الاجتماعي . (Kaplan & Sadock, 1998) .

٣ - زملة برادر وبلي Prader - Willi Syndrome :

وهو حدوث خلل في الكروموزوم ١٥ بصورة متفرقة أو متقطعة في كل ١٠٠٠٠ ولادة ، وهؤلاء يتصفون بالشرة الانتفاعي في تناول الطعام ، مع السمعة المفرطة والتخلف العقلي وقصر القامة وسفر اليدين والقدمين والخمول أو نقص التوتر Hypotonia مع مشكلات سلوكية أخرى .

٤ - زملة مواء القطط Cates Cry (Cri - du - chat) Syndrome :

ويحدث نتيجة حدوث قصور في جزء من الكروموزوم ٥ ، وتبدو عليهم مظاهر الاضطراب الكروموزومي مثل صغر الدماغ ، وهبوط وضع الأذنين وزيادة للتباعد بين الأضراس Hypertelorism وصغر الفك الأسفل Micrognathia ، ويأبى سلوك الصراخ كمواء القطط نتيجة لإضطراب في الحنجرة والذي يجعلنا نطلق عليه زملة مواء القطط ولكن هذا المواء يختفى مع النمو .

٥ - الفينايلى كيتون يوريا Phenylketonuria :

وجاء وصف هذا النوع على يد الطبيب افر فولنج Ivar Folling عام ١٩٣٤ كاضطراب في عملية الأيض ، ويشيع حدوثه بنسبة ١ من ١٠٠.٠٠٠ إلى ١٥.٠٠٠ ولادة ، وإذا أصيب الطفل الأول بهذا الاضطراب يكون احتمال وجوده في الطفل الثاني بنسبة ١ - ٤ أو خمس من كل ولادة ناجحة .

ونتيجة للاضطراب الميثابولى يودى تراكم حمض الفينايلى أمين في خلايا المخ ويسبب تلف في هذه الخلايا مما يحدث التخلف العقلي ، وتظهر مظاهر التخلف العقلى مع صعوبات في المشى ، وقصور في القدرة على الكلام مع زيادة في الحركة ، وتكون رائحة الجسم كريهة . وغالباً ما يصابون بنوبات صرعية .

ويمكن مع التدخل المبكرة لقبول اكتشاف المرض وتنظيم عمليات التغذية حتى تقل نسبة الفينايلى أمين في الدم حتى لا تصيب خلايا المخ ، وينمو الطفل بشكل طبيعى .

٦ - اضطراب ريت Rett's Disorder :

واكتشفه اندرياس ريت Andreas Rett عام ١٩٦٦ وهو من الزملات المسببة للتخلف العقلى لدى الإناث نتيجة لخلل في الجين X ويترجم بقصور عصبي وتدهور

في مهارات التواصل والسلوك الحركي والوظائف الاجتماعية ، ويبدأ بعد السنة الأولى من العمر ، ويندم بالسلوك الذاتوي أو التوحدي مع الإختلاج العصبي أو الإهتزاز وحركة اليدين المتواترة وانحناء الفقرات أو اعوجاجها Scoliosis وحدوث نوبات صرعية مع اضطراب المشي .

٧ - مرض البول ذو رائحة شراب القيقب Maple Syrup Urine Disease :

ويظهر في الأسبوع الأول من العمر ، ويبدأ تدهور الطفل بسرعة ، ويحدث صعوبة في التنفس مع نوبات صرعية ، ونقص السكر في الدم ، وإذا لم يتم اكتشافهم وعلاجهم فإن الطفل يموت في الشهر الأول ، وينسب عن تجمع أحماض أمينية مثل الغاليسين واليوسين والأيزوليوسين ، وغالباً ما يحدث الإختلاج الحركي (التشنج) ataxia مع تخلف عقلي خفيف .

٨ مرض تاي سالك Tay Sack Disease :

وهو يحدث نتيجة تراكم الدهون في المخ ويسبب ضمور دماغي يسبب تلف العصب البصري ، وربما يسبب العمى التام مع الصرع والتخلف العقلي والتشنجات ، ويسمى أيضاً ، بمرض التصلب الدرني ، وينتشر في العائلات اليهودية بشكل خاص نتيجة لتزاوج الداخلي واضطراب النظام الغذائي ، وقد يؤدي إلى الموت قبل الثالثة أو الرابعة من عمره .

٩ - الأورام العصبية الليفية Neurofibromatosis :

ويحدث نتيجة لخلل جيني سائد ، والذي قد يكون موروثاً أو منشقاً ، ويحدث الاضطراب من ١ - ٥٠٠٠ حالة ولادة ، ويتميز بوجود بقع بلون القهوة باللين (البني الخفيف) على الجلد ، وورم وتليف العصب السمعي والبصري وينسب في حدوث تخلف عقلي متوسط .

١٠ - التصلب الجذبي Tuberus Sclerosis :

ويحدث نتيجة للخلل الجيني ويسبب التخلف العقلي ، ويحدث في ١ من ١٥٠٠٠ شخص ، كما يسبب التويبات للصرعية وتشنجات طفولية في الست شهور الأولى ، وتظهر بذور على الوجه وجمرات حمراء على هيئة فراشة ، ويرتفع معدل الذاتوية Autism بصورة أكثر من الصنف العقلي .

١١ - زملة ليتش نيهان Lesch - Nyhan Syndrome :

وهي اضطراب نادر الحدوث نتيجة خلل في إنزيمات الأيض ، ويرتبط بالجين X ، ويصاب الطفل بالتخلف العقلي وسفر الدماغ والصرع والعشى المتلوي الذي يشبه الحركة الدورية Choreaathetosis والتشنج ، كما يصاحب هذا المرض حالة من الاندفاعية الشديدة لتثويه الفرد لنفسه من خلال عض نفسه وقضم أسابعه .

١٢ - الإستسقاء الدماغى Hydrocephalus :

توجد احتمالات وراثية للإصابة بالاستسقاء الدماغى أو سبب عضوى آخر يؤدى إلى انسداد أو ضيق فى قناة سيلفيوس Aqueduct of sylvius وهذه القناة مسدولة عن توصيل المائل الشوكى من الدماغ إلى النخاع الشوكى ، ويؤدى الإسداد إلى احتقان السائل ، وإحداث انتفاخ فى حجم الجمجمة ، مما يجعله يضغط على المخ، ويؤدى إلى تلف للخلايا العصبية ، ويكون حجم الجمجمة كبيراً قد يصل إلى ٧٥ سم ، ويكون جلد الرأس مشدوداً على سطح الجمجمة ، وتختل الحواس البصرية والسمعية مع نوبات الصرع واضطراب التوافق الحركى ، ويمكن علاج هذه الحالات بالتدخل الجراحى حيث تنتظم مسارات السائل للشوكى لكنه يتسبب فى التخلف العقلى نتيجة ضمور أو تلف خلايا المخ .

١٣ - تخلف عقلى ناتج عن الإضطراب الهرمونى أو الغدى : القصاع أو القماءة Cretinism :

وهي حالة من حالات اضطراب إفراز الغدة الدرقية نتيجة لضمورها وفشلها فى النمو السوى الذى قد يعود لأسباب وراثية أو لأسباب أخرى مثل الأمراض المعدية مثل الحصبة والسعال الديكى . مما يعوق عملية النمو ، وتظهر الأعراض بعد ستة أشهر مثل بروز اللسان وتضخمه وجفاف الجلد وخشونته وانتفاخ للجفون وتباعد العينين وبرز البطن وشظلة الصوت ونقوس الساقين وبطأ الحركة ، ولا يزيد طوله عن ثلاثة أقدام مع عدم اتزان حجم الرأس مع الجسم ، حيث يكون رأسه مفرط فى الكبر وتفرطح مع قصر الرقبة ويسبب التخلف العقلى الشديد ، وإنما ما تم الإكتشاف المبكر للحالة فإن علاجها ممكن حيث تتحسن الهيئة البدنية ومسارات للنمو الأخرى ، ولكن تستمر حالة التخلف العقلى .

ثانياً : نخلف عقلي ناتج عن اضطرابات لدى الأم أثناء الحمل :

أ - عامل الريزوس Rhesus Factor :

ويحدث نتيجة عدم توافق دم الجنين ودم الحامل ، حيث يكون عامل الريزوس من مكونات الدم التي تنتقل ورثياً وتنتقل هذه الحالة من الأم إلى الطفل إذا كان العامل الإيجابي Rh+ سائداً لدى الأب وتحمل الأم للعامل سالب Rh- فيولد الطفل بعامل إيجابي Rh+ حيث تحدث الخطورة التي تسبب التخلف العقلي لأن الأم ستغذي الجنين بدم سالب به أجسام مضادة .

ويسبب هذا للتصمم الريزوسي حالة من الكسل ، وفقر الدم ، وازدياد الصراخ والتشنجات ، وإذا ما تم اكتشاف هذه الحالة من خلال التحاليل الأولية للأم فيمكن تجنب الإصابة ، وبعد الميلاد يمكن علاج هذه الحالة في الأسابيع الست الأولى عن طريق نقل دم مخالف للعامل السائد ، ويكون هناك أمل في بقاء الطفل حياً وسليماً .

ب - الأمراض المعدية التي تصاب بها الأم أثناء الحمل :

١ - الحصبة الألمانية : German Measles :

إنما أصيبت الأم في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل بهذا المرض يزيد تعرض الطفل للإصابة بالقصور العقلي والسمم واليكم ، ولذا ينصح بالإجهاض في مثل هذه الحالات . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨) .

٢ - الزهري الولادي : Congenital Syphilis :

يؤدي إصابة الأم بالزهري إلى إصابة الجنين حيث يولد ويديه ضمور في خلايا المخ ، ويبدو عليه علامات التشويه في الأسنان والحواس والجلد مع مظاهر التخلف العقلي .

٣ - طفيليات التوكسوبلازما : Toxoplasmosis :

يؤدي طفيل التوكسوبلازما الذي ينتقل من القطط إلى الأم إلى حدوث تشوهات خلقية لدى الجنين مع التخلف العقلي .

ج - إصابات متنوعة للجنين أثناء الحمل :

ومن هذه الإصابات تناول الأم لأدوية محظورة تؤثر على الجنين في الشهور الأولى للحمل وتعرضها للأشعة الأخرية أو أشعة إكس أو تعرضها لتأثير كهرباء الضغط العالي ، وإصابة الأم بالأنيميا وسوء التغذية ، وتعرضها للسمعات والحوادث التي تسبب إلتلاف في خلايا المخ لدى الجنين وتسبب حالات مختلفة من التخلف العقلي .

ثالثاً - تخلف عقلي نتيجة الولادة :

نسب الولادة العمرة الكثير من المشكلات التي قد تسبب حالات من التخلف العقلي مثل الإختناق أثناء الولادة الذي يؤدي إلى نقص الأكسجين في الدم ، مما يسبب تدمير خلايا المخ ، وكذلك الضغط الشديد على الجمجمة قد يؤدي إلى تلف المخ ، وقد يؤدي إلى إصابة الطفل بالجروح من جراء عمليات التوسيع للولادة وللنزيف الذي يسبب حالات من القصور العقلي ، وقد يصاب الطفل بالتسمم من أدوية الولادة غير المعقمة أو في حالات الولادة المنزلية على يد غير المتخصصين يؤدي إلى إصابات في رأس المولود ، وقد تسبب حالات من التخلف للعقلي .

رابعاً - تخلف عقلي ناتج عن إصابة الطفل بالعدوى والأورام والتسمم :

تؤدي الإصابة بالأمراض المعدية التي تسبب للحمى مثل الإلتهاب للسحائي والحمى القرمزية وأورام المخ إلى حالات من التخلف العقلي .

كما يؤدي التسمم باستنشاق المواد المتشعبة بمركبات الرصاص أو الإصابة الفمية بمركبات الزرنيخ إلى حدوث تلف في المخ ، ويؤدي إلى التخلف العقلي أو قد تحدث الإصابة نتيجة تناول الأم لمواد ضارة مثل المخدرات والخمر أثناء الرضاعة .

خامساً - تخلف عقلي ناتج عن صدمات الرأس :

يؤدي وقوع الطفل على رأسه من أماكن مرتفعة وتعرضه للصدمات الشديدة والحوادث إلى نزيف داخلي في الرأس يؤدي بدوره إلى تلف خلايا المخ مما يسبب حالات من التخلف العقلي .

سادساً- تخلف عقلي ثقافي :

يحدث التخلف العقلي الخفيف في بعض الحالات التي تتعرض للحرمان الثقافي لدى الجماعات ذوى المستويات الاقتصادية والاجتماعية المتدنية حيث تتعادل مستوياتهم العقلية مع مستويات التخلف العقلي البسيط على الرغم من عدم وجود أساس عضوي ، فحرمان الطفل من الحركة واللعب والنشاط يجعل أليات للنظام المعرفي للطفل خاملة لا تستخدم ، مما يجعلها عاجزة عن متابعة الارتقاء الوظيفي ، كما أن وضع الطفل في بيئة لغوية وثقافية غير بيئته يسبب نوعاً من العزلة وعدم التفاعل الذي يكسبه الخيرات ، وقد تتكون لديهم مظاهر التخلف العقلي لإنفصالهم عن مجتمعهم الأصلي ، ويحدث هذا في مجتمعات المهاجرين إلى الدول الجديدة مثل أمريكا وأستراليا وكندا . كما تشير الأبحاث إلى أن الأبوين العصبيين باضطرابات عقلية

أو مزاجية أو مدمنى الخمور والمخدرات لا يولون الأطفال الرعاية اللازمة مما يجعل الأطفال في عزلة تسبب لهم حالة من التخلف العقلي .

معايير تشخيص التخلف العقلي طبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع DSMIV :

أ - درجة على مقياس الذكاء أقل من المعدل ٧٠ .

ب - تدهور واضح في الوظائف التكيفية طبقاً لمعايير السلوك التكيفي لدى الأقران غير المتخلفين عقلياً في نفس الجماعة الثقافية وخاصة في ظهور الاضطراب في اثنين على الأقل مما يلي : للتواصل ، العناية بالذات ، والسلوك المنزلي ، مهارات التوافق الاجتماعي ، التعامل مع الخبرات للمعاشة ، التوجه الذاتي ، مهارات التحصيل الأكاديمي ، العمل ، الاهتمامات وشغل أوقات الفراغ ، الصحة والأمان .

ج - أن تحدث هذه المظاهر قبل سن ١٨ (DSMIV, p.40)

مستويات التخلف العقلي :

- تخلف عقلي خفيف من ٥٠ - ٥٥ إلى ٧٠ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

- تخلف عقلي متوسط من ٣٥ - ٤٠ إلى ٥٠ - ٥٥ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

- تخلف عقلي شديد من ٢٠ - ٢٥ إلى ٣٥ - ٤٠ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

- تخلف عقلي عميق أقل من ٢٠ أو ٢٥ درجة .

- حالات من التخلف العقلي غير المحددة تكون شديدة وغير قابلة للقياس باختبارات عقلية مقننة .

العلاج والوقاية من التخلف العقلي :

يعد مجرد حدوث حالات التخلف العقلي بمثابة البداية لكارثة أسرية وطبية وتعليمية، ففي الحالات الوراثية يصعب التدخل الطبي أو النفسي ويتطلب الأمر رعاية فائقة لاستثمار ما يمكن استثماره من قدرات عقلية داخل المؤسسات التأهيلية . أما في

الحالات غير الوراثية فيمكن للتدخل العلاجي الجراحي أو الدوائي لتحسين عمليات الأيض أو النظام الغذائي بالإشراف والمتابعة مع وضع برامج تأهيلية مكثفة لتحسين أحوال هذه الفئات .

وفي الحالات الخفيفة يمكن تحسين القدرة على النظم والقدرة على التدريب وتخفيف المظاهر الانفعالية والسلوكية المضطربة ببرامج تأهيلية مناسبة .

وفي حالات التخلف الشفافي يمكن تكثيف برامج التعليم والتدريب ودمج الأطفال في بيئاتهم الأساسية للتعامل واكتساب الخبرات ، وتحسين مستوياتهم العقلية والتخصصية والمعرفية .

وتعد الوقاية أهم الإجراءات التي يمكن من خلالها تجنب ولادة طفل من المتخلفين عقلياً من خلال .

- فحوص العنزوجين قبل الزواج ، وخاصة الأقارب ، وفحص التاريخ العقلي لأسرة الزوج والزوجة لتجنب حدوث ولادة ذات بعد وراثي في حالات التخلف العقلي .

- المتابعة الصحية لدى أطباء النساء والتوليد المتخصصين وعمل التحاليل الطبية المناسبة ومتابعة نمو الجنين داخل الرحم ، وتسهيل عمليات الولادة لتجنب الإصابات .

- توعية الأم بعدم تناول المواد الضارة أو الأتوية المسببة لتشوهات الجنين أو الرضيع ، وعدم تعرضها للأشعة الذرية أو غيرها وابتعادها عن مناطق التلوث والعدوى .

- متابعة الرعاية الصحية الأولية وتدريبه وتحسين حالة الطفل المولود وابتعاده عن مصادر العدوى والتلوث والتسمم والصدمات .

- وضع الطفل في عالم ثقافي مناسب وتنبيه وتحريك قدراته المعرفية والحركية ، وتنشيط الآليات الوظيفية للحواس والإدراك ومتابعة نموه طبقاً لمعايير النمو السوي وتجنب العزلة والحرمان الثقافي .

الفصل الثاني

**اضطرابات التعلم
اضطرابات التواصل**

اضطرابات التعلم Learning Disorder

وتشمل زملة اضطرابات التعلم أو اضطراب التحصيل الأكاديمي ثلاثة أنواع من الاضطرابات وهي : اضطراب القراءة واضطراب القدرة الحسابية والكتابة التعبيرية .

المظاهر التشخيصية :

يتم تشخيص اضطرابات التعلم عندما ينخفض معدل الطفل عن المستويات المعتادة أو المتوقعة على اختبارات القراءة والحساب والكتابة التعبيرية طبقاً للعمر والمعدل الدراسي ومعدل الذكاء .

ويصاحب اضطرابات التعلم العديد من المظاهر مثل عدم الامتثال الفهمي ، انخفاض تقدير الذات ، ونقص في المهارات الاجتماعية فضلاً عن الفشل الدراسي ، وبالتالي تراجع فرص العمل للمستقبلية ، وقد تكون اضطرابات التعلم مصاحبه لاضطرابات المسك والنواق و تشتت الإنتباه وفرط الحركة أو النشاط الزائد ، والاضطرابات الاكتئابية .

التشخيص الضارق :

وينبغي تمييز اضطرابات التعلم عن التغيرات العادية الطارئة على التحصيل الدراسي بالزيادة والنقصان ، وعدم وجود فرصة للتعلم أو لعوامل ثقافية خاصة ، أو يكون التعلم ذو طبيعة خاصة بمعنى نظم لغة ثانية أو ثالثة لا يكون مكافئاً للتحصيل باللغة الأولى المتداولة ، كما ينبغي أن يتميز عن التخلف العقلي والعمى والصمم واضطرابات التواصل . وفي الغالب ما يتم تشخيص اضطرابات القدرة على الحساب والكتابة التعبيرية متزامناً مع اضطراب القراءة . (DSMIV , p. 49) .

أولاً : اضطراب القراءة

يشكل المظهر العام لاختلال القراءة هو خلل في ارتفاع مهارات القراءة لا تعود إلى العمر العقلي أو مشكلة الإبصار أو عدم كفاية المادة التعليمية ، وكثيراً ما يصاحب

اضطراب القراءة صعوبات في الهجاء مع الارتقاء المحدود في حصيلته الكلمات والإستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية وصعوبة في اختيار كلمات بديلة مناسبة وقصر فترات الكلام والعجز عن استخدام الأشكال النحوية مثل حروف الجر والضمائر ولام للتعريف وتبدلات بين الفعل والإسم وصعوبة في ترتيب الجمل والملاسة اللغوية . (أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٦٠٩) .

معايير تشخيص اضطراب القراءة

- أ - انخفاض مستوى القراءة عن المستوى المتوقع أو المعدل لدى العاديين وعن مستوى التحصيل ومستوى الذكاء .
- ب - يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية التي تحتاج مهارات القراءة .
- ج - إذا كان هناك قصور حسي كاتعمى والسمع فإن الاضطراب يترافق ويكون مصاحباً لهذا القصور .

ثانياً : اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية

يشكل اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية مظهراً من مظاهر اضطرابات التعلم ، وينبغي أن يكون الاضطراب محدداً بمعايير موضوعية وفقاً للأداء الأكاديمي حيث يكون الاضطراب في معدلات أقل مما هو متوقع طبقاً للمستوى العقلي والدراسي والمستويات العمرية مع الأخذ في الإعتبار إذا كان هناك عيوب حسية سمعية أو بصرية أو حركية في اليدين ، فإن معدلات الاضطراب يترافق ، كما أن هذا الاضطراب يتعارض مع متطلبات الأداء الدراسي والأنشطة اليومية المتعددة التي تتطلب مهارات الكتابة . ومن المظاهر الشخصية لإضطراب الكتابة هو كثرة أخطاء الكتابة في القواعد النحوية وعلامات الترقيم ، وقصور في تنظيم الجملة ، وسياغة الفقرات ، وكثرة الأخطاء الإملائية .

معايير تشخيص اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية :

- أ - انخفاض مستوى الكتابة التعبيرية على المقاييس الموضوعية عن المستوى المتوقع لعمر الطفل ومعدوه العقلي والدراسي .
- ب - يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع الأداء الأكاديمي أو الأنشطة اليومية التي تتطلب كتابة أو تأليف نصوص مكتوبة مثل موضوعات التعبير (وخاصة سلامة بناء الجملة وتناسق الفقرات) .

ج - إذا وجد قصور حسي فإن هذه المظاهر تتزايد أو تكون مصاحبة للقصور الحسي.

ثالثاً : اضطراب القدرة الحسابية :

المظاهر التشخيصية :

يشكل الاضطراب الإرتقاني في المهارات الحسابية المظهر التشخيصي الرئيسي لهذا الاضطراب ، ولا يمكن اعتباره ناتجاً عن النخلف العقلي أو نقص المهارات التربوية أو عدم وجود فرصة للتعليم ، ويتم للتشخيص عندما تظهر الأعراض على الطفل بانخفاض أدائه الحسابي إنخفاضاً دالاً عن المعايير العمرية المتوقعة في اختبارات الحساب ، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعاً لدى الأمتثال هي صعوبات التعرف على الرموز العددية أو الحسابية ، والصعوبة في تنظيم سلاسل الأعداد خلال العمليات الحسابية ، وإفتراد خانات الأرقام والخلط بين الأرقام القردية والعشرية والمئوية وصعوبة تجميع الأشياء في أنساق ، وعدم القدرة على استخدام الرموز الرياضية مع مشكلات في عمليات الضرب والقسمة .

(لوبيس مليكه ، ١٩٩٨ ، ص ٣٣) .

معايير تشخيص اضطراب القدرة الحسابية :

أ - انخفاض مستوى القدرة الحسابية على المعايير المقتنة أو عن معدلات التحصيل المتوقعة من أقران الطفل ومستواه العقلي والمنهج الرياضي المدرسي المناسب.

ب - يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية المعتادة والتي تتطلب قدرات حسابية .

ج - إذا كان هناك قصور حسي سمعي أو بصري يتزايد لاضطراب القدرة الحسابية حيث تكون مصاحبة للقصور الحسي .

علاج اضطرابات التعلم :

تتجه البحوث الإكلينيكية في ميدان علم النفس التربوي إلى تأكيد أهمية إعادة صياغة المناهج وأساليب التعلم ووسائله بما يتناسب مع الذين يعانون صعوبات التعلم ، فالكثير من الأطفال في بداية قراءاتهم الأولى لا يستطيعون الفصل لتتام للكلمات المنطوقة إلى مكوناتها من الأصوات كما يجدون صعوبة في التحليل والتركيب ، وبالتالي لا يملكون لديهم الإحساس بالجملة نتيجة لعدم تكديف التعلم وتكرار للهجاء

لاكتساب المهارة مع وضع برامج تدريبية خاصة في القراءة والكتابة والحساب ، وقد تعود اضطرابات التعلم إلى مشكلات أسرية أو مدرسية ، فالطفل الذي لا يتوافق مع المدرسة قد يرفض ما يطلبه المعلم ، وتتحرك بنيته اللاشعورية لإفساد القواعد الشعورية ، فضلاً عن كون التعليم يعد نوعاً من التكليف الذي قد يكون بالقوة ، ولا يأتي طواعية ، ولا توجد الوسائل والبرامج النفسية التي تجعل الأطفال يتوافقون مع ما يقدم إليهم من برامج دراسية ، فالاندماج في جماعات اللعب الطفلي والغناء الجماعي ، وبت روح التنافس واستخدام التمدح الإيجابي قد يأتي بنتائج إيجابية في تحسين أداء المعطلين الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة . كما نتجه البحوث التربوية إلى تأكيد دور البرامج الحديثة باستخدام الكمبيوتر التي تساعد الطفل على تحسين قدراته . (لويس مليكه ، ١٩٩٨ ، Kaplan & Sadaock, 1998) .

اضطرابات التواصل Communication Disorder

تشكل اللغة الوسيلة الأساسية للتواصل الإنساني ، فعبير اللغة يتكون الإنسان نفسياً واجتماعياً ، وينحور وجوده حول اللغة التي اكتسبها ، هذه اللغة التي تصيغ الشخصية الإنسانية ، وتحرك وجوده نحو الآخرين ، وطبقاً للخبرات القوية المكتسبة يتعلم الطفل اسمه وحدود وجوده ، وقواعد القرابة ، وقواعد السلوك والقيم والعادات الاجتماعية والاعتقاد الديني ، وكل ما يمكن أن يشكل طاهرة نفسية إنسانية ، فمعد بداية ميلاده يعلن بصوته (صراخه أو بكائه) عن وجوده ينادي منذ البداية على الأم وعلى الآخرين الذين يسعفونه من آلامه وجوعه واضطرابه . ولذا فكل اضطراب نفسي هو اضطراب في اللغة ، فالفرق بين الشخص العادي والشخص المجنون أو اللغواني هو الفرق في مظاهر اللغة ، ف لدى العاديين يستخدم الفرد لغة اصطلاحية مفهومة يتواصل بها مع نفسه ومع الآخرين ، أما لدى اللغانيين والمضطربين فإنهم يستخدمون لغة غير مفهومة وغير اصطلاحية حتى أنه يسمى نفسه والآخرين بأسماء من وجى جنونه ، ولا يعرف القانون أو الحدود أو يراعى القيم والعادات الاجتماعية ، والفرق الأساسي بين السوي والمضطرب هو اضطراب في نواصه مع نفسه ومع الآخرين .

وتتطور اللغة عند الطفل وفقاً لآمر جهاز النطق ونمو إدراكه العقلي لاكتساب المفردات والقواعد اللغوية .

وتشكل اضطرابات التواصل عند الطفل اضطراب في ارتقاء اللغة الذي يتمثل

في :

- ١ - اضطراب في التعبير اللغوي .
- ٢ - اضطراب في الإستقبال اللغوي .
- ٣ - اضطراب في الأصوات اللغوية .

اضطراب التعبير اللغوي : Expressive Language Disorder :

المظاهر التشخيصية :

يشكل قصور القدرة على التعبير اللغوي المصحح الإكلينيكي الأساسي لهذا الاضطراب ، حيث يحدث القصور بانخفاض معدلات الطلق في قدرته على المقابيس العقلية غير اللفظية وفي نمو القدرة على استقبال اللغة ، وقد تعود صعوبة الاتصال اللغوي نتيجة إلى قصور في كل من اللغة المنطوقة ولغة الإشارة ، مما يجعل للتعبير

اللغوي مدعراً مع التحصيل الأكاديمي والتواصل الاجتماعي .

ويجب أن يقتصر التشخيص على الحالات التي تتجاوز فيها درجة القصور في اللغة الإنشائية حدود الاختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي .

ويشيع في هذه الحالة عيوب في إصدار الأصوات الكلامية . فصور في استخدام المفردات وصعوبة في اكتساب كلمات جديدة ، وصعوبة في استخدام بدائل للكلمات أو المفردات ، وقصور في تكوين الجمل واستخدام القواعد النحوية ، واستخدام أنظمة شاذة للجملة ، وألفاظ غير معادة وبطء في النمو اللغوي ، في الوقت الذي تكون فيه الوظائف غير اللغوية على مقاييس الذكاء الأدائية في المعدلات السوية وأيضاً مهارات فهم اللغة تكون في المستوى الطبيعي .

ويمكن لهذا الاضطراب أن يكون اضطراباً مكتسباً أو ارتقائياً (نمائياً) ، ففي الحالات المكتسبة يحدث قصور القدرة على التعبير اللغوي بعد مشكلات عصبية أو طبية عادة مثل (التهاب الدماغ ، وسدمات الرأس ، الإصابات الإشعاعية) . أما في الحالات الارتقائية (النمائية) يحدث قصور القدرة على التعبير اللغوي دون أن تكون هناك مشكلات عصبية معروفة السبب ، وأطفال هذه الحالات غالباً ما يتأخرون في الكلام بصورة أبطأ من أقرانهم . (DSMIV, p. 55)

العلاج :

ينبغي أن يركز للعلاج على خلق نوع من التنافس الاجتماعي وتطوير مهارات التعبير اللغوي وتحسين أساليب التواصل والتفاعل الاجتماعي من خلال استخدام الكلمات ، ووضع برامج للعلاج اللغوي من خلال تعاريف تدعيمية للأصوات وتكوين الكلمات والجمل بهدف زيادة الحصيلة اللغوية من العبارات ، مع الأخذ في الاعتبار الإرشاد التدريجي للأسرة لخفض للتوتر الأسري الناتج عن وجود طفل لديه مشكلة في التعبير اللغوي ، والذي ينعكس على الأبوين بمشاعر الغضب أو الإرتباك والتوتر مما يجعلهم يركزون على الطفل لفرض التعبير اللغوي في الوقت الذي لا يستطيع فيه الطفل الوفاء بما يريده الآباء . وفي الغالب تحتاج إلى متخصصين في اضطرابات التواصل أو التخاطب لتحسين مهارات التعبير اللغوي فضلاً عن تدخلات من قبيل تخفيض القلق أو مشاعر الذنب والدونية التي قد تكون مرتبطة بمثل هذه الحالات .

اضطراب الإستقبال والتعبير اللغوي :

Mixed Receptive - Expressive Language Disorder

وهو اضطراب يعجز فيه الطفل عن استخدام مهارات اللغة الإستقبالية والتعبيرية بعد أن يكون قد حقق ارتفاعاً لغوياً طبيعياً وقدرة عقلية غير متدهورة.
المظاهر الإكلينيكية التشخيصية :

يشكل حدوث قصور الفهم ملمحاً أساسياً لهذا الاضطراب ، حيث لا يستطيع الطفل تركيز الإنتباه ، ويبدو مشتتاً ، ويفهم الأوامر على نحو خاطيء ، ويستجيب بردود غير مناسبة للسؤال ، وقد يقلب حروف الكلمات ، وتزداد لديه مظاهر التكررة ، وتضطرب لديه مهارات المعاداة أو التخاطب فضلاً عن اضطراب المعلومات الحسية خاصة في المعينات الحسية السمعية ، كما يعاني من صعوبة الإستجابة الحركية المناسبة والسمعية مع اضطراب في الصوت والقدرة على القراءة وقصور في إدراك الكلام وقصور في القدرة على التذكر ، وقد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بتشتت الإنتباه وزيادة الحركة وعدم التناسق النعائى والتبول اللاإرادي .

ويصيب هذا الاضطراب الأطفال من ٣ - ٩ ويكون مصحوباً بتبولات شاذة في كهربية المخ كما يوضح في رسم المخ الكهربائي مع حدوث نوبات سرعية.
العلاج :

يمكن استخدام الاستراتيجيات العلاجية لعلاج اضطراب القدرة التعبيرية اللغوية مع حالات اضطراب الاستقبال والتعبير اللغوي فضلاً عن تكثيف الإرشاد النفسى للأبوين والعمل على تحسين صورة الذات لدى الطفل وتطوير مهاراته الاجتماعية.

اضطراب النطق الإرتقاني : Developmental Phonological Disorder

المظاهر التشخيصية:

يشكل الفشل في استخدام النطق الإرتقاني ملمحاً أساسياً لهذا الاضطراب ، ويظهر من خلال عدم وضوح أصوات الكلام بصورة متكررة مما ينتج عنه أصوات شاذة إذا فوّرت بأصوات كلام أطفال آخرين من نفس الفئة العمرية واللغوية ، وقد يشمل الاضطراب في نطق صوت كلام واحد (مقطع صوتي) أو عدة أصوات كلام ، وقد يكون الكلام مفهوماً تماماً أو جزئياً أو غير مفهوم ، ولا توجد مؤشرات على الشذوذ الحسي أو العقلي أو السمعي .

ويوضح الجدول التالي الملامح الإكلينيكية لإضطراب النطق الإرتقالي :

| الملامح المرتبطة | الملامح الأساسية |
|---|--|
| <p>- ملامح ارتقائية أخرى للتأخر مثل بطء الكلام والتبول اللاإرادي وصعوبات التنظّم وخاصة القراءة .</p> <p>التهتهة .</p> | <p>- عيوب في نطق حرف أو مقطع أو أكثر إذا سُورن بنطق الآخرين في نفس السن واللهجة .</p> <p>- مستويات الذكاء والقدرة السمعية وأنظمة آليات الكلام (الجهاز الصوتي) في حدود السواء</p> |
| <p>- مشكلات اجتماعية وانفعالية بما في ذلك القلق ومشكلات الأقران واضطراب صورة الذات .</p> <p>- مشكلات سلوك أو تعلم بما في ذلك قصور الإنتباه والتدريّز السمعي أو قصور التمييز</p> | <p>- فهم اللغة واستخدامها في التواصل والقدرة على تكوين الجمل والتعبير عن المفاهيم تكون في حدود السواء بالنسبة للمستوى العمري .</p> |

(لويس مليكه ١٩٩٨ ، ص ٣٥٨)

العلاج :

بعد علاج التخاطب أُنجح العلاجات لكل أخطاء النطق وخاصة بعد سن الثامنة عندما تصبح مشكلة النطق مسببة لمشكلات مع الأقران ، ومشكلات خاصة بالتنظّم واضطراب صورة الذات ، ولذا ينبغي أن يركز العلاج على إتماج الطفل في الجماعات السوية وتطوير عميقات التفاعل الاجتماعي وتنشيط المهارات الاجتماعية وإرشاد الأبوين لملاحظة ومناعبة تطور تحسن حالة النطق لدى الطفل .

التأتأة أو التهتهة Stuttering :

التأتأة أو التهتهة أو اللججة هو نوع من اضطرابات النطق ، حيث يتعثر الطفل في إطلاق كلامه بسلاسة مثل :

- ١ - تكرار الصوت أو مقطع من الصوت أكثر من مرة .
- ٢ - الإطالة في الصوت .
- ٣ - التعجب والإسهراب .
- ٤ - كسر الكلمات .
- ٥ - الصمت والتوقف أثناء الكلام .
- ٦ - الدوران حول معنى الكلام .
- ٧ - التوتر الحركي والقيولوجي أثناء التلطق .
- ٨ - تكرار المقطع الأولي من الكلمات مثل لآلآ ، أو أس أس أس كت .

وفي الغالب ما تكون هذه المظاهر واضحة مع سلامة أجهزة النطق والعمليات العقلية الأخرى ، وفي الغالب ما تعود هذه الحالة لأسباب نفسية في الوقت الذي تساحب هذه الحالة محاولات من جانب المصاب لتجنب التهتمة بإبطاء كلامه ، وتجنب الكلام العادي يجعله يتأنته ، وتجنبه للمعادنات الشيفونية والحديث أمام جمع من الناس . وربما تكون التأناة مصحوبة بحركات في العينين ولارتعاش للشفتين والوجه وللزمامات الحركية ، واهتزاز اليدين وحركة التنفس ، ويبدو على الشخص علامات التوتر والقلق مع إمكانية حدوث قصور في الوظائف الاجتماعية نتيجة للقلق والإحباط وانخفاض تقدير الذات .

العلاج :

تنظر الإنجازات العلاجية الحديثة إلى التأناة كاضطراب مكتسب لا يرتبط بالضرورة باضطرابات في للجهاز الكلامي أو القدرات العقلية ، وتتوجه الأساليب العلاجية مباشرة لتخفيف حدة الاضطراب ، باعتبار أن التأناة ليست عرضاً ، وإنما سلوك يمكن تعديله من خلال تعليم الفرد كيفية التحكم في التلطق من خلال عمليات التدريب التدريجي وخفض ردود الفعل الانفعالية والخوف من معاودة التأناة ، كما يمكن التدخل بإعادة تشكيل الكلمات التي يتعرض فيها الشخص مع التركيز على مهام سلوكية متنوعة تتضمن خفض معدل التأناة ، سهولة النطق ، والإنفعال السهل من الكلمة إلى الأخرى .

الفصل الثالث

**الاضطرابات
الارتقائية المنتشرة**

الاضطرابات الارتقائية المنتشرة

Pervasive Developmental Disorder

وهي مجموعة من الاضطرابات تنصف باختلالات شديدة ومنتشرة في العديد من النواحي الارتقائية مثل مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل ، والسلوك النمطي ، والاهتمامات والأنشطة ، وتنتشر بنسبة ١٠ - ١٥ طفل كل عشرة آلاف ، (أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٦٢٢) . ويظهر في السنة الأولى من العمر وغالباً ما تكون هناك درجة من التخلف العقلي .

وسوف نعرض في هذا القسم ، لاضطرابات الذاتوية أو التوحدية ، واضطراب ريت ، واضطرابات التنكك أو التحلل واضطراب أسبرجر . (DSMIV, p. 55) .

١ - اضطراب الذاتوية أو التوحيد Autistic Disorder

تشير الذاتوية إلى أن الطفل يكون في نفسه ومع نفسه ، ويكاد ينعدم التواصل الاجتماعي سواء باللفة أو باللعب الخيالي أو الرمزي ، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم، مع تكرارهم الدائم لسلوك واحد أو عدة سلوكيات نمطية . وما زالت الأسباب العضوية لهذه الحالات غير معروفة .

معايير التشخيص طبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع DSMIV

أ - كل العظاهر الستة الدائبة أو أكثر من المعيار ١ ، ٢ ، ٣ مع اثنتين على الأقل من المعيار (١) وواحد على الأقل من كل من ٢ ، ٣ .

١ - اختلال واضح في التفاعل الاجتماعي والذي يتبدى في اثنين على الأقل من الآتي :

أ - اختلال واضح في استخدام السلوك غير اللفظي مثل النظر من العين إلى العين ، التعبير الوجهي ، الإشارات اليدوية وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعي .

- ب - الفشل في عمل علاقة بالأقران طبقاً لمستوياتهم العمرية والعقلية .
- ج - قصور في البحث التلقائي للمشاركة والاستماع والاهتمامات والإنجاز مع الآخرين .
- د - قصور في التبادل أو التواصل الاجتماعي أو الانفعالي .
- ٢ - اختلافات كيفية في التواصل كما يبدو في واحد على الأقل مما يأتي :
- أ - تأخر أو قصور في نمو القدرة على الكلام (غير مصحوبة بأى محاولة لتعويض ذلك ببدائل للتواصل مثل الإشارات أو الإيماءات) .
- ب - مع الحالات التي لديها قدرة على الكلام : وجود خلل في القدرة على المبادأة أو الاستمرار في الحوار مع الآخرين .
- ج - الاستخدام النمطي المتكرر للغة الذاتية الفطرية البهائم .
- د - قصور في التغير ، وعدم القدرة على اللعب الخيالي أو المحاكاة الاجتماعية بما يتناسب مع المستوى النمائي .
- ٣ - وجود سلوك نمطي تكراري مفيد في الأنشطة والإهتمامات ، كما تبدو في واحدة على الأقل مما يلي :
- أ - الإنشغال الخائض بسلوك نمطي تكراري شاذ .
- ب - عدم المرونة والرتابة في الإنشغال بقضايا روتينية .
- ج - التكرار الجامد لحركات محددة مثل حركة اليد أو الإصبع أو حركة نمطية في الجسم كله .
- د - الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .
- ب - تأخر أو خلل وظيفي في المجالات الثلاثة التالية من العام للثالث من العمر :
- ١ - التفاعل الاجتماعي
- ٢ - التواصل اللفظي
- ٣ - اللعب الرمزي أو الخيالي . (DSMIV, p. 70-71)
- وبالإضافة إلى ما سبق فإن أطفال هذه الحالة كثيراً ما يظهرون نطفاً من المشكلات الأخرى غير السمعية مثل القزح والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان ، ولبذاء النفس خاصة إذا كانت هناك حالة من التخلف

المعقلى للشديد ، وأغلب هذه الحالات يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الإبتكار فى شغل أوقات فراغهم .

وتتبدل مظاهر الذاتوية عندما ينمو الطفل ، ولكن تظل العيوب نفسها مستمرة حتى أثناء الرشد على شكل نمط من المشكلات الخاصة بالانكيف الاجتماعى ، والتواصل الاجتماعى والإهتمامات . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٦٢٥) .

تاريخ اكتشاف الاضطراب :

يعود اكتشاف اضطراب الذاتوية أو التوحد إلى الطبيب النفسى هنرى مودسلى Henry Maudsley 1967 الذى ركز اهتمامه على هؤلاء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عقلية شديدة تتضمن اضطرابات وتشوه فى المعطيات الارتقائبة، حيث اعتبرها ذهان طفولة . وفى عام ١٩٤٣ قام ليو كارنر من خلال بحثه للشهير ، الاختلالات الذاتوية فى التراسل الوجداني ، -Autistic Dis- turbances of Affective Contact بتحديد مصطلح الأوتيزم اللفظى كزملة أعراض اضطراب يحدث فى الطفولة المبكرة ، حيث وصف هؤلاء الأطفال الذين يعانون من الوحدة الأوتيزمية مع التأخر فى استخدام اللغة وغرابتها فى السلوك اللفظى التكرارى المقيد والحركات اللفظية ومحدودية الأنشطة التلقائية وقصور فى التواصل غير اللفظى من خلال العين والإشارة وما إلى ذلك ، ولقد أشار كارنر إلى أن مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما كانوا يشخصون على أنهم من فئة التخلف المعقلى أو الفصام . وقيل عام ١٩٨٠ كان كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب ارتقائى منتشر يشخصون على أنهم فصاميون بينما أصبح لكل من الاضطراب الأوتيزمى والفصام تشخيصاً منفصلاً على الرغم من أنه فى بعض الحالات يعد الأوتيزم من الأسباب المرضية لاضطراب الفصام .

مدى الإنتشار :

يحدث الاضطراب الذاتوى لكل ٢ إلى ٣ حالات من كل ١٠,٠٠٠ طفل تحت سن ١٢ وفى كل الأحوال يحدث الأوتيزم قبل عمر ٣ سنوات .

وتشير الدراسات إلى أن هذا الاضطراب يثبى بين الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعى المرتفع ، وينتشر أكثر لدى المصوبة عنه لدى البنات ، لكن للبنات المصابات بالأوتيزم تميل إلى الجانب الوجداني مع وجود تاريخ أسرى للقصور

العقلي عند الصبيان .

أسباب الاضطراب وعلمته :

يعود اضطراب التلقوية أو التوحيد إلى العديد من العوامل وخاصة العوامل
السيكودينامية الأسرية حيث تؤثر التجربات الطارئة على الأسرة مثل الانتقال أو
الهجرة أو ميلاد طفل آخر أو الإهمال إلى تطور الاضطراب التوحدي . كما توجد
أسباب عضوية وعصبية ، وأيضاً أسباب وراثية ، ونقص الجهاز العنقاعي لتجنين نتيجة
لإصابة الأم ، حيث تلعب الأجسام المضادة التي يكتسبها الجنين دوراً في إحداث حالة
الأوتيزم ، وقد يصاب الطفل بالأوتيزم نتيجة للإهمال الأسري في الرعاية والإصابة
بالأنيميا وسوء التغذية . (Kaplan & Sadock, 1998)

علاج حالات الاضطراب الذاتوي :

تتركز الأهداف العلاجية الأولى على التقبل الاجتماعي وتنمية التواصل
الاجتماعي للمساعدة في ارتقاء التواصل اللفظي وغير اللفظي . ويؤكد دنلاب
وبيرس 1999 Dunlap & Pierce أنه يمكن إلى حد كبير تحسين مستوى التفاعلات
الاجتماعية ومدتها لدى مثل هؤلاء الأطفال من خلال الإهتمام بتنمية مهاراتهم
الاجتماعية حيث يتضمن ذلك تنمية المهارات للتوظيفية ذات الأهمية في سياق الحياة
اليومية ، وذلك من خلال استراتيجيات لتنمية قدراتهم على التواصل وفهم اللغة
وحدود التفاعلات الاجتماعية في المواقف المنزلية والمدروسة والجمعية المعقدة .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٢ : ص ٢٦٨)

وعلى المستوى المحلي أجريت دراسات عديدة لفحص مدى فعالية البرنامج
التأهيلي التدريبي لتنمية مهارات التواصل والأنشطة الاجتماعية وخفض السلوك
العنواني وتنمية للمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتوحدين وكانت هناك نتائج
مرضية لهذه البرامج .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٢)

وعلى الرغم من عدم وجود علاج دوائي محدد للأوتيزم إلا أن الأطباء أحياناً
ما يصفون بعض الأدوية التي تتعامل مع الأعراض الجانبية للأوتيزم مثل السلوك
العدواني وإيذاء الذات وفرط النشاط والتقلب المزاجي والتلعثم والإنسحاب ، ومن أمثلة
هذا الدواء مركب الهالوبيريدول Haloperidol (Hadol) وأيضاً مركب الكلومبيرمين

(Clomipramine) المسمى بالأفترانيل Anafranil .

٢ - اضطراب ريت Rett's Disorder :

اضطراب ريت اضطراب ارتقائي يصيب الطفل بعد طور من النمو السوي، واكتشفه الطبيب الأسترالي اندرياس ريت . ويصيب الفتيات الصغيرات بعد طور من النمو السوي لمدة سنة أشهر وغير معروفة السبب ، حيث يبدأ بظهور جزئي أو كلي للمهارات اليدوية المكتسبة والكلام مع انخفاض معدل النمو وخاصة اللغة مع ظهور حركات معينة نمطية تكرارية جامدة تلتف ليد فيها إحداها حول الأخرى ، مع وضع للذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو التثقب وعدم المصغ الجيد للطعام مع زيادة للتنفس والغث في التحكم في الإخراج وميوعة زائدة في اللعاب مع عدم التفاعل الاجتماعي ، وغالباً ما تحدث نوبات صرعية صغيرة لدى معظم الحالات ، وعلى عكس الاضطراب فلناتوي أو التوحدي يعتبر إنماء النفس والإنشغالات الحركية النمطية المركبة ظواهر نادرة الحدوث .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ص ٦٢٦ - ٦٢٧)

معايير تشخيص اضطراب ريت وفقاً لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع :

أ - كل ما يأتي :

- ١ - نمو سوي واضح قبل ظهور الحالة .
- ٢ - نمو حركي سوي خلال الشهر الخامس بعد الولادة .
- ٣ - استدارة طبيعية للرأس أثناء الولادة .

ب - حدوث ما يأتي بعد فترة من النمو السوي :

- ١ - انخفاض في معدل نمو الرأس من الشهر الخامس حتى الشهر الثامن والأربعين .
- ٢ - فقدان حركة اليدين المكتسبة من ٥ - ٣٠ شهر مع ظهور الحركات النمطية لليدين .
- ٣ - فقدان الارتباط الاجتماعي في بداية الإصابة .
- ٤ - ظهور عدم تناسق حركي في المشي أو الترنج أثناء المشي .
- ٥ - فصول وتدهور واضح في ارتقاء اللغة التعبيرية أو الإستقبالية مع

تأخر نفسي حركي شديدين.

علاج اضطراب ريت :

يتم التدخل العلاجي لتخفيف أعراض الاضطراب ، ومن المهم للتركيز على العلاج الرياضي (للتربية البدنية) مع التدخل الدوائي لعلاج نوبات الصرع ، مع العلاج السلوكي للسيطرة على سلوك إيذاء الذات إن وجد مع التدريب على انتظام التنفس .

٣ - اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder :

تدل مؤشرات هذا الاضطراب على حدوث تكوص في العديد من الوظائف بعد مرور عامين على الأقل من النمو الموي ، ويعرف هذا الاضطراب أيضاً تحت اسم زملة اضطراب هيلر Heller's syndrome والذهان التحللي Disintegrative psy- chosis .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - نمو موي لعامين على الأقل بعد الميلاد مناسب لمعايير الارتقاء للتواصل اللفظي وغير اللفظي والعلاقات الاجتماعية واللعب والسلوك التكيفي .

ب - مؤشرات إكلينيكية على فقد المهارات المكتسبة قبل سن العاشرة في اثنين على الأقل في المجالات التالية :

١ - اللغة التعبيرية أو الاستقبالية .

٢ - المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .

٣ - التحكم في العتانة والأسماء .

٤ - اللعب .

٥ - المهارات الحركية .

ج - اضطراب في القدرة الوظيفية لائتين على الأقل في المجالات الآتية :

١ - قصور تكيفي في التفاعل الاجتماعي (مثل : تعطل في التواصل غير اللفظي ، الفشل في الارتباط بالرفاق ، قصور في التفاهم الاجتماعي والانفعالي) .

٢ - قصور تكيفي في التواصل (مثل : تأخر أو قصور في الكلام ، الفشل

في إقامة أو الاستمرار في حوار أو محادثة ، الاستخدام النمطي المتكرر المقيد للغة ، الفشل في ممارسة اللعب الخيالي) .

٣ - سلوك نمطي مقيد وتكراري في الإهتمامات والأنشطة الحركية .

د - ألا يعود هذا الاضطراب إلى اضطراب ثاني منتشر آخر أو نقصان .

العلاج :

نظراً لكون المظاهر الإكلينيكية لهذا الاضطراب تتشابه مع مظاهر اضطراب الأوتيزم أو التوحيدة فإنه يمكن استخدام التقنيات التأهيلية والعلاجية السابق تكرها لدى مثل هؤلاء .

٤ - اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder :

وهو من الاضطرابات التي تشير مؤشراتها الإكلينيكية إلى قصور شديد مستمر في التفاعل الاجتماعي وظهور سلوك نمطي تكراري مقيد في الأنشطة والاهتمامات .

وعلى خلاف الأوتيزم (الذاتوية) لا يوجد في هذا الاضطراب دليل على تأخر النمو اللغوي أو المعرفي أو المهارات النفسية .

ولقد اكتشفه الطبيب النمساوي هانس أسبرجر Hans Asperger عام

١٩٤٤ .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - تعطل كيمي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنتين على الأقل مما يأتي :

١ - تعطل في استخدام السلوك غير اللفظي المتعدد مثل النظر إلى العين وتعبيرات الوجه ، والإشارات البدنية ، وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعي .

٢ - الفشل في عمل علاقة بالأقران طبقاً لمستوى نموه .

٣ - الفشل في القدرة التلقائية للبحث عن المشاركة في الأمور الشيقة والاستمتاع والاهتمامات أو الحضور ، أو يكون موضع اهتمام الآخرين .

٤ - الفشل في التفاهم الاجتماعي والانفعالي .

ب - ظهور أنماط من السلوك التكراري المقيد في الأنشطة والإهتمامات كما يبدو في واحدة على الأقل مما يأتي :

١ - الإهتمام غير العادي باهتمام واحد أو أكثر بشكل نمطي تكراري مقيد .

٢ - لجمود الواضح في الإلتزام بأفعال روتينية ناهية أو عديمة الجدوى .

٣ - تكرار حركي نمطي لليد أو الأصابع أو للتواء حركي لكل للجسم .

٤ - الإهتمام المركز على أجزاء من الموضوعات .

ج - بسبب الاضطراب دلالات إكلينيكية في قصور الوظائف الاجتماعية والعمل والهيادين ذات الصلة .

د - لا يوجد دليل إكلينيكي على التأخر اللغوي .

هـ - لا يوجد دليل على التأخر في الوظائف المعرفية أو المهارات النفسية أو السلوك التكيفي .

و - لا تعود هذه المعايير إلى اضطراب نمائي منتشر محدود أو الغصام .

العلاج :

يمكن استخدام بعض البرامج التأهيلية المستعملة مع الأطفال التوحديين ، ويمكنهم مواصلة الدراسة ولديهم مهارات لغوية مع وعى بالنفس ، ولذا يمكن أن يشاركوا بفاعلية في برامج العلاج النفسي .

اضطراب المهارات الحركية

Motor skills Disorder

اضطراب التناسق الحركي الإرتقائي

Developmental Coordination Disorder

تشير المؤشرات الإكلينيكية لهذا الاضطراب إلى وجود خلل دال في ارتفاع التناسق الحركي يحدث في غياب أي خلل عصبي أو تخلف عقلي عام ، ولكنه قد يكون مصحوباً باضطراب لبعض المظاهر غير الحركية مثل اضطراب النطق ، والتعبير اللغوي ، واضطراب اللغة التعبيري والإستقبالي .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - قصور في الأنشطة التي تتطلب تناسق حركي دون مستوى التأخر الحركي المتناسب للمسنوى العمري والعقلي ، وهذا يبدو في تأخر الأنشطة الحركية (مثل : المشي والزحف والجلوس) وإسقاط الأشياء وقصور في الأداء الرياضي وفي استعمال اليد في الكتابة .

ب - ويؤدي الخلل السابق إلى مشكلات في التحصيل للدراسي والأنشطة اليومية .

ج - لا ينبغي أن تكون الحالة بسبب حالة طبية عامة مثل (الشلل الدماغى Cerebral palsy والشلل للتصلب Hiiplegia وتحلل العضلات) ولا تقابل معايير تشخيص الاضطراب اللغائي المنتشر .

د - وإذا وجد التخلف العقلي تكون الصعوبات الحركية مرتبطة به وتزيد في أنواع التخلف العقلي التي تكون مصحوبة بهذه الحالة .

العلاج :

تشمل الأساليب العلاجية برامج للتدريب الإدراكي الحركي واستخدام التريية البدنية الرياضية للتمرين على الإنزان الحركي مع تمارين الاسترخاء ، وبنظراً لأن الاضطراب قد تصاحبه اضطرابات في التعلم والتواصل فإنه من المفيد أخذ هذه الاضطرابات في الاعتبار ببرنامج تأهيلي شامل لتأهيل المصنطربين وتحسين مستويات المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل .

ويصلح أسلوب مارييا مونتيسوري Montessori Technique مع أطفال ما قبل المدرسة حيث يركز هذا الأسلوب على الإرتقاء بمهارات الحركة مع الأخذ في الإعتبار أن كل التعاريف ضرورية وليس هناك تعريف مفصل عن الآخر . مع مراعاة اختيار برامج مناسبة للتعامل مع المشكلات العساجية للاضطراب مثل المشكلات الانفعالية واضطرابات التواصل .

(Kaplan & Sadock, 1998)

الفصل الرابع

اضطرابات نشأت الانتباه والسلوك التخريبي

اضطراب التحدي والمعارضة

اضطرابات القوائم

اضطرابات التغذية والأكل

المقدمة الفصل الرابع

اضطرابات تشتت الإنتباه والسلوك التخريبي

Attention - Deficit and Disruptive Behavior Disorders

أولاً - اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة أو النشاط ADHD

Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder

كثيراً ما يشكو الآباء والمعلمون من حالات بعينها يحدث لها نوع من تشتت الإنتباه وعدم التركيز في العملية التعليمية مع زيادة مفرطة في الحركة وعدم الاستقرار .

المؤشرات التشخيصية :

إن الملمح الأساسي لإضطراب تشتت الإنتباه مع فرط الحركة هو نمط دائم من التشتت أو الاندفاعية الحركية المتكررة الحثوث بشدة أكثر من المعداد لدى الأقران الآخرين وفقاً لمستوى النمو ، ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن السابعة على أن تكون الأعراض ملازمة للبيت والمدرسة أو العمل إن وجد ، وتسبب هذه الأعراض اضطراب التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية والعمل .

مدى إنتشار الاضطراب :

يشيع انتشار هذا الاضطراب ما بين ٢ إلى ٢٠ ٪ لدى أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية ونقل النسبة في بريطانيا بواحد في المائة عن أمريكا ويتزايد حدوث الاضطراب لدى الصبية أكثر من البنات بنسبة ٣ - ١ إلى أكثر من ٥ - ١ . وترتفع التقديرات عادة في المستويات الاقتصادية - الاجتماعية الدنيا ، كما يلعب الدور الوراثي في زيادة هذه النسبة ، إن وجد ، ما يقرب من ٢ ٪ إلى ٣ ٪ من المساببن بهذا الاضطراب إذا كان لدى أحد الأبوين أو الأشقاء تاريخاً مرضياً بهذا الاضطراب .

أسباب الاضطراب :

تتعدد أسباب هذا الاضطراب . من الأسباب المعنوية والعصبية والتمائية والنفسية الاجتماعية .

الأسباب الوراثية :

قفي الدراسات الوراثية والجينية وجد أن نسبة كبيرة كما ورد سابقاً من الأطفال المضطربين بتشقت الإنتباه وفرط الحركة كان لأرهم تاريخاً مرضياً سابقاً ، كما وجد أن الآباء الذين لديهم مشكلات مع الإدمان والكحولية والسلوك المضاد للمجتمع كان معدلات إصابة أبنائهم أعلى بهذا الاضطراب عن الآخرين .

الأسباب الإرتقالية :

لوحظ أن الأطفال من مواليد شهر سبتمبر أكثر في الإصابة بفرط الحركة وتشقت الإنتباه . وقد تعود هذه الحالة لإصابة الأطفال بأمراض الشتاء في بواكير عمرهم ، وقد تسبب حوادث التلف الدماغى أثناء الحمل وأثناء فترات النمو الأولى نتيجة للتسمم واضطراب التمثيل الغذائى . والإصابات بالحمى والأمراض المعدية والقرنوض والحوادث .

الأسباب العصبية :

تتعرض بعض التخريبات أن سلوك الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب يعانى من خلل وظيفى في الناقلات العصبية Neurotransmitters ، وخاصة الناقل العصبى للدورينفرن Norepinephrine ومنشطاته من الدوبامين Dopamine وخاصة في الدماغ الأوسط وساق المخ .

العوامل النفسية الاجتماعية :

لوحظ أن أطفال المؤسسات يعانون من حركة مفرطة وقصور في تركيز الإنتباه ، وتعود هذه الملاحظات إلى الحرمان العاطفى الطويل ، وتزول هذه الأعراض بعد زوال الحرمان العاطفى ، كما تؤدي الضغوط الشديدة ، واضطراب المناخ الأمري والتعلق إلى نهية الإصابة بهذا الاضطراب ، كما تسهم الظروف الاجتماعية والنظم الأكاديمية والإسراف في تعلم النظام والحياة الروتينية المملة إلى الإصابة بهذا الاضطراب .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV

أ - إما (١) أو (٢):

(١) ست أو أكثر من أعراض عدم الإنتباه Inattention تستمر لسته أشهر على الأقل بدرجة غير سوية أو غير متسقة مع مستوى النمو .

عدم الإنتباه :

أ - الفشل في العناية بالتفاصيل والإهتمام بالأخطاء في الميدان الدراسي والعمل والأنشطة الأخرى .

ب - الفشل في تركيز الإنتباه ومواصلة نشاط معين في المهام أو الألعاب .
ج - لا ينصت باهتمام .

د - عدم القدرة على متابعة أو إكمال الأشياء التي يبدأها مثل الواجب المدرسي والمهام الأخرى في العمل مع الفشل في إتباع التعليمات .

هـ - الفشل في تنظيم المهام والأنشطة .

و - تجنب الأعمال والمهام التي تحتاج لتركيز وجهد عقلي .

ز - دائماً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام مثل أدوات اللعب ، والأقلام والكتب والأدوات المدرسية .

ح - غالباً ما يصاب بالذهول أو الخيل حيال المشيرات الغريبة أو غير المعتادة .
ط - غالباً ما ينسى المهام اليومية .

(٢) ست أو أكثر من أعراض الامتنعاب الحركية التالية تستمر لعدة سة أشهر بدرجة غير سوية أو متسقة مع مستوى للنمو .

فرط النشاط :

أ - دائم الجري والتعلق بصورة زائدة .

ب - غالباً ما يترك مقعده في للفصل وفي الأماكن التي تتطلب الجلوس .

ج - يجد صعوبة في اللعب أو الاندماج والاستمتاع بالهدوء .

د - دائماً على عجلة من أمره وكأنه مدفوع بمحرك .

هـ - كثير الكلام والثرثرة .

و - دائم التعامل وتحريك اليدين والساقين وعدم الاستقرار في جلسته على المقعد .

الإندفاعية :

- ز - غالباً ما يتدفق في الإجابة قبل إكمال السؤال .
- ح - لا يطبق الإنتظار في دور معين أو مطابور معين .
- ط - غالباً ما يترك الآخرين ويقدم نفسه على المحادثات والألعاب .
- ب - حدوث بعض أعراض فرط النشاط والاندفاعية وتشتت الإنتباه قبل سن السابعة .
- ج - نسبة الأعراض خلق في النشاط المدرسى أو العمل أو المنزل .
- د - تعطل واضح في الوظائف الاجتماعية والدراسية والعمل .
- هـ - لا تكون هذه الأعراض حادثة لثناء الاضطراب الدماغي المنتشر أو انفصام أو اضطراب ذهاني آخر أو اضطرابات أخرى مثل اضطراب المزاج والقلق والإشفاق أو اضطراب الشخصية .

العلاج :

غالباً ما يستخدم للعلاج الدوائي وخاصة المنشطات للعصبية ومضادات الاكتئاب ، ويمكن استخدام مضادات الذهان لدى بعض الحالات ، وذلك لتحسين مستوى الانتباه والوصول إلى معدلات مقبولة في التحصيل الدراسي الذي يعود بمردود إيجابي على تقدير الذات .

ولكن العلاج الدوائي لا يكفي وهذه لتحسين حالات تشتت الانتباه وفرط النشاط ، ولذا يتبغى للتدخل بالعلاج الفردي وبرامج تعديل السلوك والإرشاد الأسرى ، وبرنامج انتمج الناجحة حيث يمكن مساعدة الطفل على تنظيم عالمه وتنظيم الأثناء المعتاد للنشطة والاستقرار ، مع أهمية تقبل الوالدين لاختلاف سلوك طفلهم عن غيرهم ، مما يتطلب منهم مساعدة المعالجين والمدرسة في وضع برنامج علاجي تأهيلي مناسب .

كما يفيد العلاج الجمعي في رفع مستوى المهارات الاجتماعية وتقدير الذات وإدراك قيمة النجاح وتطور مهارات اللعب الجماعي وتدريبهم من خلال الجماعة على تعلم الإنتظار والتنظيم وتركيز الإنتباه .

ثانياً : الاضطرابات التخريبية Disruptive Behavior Disorders

تمثل اضطرابات السلوك التخريبية أحد الاضطرابات التي يشيع حدوثها في الطفولة والتي تتمثل في اضطراب المسك أو الجناح واضطراب التحدي والمعارضة للجريئة.

أولاً - اضطرابات المسك أو التصرف (الجناح) Conduct Disorder

يوصف الجناح لدى الأحداث أو الأطفال تحت سن التكليف القانوني (١٨ سنة) الذين يخرجون على القانون والقواعد ولتقاليد بمسالك عدوانية وتخريبية ، وعدم مراعاة حقوق الآخرين إلا أن اضطراب المسك غالباً ما يشخص قبل سن ١٣ أما بعدها يكون في إطار السلوك المعضاد للمجتمع . ويقع هذا الاضطراب في أربع مجموعات أساسية هي :

- ١ - السلوك العدواني الذي يسبب أذى أو تهديد للآخرين والحيوانات .
- ٢ - والسلوك غير العدواني الذي يسبب فقدان أو خسارة .
- ٣ - وسلوك الاحتيال والخديعة أو السرقة .
- ٤ - والخروج المتعمد على القوانين والقواعد المرعية .

وينبغي أن تكون ثلاثة من هذه العظاهر دائمة الحدوث قبل سنة من التشخيص مع ظهور سلوك واحد على الأقل قبل سنة لشهر مع التأكيد على ضرورة أن تكون سبباً في إحداث خلل في العلاقات الاجتماعية والمجال الطبيعي والعمل .

مدى الانتشار :

يحدث هذا الاضطراب أثناء الطفول والمراهقة بنسبة تقديرية ٦ - ١٦ ٪ لدى الذكور ، ٢ - ٩ ٪ لدى الإناث تحت ١٨ سنة . وينتشر أكثر لدى الذكور ولدى أبناء مصطربي الشخصية المعضادة للمجتمع والمدمنين ويرتبط بالمستوى الإقتصادي الاجتماعي المنخفض .

أسباب الاضطراب :

لا يوجد عامل واحد يسبب اضطراب المسك ولكن تسهم العديد من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في ظهور وتطور هذا الاضطراب .

العوامل الوالدية :

إن للقسوة والعقوبة المصحوبة بعدوان لفظي وبندى شديد من جانب الأبوين يؤدي إلى حدوث وتطور السلوك العدائي غير التكيفي لدى الأطفال ، وتشوش الحياة الأسرية في المنزل غالباً ما يصاحبها سلوك مضطرب وجناح لدى الأطفال . ويشكل للطلاق عامل خطورة في حدوث جناح الأطفال واستمرار الشجار والذراع بين الأبوين المطلقين يؤدي إلى تزايد احتمال حدوث الجناح والسلوك غير التكيفي ، فضلاً عن وجود مشاكل من قبيل الأمراض النفسية لدى الأبوين والإساءة للطفل والحرمان والسيكوباتية والإيمان ، وخاصة إيمان الكوكابين الذي يؤدي إلى نقل عدوى الإبنز (مرض نفس للمناعة المكتسب) حيث يؤدي إلى إهمال الأبناء والإساءة إليهم وتهيئة المناخ لظهور السلوك التخريبي والجناح .

وتشير الدلالات الإكلينيكية إلى أن مثل هؤلاء الأطفال يسلكون لا شعورياً برغبة الآباء من سلوك منحرف وجناح ، فقلة الجناح تأتي من أبوين غير مسئولين ، يكتسبون أبنائهم مسالك منحرفة وشاذة ، فضلاً عن قصور في الرعاية التي تجعل لغة الطفل وسلوكه بندياً بمعنى تكون شخصية الطفل باحثة عن الثقة مرهونة بالترجيحية ولا تضع الآخر في الحسبان فهي تسعى فقط لإشباع حاجاتها المتننية بصرف النظر عن التقدير والقوانين والعادات والأعراف الاجتماعية . وهذا يكون نتيجة لقصور حاد في البنية الأخلاقية التي تنظم السلوك .

العوامل الاجتماعية الثقافية :

يشكل الحرمان الاقتصادي الاجتماعي عامل خطورة لإحداث هذا الاضطراب، فبطالة الآباء وفقدان شبكة الدعم الاجتماعي وعدم وجود أدوات اجتماعية إيجابية تسهم إلى حد كبير في ظهور هذا الاضطراب ، وجنوح الأطفال وانسراطهم في المسالك التخريبية وتعاطى المخدرات في سن مبكرة .

العوامل النفسية :

تؤدي الإساءة للطفل وإهماله وتعديفه وحرمانه من جانب الأبوين إلى ظهور نوبات الغضب والتخريب والإلحاح والقتل في تطور القدرة على تحمل الإحباط التي تتطلبها العلاقات التناسجية ، ونظراً لكون النموذج الأبوي مضطرباً ودائم التغيير فإن ذلك يؤثر في تكوين الصورة المثالية للأب ويفقد في هذه الحالة إلى ما يسمى بالمغال مما يضعف لديه القدرة على التنظيم الداخلي والضمير الأخلاقي حيث لا يتلقون الرعاية التربوية الكافية لاستدخال القواعد الاجتماعية مما يجعلهم لا يراعونها

ولا يهتمون بالحياة الاجتماعية فلا يصنعون الآخرين في الاعتبار بقدر ما يهتمون بحاجاتهم الخاصة في عالم من الفوضى .

العوامل العصبية :

أثبتت بعض البحوث القوية وجود أسباب عصبية وعضوية لاضطراب المسلك أو الجذاج ، وخاصة زيادة السيروتونين في الدم مع نقص في إنزيم الدوبامين هيدروكسيلاز Dopamine B-Hydroxylase الذي يحول الدوبامين إلى نورينفرين ، تلك الاكتشافات التي أكدت تنافس الوظائف النورأدرينالية لدى مضطربي المسلك أو الجذاج .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

نمط سلوكي متكرر ومستمر للاعتناء على حقوق الآخرين والقواعد والمعايير الاجتماعية بشكل لا يتناسب مستوى العمر ، ويحدث في ثلاثة أو أكثر من المعايير الآتية ، تحدث لمدة عام سابق أو ظهور معيار واحد على الأقل لمدة ستة أشهر سابقة .

العدوان على الناس والحيوانات :

- ١ - دائم التحرش والتهديد للآخرين .
- ٢ - ينادر بالشجار البدني .
- ٣ - يستخدم آلات حادة يمكنها أن تسبب إصابات بدنية حادة . مثل السكاكين والمستنصات ، وقطع الزجاج وما إلى ذلك .
- ٤ - يتصف بالوحشية أو القسوة البدنية للمتهدمة على الآخرين .
- ٥ - يتصف بالوحشية أو القسوة البدنية للمتهدمة على الحيوانات .
- ٦ - غالباً ما يسطو على الضحايا بسرقة أدواتهم وأكياس نقودهم وما إلى ذلك .
- ٧ - يغري الآخرين للدخول في أنشطة جنسية .

تخريب الممتلكات ،

- ٨ - يميل إلى إشعال الحرائق لحدوث خسارة فادحة .
- ٩ - يميل إلى تدمير وتخريب ممتلكات الآخرين .

الجداع أو السرقة :

- ١٠ - ارتكاب بعض السرقات المنزلية أو المعاني العامة أو السيارات .
- ١١ - دائم الكذب والتضليل للخروج من المأزق .

١٢ - السرقة المتعددة والاختلاس واتهام الآخرين مثل السرقة من المحلات العامة بدون كسر أو تخريب .

الإتهام المتعمد للقواعد :

١٣ - البقاء لفترة طويلة خارج المنزل ليلاً قبل سن ١٣ .

١٤ - الهروب من المنزل .

١٥ - الهروب من المدرسة .

ب - يسبب الاضطراب خلل واضح في العلاقات الاجتماعية والحق للدراسي والعمل .

ج - لا تشخص هذه الحالات بعد سن الثامنة عشرة .

العلاج :

يجد العاملون في ميدان الصحة النفسية صعوبة في إيجاد برامج علاجية ناجحة لهذا الاضطراب ، حيث تتصاعق النتائج الواردة من العلاج النفسي ، ولذا تعول المؤسسات التأهيلية ومؤسسات رعاية الأحداث إلى اعتماد برامج متكاملة يشارك فيها الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والعنصرين في العلاج الأسري والآباء والمزبون ، وفوى المجتمع في وضع استراتيجيات علاجية تساعد في تخفيف هذه الاضطرابات .

وتحتاج هذه لفئات إلى تدخل رسمي من أجهزة الدولة المعنية لإعادة البنية الاجتماعية لأمر هؤلاء . وخاصة للمناطق العشوائية وفتح المدارس والمؤسسات التربوية وتنظيم هذه المجتمعات لتحذ من ظاهرة لجناح ، والسلوك المضاد للمجتمع ، فمشور هذه الفئة بالرعاية والإهتمام من جانب المجتمع يجعلهم أقل عدواناً . وأكثر تقبلاً للتقيم والمعايير الاجتماعية وداخلهم في منظومة العمل الاجتماعي كمواطنين فاعلين ونيسوا على الهامش أو خارج الحساب .

ويمكن استخدام العلاج النفسي الفردي الموجه لتحسين مهارات القدرة على حل المشكلات ويكون من المفيد العمل مع الحالات المبكرة قبل أن يسبب الاضطراب مزماً .

كما يمكن التدخل بالعلاج الدوائي للسيطرة على السلوك العدواني مثل عقار الهالوبيريدول (Hadol) وكذلك استخدام الليثيوم (Eskalith) لتحذ من السلوك

العدواني والوقاية . مع استخدام الأنوية التي تصافظ على الإستقرار المزاجي والانفعالي .

ولكون اضطراب الممك أو الجناح قد يصاحبه تشتت في الإلتباه وفرط النشاط واضطرابات التعلم واضطراب المزاج والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد ذات التأثير النفسي (المخدرات والمسكرات) فإنه من الضروري الأخذ في الإعتبار شمول البرنامج العلاجي وتنوعه ليغطي هذه القطاعات من الاضطرابات .

اضطراب التحدي والمعارضة الجريئة

Oppositional Defiant Disorder

وهو الاضطراب الذي يبدو فيه الطفل أكثر معارضة وتحدي ورفض وعدائية تجاه أشكال السلطة تستمر لمدة ستة أشهر ، وتتجاوز هذه المظاهر الإطار الطبيعي لسلوك طفل مماثل له في العمر ومن نفس السياق الاجتماعي والثقافي الإقتصادي .

ويشيع هذا الاضطراب لدى أطفال ما قبل المدرسة ، وفي بداية المراهقة وتنشأه الأعراض لدى الذكور والإناث ، بينما قد تتزايد حدة المعارضة والتحدي لدى الذكور ، وغالباً ما تظهر أعراض هذا الاضطراب تجاه الأبوين والأوامر الأسرية في المنزل ، ولكنها قد تنتقل إلى مواقف أخرى خارج المنزل . وتشير معدلات شوعه من ٢٪ إلى ١٦٪ .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - نمط من السلوك الرافض والعناني والمضدي أو المعارضة بجرأة تجاه السلطة والأوامر بصورة تستمر ستة أشهر على الأقل من خلال مواصلة أربعة أو أكثر من المظاهر التالية :

- ١ - غالباً ما يفقد أعصابه ويقتل مزاجه .
- ٢ - غالباً ما يعارض الكبار .
- ٣ - غالباً ما يرفض أوامر وقواعد الكبار .
- ٤ - غالباً ما يتعمد مضايقة الآخرين واستفزازهم .
- ٥ - يلوم الآخرين غالباً على ما يقوم به من أخطاء .
- ٦ - يمكن استثارته وغيظه بسهولة من جانب الآخرين .
- ٧ - غالباً ما يهضب ويمتعض .
- ٨ - نالكم للسخط والتبرير .

ب - ينبغي أن تسبب هذه المظاهر اختلالات في العلاقات الاجتماعية والتقل المدرسي والعمل .

ج - ألا تعود مظاهر الاضطراب تطور من الذهان أو اضطرابات المزاج .

والسمة المميزة لهذا الاضطراب هو غياب السلوك الخارج على القانون وعلى حقوق الآخرين ، الذي يحدث في حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتهديد التي تعيز اضطراب السلوك أو الجناح.

العلاج :

يشكل العلاج النفسي الفردي للمفعل أولى أشكال العلاج المناسب لاضطراب المعارضة والتحدى مع إرشاد الأبوين وتدريبهم المباشر على مهارات إدارة للسلوك الطفلي وتوجيهه . وتشير أساليب للعلاج السلوكي إلى أهمية تعليم الأبوين كيف يعدلون سلوكهم لعدم تشجيع الطفل على معارضتهم وتهددهم من خلال تدعيم السلوك الطبيعي وإمتفاء سلوك المعارضة والتحدى . وقد تأتي البرامج العلاجية بنتائج طيبة في تعديل سلوك الأبناء بينما يظل الآباء على أسلوبهم الخاطيء والصراع مع الابن بالعقوبة والتهر والرفض، وما إلى ذلك مما يجعل الطفل أكثر تحدياً ، ولذا ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار العلاج التكاملي لكلا الطرفين : الأسرة والمفعل .

اضطرابات التغذية والأكل في مرحلة الرضاعة

أو الطفولة المبكرة

Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood

وهي الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال الرضع والمرحلة المبكرة تتميز باستمرار لخلل عمليات التغذية والأكل ، وتشمل التوق أو الومح لأكل أشياء غير طبيعية ، Pica أو سلوك اجترار الطعام ، أو اضطراب الرضاعة . وقد يحدث التهم العصابي (الشراهة) والقهم العصابي (رفض الطعام) بعد من الرابعة .

أولاً : التوق أو الومح لأكل أشياء غير طبيعية Pica :

وهو الأكل المستمر لأشياء غير طبيعية لمدة لا تقل عن شهر ، وتختلف المواد التي يتناولها الطفل من من إلى آخر . فالأطفال الصغار يقبلون على أكل نشارة الخشب والتهان والقشر والبلاستر والخيط والقماش . بينما يأكل الأطفال الأكبر روث الحيوانات والرمال أو الطين .

وقد تصدث هذه المظاهر كأحد علامات اضطرابات التخلف العقلي أو الاضطرابات الارتقالية المنتشرة أو الغصام أو قد تحدث كحالة منفردة نتيجة لأسباب نفسية . وقد تختفي هذه الأعراض تلقائياً وفقاً لتطور النمو مثلما يحدث لدى المرأة الحامل في طور بعينه ثم يختفي .

وتعود أسباب الومح إلى الأشياء غير الطبيعية إلى العديد من الأسباب التي قد تعود إلى نقص في المكونات الغذائية في لبن الأم أو الطعام الطبيعي ، بينما يشكل الحرمان العاطفي والإهمال أحد الأسباب الأساسية لهذا الاضطراب .

العلاج :

ينبغي تحديد الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب كمرحلة أولى للعلاج ، فإذا كانت تعود إلى مواقف الحرمان والإهمال فينبغي زوال هذا السبب ، وتوجيه الأسرة إلى فنيات التعامل مع التغذية الطفلية وتخفيف الضغوط النفسية ونهضة الأجواء الأسرية المناسبة لانتظام الإيقاع النفسي البدني لدى الطفل . أما إن كانت تعود إلى نقص في بعض مكونات الدم فإنه يمكن عمل نظام غذائي طبيعي لتعويض هذا النقص .

ثانياً : اضطراب اجترار الطعام Ramination Disorder :

وهو نوع من اضطرابات الأكل يظهر فيه عملية إعادة الطعام من المعدة إلى الفم وإعادة مضغه (السلوك الإجتزاري) والذي يحدث لدى الأطفال بعد طور من الانتظام الطبيعي في عملية الأكل والهضم ، وذلك لمدة شهر على الأقل .

وغالباً ما يشعر هؤلاء الأطفال بالدوتر وعدم الاستقرار والجوع بين فترات الاجترار . وعلى الرغم من جوعهم وتناولهم كمية كبيرة من الطعام إلا أنهم غالباً ما يصابون بسوء التغذية لأن السلوك الاجتراري يأتي مباشرة بعد الأكل مما يسبب نقصان الوزن ، والفشل في تحقيق الوزن المناسب ، ويمكن حدوث الموت (حيث تشير الإحصائيات إلى أن ٢٥٪ من هؤلاء الأطفال يموتون) وتكون اضطرابات سوء التغذية أقل لدى الأطفال الأكبر والتالخين .

أسباب الاضطراب :

تعود الأسباب النفسية الاجتماعية في مقعدة أسباب هذا الاضطراب مثل نقص التعزيزات والإهمال ، ومواقف الحياة المناهضة في المحيط الأسرى ومشكلات العلاقة بين الطفل وأبويه . وقد يعود الاضطراب إلى وجود حالة من التخلف العقلي .

العلاج :

ينبغي أن يركز العلاج على استعادة الأجواء الصحية في علاقة الطفل بالأم والمسيطين واستخدام فنيات للعلاج السلوكي مثل عصر ليمونه في فم الطفل في حالة حدوث الاجترار كي يتوقف الملوحة الاجتراري بقدرة تتراوح من ٣ إلى ٥ أيام . كما يمكن جذب اهتمام الطفل إلى أمور أخرى عندما يحدث الاجترار .

ويمكن التدخل الجراحي والدوائي بعقاقير مثل الميليريل والتهادول الذي يخفض من الشهامة في تناول الطعام ، لكي لا يحدث الاجترار كنتيجة لشراهة الطفل في تناول الطعام .

ثالثاً : اضطراب التغذية في الطفولة المبكرة Feeding Disorder :

وهي حالة متنوعة المظاهر تنحصر في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتعكس بسفة أساسية على فقدان الوزن أو الهزال لمدة أكثر من شهر ، ولا تكون للحالة بسبب مشكلات صحية أو اضطرابات نفسية ، أو لأسباب نقص الغذاء أو المجاعات ، وغالباً ما يحدث قبل سن السادسة .

اضطرابات الوسواس

Tic Disorders

اللزمة Tic هي حركة فجائية غير إرادية سريعة ، ومتكررة ، وغير إيقاعية ، وتأخذ شكلاً نمطياً في السلوك والصوت ، وتبدو للسيطرة عليها صعبة ، ولكن يمكن قمعها لمدة من الوقت .

وتتضمن التوازم الحركية البسيطة : طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى فسمات الوجه . أما للتوازم الصوتية الشائعة فتتضمن : تصفية الحلق (التحنحة) للتباج ، الفحيح . أما للتوازم المركبة الشائعة فتتضمن ضرب الفرد لجسده ، القفز والوثب على قدم واحدة (الحجل) .. (أحمد عكاشه ، ١٩٩٨) .

أما للتوازم المركبة الصوتية الشائعة فتشمل تكرار كلمات أو عبارات خارجة (بذيةة) ، وتكرار كلمات خاصة بالشخص ، أو تكرار آخر مقطع من الكلمة أو الصوت (التردد أو الصدى) والتقليد لصوت وحركة شخص ما . (DSMIV, p. 100)

وتشمل هذه الاضطرابات اضطراب توريت ، والاضطراب الحركي الصوتي المزمن ، واضطراب التوازم العرضي أو العابر .

١ - اضطراب توريت Tourette's Disorder :

الأعراض الشائعة في اضطراب توريت هي الوسواس والقهور أو الإنتفاعات ، فرط النشاط ، والغابائية للذهول . وعدم الإرتياح الاجتماعي ، والخزي ، والمزاج المكتئب متكرر للحدوث . ويمكن أن تختل الوظائف الاجتماعية والدراسية والعمل نتيجة لرفض الآخرين هذه اللزيمات الحركية والصوتية ، أو الخلق من معاودة حدوث اللزمة في المواقف الاجتماعية ، ومع الحالات الشديدة من هذا الاضطراب قد تتعطل الأنشطة اليومية مثل القراءة أو الكتابة ، أو ربما إصابة العين بضرر نتيجة لزمة حركية من اليد تضرب العين ، أو إيذاء الجسم نتيجة لهذه الحركات اللاإرادية .

ويمكن أن يكون هذا الاضطراب مصاحب لاضطرابات الوسواس القهري ، تشتت الإنتباه ، وفرط النشاط واضطرابات التعلم .

وتتحدد معايير تشخيص اضطراب توريت في حدوث واحدة أو أكثر من التوازم الحركية أو الصوتية لبعض الوقت أثناء المرض ، وليس من الضروري تكرار حدوثها ، وتكون اللزمة مفاجئة وسريعة ولا إيقاعية ونمطية سواء كانت حركية أو صوتية . ويمكن أن تستمر لبعض الوقت ، وتحدث كل يوم تقريباً لمدة تزيد عن عام .

وترجع أسباب اضطراب توريت إلى عوامل جينية وراثية ، وترتبط أيضاً بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل للعصاب القهري وتشتت الانتباه وفرط الحركة . كما وجدت أسباب عصبية في مراكز الحركة في الجهاز العصبي نتيجة خلل في الموصلات العصبية .

العلاج :

يتطلب هذا الاضطراب التدخل العلاجي الدوائي الذي يقوم بصيغ الإيقاع الحركي للجهاز العصبي من خلال تنشيط أو تثبيط الموصلات العصبية، أما الحالات الخفيفة فيمكن التعامل معها من خلال العلاج النفسي أو التدخل العلاجي المساند للعلاج للدوائي لتدعيم الإستجابات الحركية السليمة ، ومراقبة الذات ، والعمل على تخفيف الضغوط الناتجة عن هذا الاضطراب ، وخاصة علاج حالات المزاج الاكتئابي والقلق الناتج عن الخوف من الرفض الاجتماعي ومشاعر الخزي من شكله أثناء حدوث التزمة . (Kaplan & Sadoek, 1998: p. 1220)

٢ - اضطراب التزمة الحركي أو الصوتي المزمن

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

وهو من الاضطرابات المزمنة التي تسدوفي المظاهر التشخيصية لاضطراب توريت ، ولكنها ليست بنفس الشدة فيما ينطق باختلال الوشائف فإنها تكون أقل ، وتستمر لفترة أطول من السنة ، وتحدث قبل من الثامنة عشرة، وغالباً ما تصيب الأطفال في الأعمار ما بين ٦-٨ سنوات ، وقد تبدأ الأعراض ما بين الرابعة والسادسة ثم تتوقف في بداية المراهقة.

التدخل العلاجي :

يفيد العلاج النفسي في تخفيف محنة العصاب بهذا الاضطراب ، حيث يتأثر أداءه للدراسي والمهني والعلاقات الاجتماعية . ولذا يمكن للعلاج النفسي أن يخفف الأعراض الجانبية الناتجة وخاصة المشكلات الانفعالية ، مع التدخل الدوائي بحذر .

٣ - اضطراب التزمة العابر Transient Tic Disorder :

وتحدث في هذه الحالة لزمة واحدة أو أكثر حركية أو صوتية ، ولكنها لا تستمر طويلاً ، لا تلبث أن تزول ، ولكن يمكنها معاودة الحدوث .

الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج
اضطرابات الفلق

اضطرابات الإخراج Elimination Disorders

تشمل اضطرابات الإخراج نوعين هما التبول اللاإرادي والتبرز اللاإرادي

أولاً - التبول اللاإرادي الذي لا يعود لأسباب طبية عضوية

Enuresis (Not Due to a general medical condition)

المظاهر التشخيصية :

بعد للمنهر الرئيسي للتبول اللاإرادي هو انسياب وعدم القدرة على التحكم في التبول أثناء النهار أو الليل في الفراش أو الملابس مما لا يتفق ومستوى نضج الطفل وعمره العقلي ، ولا يكون بسبب الفشل في التحكم في العضلات المقابضة بالمثانة نتيجة لخلل عضوي أو اضطراب عصبي أو التهابات في مجرى التبول .

وينبغي أن يتكرر التبول اللاإرادي لمرتين في الأسبوع ، وعلى الأقل ثلاث مرات في الشهر ويسبب خلل في العلاقات الاجتماعية والحياة المدرسية والعمل وما إلى ذلك.

وفي العادة لا يتم تشخيص التبول اللاإرادي إلا بعد سن الخامسة من عمر الطفل.

مدى انتشار الاضطراب :

تقل معدلات حالات للتبول اللاإرادي بتقدم العمر حيث ينتشر بنسبة ٨٢٪ في سن عامين ، ونسبة ٤٩٪ لثلاث سنوات ، ٢٦٪ لأربع سنوات ، ٧٪ لخمس سنوات . وتختلف الشكوى من للتبول اللاإرادي وفقاً لاختلاف المستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وطبقاً لأساليب التدريب على الإخراج ومدى رفض أو قبول الاضطراب .

أسباب الاضطراب :

تتعدد أسباب الاضطراب والتي تعود لأسباب فسيولوجية ، مثل صغر حجم

المثانة وقصور التحكم العصبى والذى قد يعود لأسباب وراثية حيث وجد أن نسبة كبيرة ممن يشخصون بهذا الاضطراب كانوا لأباء لا يستطيعون التحكم فى التبول.

أما الأسباب الثقافية الاجتماعية فتعود إلى أشكال الرعاية الاجتماعية المقدمة وأسلوب التدريب على الإخراج التى يمكنها أن تسبب تأخر ضبط التبول .

وقد تعود لأسباب خفى فى تنظيم إيقاعات النوم واليقظة عند الطفل حيث يحدث التبول الليلى اللاإرادى نتيجة لعدم كفاية التدفئة ، أو لتناول المطلق كمية كبيرة من السوائل تضغط على المثانة ، وعدم وجود رعاية له حين يستيقظ طالباً للتبول فيعتقد أن يتبول لا إرادياً .

أما الأسباب النفسية للمثانة فتكون النخوة بسبب ميلاد طفل جديد ، حيث تشكل النخوة دفع الطفل التكبير لتقليد الطفل للوليد فى أفعاله ليجد الإهتمام والرعاية من الأم مثلاً تفعل للطفل الصغير ، كما تحدث نتيجة لإعكاس الصراعات الوالدية ، كالتشفاق الأسمى والطلاق ووجود الطفل فى بيئة انفعالية محيطة ، أو تسبب فى أسلوب الرعاية أو الفسوة فى الأوامر الوالدية ، مما يجعلها أحد ميكانيزمات الرفض اللاشعورى لما يرغبه الآباء ومحاوله لإزعاجهم كرد فعل لا شعورى على شعوره بالرفض والإزعاج ، ومع الأخذ فى الاعتبار أن هذا السلوك قد يكون مرتبطاً بانتقال الأسرة من مقر إلى مقر آخر أو بداية دخول الطفل إلى المدرسة .

المشكلات النفسية المرتبطة بالتبول اللاإرادى :

يسبب التبول اللاإرادى العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية ، أولها الشعور بالخزى نتيجة الفعل الذى يجعله يفتنى من الأنتظار ويخفى فعلته فى الوقت الذى تعجز فيه حينئذ عن تجنب اللوم والعقاب من جانب الأبوين والأقران ، وهذا انعكس على تقديره لذاته حيث يشعر بالدونية وينخفض مستوى طموحه ، ويأثر مستواه الدراسى وعلاقاته الاجتماعية وقد يصاب بالقلق الاكتئابى ، مما يدفعه إلى السلوك التجنبى أو الإنسحابى من الأنشطة الاجتماعية ، وقد يقاوم الذهاب إلى المدرسة إن كانت تحدث له أثناء النهار ، فضلاً عن شعوره بالعزلة إن ما قامت الأسرة بعزله عن فرائه وترتيب أماكن أقل من مستوى أقرانه بسبب بله للقرائى .

علاج حالات التبول اللاإرادى :

لوقاية من تفاقم مشكلة التبول اللاإرادى ينبغى تجنب القهر والعقاب الزائد والتهديد والعزل والتعامل على أساس فهم صراعات الطفل ، ومساعدته على التعبير

عن انفعالاته وحاجاته الخاصة، والوعي بطبيعة السلوك الطفلي في حال ميلاد طفل جديد وسلوكه الأقران الذي يخالطهم الطفل وأوساطهم للتعايشية الاجتماعية والإقتصادية.

ويعد العلاج السلوكي والتحليل النفسي للأطفال والتدخل الدوائي من العلاجات الفعالة للتعلم على التبول اللاإرادي.

العلاج السلوكي :

وتستخدم فيه فنيات التشريط الكلاسيكي لتكوين فعل منعكس شرطى من خلال سرير مجهز لهذا الغرض ، حيث يتم توصيل جرس ورنان بالفراش عند المنطقة البولية، فإذا بدأ الطفل في التبول تتصل الدائرة الكهربائية آلياً فيضرب الجرس فينبهه الطفل ، ويستيقظ ، ومع الوقت يتعلم الطفل الاستيقاظ عند الشعور بامتلاء المثانة .

وتوجد برامج سلوكية مبتكرة للتحكم في التبول اللاإرادي نهائياً وأبلاً . ولسوف نذكر هنا نموذجاً تدريجياً لأورده عبد المتار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ، ورضوى إبراهيم في مؤلفهم للتراث ، للعلاج السلوكي للطفل والمراهق .

فعلى مستوى التدريب لحالات التبول النهاري : ينفذ البرنامج التالي :

١ - تصميم جدول للمكافآت يشبه للجدول التالي :

جدول المكافآت الرمزية

| الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | الأحد | السبت |
|--------|--------|----------|----------|---------|-------|-------|
| | | | | | | |

٢ - يعلق الجدول في مكان بارز .

٣ - يتم شراء بعض الهدايا البسيطة بحيث تكمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية ، وبعض النجوم اللاصقة والأشياء المحببة إلى الطفل .

٤ - يتم شرح البرنامج للطفل بعبارات بسيطة مثل : أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك ، وأن تبقى جافاً طوال اليوم ، وفي كل مرة تذهب إلى الحمام ، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول ،

وستحصل أيضاً على هدية تحب أن تحتفظ بها أو تأكلها ، وسنبداً من الآن .

٥ -- إننا ذهبنا تطلق فعلاً إلى الحمام للتبول ، يقوم المدرب بمدح هذا السلوك لفظياً بعبارة مستحسنة لدى الطفل ثم تصق له نجمة ، ونسأله عن الهدية التي يريد الحصول عليها من قائمة الهدايا المتاحة .

٦ - يتم الإعلان من جانب المدرب في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأن الطفل قد نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة . ويعاد امتداح سلوكه وتعاونه .

٧ - في الأيام التي تمر دون أن يبتل ملابس نضع نجمتين إضافيتين .

أما إننا رفض أن يذهب إلى الحمام ، فلا نرغمه ولا نسخر منه ، ولا نبدي مشاعر الغضب ، وإنما يتم تشجيعه لفظياً على الذهاب إلى الحمام مع الاستمرار في عملية التدعيم السابقة ، وإذا استمر على الرفض يمكن أن نضيف بعض الحث البدني بالترتيب الخفيف واللطيف ، ونصطحب الطفل للحمام .

وفي الأيام التي تمر دون أن يبتل ملابس نستمر في مضاعفة التدعيم بإضافة نجمتين مع امتداح السلوك في نهاية اليوم علناً أمام بقية أفراد الأسرة ، وجعله يختار الهدية المتاحة أو يطلب هدية يمكن شراؤها .

٨ - بعد ذلك يترقب تقديم الهدايا تدريجياً مع زيادة عدد النجوم لكل هدية ، مع الاستمرار في امتداح وتشجيع السلوك وفي إضافة النجوم إلى أن تتحول النجوم إلى مصدر للتدعيم الرئيسي .

وإذا حدثت انتكاسة وعاود الطفل بلك ملابس ينبغي أن يؤخذ الأمر ببساطة بدون غضب أو تأنيب ونكتفى بالتعليق للبيسط من قبل « لقد نسيت اليوم وبالك نضك ، هيا معي إلى الحمام حتى أمزك كيف تقوم بنظافة ملابسك ، ونطلب منه أن يخلع ملابسه المبللة ويضعها في المكان المعد للغسيل .

أما على مستوى التدريب لحالات التبول التلقائي اللاإرادي :

فيعرض المؤلفون البرنامج التالي : « يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ، ويحتاج لنفس المواد ، ويشرح الأم أو الأب للطفل البرنامج بعبارة بسيطة مثل ، واضح إنك الآن كبرت وابدأت تكلم وتتوضج . واعتقد أنك تريد أن نساعدك لتتحقق عن

عملية للتبول أثناء الليل . فأننا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة ، وتغيير الملابس وغسلها كل يوم ، وستستخدم لذلك برنامج مكافآت ، ولهذا نريدك أن تحتار الأشياء التي تحبها أو تحب أن تكون لديك من هذه القائمة (المدعمات والهدايا المعدة) .

والآن إذا مرت ليلة بدون أن تبال فرائك فستحصل على مكافأتك فوراً في الصباح ، وستحصل على نجمة ذهبية في الجدول الصلوق هنا .

وتم تقديم المدعم المطلوب في اليوم التالي مباشرة إذا نجح للطفل في الحفاظ على سريزه جافاً .

ويمكن رفع عدد النجوم المطلوبة لكل هدية تدريجياً إلى أن تصل لوقت يمر فيه بضعة أيام قبل أن يتمكن من صرف النجمات لشراء هدية أو التمكن من ممارسة نشاط أسبوعي أو شبه أسبوعي مع والده أو أحد من الكبار في عائلته ، كان يمارسه في السابق بشغف على أى حال .

وتم امتداد السلوك أمام أفراد الأسرة كل مرة ينجح فيها الطفل ، وإذا فشل في يوم من الأيام فلا تؤنبه أو تنقده ، بل ندعه يضع الملابس والأغطية للمبتلة في المكان المعد للغسيل . ومن المؤكد أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر ، والمهم أن يستمر تطبيق البرنامج حتى ينجح الطفل في عدم للتبول اللاإرادي أثناء الليل لعدة أسابيع (عبد الستار إبراهيم ، وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ١٧٢ - ١٧٥) .

العلاج بالتحليل النفسي :

يمكن استخدام التحليل النفسي في مثل هذه الحالات إذ يعد التبول اللاإرادي من أعراض اضطرابات عصابية نتيجة خلق في البناء النفسي للطفل كانعكاس طبيعي لأسلوب التنشئة والرعاية الأسرية الخاطئة ، فالصراعات الباطنية أو اللاشعورية قد تنفع الطفل إلى الإنهان بهذا السلوك كتعبير عن الرقص أو التواجد بالطفل الصغير المحبوب من الأم أو تحقيق مكاسب أولية أساسها الإشباع الجنسي الطفلي (الشبقية المثولية الخيالية) أو تحقيق مكاسب ثانوية كأن يمنع من الذهاب إلى المدرسة أو تكليفه بواجبات أخرى ، ولكنها في الوقت نفسه تشكل عائقاً نفسياً مريباً ، فصع نزليد الحالة يتزايد معها اضطراب العلاقات الاجتماعية ، ويصبح الطفل منطقياً محصوراً في همه الخاص حيث يغالب مشاعر الخزي المرتبطة بالسلوك ، وإذا كان الأبوين على نحو من القسوة ، فإن بناءه الخلقى يكون قاسياً ، مما قد يحرك لديه مشاعر ذنب، ومع التكامل

التنظيمي لبناء الرمزي للطفل من خلال التحليل النفسي يمكن للطفل أن يستعيد توازنه النفسي ويستعيد توازنه العضوي .

العلاج الدوائي :

يتدخل الأطباء النفسيون ببعض العلاجات المضادة للاكتئاب والتي تعمل على تنظيم الجهاز العصبي المستقل لتحقيق الصيغ الأثني للمثانة والتحكم في الإخراج البولي . (Kalpan & Sadock, 1998)

ثانياً : التبرز اللاإرادي Encopresis

وهو خروج البراز لا إرادياً بصورة متكررة ووضعه في أماكن غير مخصصة لذلك مثل الملابس أو الأرض . وتستمر الظاهرة لمرّة على الأقل في الشهر ، وتستمر على الأقل ثلاثة أشهر على أن يكون عمر الطفل أربع سنوات ، ولا تكون هذه الحالة كنتيجة لإصابات عضوية شرجية أو لأسباب طبية أخرى .

وتعود هذه الحالة للعديد من الأسباب للفسولوجية والنفسية ، فقد تعود إلى قصور التدريب الكافي على تنظيم الإخراج أو عدم الاستجابة المناسبة للتدريب مع وجود تاريخ من القشل في صيغ الإخراج .

وقد تعود إلى وجود حالة من الإمساك تتزايد فيها كمية البراز المدفوع عن قدرة العضلة القابضة لتتحمل مما تدفع الطفل لإفراغ برازه في أي مكان ، وقد تعود لأسباب أخرى مثل خوف الطفل من الذهاب إلى الحمام ، وقد تعود إلى فشل الطفل في تنظيف نفسه ، مما يجعله يلمس نفسه بالبراز ، ولا يكون مستجيباً لأن يذهب إلى الحمام كمكان طبيعي للإخراج .

وفي الغالب ما تكون الأسباب الانفعالية والتلق والخوف وسلوك العناد وراء حدوث هذه الحالات .

وقد أولى التحليل النفسي التقليدي اهتماماً خاصاً بما يسمى بالمرحلة الشرجية التي تنسم بالقبض أو الإمساك والإلقاء ، حيث ينظم التبريد أو الطاقة النفسية الباعثة على اللذة في منطقة الشرج ، تلك التي تنسم بالعناد والتلق الإضطهادي والخوف الغامض من الإعتداء عليه من الخلف كأساس لاضطراب البارانويا .

ويشيع هذا الاضطراب بكثرة لدى الذكور بنسبة (١,٥٪) عنه لدى الإناث بنسبة (٠,٥٪) في الأعمار من ٧ - ٨ سنوات ونسبة ١,٣٪ لدى الذكور ، ٠,٣٪ لدى الإناث في الأعمار ١٠ - ١٢ سنة ، كما توجد علاقة ارتباطية دالة بين التبول

اللاإرادي والتبؤز اللاإرادي.

العلاج :

يمكن استخدام فنيات العلاج السلوكي المتبعة مع حالات التبول اللاإرادي ، ولكن بصورة مكلفة خاصة إذا كان الطفل يعاني من الحالتين . مع الأخذ في الإعتبار علاج التبعات المرتبطة بهذا الاضطراب مثل مشاعر الغزى والغضب والتلق وسلوكه التجنب والدونية ، ويمكن للتدخل العلاجي بتغيير أسلوب الأسرة في السيطرة على أحداث حياتهم اليومية ، وإدارة حاجات الأطفال بشكل منظم ، حيث يشعر الطفل بالسيطرة ، وتنظيم الإخراج ، إذا تمكن من السيطرة على أحداث الحياة .

ومع تطور الأساليب العلاجية أمكن استخدام أسلوب التغذية المرتدة أو البيوفيدباك من خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والعسلة الشرجية للقبضنة ، حيث يمكن لهذا الأسلوب التدريبي مع التدريب على الإسترخاء أن يحقق نتائج طيبة في سيطرة القدرات المعرفية على الاضطرابات الفسيولوجية . وفي أحيان كثيرة تكون هذه الحالة مجرد عرض لاضطراب نفسي أو لصراع نفسي قد يزول بزوال أسبابه النفسية ، وفي ذلك يمكن تدخل العلاج بالتحليل النفسي للأطفال للمساعدة على التعبير اللقائي عن الانفعالات والمشاعر بدلاً من التعبير الراض عن طريق اللخل في ضبط الإخراج .

إضطرابات القلق Anxiety Disorders

القلق في ذاته من لوازم الوجود النفسي ، ويزايد القلق والتوتر مع نقصان القدرة المعرفية لتفسير المثيرات والأحداث الغامضة ، أو قصور القدرة المعرفية في السيطرة على الأجهزة العصبية العضوية ، وتشكل حالة الطفل النفسية خنيط من حالات القلق ، فمذ الميلاد تشكل السدنة ، صدمة الإنتقال من العالم البيولوجي للتناغم مع جسد الأم ألياً إلى حالة الانفصال الأول عن هذه الحالة التي تمثل قمة السعادة ، حيث يخيب فيها القلق تماماً ، وتتعد مستويات القلق وفقاً لتعدد المثيرات التي تؤدي إلى هذا القلق ، فمع ميلاد الطفل هناك توقراً عصبياً نتيجة للجوع والحاجات البيولوجية للتغذية والإخراج والتدفئة ، وما إلى ذلك ، ويتراوح إشباع الطفل بين حضور وغياب الأم ، بين استمرار تدفق اللبن ونقصانه ، وكلها حالات تسبب القلق الأولى ، ثم ما تلبث أن تنمو احساسات الطفل التي تسبق قدراته العقلية ، فينمو وجدانه قبل معارفه ، وتتدخل المثيرات الحسية إلى كيانه العقلي ، ولكنه ما يزال عاجزاً عن للتعبير اللغوي ، فيلجأ إلى البكاء والصراخ والتعلم ، أو زيادة الحركة ، ثم تأتي اللغة

كمصدر للأمان والخوف معاً ، ومعها تتزايد إمكانية حدوث حالات القلق كلما نفعه نموه إلى التنازل عن لذة بيولوجية نرجسية إلى لذة معنوية إجتماعية .

ولهذا فإن حساسية العلاقات الأسرية بالطفل من شأنها أن تسبب حالات من القلق تخرج عن تلقق المستوى لتصل إلى مستويات القلق العصائبي الذي يشكل خلافاً في الديناميات النفسية لعلاقة الطفل بذاته وعلاقته بالآخرين ، ومن أشكال اضطرابات القلق حالات قلق الانفصال ، والقلق الاجتماعي ، والمخاوف المرضية ، وكلها تدخل في إطار الاضطرابات الانفعالية ، فضلاً عن إمكانية ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية ، والأعراض الهستيرية كملازمات لحالة القلق .

أولاً : قلق الانفصال : Separation Disorder

تشير حالات قلق الانفصال إلى تزايد معدلات القلق إلى الحد المرضي . إذا حدث أن ابتعد للطفل عن منزله أو انفصل عن الأشخاص الذين يتعلق بهم ، حيث يبدو عليه مظاهر الإنسحاب الاجتماعي والتباعد والحزن وصعوبة في التركيز سواء في الواجبات المنزلية أو المدرسية واللعب . ومليقاً لمستوى عمر الطفل يمكن للطفل أن يعاني من الخوف من الحيوانات ، والأشياء ، وللظلام ، والنماسيح ، والسفر بالطائرة ، والسموم ، والاختطاف وكل للمواقف التي تستدعي الشعور بالخطر ، كما يشيع في هذه الحالة التفكير في أو الخوف من الموت ، وقد يرفض الذهاب إلى المدرسة نتيجة شعوره بالقلق ، مما يؤدي إلى صعوبة تعلمه ، وتدهور مستواه الدراسي نتيجة قصور القدرة على التركيز ، وقد تتزايد حالات الغضب لدى الأطفال نتيجة شعورهم بالخوف ، وإذا كان الطفل وحيداً يصاب بنشوش في الإدراك ، فقد يرى أن شخص ينسأل إلى حجرته ، ويتسأل إليه الرعب من أن عيون تحرق أو تحلق ناظرة إليه ، وفي هذه الحالة يكون الطفل كثير المطالب والإلحاح ، مما يؤدي إلى إزعاج الأهل وتزايد مستويات الإحباط . وقد يشكو الطفل من مشاكل بدنية مع مزاج مكتئب ، ويمكن أن تتطور الحالة لتصل إلى اضطراب الذعر والخوف من الأماكن المفتوحة .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - قلق زائد عن الحد غير مناسب لمستوى للنمو ، يأتي نتيجة الانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الطفل يظهر في ثلاث أو أكثر
معاً يلي :

- ١ - الشعور الزائد بالحنطة عندما يفصل عن المنزل أو شخص يتعلق به.
 - ٢ - الإنزعاج المستمر من الضياع أو الترهان ، والخوف من أن يسبب أهله أو المتعلقين به أذى أو مصيبة.
 - ٣ - الإنزعاج الشديد والمستمر من وقوع مصائب تسبب له غياب أو انفصال عن يرتبط ويتعلق بهم (فقدانه أو اختطافه) .
 - ٤ - مقاومة أو رفض الذهاب إلى المدرسة أو أي مكان خشية الضياع أو الانفصال.
 - ٥ - مخوف للذئم والمستمر من أن يكون وحيداً بدون للشخص الذي يحبه أو يتعلق به.
 - ٦ - مقاومة أو رفض الذهاب إلى النوم بدون أن يكون بجواره الشخص الذي يتعلق به ومقاومة النوم خارج المنزل .
 - ٧ - معاناة من كوابيس الليل المنطقية بأخايبيل الانفصال.
 - ٨ - التلكوى المتكررة من أعراض بدنية مثل الصسحاع ، والمغص المعدي، ولادوخة ، والقيء عندما يتعد عن الأشخاص الذين يتعلق بهم .
- ب - ينبغي أن تستمر الحالة لمدة أربع أسابيع على الأقل حتى يتكامل التشخيص.
- ج - أن تحدث هذه المظاهر قبل سن الثامنة عشرة .
- د - بسبب الاضطراب تعطل وأضح في العلاقات الاجتماعية والأناء الدراسي أو الميادين ذات الصلة واللعب .
- هـ - لا تكون هذه الأعراض حادثة كنتيجة لاضطراب نمائي منتشر ، أو الفسقام أو أي اضطراب ذهاني آخر ، أو في طور البلوغ حيث يكون الاضطراب نتيجة لتويات الذعر مع الخوف من الأماكن الواسعة . وقد يحدث الاضطراب قبل سن السادسة في طور ميكر.

مدى انتشار قلق الانفصال :

يشيع انتشار قلق الانفصال لدى الأطفال الصغار عنه لدى المراهقين ، وخاصة في السن ما قبل المدرسة ، ولكنه يشيع بصفة أكثر في الأعمار بين السابعة إلى الثامنة، ويقدر بنسبة ٣ إلى ٤٪ بين تلاميذ المدارس.

الأسباب :

١ - العوامل البيوسيكوسوشيال (العضوية - النفسية الاجتماعية)

Biopsychosocial

نتيجة لعدم نضج الأطفال فإنهم يعتمدون بصفة أساسية وغالبية على الأم ، فالطفل الذي تبدو لديه مظاهر التعلق شديدة بالأم ، وتقوم الأم بتدعيم هذه الحالة ، فاحتمال إصابته بقلق الانفصال أكبر ، فالحماية الزائدة وزيادة تعلق الأم بالطفل وعدم تركه للتفاعل مع أشخاص آخرين أو أقران ، قد تؤدي إلى تطور أعراض التعلق لديه ، ويحدث له قلق الانفصال نتيجة للقلق الزائد الذي تنديه الأم حيال ترك طفلها بعيداً .

كما يؤدي الوسط الثقافي الاجتماعي إلى حدوث هذه الحالات إذا كانت الأسرة تعيش في عزلة ، كما تضر أحداث الحرب والصنوف التي يعايشها سكان المدن الكبرى على عزل الطفل وعدم مشاركته في الأنشطة الاجتماعية خارج إطار الأسرة ، مما يسبب له قلق الانفصال ، كما قد تسبب الأقدار حدوث هذه الحالة بموت الشخص الذي يتعلق به الطفل ، أو نتيجة للتغير في السكن والوسط مثل حالات الهجرة التي يضطر فيها الأهل للعيش في عزلة ، وتزايد هذه الحالة إذا ما كان لدى الطفل مشاكل فسيولوجية مثل الكف العصبي ، مما يجعله أكثر عرضة لقلق الانفصال .

٢ - عوامل القلق المتعلم Learned Anxiety

يمكن أن يكتسب للطفل قلق الخوف نتيجة لوجود أبوين يعانون من الخوف ، فيكون النموذج الذي يتلقاه الطفل ويتعلمه هو الخوف ، ويقول بعض الآباء على تعظيم أبناءهم القلق والحرص الزائد لحماية أنفسهم من المخاطر ، وعلى نحو آخر فإن زيادة الغضب من الطفل الذي يخاف من الحيوانات مثلاً وتعويضه بشدة على عدم الخوف فإنه يدفع الطفل إلى الخوف بصورة أكبر .

٣ - عوامل سيكودينامية :

لا يشكل القلق في حد ذاته إثباتية إكلينيكية وفقاً للتوجهات التحليلية المعرفية ، وإنما يشكل القلق حالة ملازمة لكل الأبلية الإكلينيكية الأخرى وفقاً لمستوى الصراع النفسي المعاش ، وتعود اضطرابات القلق إلى سيطرة النظام الخيالي الذي تبقى فيه عناصر مترسبة من الواقع النفسي الطفلي الأولى الذي تسيطر عليه أخابيل التمزق والنشطر البدني ، ومع دخول الطفل إلى العالم الخيالي ، حيث يعمل العقل من خلال المشيربات الصورية المتحركة من خلال النظر أو التصور العقلي للمثيرات الأخرى .

كالألم وما إلى ذلك من احساسات سمعية ولمسية ، فإن صور الخوف في الخارج تنتقل إلى الداخل ، حيث يكون العالم الخيالي لتطل مليء بكل أشكال الرعب والتفسيخ والخوف نظراً لعدم قدرته على السيطرة على المثيرات الخارجية ، وفشله الرمزي أو للعقل في تفسير مثيرات الخوف ، فلحين الشريرة الناظرة إليه ، غير عين الأم للحنونة من شأنها أن تستدعي حالات القلق والخوف ، ومع قصور التطور الطبيعي للعقل للانتقال من عالم الصورة والأشباح والأوهام إلى عالم اللغة والتفسير للمنطق وانتظام الحياة حول الكلام ، يكون القلق والخوف هما المسيطران على المسرح السلوكي للطفل ، حيث تعجز الصورة الأبوية المستدخلة عن تحقيق الأمان الرمزي ، وتكسب الطفل هويته ، فويخل تائهاً في دروب خياله الفرجسي الذي لا يعرف سوى الفتنة أو الغواية للصورة المرآوية ووجه الأم ، ويصبح تعلقه بهذه الصور هو المسبب لظمأنته ، حتى إذا ابتعد عن هذه الصور لا يرى في النماذج الرمزية الأخرى سوى صور معادية مخيفة ، ومجرد الابتعاد أو التخلي عن موضوعاته الطفلية بطارده القلق والتهديد ، وتبدو هذه الصورة أكثر عنفاً في المراحل المتقدمة من الطفولة ، وفي بداية الرشد ، حيث تطارد الفرد نوبات من الذعر مجهولة المصدر تكونه قد تاه في دروب الخيال وقفل في تحسس دربه وسط الوجود الاجتماعي مع الآخرين . ويصبح الخوف أبعد من موضوعاته حيث يأخذ الخوف أبعاداً رمزية أخرى لا وجود لها في العالم الواقعي ، وقد تصل للحالات إلى الهلوس والهواجس .

ثانياً : قلق الخوف (الرهاب أو الغوبيا) Phobic Anxiety

ويدعى أن تفرق بين الخوف الطبيعي كميكانيزم نفسي بيولوجي لتجنب الأذى مثل الخوف من الحيوانات المفترسة ، والحشرات العنصرة ، والأماكن المهجورة ، والثار ، والمتفجرات ، وكل الموضوعات التي يتعلم الإنسان أن يخشأها ويتجنبها سواء بصورة آلية أو بصورة مكتسبة .

بينما يكون الخوف للمرضى خوفاً من موضوعات لا تثير الخوف أصلاً لدى معظم الناس ، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة ، والأماكن المغلقة والمغلقة ، والسحاب والمطر ، والرياح ، وما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف ، حيث يكون الخوف هنا خوفاً رمزياً ، حيث أشار فرويد في عام ١٩٠٩ في تحفته لحالة هانز الصغير الذي كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب فضلاً عن خوفه من أن ينجرح الحصان في صورة تناقض بين مشاعر الحب والكراهية ، فبدلاً من أن يخاف من الأب ، أصبح يخاف من الحصان عن طريق إزاحة الخوف من موضوع إنساني إلى موضوع رمزي بديل حتى ينجح من إزاحة الخوف من السبب إلى موضوع

خارجي ، مما يجعله يتجنب هذا الموضوع ، فالصور الأبوية القاسية أو الأب الذي يواصل حرمانه للطفل ومنعه عن التعبير عن رغباته بصورة تلقائية دون أن يعلم كيف ينظم رغباته ويصنه بالعالم السوي ، إنما يترك الطفل فريسة لآليات العدوان الخيالي تجاه الأب في وقت لا يستطيع الطفل فيه أن يعبر لفظياً أو بنفياً عن هذا العدوان ، وإنما يتغلبه خيالياً ، فيعيشه على مستوى الصورة ، ويسقطه على الواقع ، ويستخدم ميكانيزم الإزاحة أو التعبيرات المكتاتية عن الصورة المخيفة للأب بصورة مخيفة لموضوعات رمزية .

ولهذا تكون القويبا مجرد مناورات دفاعية للتغلب على موقف ذي حاجات أو رغبات متعارضة . (رأفت عسكر ، ١٩٩٠)

وتنظم معظم المخاوف المرضية حول الخوف من الأماكن الواسعة ، فاستيعاب الوجود والإدراك للكوني للعالم المحيط بتطور معرفياً بتطور القدرات المعرفية الإدراكية وأنظمة الدعم واكتساب الخبرات المعرفية المنظمة حول الظلام والصحراء والأرض والسماء والأفلاك ، وما إلى ذلك ، كل هذه الخبرات كان لها تفسيراً طفيفاً بدأباً قديماً ، فالطفل يصنع تفسيرات خيالية من أوهامه وصوره العقلية الخاصة لهذه الموضوعات ، وتصيح رموزها مرتبطة ببنية خيالية مريحة ومطمئنة أو شديدة وباعثة على القلق والخوف ، ومن هنا ينبغي للتركيز على أن مخاوف الطفل من موضوعات أصلية أو موضوعات رمزية تشكل مرحلة نمائية انعكاسية تطورية ، وإن ما اضطرب الوسط المعرفي الذي يتم فيه الطفل فإن الموضوعات الخيالية هي التي يمكنها أن تسبغر على الأنظمة النفسية ، وتظل باعثة للخوف ، وتقل موضوعات للقلق والتوتر غير المبرر .

ثالثاً : قلق التجنب الإجتماعي :

يرتبط قلق التجنب الاجتماعي بقلق الانفصال والمخاوف المرضية ، فالتجنب هو الميكانيزم الرئيسي الذي يشكل العلامة التشخيصية على وجود حالة من القلق أو الخوف ، وفيها يتجنب الطفل الارتباط بالأقران أو الذهاب إلى المدرسة أو النادي ، أو أية أماكن تسبب له القلق خارج البيت ، وهو ما يمكن أن نسميه تعميم التجنب ، فأفاق الرعب والعالم الخيالي السلالي الموروث والمعاش على مستوى الخبرة الطفلية ، يجعل للطفل نائها مرعوباً حين يخرج من إطاره إلى عالم لا يستطيع استيعابه ، وأفاق رغبته الداخلية ، فيدافع بالتجنب عن الوجود في مثل هذه الأماكن لكونه يتوقع أن تهاجمه نوبة من الذعر لا يستطيع التحكم فيها ، أو لا يجد من يسانده ، فيدافع

بالإغلاق الكامل للمسارات الحسية والإدراكية ، حيث يصاحب فيها الطفل بنوبة من الإغماء تسبقها تغيرات فيولوجية شديدة في رفع درجة الاستعداد للجهاز السمبثاوي مثل تصيب العرق ، وضيق حنقة العين ، وارتفاع معدلات النبض أو سرعة دقات القلب ، وزيادة التنفس ، والفرغية في التبول ، وما إلى ذلك من أعراض انفعالية ناتجة عن حالة القلق ، وهذه الحالة تشكل سبباً أساسياً للألم النفسي للشديد الذي لا يستطيع أن يعيد فيها الطفل توازنه فتجعله رهن لمدرجات القلق والقوف الاجتماعي سواء على مستوى الأشخاص أو الأماكن .

علاج القلق :

نظراً لكون حالات القلق تعد من المشكلات الانفعالية نتيجية لتعلم خاطيء أو لفسور في التنظيم المعرفي للسيطرة على موضوعات الخوف والقلق يكون وراءها عوامل وراثية وبيئية ، فإنه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار حالة الطفل والأبوين والوسط المعاش وموضوع القلق نفسه سواء كان مدرسة أو نادي أو أى مكان آخر ، وتؤدى العلاجات السلوكية مثل التحصين التدريجي ، والتكف بالتقيص ، والتشريط الإجرائي إلى نتائج طبية مع الطلق مع أهمية الإرشاد الأسرى وتدخل الأبوين في التدريب على البرامج المقدمة مع تعديل الوسط المضيف ، وتهيئة الأجواء لتطوير قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته من خلال تمارين الاسترخاء وتنظيم الوقت ، وتنمية المهارات الاجتماعية بحيث يصبح لدى الطفل قدرة معرفية نامية سيطر من خلالها على المواقف المثيرة للقلق بدلاً من تجنبها ومعايشها على المستوى الخيالي .

وينظر التحليل النفسي للقلق كجزء من اضطراب نفسي أعمق تكون مظاهر الاضطراب البانبة هي تلك الأعراض ، وإذا نظرنا إلى برامج التحليل للنفسى فى التعامل مع الأطفال لا تختلف كثيراً عن التيارات المعرفية ، حيث يركز التحليل النفسى على تفتيط المشاعر لإعادة بناء الخيرة على أساس رمزى أو معرفى يمكن من خلالها للطفل أن يسيطر على حفزاته الداخلية المستهجنة التى ترتبط بعالمه الخيالى المضيف الذى يسقطه على الواقع ، وعندما تتكشف حقيقة الاضطراب يصبح موضوع الخوف موضوعاً للأمان وغير مخيف .

وفى إطار التدخلات الدوائية يميل الأطباء النفسيون إلى استخدام جرعات خفيفة من مضادات القلق ، ومضادات الاكتئاب للسيطرة على حالة التوتر والأعراض للشديدة للقلق ، إلا أن العلاج النفسى الفردي والجمعي يكون أكثر فعالية وأماناً ، حيث تسبب هذه الأدوية الاعتماد للنفسى الذى قد يسبب مشكلة أعقد ، ولا يتغلب على المشكلة الأساسية للقلق .

الفصل السادس

الاضطرابات المزاجية

اضطرابات الأداء الإجتماعي

اضطراب الحركة النمطي

الفصام عند الأطفال

اضطرابات التوهم

الإدمان

الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

Mood Disorders

تتعدد أشكال اضطرابات المزاج عند الطفل ، مثل نوبات كبرى من الاكتئاب ، والاضطراب الدوري المتزاحج بين الاكتئاب والفرح ، والاضطراب الثنائي لكتئاب - هوس ، والقريقة أو عصر المزاج .

والاكتئاب في معظم أحواله هو خفض في الطاقة ونقص في الهمة والمعويات ، وتعمكس الأعراض العامة للاكتئاب في اضطراب النوم بين تزايد فترات النوم أو الأرق ، والاضطراب الشهوية بين تزايد الإقبال على الطعام أو رفضه ، واضطرابات الحركة والتأخر النفسى الحركى ، وهبوط الهمة ، مع نوبات من الحزن والبكاء والغم وعدم الإستقرار ، ونقصان القدرة على التركيز ، وتشويه وتشويش الإدراك والإنسحاب من الحياة وزيادة الكوابيس ، والتفكير فى الموت أو الإنتحار .

(عبد الله عسكر ، ١٩٩٨) .

ومن الصعب تشخيص هذه الأعراض فى الطفولة المبكرة ، إنما يتزايد الاكتئاب بتزايد العمر ، فقد نلص بعض أعراض اضطرابات المزاج فى السن المدرسى ويتزايد فى المراهقة حيث تتضح معالم تشخيصه .

أسباب اضطرابات المزاج :

العوامل الوراثية : تشير البحوث إلى وجود نسبة كبيرة بين الأطفال المصابين باضطرابات المزاج الذين لهم تاريخ عائلى للإصابة بهذه الاضطرابات وخاصة لنوبات الاكتئابية الشديدة .

العوامل البيولوجية : تشير البحوث إلى وجود اختلالات فى الموصلات العصبية لدى المصابين باضطرابات المزاج نتيجة لاضطرابات هرمونية ، وخاصة الهرمونات الحافزة على الحركة والنشاط وانسحاب الإيقاع المزاجى .

العوامل النفسية الاجتماعية : تتعدد العوامل النفسية الاجتماعية المسببة للاضطرابات المزاجية عند الأطفال فتواتر للحرمان بحيل الطفل بعيداً عن المرح والسعادة ، مما يصنع مزاجه بصيغة اكتئابية ، وقد الموضوعات السلبية للطفل أو أحد الوالدين من شأنه أن يسبب حالات غامضة من الحنن والحرز يمكنها أن تتطور للوصول إلى الاكتئاب ، كما أن المزاج الأسرى السائد يؤثر في طبيعة الأمزجة الطفلية ، فالمزاج المكتئب الحزين داخل الأسرة لفترات طويلة يمكنها أن تجعل من السواد حالة تصيب مزاج الأطفال ، فضلاً عن تعلم الطفل الانسحاب والعجز ، وعدم منحه الفرصة للعب والتعبير الانفعالي والتواصل الاجتماعي بالأقران . كلها عوامل معجلة بالاكتئاب الذي يلزم الوجود البشرى طبقاً لنسلة التفتد والتنازلات التي يمر بها الكائن البشرى منذ ميلاده والتي تحتاج إلى مددعات إيجابية ، ومساندة معرفية للتغلب على الإدراك المشي للعجز للطفلى واستعمار هذه العجز في تطوير البنية النفسية القادرة على التمسك بالحرمان .

المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات المزاج :

أولاً : نوبات اكتئابية كبرى :

نظراً لكون الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم . فإن أعراض الاكتئاب تنجدي في الشكوى البدنية ، والهبياج النفسى الحركى ، وهلاوس مرتبطة بالمزاج ، وفقدان الاستمتاع باللذة . وتزايد المظاهر الاكتئابية بالتقدم نحو البلوغ وخاصة التأخر النفسى الحركى (هبوط اللهجة) واليأس والتشاؤم والحزن والغرف من النفس (سلوك اتهام الذات أو كراهيتها) . حيث يمكن أن نلتقى بمعايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية الكبرى لدى المراهقين والراشدين حيث تظهر أعراض المزاج المكتئب الحزين ، وفقدان الاستمتاع باللذة ونقصان الوزن ، والأرق أو اضطراب النوم، والشعور بالذنب ونقصان القدرة على التركيز ، وتكرار التفكير فى الموت ، ولا بد أن تسبب مثل هذه الأعراض اضطرابات في الوظائف الاجتماعية والدراسية ، وميادين الأنشطة التي تتطلب الدافعية والنشاط.

والمهم أنه يجب مراعاة فروق التشخيص طبقاً للعمر ، وعلى الأخصائى الإكلينيكى أن يسأل لطفل مباشرة عن أحواله المزاجية ، عما إن كان حزينا أو مكتئبا أو قرفان ، أو أنه غير سعيد . فضلاً عن متابعة المؤشرات الاكتئابية على الوظائف الأخرى مثل قصور التركيز الذهنى وبطء للتفكير وللإمبالاة والتكبد وغياب الدافعية والتعب لأقل مجهود ، والرغبة الزائدة فى النوم ، وكل هذه المظاهر تشير إلى معاناة

الطفل من حالة اكتئابية ، مما يجعلنا ننق في عمليات التشخيص لأن مثل هذه الأعراض يمكن تفسيرها على أنها أعراض اضطرابات أخرى وخاصة في المراهقة ، إذا كان المراهق ممن يتعاملون المخدرات أو المواد المرترزة في الأعصاب والتي من شأنها أن تسبب الأعراض الاكتئابية الشبيهة بالنوبات الاكتئابية الكبرى . كما يؤخذ في الاعتبار أنه ينبغي أن نشخص هذه الأعراض بعد شهرين على الأقل من فقدان عزيز لتجنب أن يكون الاكتئاب رد فعل على الفقد .

ثانياً : القريقة أو عسر المزاج Dysthymic Disorder :

وهي حالات من عدم الاستقرار المزاجي المصبوغة بالمزاج المكتئب معظم اليوم وعدة أيام نستمر على الأقل لمدة سنة ، وتبدو مظاهره في نقصان تقدير الذات والتشاؤم أو اليأس ، وفقدان الاهتمامات والانسحاب الاجتماعي والتعب والإجهاد المزمن والشعور بالذنب والسأم والغضب الشديد ، وعدم الاستقرار ، ونقصان في الدافعية والإنتاجية ، وقصور في التركيز والذكر . ويمكن أن تكون هذه الأعراض بقايا نوبات اكتئابية كبرى ، مما قد تكون هذه الأعراض لاحقة لهذه النوبات ، أو قد تكون مقسمة للإصابة بنوبات اكتئابية كبرى . إلا أنه ينبغي مراعاة ما إذا كانت هذه الأعراض ناتجة عن أزمات أو كرب اجتماعية حدثت لمدة ثلاثة أشهر ، فقد تسبب هذه الكروب أعراض القريقة أو عدم الاستقرار المزاجي ، ولكنها لا تستمر لمدة عام فقد نزول الأعراض بزوال هذه الكروب .

ثالثاً : الاضطراب ثنائي القطب الأول Bipolar I Disorder :

وهذا النوع من الاضطرابات ثنائية القطب التي يتناوب فيها الهوس مع الاكتئاب ، والاضطراب الثنائي الأول يظهر ملامحه الأساسية في معاودة نوبة أو أكثر من الهوس مع نوبات اكتئابية كبرى ، ونوبات مسخطة هوسية اكتئابية مرتبطة بحالات تعاطي المنشطات .

والهم أن هذا النوع من الاضطراب الثنائي يبدأ بحدوث نوبة هوس يتبعها نوبة من الاكتئاب . أما النوع الثاني من الاضطراب الثنائي فتبدأ بالنوبات الاكتئابية ثم يتلوها نوبات من المرح الخفيف (DSMIV, PP. 350-367) .

والهم أن الاضطراب الدوري من النوع الأول نادر الحدوث لدى الأطفال ، ويمكن تشخيصه على نحو ما لدى المراهقين ، ويمكن ملاحظة نوبات كلاسيكية من الهوس لدى الأطفال الذين يولدون لآباء لهم تاريخ من اضطراب الهوس الاكتئابي ، حيث تبدو عليهم مظاهر للتغير الشديد في المزاج مع السلوك العدواني ، وتزايد مستوى

الذهول أو التذلل ، مع قصور في الانتباه . وقد تشابه هذه الأعراض مع حالات اضطراب قصور الانتباه ، وفرط النشاط ، ولكنه في الحالة الثانية تزيد الأعراض وتستمر لفترات أطول .

وعلى كل حال عندما تظهر أعراض الهوس في المراهقة ، فإنها شائبة ما تكون مصحوبة بمظاهر ذهانية ، مع الهلوس والهواجس والشعور بالعظمة حول القوة والجنارة والشعرة والأسرة والعلاقات الاجتماعية .

رابعاً : الفقد والحزن Bereavement & Grief :

الفقد حالة من الحنن ترتبط بموت الموضوع المحبوب أو فقدانه ، والتي يعاني فيها الفقد توبت اكتئابية مثل الشعور بالحزن ، والأرق ، وفقد الشهية للطعام الذي قد يؤدي إلى الهزال ، وتبدو على الأطفال مشاعر الحزن والانسحاب من الأنشطة التي كانوا يحبون المشاركة فيها .

وتعكس حالة الفقد دينامياً على الطفل ، كونه يرى أن فقد موضوعات الحب يشكل عقوبة نفسية لأنه مذنب ، ولهذا فإنه قد حرم من حبيبه نتيجة لأنه مبيء وغير جدير بالحب ، وتبدو عليهم مشاعر اتهام الذات من خلال رفض الطعام ، ورفض الاستمتاع ، وأحياناً ضرب الرأس بالحائط . وتختلف إدراكات الطفل للموت وفقاً لمستواه العمري ، فإنه يدرك أن غياب الموضوع قد طال وأن الجنائز التي تقام والسواد والحزن الذي يعم يشكل عقوبة غامضة لا يستطيع تفسيرها ، ولكنها تترك جرحاً نفسياً عميقاً لدى الطفل ، وخاصة في الفقدان المفاجيء ، أما الفقدان بالمرض المزمن فإنه غالباً ما يكون وسيلة لتدريب الطفل على تقبل الفقد أو الموت ، مما يجعل الأعراض أقل حدة وأقصر وقتاً .

العلاج :

في حالة شدة الأعراض الاكتئابية أو التوبت الهوسية ينصح بأن يتم العلاج داخل المستشفى خاصة إذا كانت هناك أفكار حول الانتحار أو إيذاء الذات .

ويستخدم العلاج النفسي على مدى واسع مع اكتئاب الأطفال ، ويؤدي استخدام العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الداعمي والعلاج الأسري نتائج تصل إلى ٧٠٪ من الشفاء .

ونظراً لكون الاكتئاب من الأمراض المعدية بالتوحد فإن الإرشاد الأسري يكون

هاماً ، ونوجبه نظر الأبوين إلى معرفة طبيعة الاضطرابات المزاجية ومشاركتهم في تفعيل البرامج العلاجية، كما ينبغي الأخذ في الإعتبار أن الأعراض المصاحبة للاكتئاب وخاصة قسور التركيز والانسحاب الاجتماعي تظل لفترة طويلة بعد علاج الاكتئاب . فإنه من الواجب أن تراعى البرامج العلاجية التدريب المعرفى على التركيز والتذكر وتنمية المهارت الاجتماعية.

وتوجد خطط علاجية كثيرة نورد منها ما يلى :

- ١ - التدريب على تعديل الأوضاع البنيوية ، وحث المريض على إظهار الاهتمام والرغبة فى تبادل الحوار والتعبيرات الوجهية والهدنية الملائمة .
- ٢ - التدريب على التواصل البصرى والنظر المتبادل مع الذين يتحدثون إليه .
- ٣ - التدريب على التواصل اللفظى ونطق الكلام بصوت مسموع وواضح الثبرات والإسهاب فى الحوار .
- ٤ - التدريب على مهارات التواصل الانفعالية ، بالتجاوب الانفعالى والتفهم والتعبير عن المشاعر بصورة مناسبة .

أهمية لتدريب على التفاعل الاجتماعى من خلال اللعب وخلق موضوعات خارجية ينشغل بها الطفل بدلاً من الانشغال بالذات وحالات الأسى والحزن .

وفى الحالات الشديدة يمكن التدخل الدوائى بمضادات الاكتئاب كخط دفاع أولى ضد الاكتئاب وخاصة مثبطات السيروتونين ، مع مركبات الليثيوم التى تعطى نتائج مفيدة مع حالات الاكتئاب المصحوب بنوبات هوسية والسلوك العدوانى والجناح .

الانتحار Suicide

لعل مشكلة الانتحار لا تجد مكانها بين اضطرابات الطفولة ، وهى تكاد تكون معدومة الوجود لدى الصغار بينما يرتفع معدلها لدى المراهقين ، وترتبط أفكار الانتحار والتهديد به أو محاولة الانتحار بالاضطرابات الاكتئابية لدى المراهقين .

بينما يشيع حدوث أفكار الموت والانتحار لدى كل الأعمار ، لكن لا يستطيع الأطفال القيام به ، بل تبدو مظاهره فى تمنى الموت ، لكنه لا يقدم على الانتحار الفعلى ، بينما تتزايد معدلات إقبال المراهقين على محاولات الانتحار ، ويكون حدوث الانتحار كنتيجة لعوامل عديدة مثل الإصابة بالاضطرابات النفسية ذات العلاقة مثل الاكتئاب والسلوك الاندفاعى ، وتعاطى المخدرات ، والانحرافات

الجنسية، وهناك العرض ، أو الإساءة الجنسية والاعتصاب لدى اللقيطات ، ويغيب في محاولات الانتحار أية رغبة في البقاء ، تكون الفكرة الانتحارية فكرة انتفاعية تأتي على خاطر ويتم تنفيذها إذا استوفت شروطها بمعنى وجود المفتاح في مكان مرتفع ، وتوفر وسيلة الهلاك أو الموت ، انفلاق أبواب الأمل والإقبال العقلي أمام حلول بديلة ، وغياب الآخر المساند للخروج من المأزق ، أو تعاطي مخدرات من شأنها أن تنشط السلوك الانتفاعي لتكمير الذات .

وعلى أي حالة ينبغي أخذ أمور التهديد بالانتحار أو محاولات الانتحار مأخذ الجد من جانب المحيطين ، حتى يتم التدخل السريع والرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية الملائمة ، لتكون التهديد بالانتحار أو ظهور الأفكار المتعلقة بالانتحار أو محاولات الانتحار قد تفضى في أغلب الحالات إلى الانتحار الفعلي .

اضطرابات الأداء الاجتماعي في الطفولة أو المراهقة
Disorders of Social Functioning
with Onset Specific to childhood or adolescence

تشبع اضطرابات الأداء الاجتماعي لدى بعض الأطفال من قبيل الصمت عن الكلام في مواقف معينة ، واضطرابات التعلق

أولاً : الصمت الانتقائي Selective Mutism :

وتبدو مظاهر هذا الاضطراب في امتناع الطفل عن الكلام أو توقفه عن الإجابة عن أسئلة أو رفض الحوار في مواقف معينة على الرغم من أنه يكون قادر على الكلام، ويتحدث في مناسبات أو مواقف أو مع أشخاص آخرين .

وتعود هذه الحالة إلى معاناة الطفل من الخوف الاجتماعي ، والحماية الزائدة ، وقد تحدث للطفل كنتيجة لخبرات صدمية شديدة تكف الطفل عن الحديث عنها . كما يمكن أن تعود إلى اضطراب العلاقات الأسرية ، خاصة في حالات الشقاق الأسري ، حيث يتعلم الطفل ألا يرد على أسئلة أبوه نتيجة لتوجيه الأم له بذلك واعتماده الشديد عليها ، أو الإساءة للطفل في مواقف اجتماعية تسبب له الحرج ، وكلها تعود إلى بنية لا شعورية تنفصل فيها القدرة الكلامية لتجنب الإحراج .

العلاج :

يتم التدخل العلاجي للتعامل مع الأسباب الرئيسية للصمت الانتقائي وتشير البحوث إلى فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي للتقليل والخوف الاجتماعي والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والوصول بالطفل إلى مستوى مقبول من التواصل الاجتماعي والتعامل مع المشاكل الانفعالية كالخزي والذنب اللذان قد يرتبطان بالمواقف أو أشخاص معينين .

ثانياً : اضطراب التعلق انتقاعلي Reactive Attachment Disorder :

وهو من اضطرابات الأداء الاجتماعي والنمائي لدى الأطفال يعود إلى عدم تلقي الطفل للرعاية السليمة أو تلقيه لأساليب رعاية مضطربة في السنوات المبكرة من عمره قبل سن الخامسة ، ويسبب خللاً في علاقات الطفل وفي تطوره وازدهاره على الرغم من سلامته العظيمة والعنصرية، حيث تبدو عليهم علامات قصور في الحركة أو النشاط Hypokinesia ، والكسل dullness والتفوت Listless والتبدل مع غياب التفاعلية

في الأنشطة اليومية ، وتبدو عليهم علامات الحزن ، والتأيس والرعب والذهول ، وعلامات سوء التغذية . وأحياناً ما يبرز البطن ، وفي بعض الأوقات تكون رائحته كريهة ، وفي الحالات الشديدة تبدو صورة الهزال الشديد . حيث ينقص وزنهم عن المعتاد بنسبة ٢٠٪ مع قصور في العضلات وبرودة الجلد .

وعلى المستوى الاجتماعي تبدو استجاباتهم الاجتماعية تجاه الآخرين بطيئة ولا يلتفتون للمثيرات الاجتماعية ، ويلتصقون بأمهاتهم ، ولا تبدو عليهم أي مظاهر للاحتجاج أو الغيظ الطبيعي من الرعاية المقدمة إليه ، أما الأطفال الأكبر سناً من ٢ - ٣ سنوات يبدوون اهتماماً قليلاً بالبيئة المحيطة بهم ، ولكنهم لا يقبلون على اللعب بالألعاب حتى مع التشجيع ، ولكنهم سريعاً ما ينصرفون إلى الالتصاق بالقائم بالرعاية .

وقد تغيّب لدى هؤلاء الأطفال القدرة على إقامة علاقات اجتماعية دائمة مع قصور شعورهم بالذنب مع فشلهم في اتباع القواعد والمعايير وتتزايد حاجتهم للرعاية والتعاطف .

وهناك نوعين من اضطراب التعلق التفاعلي ، النوع المكثف *Inhibite type* ويفشل فيه الطفل في الاستجابة لمعظم التفاعلات الاجتماعية المناسبة لكل عمر حيث يبدي المقل تراجع أو كف شديد مع حرص زائد مع استجابات متناقضة (الضمول والبرود ومقاومة للتشجيع ، وللتراوح بين الإقبال والتجنب) .

أما النوع غير المكثف *Disinhibited* فهو نمط من التعلق المنتشر أو المتعدد، وتبدو على الطفل مظاهر اندشوش الاجتماعي أو فشله في اختيار الشخص أو النمط الذي يتعلق به .

العلاج :

ينصح في حالات كثيرة عزل الطفل لفترة من الوقت داخل المستشفيات أو مؤسسات رعاية الأطفال لقطع العلاقات المريضة في أحوال رعاية الطفل في المنزل ، ويراعى أولاً التركيز على سوء التغذية بوضع برامج غذائية مفيدة ، والأهم من ذلك التدخل بالإرشاد الأسري لتدريب الأم على أماليب الرعاية المناسبة وتمكين أحوال الأسرة المعيشية وتدريب الطفل على التواصل الاجتماعي وإزهار الأداء الاجتماعي وعمليات التفاعل الاجتماعي .

الاضطراب الحركي النمطي أو اضطراب العادة النمطي

Stereotypic Movement Disorder or Steriotypal Habit Disorder

هو اضطراب في السلوك الحركي النمطي المتكرر بدون هدف ، وقد يحاول الطفل ضبط نفسه من خلال وضع اليدين تحت القميص ، أو في جيوب البنطلون كمحاولة لمنع جرح نفسه . وإذا فشل ضبط النفس فإنه قد يعذاب جرح نفسه برطم للجسم ، وقضم الأظافر وهز الرأس وعضن نفسه وضرب الرأس بعنف مما يستدعي التدخل الطبي ، وتنتشر هذه المظاهر في حالات التخلف العقلي والفتقدان الحسي . بينما يمكن ملاحظتها في الأشخاص العاديين خاصة في أوقات الإحباط والسأم والتوتر .

وتعود هذه الحالات إلى أسباب وراثية ، ويسبب الإهمال أو الحرمان العاطفي والنفسى وأيضاً بسبب خلل هرموني .

العلاج :

يفيد استخدام فنيات العلاج السلوكي وتعديل السلوك مع بعض حالات الاضطراب الحركي النمطي ، وفي بعض الحالات ينبغي التدخل الطبي بمركبات الدوبامين لتقليل سلوك إيذاء النفس ، ويمكن استخدام أدوية أخرى مثل مضادات الاكتئاب .

الفصام Schizophrenia

الفصام من الاضطرابات الذهانية التي تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر تتضمن مظاهر الهلاوس والهواجس والتخريف أو الكلام المفكك والسلوك التحلي أو للتخشي ، ويشوع حدوث الفصام في الثلاثينات من العمر ، وتكمن الفصام قد يحدث قبل خمس أو ست سنوات من العمر . وعلى الرغم من أن خصائص الفصام تبدو متشابهة لدى الأطفال والراشدين ، إلا أن تشخيص الفصام عند الأطفال يواجه صعوبات عديدة ، فالهواجس والهذات والهلاوس عند الأطفال عادة ما تسهم بشكل ضعيف أو أقل في التشخيص بينما تشوع الهلاوس الوهمية .

ولم يكن تشخيص الفصام لدى الأطفال قبل عام ١٩٦٠ شائعاً ، وإنما كان يوصف ذهان الأطفال للحالات التي تعاني من اضطراب نمائي منتشر أو نوع فرعي من الاضطراب الذاتوي أو التوحد ، ولكنه بعد عام ١٩٨٠ أمكن فصل اضطراب الفصام عن اضطرابات التوحد للذاتوية ، ولا توجد أية مظاهر تشخيصية للفصام عند الأطفال قبل سن الخامسة بأي حال من الأحوال ، بينما يحدث الاضطراب الذاتوي (الأوتيزم) فيما قبل الثالثة ، وفي حالة الفصام تكون القدرة العقلية في معدلاتها الطبيعية بينما تنخفض في حالات الأوتيزم .

وتتضح المظاهر التشخيصية لفصام الأطفال في العديد من المسالك غير العادية مع للتجنب الاجتماعي ، أو العزوف عن الناس ونقص المهارات الاجتماعية ، وقد يكون لهم تاريخاً مرضياً في التأخر الحركي والمعالم اللغوية والأداء الدراسي الضعيف على الرغم من وجود قدرة عقلية مناسبة ، وذلك فضلاً عن وجود هلاوس سمعية ، حيث يسمعون أصواتاً تتلهم على أشياء معينة مثل اقتل نفسك أو اقتل غيرك أو قد تكون أصوات غريبة مثل يوجد كمبيوتر في رأسي ، مع هلاوس بصرية مخيفة . مثل أن يرى شيطان أو عفريت أو وجوه غريبة .

وتحدث الهواجس أو الهذات لدى أكثر من نصف الأطفال المسابين بالفصام وتدور الهواجس أو الضلالات حول الامتهاد والنعمة والدين ، وتزايد الهواجس بتزايد الأعمار ، ويمكن أن ينطلق الطفل في ضحكة أو سرخة بلا سبب ، كما يصابون باضطراب التفكير وتوقف عمليات التواصل والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر ويكون كلامهم أقل من العاديين ، مع اضطراب للتواصل الاجتماعي وعدم متابعة الحوار في النقطة التي ينتهي عندها المتحدث .

علاج فصام الأطفال :

يتم علاج حالات فصام الأطفال عن طريق مضادات الذهان التي ربما تفيد في عدد من الحالات ، ولكن العلاج التأهيلي يكون في غاية الأهمية وخاصة التوعية النفسية للأسرة لتدعيم العلاج والتدخل بالعلاج النفسي للتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية وتحمين الانتباه والتغلب على صعوبات التعلم ، وحث الطفل على اختبار الواقع ، ويمكن إجراء البرامج العلاجية الحديثة للتدخل بالعلاج المعرفي لتخفيف الهلاوس السعوية وتحسين الأداء المعرفي .

اضطرابات النوم عند الأطفال

يعد النوم من الحاجات البيولوجية الأساسية للطفل ، حيث ينشط هرمون النوم عند الأطفال أثناء النوم ، وهكذا فإن صغار الأطفال يقضون معظم أوقاتهم في النوم والرضاة ثم تتناقص الحاجة للنوم مع الكبر ، وتؤدي اضطرابات النوم إلى خلل في النمو للجسمي والعقلي والانفعالي للطفل، حيث يخلل الإيقاع الدماغي والإتزان النفسي للبدني.

وتتعدد المشكلات المتعلقة بالنوم ، ولكن أكثرها شيوعاً هو :

الأرق المشي أثناء النوم الإرتجاج والرعب الليلي.

أولاً : الأرق (Insomnia) :

يعود الأرق المتكرر إلى الاكتئاب أو التوتر الانفعالي وقد يشعر الطفل بعدم الأمان لكونه قد يكون خائفاً من مصادر خيالية بناخله أو من الظلام. ويؤدي أرق الطفل إلى إزعاج الأبوين وأرقهم، مما قد يجعلهم يميلون إلى أساليب غير تربوية في معالجة هذه الحالة لأنه قد يزداد عصياناً وعناداً ، كما أن أساليب العنف والتخويف في تعديل سلوك الطفل تزيد بدورها من أرق الطفل وأحلامه المزعجة.

لذا فإن عملية ترويم الطفل تحتاج إلى أن نجعل للنوم سعياً بقدر الإمكان بإعطاء الطفل جرعات مناسبة من الحنان والإهتمام قبل دخوله إلى النوم ، فقد يؤدي إعطاء الطفل لأوامر وإرغامه على النوم إلى ربط النوم بالعقوبة، وتجعله يخشى النوم ويشكل في حالة الأرق والإزعاج، وقد يعود أرق الطفل إلى معاناته من تقلصات معوية أو عدم تهوية المناخ أو تزايد الضوضاء وعدم كفاية الشروط المسحية للنوم ، فيجب تخفيف المشوه لأقصى درجة وإعادة مكان الطفل عن المزعجات والأجواء الحارة أو الرطبة أو الباردة غير المناسبة والعمل على أن يكون نظيفاً في سنواته الأولى حيث يؤدي الإخراج اللاإرادي للبول والبراز في سنوات الطفل الأولى إلى حالة من التوتر تجعله ينأرق مطالباً لتنظافته.

ثانياً : المشي أثناء النوم (Sleep - Walking (Somnambulism) :

ويصيب الأطفال ما بين ٤ - ٨ سنوات حيث يمشي الطفل وهو نائم ويندفع بنشاط بدني بصورة لا شعورية.

وتعود هذه الحالة إلى العديد من العوامل أهمها معاناة الطفل للقلق نتيجة

للحرمان المتزايد وعدم إشباع حاجته إلى الأمن ، أو معاناته من ضغوط انفعالية شديدة لا يستطيع تحملها مما يجعله يفرج أفعاله أثناء النوم . وبعد المشي أثناء النوم من الاضطرابات التي قد تسبب مشاكل كبيرة مثل أن يجرح الطفل نفسه أو يؤذيها بشكل بالغ أو إشعال النار أو القفز من مكان مرتفع . ولذا ينبغي التعامل مع هذه الأمور على أساس وقاية من إيذاء الطفل لنفسه .

وفي الغالب ما يكون المشي أثناء النوم والكلام أثناء النوم رد فعل على أحد الأحداث القوية التي كثيراً ما تقع . فيعيشها الطفل مرة أخرى من خلال النوم . فوجد على سبيل المثال ، حالة الطفل الذي كان نومه مصحوباً بانفعالات العزن على وفاة أبيه الذي كان يحبه حباً شديداً ، كان يقوم وهو نائم ويلبس ويغتسل ويفتح الأبواب ويسير مسافة مياين إلى قبر أبيه حيث يجثو ويصلى ثم يعود إلى منزله مستعيداً فراضه .

(دوجلاس نوم ، ١٩٥٨)

ثالثاً : الإنزعاج والرعب الليلي Night terrors :

وهي حالة يستيقظ فيها للطفل فجأة خائفاً مذعوراً ويعاود نومه مرة أخرى ، وفي الغالب ما ينسى سبب إزعاجه ، وترتبط هذه الحالة بحالات النجول الليلي أو المشي أثناء النوم ، ولتحويل الليلي اللاإرادي إلا أنها تختلف عن حالات الكوابيس أو الأحلام المرعبة التي يستطيع الطفل أن ينكرها أو يستعيدتها في اللحظة ، بينما حالات الإنزعاج الليلي لا يستطيع الطفل استعادة أحداثها ، وربما تشير فقط إلى بعض الصور المرعبة التي تطارده أثناء النوم .

ومما لا شك فيه أن النوم هو واحد من مقاييس الصحة النفسية ، فإذا اضطربت حياة اليقظة وتزايدت القلق والتوتر وفشل الأبوين في تهمم المطالب التنمائية للطفل ، واضطرب تنظيم العادات البيولوجية للطفل فإنه في الغالب ما يضطرب نومه ، وترى التغيرات للعلاجية الحديثة أهمية الإرشاد الأسري وتدريب الأبوين على عملية التنشئة والرعاية البدنية والعقلية والانفعالية السليمة للطفل ، مع الأخذ في الاعتبار تنظيم أوقات النوم واليقظة عند الأطفال ، وعدم ربط النوم بعبادات الغناء أو الأرجحة أو الرضاعة أو وضع الحلمة المطاطية البديلة عن ثدي الأم في فم الطفل حتى ينام ، مع الأخذ في الاعتبار أسلوب التغذية ، وعدم الخلط بين الأطعمة التي قد تسبب ارتباكاً معوياً وخاصة في المساء .

ومع تقدم الطفل في العمر وقدرته على التعبير التفظي ينبغي أن يفهم الأيون مخاوف الطفل ولا يستخفون بها بل ينبغي عليهم مناقشتها ، وإطلاق الحرية لتعبير الطفل عن أحلامه ومخاوفه والعمل على تهدئته .

كما ينبغي عدم ترك الطفل نائماً والمخروج من المنزل ، مما يسبب له إحساس بالرعب ، وعدم الأمان في حال استيقاظه ، كما ينبغي عدم السماح للطفل بالسهر وتبنيه مما يجعله يكتسب عادات غير صحية في النوم ، فضلاً عن إبعاد الطفل عن سماع قصص الرعب والأفلام والبرامج المزعجة التي تسبب له امتصاص لأحداث الرعب وتجعل نومه أكثر اضطراباً مع التأكيد على أن الجو الهادئ والمريح في المدرسة وفي المنزل من العوامل الهامة التي تجعل للطفل أكثر لزاناً وأقل اضطراباً في نومه .

مشكلة الإدمان عند الأطفال

مع التطورات الحديثة في الميدان الصناعي وظهور مواد صناعية لها آثار نفسية عصبية وشيوع تعاطي هذه المواد في فئات عريضة من الشباب والمراهقين ، ومع تعدد الحياة الحضرية ، وقصور الإشراف الاجتماعي والأسري والمدرسي ، أمكن ظهور العديد من الانحرافات السلوكية التي لا ترتبط باضطراب المسلك أو الجناح ، وقد ظهرت في الآونة الأخيرة لتتسار معدلات التدخين لدى تلاميذ المدارس ، مع تأثير جماعات الأقران ، والوصول إلى تدخين الحشيش أو البانجو (نبات الحشيش) .

(عبدالله عسكر ، ١٩٩٦)

ويكثر تعاطي نبات البانجو المجفف بين الأطفال والمراهقين من ذوي الأوساط الاجتماعية والاقتصادية الدنيا والأطفال الذين لا يجدون الرعاية الأسرية الكافية، أو التي تدفعهم ظروفهم الاقتصادية للعمل مبكراً وترك المدرسة ، وذلك في مهن تجعلهم يحتكون بمتعاطلين كبار . وعلى الرغم من أن الدوافع الأولية لتدخين السجائر والبانجو لدى الصغار تعود إلى التقليد والتجريب ، تكون المراهق الصغير يحاول أن يؤكد هويته ، ويستيق شعوره بالرجولة والمسئولية والتغلب على قلقه ومحاولة الخروج من وضعه الاجتماعي المعتدني (لأن التعود على التعاطي مرعان ما يتحول إلى نوع من الاعتماد الميكروبيولوجي لما للبانجو من آثار تخريرية مرغوبة لدى المتعاطي حيث يخفف القلق ، ويحرر القوى الخيالية المرغوبة من عقابها ، مما يجعل من العقار يبدل نفس

عن موضوعات كثيرة يسعى إليها المراهق . وقد يتورط المراهق في مسائلك جانحة ومنحرفة أهمها السرقة والسطو والإعتداء للحصول على ثمن المخدر أو السجائر ، مما يدخله في دائرة صعبة ، فضلاً عن تدهور حالته الصحية وارتباك نظامه النفسي وتخلفه الدراسي وشعوره بالذنب والخزي ورفضه من جانب الأسياء ومعاناته حالات شديدة من القلق والاكتئاب . وشعوره بالنبذ يجعلانه أكثر عناداً واندفاعاً في طريق المخدرات الذي يتهوى به إلى الجريمة حيث يكون الأطفال وسيلة سهلة لترويج المخدرات من قبل المجرمين وتجار المخدرات .

كما يشيع استنشاق المذيبات الطيارة مثل الغراء أو مكونات النفت كالكلوروسين والبنزين والغاز ومواد اللطلاء ، وخاصة لدى الأطفال من سن السادسة حتى الثامنة عشرة ، حيث تعطي هذه المواد آثار نفسية وعصبية شديدة تدفعهم للحل الهلوسي الذي يصل لحد التسمم والإغماء ، وتنتشر هذه العادات لدى أطفال الشوارع والعامالين في محطات تعرييل السيارات بالوقود وسببان للناقشة والعامالين في مصانع الأحذية ، ويعود هذا السلوك لنفس الأسباب النفسية والاجتماعية السابق ذكرها في حال تعامل البناتجو ، وتؤثر هذه المواد تأثيرات بالغة على القدرة العقلية للأطفال حيث تؤدي المذيبات الخطيرة إلى حدوث تلف شديد في المخ واضطراب الشهية للطعام ، كما يتسبب في نوبات الصرع والتخلف العقلي .

الوقاية وعلاج الإدمان عند الأطفال :

نظراً لحضارة الأدوية والمركبات الصناعية التي تحيئها المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء ، ينبغي التأكيد على أهمية ابتعاد كل أنواع الأدوية التي يعاطها الكبار والصغار عن أيدي الأطفال ، وابتعاد الأطفال عن مصادر المذيبات الطيارة التي قد تكون موجودة في المنزل مثل البنزين والأسيتون ، وألباب غاز البيرنجاز وما إلى ذلك .

مع مراعاة الإشراف الدقيق على مراحل الطفولة الوسطى التي تسبق مرحلة المراهقة حيث يمكن مناقشة الطفل منذ سن السادسة عن طبيعة علاقته بزملائه والتعرف على أقرانه والتماذج التي يتعامل معها الطفل في المدرسة أو النادي أو أي أماكن تجمع أخرى ، وملاحظة سلوك الطفل ، ونظام إنفاق مصروفه ، وطبيعة ترومه ومأكله ومظهره ومزاجه ، فإذا حدثت تغيرات طارئة على العادات السلوكية للطفل يمكن وضع الطفل تحت الملاحظة ، ومناقشة سلوكه وعدم اللجوء إلى الانفعالات العادة أو العقوبة المنظمة التي قد تدفع الطفل للهرب واللجوء إلى جماعات التعاطي .

ولذا اكتشف الأهل حالات من التخزين والتعاطي أو استئصال العذبات الحيازة فينبغي استشارة مؤسسات علاجية ، وينصح بتلقي الطفل لبرنامج علاجي طبي ونفسي واجتماعي لإعادة تأهيله على المستويات الثلاثة ومتابعة حالته وجذبه إلى العالم الطبيعي للأطفال وتغيير البيئة المعديّة والبحث في الأسباب النفسية التي تكمن وراء مثل هذا السلوك ، وفي الغالب ما تكون نتيجة للتدنيل المسرف ، وقوضي للتربية وغيب الإشراف الطبيعي للأسرة والمدرسة ، أو قد تكون بسبب الإهمال وشعور الطفل بالنبذ ومعاناته من الحرمان العاطفي الذي يجعله يعيش حالة من القلق والمزاج المكتئب فيصبح مادة سهلة للإدمان والمنحرفين الذي يجتدون الأطفال لسوء الجريمة.

وتجده الأوساط التربوية في المجتمعات الغربية إلى اعتماد مناهج للوقاية من تعاطي السمكرات والمخدرات كمناهج أساسية في المدارس ، حيث يتم عرض دروس يقدّمها المعلمون عن أنواع المخدرات وأثارها للصحة والنفسية والاجتماعية المدمرة وأسباب تعاطيها وكيفية تجنب للوقوع في مثل هذا السلوك ورفع المهارات الاجتماعية التي تجعل الطفل يشعر بتقدير الذات والأمان والسعادة بدون مخدرات ، مع رفع مهارات التخفي على غواية الأقران أو الكبار للإيقاع بالصغار في مثل هذا السلوك ، ويقوم الطلاب بأداء امتحانات رسمية في هذه المناهج مما يجعل برنامج الوقاية حالة معرفية لدى التلاميذ ، فضلاً عن الدور الإيجابي الذي تقوم به وزارات الصحة والشئون الاجتماعية والإعلام لتكليف برامج للوقاية من الإقبال على مثل هذه المواد المؤثرة نفسياً . ويمثل التوجيه والإرشاد والتثقيف الصحي للأسرة من أهم خطوط الدفاع الأولى ضد وجود أو انتشار ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة نفسياً لدى الأطفال والتي في الغالب ما تكون حالات مأساوية في المستقبل حيث ينتقل المدمن للصغير من مجرد التخزين وتعاطي للبيرة واليانجو إلى تعاطي المواد لهيكله كالأفيون ومشتقاته والخمور والكوكايين وعقاقير الهلوسة ، حيث تتفاقم المشكلة وتزيد الجريمة.

الفصل السابع

مشكلات نفسية معتادة

- الغيرة - العناد - الكذب

- المشاكل الجنسية

- الإساءة للطفل

الفصل السابع

مشكلات نفسية معتادة

تعلمه الحياة اليومية لعالم الأطفال بالمشكلات النفسية المرتبطة بالنمو والتي في الغالب ما يمر بها معظم أو كل أطفال العالم ، وتحتاج هذه المشكلات إلى الوعي بها والتعامل معها لتجنب حدوث اضطرابات نفسية يمكن تشخيصها في مراحل نمائية أخرى ، وسوف نذكر هذه المشكلات وأسلوب التعامل معها على النحو التالي :

مشكلة الغيرة :

الغيرة من المشكلات النفسية التي تصيب سلوك الأطفال ، وقد تكون الغيرة من القرين أو المناقش أو من صورة الطفل نفسه في المرآة .

ولقد أثبتت دراسات التحليل النفسي المعاصر إلى أن علاقة الطفل بصورته تبدأ بتوتر عدواني غامض ، حيث لا يعرف الطفل صورته المرآوية ، وإنما يعرف صورة أمه أو الصور التي يعناد رؤيتها ، فمجرد أن يرى صورته يدركها على أنها صورة لطفل آخر غريب جاء يقاسمه في ، أو يبجده عن موضوعه المحبوب ، ولهذا فإن هذا السلوك يترك آثاره النفسية داخل البناء النفسي للإنسان ، حيث أننا نشهد اضطرابات من قبيل جرح النفس أو تدميرها في العديد من المظاهر المرضية ، ويعود سلوك كراهية الذات إلى الطبيعة التنافسية للإنسان ، ولهذا يبنى النظام النفسي على أساس من التوتر والعدوان والإضطهاد ، وهذا ما يمكن أن نسميه زملة الغيرة ، وتبدو مظاهر الغيرة الطفولية من التغيير السلوكي للطفل تجاه أخيه الأصغر ، والذي يندفع بالإغارة عليه بالعدوان البدني مثل كتم نفسه بيده أو وضع إصبعه في عينه أو عنقه ، وما إلى ذلك من سلوك يعرفه المربون .

فالغيرة أساس لمعظم السلوك الذي نسمم بالخرابة والشذوذ والخروج عن المألوف ، فالطفل للغيرة لا يستقر على حال ، ولا يشعر بالهناء ، ولا يأخذ من الحياة أو يعلى سوى القليل ، ويفترق أعضائه ، ويبالغ فيها ، حتى يؤدي به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده ، فيكون مصدراً لتكد أهله ، ومسوداً لخطر كامن مقوم ، لأن الغضب والحلق الذي ينبعث عن الغيرة كلما يكون قصير الأمد أو محدد الوقت . والطفل للغيرة لا يحترف بخيرته ، ولكن يكرها أو يبرر سلوكه ويكتم لنفسه

العذر ، ويخادع نفسه (دوجلاس توم ، ١٩٥٨ : ص ١٥٧) .

وترتبط الغيرة ارتباطاً مباشراً بالدرجسية ، حيث تتخلق الرؤية عن مساعدة الغير في مسرح الوجود ، وتتجه إدراكات الطفل نحو الملكية ، ويدهق العالم كله لحساب صورته الدرجسية ، وإذا ما جاء ما يجرح نرجسيته تفجرت مستودعات الغيرة وما تظوى عليه الدرجسية من عدوان مدمر للذات وللآخرين .

وتتفاقم مشكلة الغيرة مع ترك الطفل يسبح في أوهامه الدرجسية ويقاؤه في عالم الصورة الفاتنة التي تمنحها له الأم وتؤكد لها للصورة المرآوية ، فلا يحدث له ما نسميه بالخصاء الرمزي ، بمعنى أن يرى ذاته في صور متعددة تنحى الهوية عبر علاقته الاجتماعية الرمزية حيث يخلط عن الملكية ويتجه إلى الكينونة ، فالمملكة تدفع للطفل لأن يدهق الآخر لحسابه ، أما الكينونة أو الهوية فتجعله رهن للآخر الرمزي ، هو ومن معه من البشر فيشعر بأنه يبحث عن ذاته حيث يكون هو وولائه رهن للآخر الذي يسلبنا بأنفسنا عبر العلاقات اللغوية الرمزية ، والتوسع للرأسي إلى لقاء المعنى والإنسانية بدلاً من أن يظل أسيراً للملكية والتوسع الأفقي على حساب الآخرين .

وعلى هذا النحو لا تشكل الغيرة مشكلة إلا إذا تركناها تتفاقم ، بمعنى أن يقوم الأبناء بحماية الطفل على حساب غيره ، أو توجيه التمدح لأخوته على ما يقومون به من أفعال وسلوك حميد ، بينما يواجهون اللوم والعيب إلى طفل آخر ، مما يجعله يتفجر غيظاً وغيرة ، وفي هذه الحالة يستدير الآباء البنية البارانونية لدى الطفل ، فتشجعه غالباً نالراً حاقداً . وقد يطول به الأمسد ليصبح حسوداً لأصدقائه على ما يوانتهم من نجاح وتوفيق ، وسيفشل في الغالب في العمل مع غيره ، أو يكون دائم للشكوى من سوء تقدير الناس له ، ولن يستطيع الإنسجام مع غيره أو مع بيئته .

وللتغلب على مشكلة الغيرة وللتعامل التربوي السليم معها ، ينبغي أن يتشاطر الأيوون الدور التربوي ، بمعنى أن يتدخل القانون الأبوي في فصل العلاقة الطفلية للدرجسية بالأم وارتباط الأم بطفلها ، وتوجيه أنظاره إلى موضوعات أخرى كاللعب والحكايات ودمجه في جماعة من الأقران ، والإشراف على ضرورة أن يشاركهم ألعابهم ويشاركونه ألعابه ، ووضع خطة للتشجيع والمكافأة لمن يسهم بالمشاركة بشكل أكبر وتحريك روح التنافس بين الأقران لأن التنافس يدفع إلى الإيجابية وتقدير الذات بشكل موضوعي وكما نجح الطفل في منافسة طفل في منافسة أخرى نأكد له أن هذا

هو المشروع الطبيعي الذي يجب أن يتبعه طيلة حياته ، وسوف يتعلم أنه كلما ابتعد عن فرجسيته وأثابته وجد نفسه مع الناس ، فيقبل عليهم ويتفهمهم ويشجعهم ويشجعونه حيث يكون الانسجام والتوافق والإنجازية .

مشكلة العناد :

العناد والرفض من المشكلات الطفولية المعتادة ، والتي تمثل مرحلة نمائية بعينها وفقاً للنمو النفسي الاجتماعي ، وفي هذه المرحلة التي تبدأ مع دخول الطفل في عامه الثاني حيث تبدأ إشارة النمو النفسي بالرفض أو بالإشارة بلا عن طريق التلوي ، وهذه المرحلة تشكل بداية النمو نحو الاستقلال ، ويبدأ وعيه بذاته ككيان مستقل عندما يبدأ في معارضة ما تريده الأم ، وخاصة الصراعات حول الإخراج والتنظافة ، حيث يستطيع الطفل في مرحلة نمائية معينة اكتساب القدرة العضلية على التحكم في عمليات الإخراج حيث يمنع أو يخرج بوله ويرازده ، ويسمى إريكسون هاتين الوسيلتين بالإخراج والاستبقاء ، وهنا يأتي دور المجتمع في تسهيل هذا الإنجاز بالنسبة للطفل لتأكيد استقلالتيه . (محمد شعلان ، ١٩٧٧) .

وقد تولجه الأسرة عناد الطفل بالعناد المضاد أو التخفيف أو قلة الحيلة أمام الطفل حيث نرى بعض الأمهات تصرخن من أيدائهن لرفضهن الطعام أو الطاعة والنظام والذهاب للحمام وما إلى ذلك ، وكل أشكال العناد إنما تشير إلى سلوك تلقائي لتأكيد الذات ، وشعور الطفل بالأهمية وتوحده بالمعتدى أو النموذج الوالدي للرفض لرغباته ، فكما تقول الأم للطفل لا لأشياء كثيرة فإنه كثيراً ما يقول لا بلسانه كنموذج للرفض ، بينما يدعي أن تنتظم آلية الطاعة والنظام في مقابل العناد والتمرد والغوصي من خلال انتظام الأوامر وارتباطها بالإشباع السوي لحاجات الطفل واستجابة لرغباته البازغة ، فكثيراً ما يفرض الآباء على الأبناء بعض القيود التي يكون من الصعب القيام بها ، فمن السهل أن يقال للطفل لا تتحرك واقعد في مكانك ، لكن مثل هذه الترواي بالنسبة لطفل حيوي نشيط تكون أمور لا يستجيب لها ولا يستطيع أن يعطي هذه الأوامر لأن عضلات الأطفال الصغار تنمو وتزيد بصورة سريعة ، ومن الواجب أن تترك لهم حرية الحركة واللوثب والصياح واللعب ، وتخفيف القيود على الحركة ، ومراعاة أن يكون المنزل مناسباً لحركة الطفل وانطلاقه حتى تسهم في تأكيد ذاته واستقلالتيه ودفعه نحو الكينونة دون أن يلاحقه اللوم والعقاب .

• وقد يستخدم التخويف من العقاب العاجل أو الآجل كوسيلة لمنع الفرد من خرق القوانين وعصيان الترواي . على أنه ليس لهذا التخويف سوى قيمة إنشائية

ناقمة ، لأنه يعجز عن امتثارة امرء إلى العمل نحو أبة غاية معينة نافعة ، فالخوف أمر يمنع ويكف ويعسوق ، لكنه لا يدفع أو يبعث للنشاط نحو وجهة إيجابية متجة . (دوجلاس ، ١٩٥٨ : ص ١٢٣)

وتؤكد الكشوف التحليلية الرائدة على أن الوظيفة الأبوية التي تعمل على تأسيس بنية النظام والقانون ، ينهي أن تكون عائلة في التعامل مع رفض الطفل وطاعته ، فهذه الوظيفة تقتضي التوازن بين الفصل والوصل ، بمعنى فصل الطفل عن نرجسونه وعناده ورفضه بأساليب تربوية تجعله يتصل بالاستقلال والتوكيدية من خلال خلق عالم خاص به من الألعاب والأقران والنظام الجماعي الذي يساعد على تنازل الطفل عن رفضه وعناده وتحصيل طاقفه إلى ما يشغله في الخارج من ألعاب وحوارات وأنشطة طفلية مرغوبة .

وليس من الدائر أن يعقب الأطفال من المعالجة إلى العصيان وإلى الاستخفاف بكل القواعد والنظم ، وكثيراً ما يقع إذا واجه الطفل موقفاً جديداً عليه ، مثل دخول المدرسة أو مرض أمه ، أو تغيير مربيته ، أو وفاة أبيه ، وفي مثل هذه الحالات يكون العصيان رد فعل للموقف لا يستمر طويلاً إذا كان الطفل معنواً إعداداً طبيياً لتقبل المواقف للجديدة ، وتعلم التنازل عن رغبته الخاصة في سبيل اكتساب حب الآخرين وتقبلهم له ، واكتسابه لقدرة رمزية معرفية تجعله ينمو ضد الحرمان .

مشكلة الكذب :

الكذب من المظاهر الشائعة لدى الأطفال والكبار ، بينما يكون لدى الأطفال حيلة دفاعية ، يكون لدى الكبار اضطراباً سلوكياً .

فمن المعروف أن النشاط النفسي للكائن البشرى يبدأ بالخيال ، ومع ظهور اللغة تتفاعل الأنشطة النفسية لتنتج المتخيل ، ويعد الكذب في الطفولة شكلاً من أشكال إنكار العجز والتعلق الطفلي عن طريق الكلام ، حيث يحل الطفل إلى اختلاق قصص من وحي خياله لأحداث لم تحدث في الأصل ، وغالباً ما يلجأ الطفل للكذب خوفاً من العقاب ، فالأجواء غير الآمنة والنماذج الأسرية غير الآمنة في طرح مشاكلها أو التعبير عن رغباتها إنما يؤدي بالطفل إلى اعتماده على الكذب كحيلة دفاعية لتجنب العقاب أو لتحقيق مكسب ، فمن الأمور المشهورة لدى الطفل استخدام ميكانيزم التنظر أو الرقعة وخاصة في سنوات ما بعد الثالثة حتى السادسة ، حيث يمكن أن يستشعر الطفل وجود خلاف بين والديه ، أو يكون هناك تناقض في أسلوب التعامل مع الطفل وفي طريقه كل من الأب والأم ، فمداً تكون الأم أكثر إشباعاً لرغبات الطفل التي

تتعارض مع نظام الأب أو رغباته فتكون صورة الأم محبوبة وصورة الأب مكروهة ، تدفع الطفل آنذاك للكيد للأب ، بأن يخبر أمه بأن والده قام بمعاكسة المرعبة أو أنه يتحدث في التليفون ويطلق على نفسه العرقة لأنه يعرف امرأة أخرى ، مما يجعل الطفل محطياً لدى الأم ، وتشتعل المشاكل بينها وبين الأب ويكسب للطفل الأرض حين يستجعد الأب من الحساب التربوي في علاقته به . وهكذا قد يقوم الطفل باختلاق الأكاذيب حول المدرسين والأقران حتى يتجنب الذهاب إلى المدرسة وما إلى ذلك من آليات دفاعية يشيع استخدامها في مرحلة الطفولة الوسطى.

وقد تكون حكايات الأطفال الذين يبالغون في سردها عادة سلوكية إذا كانت تجذب انتباه الآخرين وتستثير عطفهم وتبعه مقبول اجتماعياً ، وتزداد هذه العادات في مرحلة المراهقة في إطار ما نسميه في الثقافة العربية (فتح الصدر) حيث يبالغ المراهق في إبراز سرورته وفتوته ومغامراته الجنسية في صورة نجلته يخلق جواً كاذباً تجعله يشعر بتقدير الآخرين وقبولهم له في الوقت الذي يستجصر فيه فيجد نفسه كذاباً فيستغضب تقديره لذاته ويمسك للدفاع ضد هذا الذنب بكثرة الكذب واختلاق الأحداث.

على أنه من المؤكد أن هناك كذب سلوكي متعلم يختلف عن الحيل الدفاعية ، هذا الكذب يكون مكسباً من إحدى النماذج الأسرية ، فقد تصعب مراهقة شقيقها الصغير للذهاب إلى مكان ما ، أو لشراء شيء ما مطلوب منها ، بينما هي تذهب إلى مكان آخر كأن تقابل شاباً أو تشتري أمور غير التي ذهبت لشراؤها ، وتدعى ضياع النقود ، وتمنح شقيقها الأصغر رشوة وتطالب منه أن يساندها في كذبها ، وفي هذه الحالة يتم تدعيم سلوك الكذب . وقد يرغب الأهل الابن على الكذب ، إذا طلب من الطفل مثلاً الإجابة عما إذا كان الأب موجوداً من خلال محاكاة تليفونية ، ولا يرغب الأب في الحديث مع السائل ، فإنه يشير لإبنه أن يقول أنه غير موجود ، وإذا ما أخطأ للطفل وقال إن الأب موجود ينهال عليه الأب بالعقاب ، وهذا ما يهز بنين للثقة في الآباء ويجعل الطفل أكثر سخطاً وحقداً وشعور بخيبة الأمل ولغتلال النموذج الذي ينبغي أن يحتديه في حياته الراشدة .

فالأسرة المضطربة تجعل من سلوك الكذب حالة معتادة بين الأفراد ، ولا يصلون إلى الحقيقة فيما بينهم البعض ، وتكون التحالفات الأسرية متشظرة ، وتتسلس هذه السلوكيات المضطربة بعدم الأمانة في كل ما يصدر عن الأطفال إذا كان عدم الأمانة حالة معاشة داخل العلاقات الأسرية.

ومن المخاطر النفسية التي ترتبط بالكذب المطلقى هو ما يسمى بهوس الكذب فى المراهقة والرشد ، حيث لا يستقيم البناء النفسى أو يتجاوز الفرد محدته وقلقه إلا من خلال الكذب لدرجة لا تستطيع فيها أن تعرف أين هى الحقيقة فى كل ما يقوله المهوس بالكذب .

ويتطور هوس الكذب إذا حدث ما يدعم الإنكار عن طريق نسج القصص الخيالية فى الطفولة ، وتؤكد الطفل من أن اللطيف والأكاذيب والضداع والتضليل والأوهام هى السبيل لتحقيق الأمان وإشباع رغبته فى التواصل الاجتماعى .

إلا أن هناك نوع من الكذب الجمالى الذى يستند على بغايا الخيال الطبقى ، وهذا النوع من الكذب هو ما يستخدمه الشعراء فى وصف المحبوب ومدح الحكام ولقضاء ثلومطن وما إلى ذلك ، وتصدق دائماً المقولة (أجمل الشعر أكذبه) ، وهو ما يمكن أن نسميه بالإعلاء أو التسامى للكذب السلبى المدمر الذى يبحث على الذنب وعدم الثقة فى العلاقات الشخصية المتبادلة .

الوقاية والعلاج :

مما لا شك فيه أن البناء الغيمى والأخلاقى هما السبيل للصحة النفسية والاجتماعية ، فالعمل على تنشئة المطلق على الأمانة فى ذكر الوقائع كما تحدث بالفعل هو الهدف المنشود لتنقية الروح الطفلية من العبث الخيالى والخداع لمغالبة قصوره وحرمانه وعجزه .

فإننا نشأ الطفل فى بيئة تحترم الحقوق وتلتزم الصدق ، كان من الطبيعى أن يلتزم الطفل حدود الصدق المرعية .

وإذا كانت الأسرة على درجة من الصدق واكتسب الطفل عادة الكذب من أقرانه أو ممن يتعامل معهم أو استخدم حينئذ لتبرير خطأ ارتكبه ، فإن من المفيد ألا تلجأ الأسرة للعقاب ، لأن العقاب من شأنه أن يعقد الأمر وينفع المطلق للكذب بصورة أكبر لتبرير أفعاله .

بينما يكون من الأفضل تفهم قصور الطفل وعجزه ، والمبررات التى دفعت به إلى الكذب لتجنبها ، ومن المفيد أن يقوم الأهل بمناقشة الطفل طبقاً لسنة ، فى كشف حقيقة الأمر وإخباره بأنه لا يجب أن يخفى عن والده شيئاً قد يساعده فى تقديم العون إليه ، ويخبره بأن الصدق أفضل ، ويدعم لديه سلوك الأمانة والصدق ، ويحفزه ويشجعه على التعبير عن حاجاته ورغباته بصورة صادقة حتى يحقق الأمن النفسى واحترام الذات .

ويجب أن نبتعد عن أسلوب الاستجواب وجمع الأدلة من أفرانه للتدليل على كذب الطفل لأن ذلك يجعله أكثر سخطاً وحقداً ، وتهتز ثقته بزملاته ، بينما ينبغي تجنب المواجهة للصريحة بالتهام الكذب ، وإنما ينبغي أن يكون الحوار متوازناً في صورة من التذاعيبات الثقافية حتى يكشف الطفل حقيقة كذبه ، وفي هذه الحالة نساعد على التخلص من الشعور بالخزي المفروض حيال كذبه حتى يتمكن من اعتماد وتدعيم سلوك الأمانة وقول الصدق.

أما فيما يتعلق بالكذب الخيالي وأحلام اليقظة فلا خطر من إطلاق اللعنان لأحلام اليقظة الطفولية ، إلا إذا أصبحت حالة مصاحبة له أو غاية في حد ذاتها ، وأبعدته تماماً عن الحقائق.

وينبغي أن ننصت جيداً لنقصن الأطفال الخيالية لأن وراءها معنى ، والمهم أن يساعد الآباء الأبناء على التفرقة بين ما هو خيالي وما هو واقعي ، وأهمية التعامل مع الواقع وإدراك قيمته الحقيقية .

كما ينبغي أن نتكلم مع المناهج الدراسية قول الصدق للأطفال ، وإطلاعهم على الحقائق العلمية والتاريخية والسياسية ، لأن الصدق في التعلم هو السبيل لتحقيق مجتمع يقوم على قول الصدق والأمانة والتعامل مع الواقع بعيداً عن اختلاق الأكاذيب التبريرية التي تتناقض مع الواقع والتي تصدم الطفل حين يكبر ويستطيع الوصول إلى الحقائق ، مما يصطب لديه الانتماء ويهدد بنية المجتمع ويجعله أكثر انقساماً وتخللاً .

المشاكل الجنسية

تبدأ الحياة الجنسية للإنسان مع بداية حياته منذ الشهر الأول ، ولذلك ركزت بحوث التحليل النفسي على ما يسمى بالجنسية الطفولية حيث ينصرف اهتمام الطفل بالمناطق الشبقية في الجسم مثل اللق ومناطق الإخراج والأعضاء التناسلية ، وتقوم الحضارة الإنسانية في جعلها على الارتقاء بالجنسية الحيوانية في إطار اللذة المباشرة إلى اللذة الإنسانية المعنوية ، حيث تعمل التربية على التسامي بالغرائز الدونية للإنسان إلى اتجاهات أرقى وأبقى ، فاللذة الجنسية المباشرة هي ما بأسر الأطفال ، حيث تدور لذاتهم حول الجسم وخاصة الأعضاء الشبقية منه ، ولذا فإنه من الطبيعي أن تكون هناك مشاكل مرتبطة بالتربية الجنسية ، فإذا اضطرت التربية الجنسية في الطفولة اضطرت معها للجنسية الراشدة حيث نشهد ما يسمى بالإنحراف الجنسي مثل

إيمان العادات السرية والجنسية المعقولة (اللواط عند الذكور ، والسحاق عن الإناث) والرغبة الجنسية بالأطفال ، ومجامعة الحيوان ، والاحتكاك الجنسي في اللزحام ، والاعتصاب ، والسادية (إيقاع الأذى بالشريك الجنسي) ، والمزوخية (التلذذ بالإهانة والأذى) وارتدائه ملابس الجنس الآخر والفتيشية أو التعلق بشيء ما يستخدمه المحبوب تعلقاً جنسياً ... وغيرها من الاضطرابات الجنسية مثل رفض الجنس والعنة عند الذكور والبرود عند الإناث ، وآلام الجماع الجنسي ، وفقدان الرغبة الجنسية وعدم القدرة على الوصول إلى النشوة الجنسية ، والهوس الجنسي .. الخ .

ونظراً لكون الجنس هو محور الوجود البشري والمحصلة الكبرى للذة والسييل لحفظ النوع وتكوين الأسرة وتنظيم المجتمع وتحقيق الصحة النفسية ، فإن مراعاة التربية الجنسية والمعامل مع مشكلات النمو النفسي الجنسي يكون في غاية الأهمية في مراحل الطفولة .

وقد تعود المجتمع العربي على التعامل مع الجنس في الطفولة على كونه نشاط غير موجود أصلاً ، وينتكون أمر وجوده أو ارتفاعه للصدفة أو للعقائد الاجتماعية غير التربوية .

فمن المؤكد علمياً ويمكن ملاحظته من جانب المربين والراشدين الذي يقومون بالتعامل مع الأطفال في البيت أو الحضانه أو المدرسة أن الطفولة ليست بريئة من الأفعال الجنسية ، ولكن كيفية التعامل معها تكون مفهومة أو مكبوتة لأنها تثير القلق ومشاعر الخزي والشجول عند الكبار ، فينجبونها أو يهملوها ، وبالتالي تتفاقم وتصبح مصدرًا للتوتر والانتزاع الطفلي ، وقد تسبب له قلقاً مزماً يعوق تطوره الانفعالي السوي .

ومن أكثار المشاكل الجنسية شيوعاً في الطفولة ما يسمى الاستعناء الطفلي ، حيث يميل الأطفال فيما بعد الشهور الست الأولى من الحياة إلى التمثيل بأعضائهم الجنسية بمجرد أن تصل إليهم أيديهم ، وهذا السلوك طبيعي لا يحذر مشكلة إلا إذا طال الأمر عن حده وأصبحت عادة خاصة إذا كان الطفل من الأسر ذات المسدوبات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة ، والتي تترك أمثلها عرلة لفترة طويلة أو لا يوفر لديهم ما يستر عورتهم وتكون هذه الحالة لدى البنين والبنات على نحو مظاهر .

وقد تتطور الحالة إلى الوصول إلى قلق الأهل على البحث المتزايد من الطفل في أعضائه والتي قد تعود لأسباب طبية : فقد تنشأ هذه العادة بسبب وجود التهابات في الأعضاء التناسلية التي تجعله يرغب في تخفيف الألم بالاحتكاك مما يثيره جنسياً ، أو

قد يعود إلى حالات الإمساك أو الديدان المعوية أو التهابات المثانة والمجاري البولية . مع مراعاة أن تكون مقاصد الملابس الداخلية للأطفال مناسبة لأن ضيق الملابس أو الالتهابات التي تنتج عنها تسبب معاناة الأطفال وتجذب انتباههم إلى أبدانهم .

(درجلاى توم ، ١٩٥٨)

ولصرف انتباه الطفل عن بدنه يمكن توجيه انتباهه إلى أشياء محببة إليه مثل لعبة يشغل بها أو سور يشاهدها أو نحكي له حكاية تجذبه حتى ينصرف تدريجياً عن ممارسة العادة السرية .

ومن المشكلات الجنسية الشائعة هو ما يبدو من شغف الطفل للصغير بالنظر إلى جسمه عارياً أو النظر إلى الأجسام العارية لأبيه أو أخته ، فقد ينطمس من ثقب باب حجرة النوم أو الحمام ، وهو ميل إلى الاستطلاع واكتشاف المجهول ، وخاصة في الحالات التي يبقى الطفل ملازماً لفراش الأبوين فيما بعد السنة الثانية ، أو ينام معهما في نفس الغرفة ، حيث يمكن أن يكتشف العلاقة الجنسية الراشدة بين والديه دون أن يفهم له ما يجرى مما يجعله يسعى للحصول على هذه المعرفة بطريقته الخاصة ، فقد يتصنع النوم وهو يصغى بأذنيه إلى ما يحدث . ومن الأفضل في كل الأحوال أن يكون للأطفال غرفة منفصلة ، ويمكن أن ينام الطفل في غرفته من بداية عامه الثاني ، مع مراعاة حدود التدليل والالتصاق والتقبيل المسرف للطفل من ضمه أو التدليك المسرف في النظافة لأعضائه الجنسية ، أو الاهتمام بمظهره وهو عارى . ومن الأمور الجنسية التي تحير الآباء هي الأسئلة الجنسية التي تدور على لسان الطفل مثل : من أين يأتي الأطفال ؟ وما هو الفرق بين الولد والبنت ؟ أو قد يسأل الطفل عن اسم الأعضاء المخفية عند الأم أو الأب .

وكثيراً ما تثير هذه الأسئلة طاقة الخجل والإحراج لدى الوالدين ، حيث يدرك الطفل هذا الحرج ، ويدرك مدى كذب الوالدين في الإجابة عن تساؤلاته المحيرة .

وكثيراً ما يلجأ الأهل إلى خلق قصص للإجابة عن أسئلة الطفل ، مثل يأتي الأطفال من أمام الجامع أو أن طائر بعيد يذفقه لنا ، أو من بطن ماما أو من شئمة الدكتور أو الحكيم أو الداية هي التي أحضرتة . وكل هذه الإجابات الملتقطة لا تكفي لشغف الطفل حول معرفة الحقيقة التي يسعى إليها ، حتى لو أن الأبوين كلنا قد اقلنا بأن قصصهم أجابت عن أسئلة الطفل ، فستظل هذه الأسئلة قائمة حتى يقع في أيدي خادمة أو معلومات من الشارع أو الأقران عن حكاية الإنجاب ، ولكنه قد يتخبط في إدراكه وتكون معرفته الجنسية مرتبكة معاً قد يسبب له ارتباكاً وانشغالاً

بهذه الحقيقة في الوقت الذي يدرك فيه أن بطن أمه يكبر أثناء حملها ثم تعيب عنه الأم وتعود بطفل جديد ويتراجع حجم بطنها ، كل هذا يشير إلى حقيقة أن الطفل يدرك حقيقة الإنجاب ، ولكنه يبحث عن اليقين حول هذه الحقيقة . فمن الأفضل أن يعرف الطفل كل الحقائق الجنسية المتعلقة بالطبيعة الإنسانية ، لأن تجاهل المعرفة الجنسية يجعل الطفل في حيرة ، وتدفعه إلى الحصول على المعلومات التي نسله بصورة سوية منحرفة .

ومن المضاطر التي تقع على جنسية الأولاد هو الخطأ في أسلوب التنميط الجنسي أو اكتساب الهوية الجنسية ، فأحياناً ما ينكر الأهل جنس الطفل إذا كان ذكراً ، ويميلون إلى تسميته باسم حركي أنثوي ، وحببه عن الآخرين لفترة طويلة ، فيندفع إلى حيث يتكسب هوية جنسية مرتبكة ، وأيضاً كراهية الأهل للبلات خاصة إذا تعددت البنات ، ولم تحصل الأسرة على طفل ذكر ، خاصة إذا كانت الأم تنتظر ميلاد ذكر ، وجاءت المولودة أنثى ، وتختلف الاتجاهات نحوها مما قد يدفعها لكراهية جنسها ولحب الدور الجنسي الذكري مما يحوق تطور هويتها للجنسية الأنثوية .

ومن المعروف أن الانحرافات الجنسية وخاصة الجنسية العائلية تعود إلى اضطراب الدور الجنسي والهوية الجنسية ، فضلاً عن أن اضطراب الهستيريا يعود أساساً إلى سؤال للهوية الجنسية حين لا تستطيع البنت أن تتحدد جنسها ، وكذلك بالنسبة للذكور ، إلا أن حالات الهستيريا تكون نادرة عند الرجال .

ونظراً لأهمية الحياة الجنسية في تحقيق الصحة النفسية فإن تجاهل الأمور الجنسية في الطفولة يبحث على الشقاء الفردي والأسري في الرشد ، فمن الأفضل أن نعلم الأطفال المعارف الجنسية بكل دقة وصرامة منذ الطفول المبكرة ، وألا يتعامل الأهل بقلق وخوف حول الموضوعات الجنسية ، وخاصة العائلات السرية عند الأطفال ، والتي قد تكون وسيلة لتخفيف من الغلق والضغط الواقعة على الطفل ، مع أهمية معرفة من يتعامل معهم الطفل ، والإشراف على سلوكه بشكل لا يثير القلق أو الشغل ، مع تجنب الإسراف في العناق والتدليل والأمور التي تثير ميول الطفل الجنسية وعدم اللجوء إلى العقاب والتهديد ، بينما يجب أن نعلم الأبناء كيف يوجهون انتباههم إلى الألعاب السوية وتنمية الهوايات والمهارات ومناجعة النشاط للدراسي والاجتماعي حتى ينمو الطفل نمواً جنسياً وانفصالياً سويًا .

المشكلات الناجمة عن الإساءة إلى الطفل

Problems Related to Child Abuse

تشكل الإساءة إلى الطفل Child abuse مصدراً أساسياً للعديد من المشكلات البدنية والمعرفية والانفعالية ، وتعلو بالإساءة إلى الطفل كل سلوك من جانب الراشدين بسبب الأذى الجسمي أو النفسي للطفل ، فهناك الإساءة الجسدية بالضرب والتعنف للطفل والتجويع أو حرمان الطفل من الطعام لفترات طويلة ، والتقييد والحبس وتكليف الطفل بهام أو أعمال تتجاوز قدراته وحرمانه من التعليم واللعب ، وإهماله وتعنيفه لفظياً واحتقاره ، كما أن الإساءة الجنسية من أخطر ما يواجهه الطفل من الراشدين ، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال أو استخدامهم جنسياً منحرفاً قبل بلوغهم سن الرشد.

وتعود الإساءة إلى الأطفال إلى أسباب عديدة أولها اضطراب شخصية الأم واصابتها بالاضطراب النفسي أو تعاطي المواد المؤثرة نفسياً مثل المخدرات والكحول ، فضلاً عن افتقارها للتصحيح الانفعالي وعدم قدرتها على التجارب مع متطلبات مرحلة الطفولة كأن ترفض رائحة الطفل في حالة عجزه عن تنظيف نفسه وكثرة صراخه ، وما إلى ذلك ، فضلاً عن مدى استعدادها النفسي لتقبل الطفل ، وكثرة الشجار الأسري ، وغيرها مما سدرضه بالتفصيل في السياق التالي .

معدلات انتشار ظاهرة الإساءة للأطفال :

طبقاً للمؤشرات الإحصائية للظاهرة ، لا توجد للأسف إحصائيات دقيقة في مجتمعنا العربي على الرغم مما نشهده من مظاهر متعددة للإساءة إلى الأطفال ، وقد تكون النتائج صادمة إننا ما اهتمت مؤسسات رعاية الطفولة بهذه الظاهرة على نحو جاد ، بينما تشير الإحصائيات الغربية أن حوالي ٣ ملايين طفل مساء إليهم تم إحصائهم عام ١٩٩٤ بواسطة للمجلس الوطني الأمريكي لمنع الإساءة للأطفال.

وتؤدي الإساءة للأطفال إلى وفاة ما بين ٢٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ طفل كل سنة كما تسجل ١٥,٠٠٠ إلى ٢٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً من الإساءة الجنسية.

ومن بين الأطفال الذين يتعرضون للإساءة البدنية كان ٣٢٪ أقل من خمس سنوات ، ٢٧٪ بين ٥ - ٩ سنوات ، ٢٧٪ بين ١٠ - ١٤ سنة و١٤٪ بين ١٥ - ١٨ سنة . كما لوحظ أن أكثر من ٥٠٪ من كل الأطفال المساء إليهم والمهملين قد ولدوا قبل أوانهم ، وكان وزنهم أقل من الطبيعي عند الولادة.

أسباب الإساءة إلى الأطفال :

تتعدد الأسباب أو العوامل المؤدية للإساءة إلى الأطفال وأهمها أن الوالدين اللذين يوجهان الإساءة إلى الطفل كانوا أنفسهم ضحايا لاعتداء بنسب أو جنس أو وجودهم في وسط أسرى يعاملهم بعنف وقسوة مما جعلهم يكتسبون هذه العادات ويمارسونها مع أبنائهم . وقد يعتقد الأهل أن أسلوبهم للعنف في التربية هو الأسلوب الأمثل لتعليم النظام ، وهم لا يدرون أنهم يسبون ويؤذون أجسام ومشاعر أبنائهم .

كما تؤدي أحداث الحياة المضاعفة مثل الزحام الشديد والفقر والانعزال الاجتماعي وفقدان الأسرة لمصادر الدعم والبطالة إلى الإساءة إلى الأطفال وإهمالهم وزيادة العدوان الموجه إلى الطفل ، كما تعود الإساءة إلى اضطرابات نفسية وعقلية وسلوكية لدى الوالدين ، فالإنمان والأمراض العقلية تجعل الأب أو الأم غير قادرين على الحكم السليم في تقدير سلوكه الطفل وما يمكن عمله في عملية التنشئة الاجتماعية .

كما أن هناك من الأسباب التي تعود إلى الطفل نفسه والتي تجتهد أكثر عرضة للإساءة مثل إصابة الطفل بالتخلف العقلي أو أحد أشكال الإعاقة الحسية والبصرية والذين لا يكفون عن الصراخ وتعدد المطالب مما يجعلهم أطفال مزعجين بالنسبة للأهل ، ويتفجع الأهل للإساءة إليهم ، ويقر الأطفال المساء إليهم أن لأهلهم ينظرون إليهم على أنهم بطيئوا النمو ، سيئون ، قناتيون أو فوضويون خارج النظام .

وقد يؤدي فرط نشاط الطفل وحركته الزائدة إلى تعرضه للعدوان والعنف البدني . (Kaplan & Sackock, 1998)

وتعود أسباب الإساءة الجنسية للأطفال إلى وجودهم في بيئة يصاب فيها الراشدين بما يسمى بالتلويح الجنسي بالأطفال ، واختلاط الأتصاب أو العلاقات الصحارمية في الأسر المتضطربة ، أو وجود الأطفال في بيئات مدرسية أو ميدان عمل تجعل الظروف مهيأة للاعتداءات الجنسية على الأطفال .

المظاهر التشخيصية :

الإساءة الجسدية :

تبدو مظاهر الاعتداء البدني على الطفل بالجروح أو الكسور والرضوض والإصابات الداخلية في الصدر والأعضاء بصورة لا تتناسب مع ما يذكره الولدان عن إصابة الطفل أو أسباب إصابته ، وقد تكون آثار التعذيب واضحة مثل الحرق والتآثر في

مناطق معينة ، أو إطفاء السجائر في جسم الطفل ، وقد تكون هناك إصابات بالغة في الوجه والرأس والعمود الفقري ، ولا يصل للطفل إلى الطبيب أو المستشفى إلا بعد أن يفشل الأهل في تطبيب الطفل نتيجة لإصابته بالإغماء أوما إلى ذلك .

وعلى المستوى السلوكي فإن الطفل المشرروب أو المعتدى عليه بدينياً غالباً ما يبدو متسحباً ومرعوباً ومكتئباً وقلقاً مع شعوره بالإنحطاط ، وقد يبدو عدوانياً ومستهاماً، كما قد يعاني من صعوبات شاذية ومشكلات في العلاقات بالأقران وتكون لديه نزعات هازمة للذات مع أفكار وسلوك انتحاري .

الإساءة الجنسية :

يتم التعرف على الإساءة الجنسية من خلال تقرير الطفل عن الاعتداء الجنسي عليه من أحد الأشخاص المعروفين ، وفي الغالب لا يتم الإفصاح من جانب الطفل عن الاعتداء الجنسي عليه لشعوره بالذنب والخزي أو العار والفضيحة إذا ما تم انكشاف الأمر . وقد يتم الاعتداء الجنسي تحت التهديد وخاصة في بعض المدارس والنوادي التي يكون فيها بعض المعلمين الشواذ للذين قد توكل إليهم رعاية أو تعليم أو تدريب الأطفال ، وقد يأتي من الخادمت والمعلمين في النظافة وأصحاب العمل وما إلى ذلك .

وفي مثل هذه الحالات يلجأ الطفل إلى إخفاء مظاهر هذا الاعتداء خشية العار والفضيحة ، ولكنه قد يعاني آلام عضوية في منطقة الاعتداء الجنسي مما قد يكشف الأمر وفي هذه الحالة تزداد شعور الطفل بالخوف والخزي والذنب مع المشاعر الاكتئابية .

وفي حالات الاعتداء المحارمي (الاعتداء من الأب أو الأم أو الأخ والأخت والعم والخال وهكذا) فتكون الأمور أكثر تعقيداً ، فالأب المريض بالسحارم حيث يعتدى على ابنته فإنه يكسر العلاقة الأبوية ويهز ثقة البنت في الوجود مما يدفعه إلى التعامل معها بأسلوب الاستجابة المطلقة لمطالبها ، والتفيرة الشديدة عليها ، ومداينة كل سلوك تقوم به خشية أن تفضحه ، وكذلك للعلاقات المحارمية بين الأخوة والأقارب .

فمن الحالات التي تعاملت معها من خلال التحليل النفسي ، حالة الشاب الذي جاء يشكو من اكتئاب شديد ومشاعر ذنب مبرحة ورغبة في الانتحار مع فتيات من البكاء الشديدة ، وما إلى ذلك من أعراض مستخلطة بين الخوف والقلق والاكتئاب ، وفي مسار تحليله كشفت المستعديات عن قيامه بالانصاف الجنسي بأخته من الأب بعد أن تزوجت إتصالاً جنسياً كاملاً ، وفي شرح تاريخ الحالة ، كان الشاب وهو صغير

يلعب مع أخته أعباباً جنسية استمرت حتى البلوغ ، حيث كانت هناك ألعاب جنسية بالغة بدون اتصال جنسي كامل ، حتى كان زواجها الذي سمح بالاتصال للكامل مما فجر بنية الذنب والمشاعر الصادمة ، وهذا يعود إلى اضطراب أسرته حيث طلقت أمه وتزوج والده من والدة أخته التي كانت تصغره بأربع سنوات ، والمهم أن هذا الشخص لم يتمكن حتى الآن من الزواج على الرغم من بلوغه الأربعين من عمره وتطوره مشاعر ذنب خطيرة تجاه شكة في أن يكون ابن أخته من فتاح أفعاله الجنسية وليس من زوجها.

وفي حالة من حالات الإساءة الجنسية حالة مريض ذهاني كانت تختلط لديه أعراض البارانويا بالاكتئاب مع للسوك الاندفاعي ، وكان من أسرة شديدة المحافظة ، وكانت أمه على درجة عالية من القسوة والرغبة اللوسوانسية في النظام والنظافة ، وكانت توكل رعاية أبنائها لخادمة في حال نهبها للعمل في الوقت الذي يعمل فيه الأب طبيباً لا يجد وقتاً لرعاية أبنائه مع اتسامه بالدقة والنظام ، وكانت الخادمة على درجة مدنية من الأخلاق فكانت تمعد إلى تجريد الأبناء من ملابسهم ، هؤلاء الأبناء هي بنت في الثالثة ، وولد (للحالة) في الخامسة ، وولد يكبره بعام ونصف ، حيث تضع البنت مستلقاه على ظهرها ثم تضع الحالة عليها بوجهه ثم تسع الأكبر على ظهر الحالة بينما هي تمارس العادة السرية .. والأسوأ أن أمر هذه الخادمة لم يتكشف ، وظلت هذه الألعاب قائمة لغترة ، حتى كان البلوغ ، وتفجرت لدى المريض مشاعر عدائية شديدة تجاه الأخ الأكبر مع مشاعر رفض وإنكار لأخته التي سريماً ما تزوجت، ولكنه لم يحضر حتى عرسها ، وكان يتلصص عليها وهي عارية ، ويقوم بممارسة العادة السرية التي أسرف في ممارستها حتى التقى بأحد الشيوخ الذي جرم له هذه العادة فبدأت مشكلاته بأن ترك الجامعة وأصبح يهدى ويتهم الكبار بالانحراف واللواط ، وأن الجميع يضاجع بعضه بعضاً، وما إلى ذلك من الأفكار البارافوية والإضطهادية .. ولقد استمر تحليل هذه الحالة لأكثر من عامين حتى تم إزالة الآثار النفسية المدمرة لهذه الإساءة الجنسية .

وما أكثر ما يقابلنا في الحصص العلاجية من اعترافات بشأن الاعتداء من المغربيين أو الراشدين ، مما يكون له الأثر البالغ على البناء النفسي ، وما أكثر ما نشهد الانحرافات الجنسية في الرشد مثل الدعارة والضياع الأخلاقي المهين نتيجة لعلاقات محارمية مختلفة في الطفولة والمراهقة .

كما يؤدي الاغتصاب الجنسي للذكور والإناث إلى آثار نفسية بالغة قد تدفع بحالات كثيرة إلى قتل المعتدى أو قتل الضحية أو الانتحار ، مع معاناة الكثير من

الأطفال لاضطراب ما بعد الصدمة ، حيث يكون الخوف والأرق وعدم الاستقرار ، ومعاودة المشهد الصادم (الاغتصاب) وسيطرته على أفكار للضحية مع المشكلات الاجتماعية المعقدة المرتبطة على الاغتصاب ، وخاصة على الإناث إذ تم هناك غشاء البكارة والذي يمثل في مجتمعنا الشرقي جواز المرور للاستقرار الزواجي ، مما يشكل محنة نفسية واجتماعية شديدة .

الإساءة الانفعالية والإهمال :

تعد الإساءة الانفعالية شكل من أشكال الحرمان العاطفي الذي يناله الطفل مع الإهمال في الرعاية والتغذية، وتندرج الإساءة الانفعالية عن وجود الطفل في جو من ثورات الغضب والتجهم وغيباب الفرح وشيوع أجواء الحزن والكآبة وتداول ألفاظ وعبارات الحرمان والهموم والشكوى ؛ وعدم الاهتمام بالطفل ، مما يجعله بانساً عاجزاً تبدو عليه علامات سوء التغذية والانسحاب ، وكثرة إصابته بالأمراض والعدوى ، وقد يتأثر نموه العقلي وتراجع مهاراته الحركية ونشطته الاجتماعية ، مع اضطراب التعلم واللغة والاتصال . وفي حالات كثيرة قد يؤدي هذا النوع من الإساءة إلى موت الطفل أو اعتلاله الشديد .

وفي الغالب ما يعود الإهمال والإساءة الانفعالية إلى وجود الطفل في بيئة أسرية مضطربة ، فإصابة الأم بالاضطرابات الاكتئابية والذاتية يجعلها غير أهلة لرعاية الطفل مما قد يسبب له أعراض الإساءة الانفعالية والإهمال ، فقد ترى الأم أن لديها شيطان ، أو أنه السبب في شغائها ، أو أنها فقدت أبوه بسببها ، وما إلى ذلك من الأسباب التي تستدعي تدخل طبي وقانوني لعزل الطفل عن مثل هذه الأم أو الأب إذنا كان الاضطراب لدى الأب ، لكن الأمر يتعلق بالأم أكثر من الأب وخاصة في المرحلة الطفلية المبكرة .

كما تعود أسباب الإساءة الانفعالية والإهمال إلى عوامل اجتماعية مثل كثرة الأبناء والفقر والبطالة والإدمان والجريمة .

ومن الحالات التي قمت بدراستها تلك الفتاة التي فقدت أمها أثناء ولادتها مما جعلها مكفولة من جدتها لأنها التي توشحت بالسواد وظلت مكتئبة متجهمة لدرجة امتصت فيها الطفلة هذا السواد ، حتى طاردها لعدة سبب موت أمها ، وأصبح الاكتئاب لصيقاً لوجودها مما أعاقها عن مسايرة الآخرين ، فكانت معزولة ، تهمل نفسها ، وتكتم لنفسها الموت ، ونظرتها السلبية للحياة والتشاؤم والخوف من الارتباط الزواجي والتوجه الديني المتعصب طالبة للمغفرة على ذنب لم ترتكبه .

العلاج والوقاية من الإساءة والإهمال :

مع مراعاة القيمة العليا للطلق بوسقه الامتداد الطبيعي للوجود ، فإن المسؤولية تقتضي التدخل العلاجي للرسمى وغير الرسمى للأطفال المعساء إليهم، سواء بالعلاج الطبي والنفسى والتأهيلي والاجتماعى الشامل مع الأخذ فى الاعتبار علاج المناخ الأسرى وتنظيم العلاقات الأسرية المضطربة التى تؤدى إلى الإساءة إلى الطفل أو إهماله . وقد يصل الأمر إلى وضع الأسرة كلها تحت الوصاية الاجتماعية والقانونية مع التدخل العلاجي والإرشادى لتجنب كوارث تحل بالأطفال لوجودهم فى بيئة مسيئة .

أما ما يتعلق بالاعتداء الجسى أو الإساءة الجنسية فإن الأمر يتعلق بالثقيف الجسى السليم وتعليم الأطفال تجنب غواية الكبار والإفصاح بلا خجل عن أى محاولة للتحرش أو الاعتداء مع علاج الآثار النفسية السلبية المترتبة على الاعتداء الجسى .

مع الأخذ فى الاعتبار الأبعاد الاجتماعية للظاهرة ، فيجب توجيه الأسر الفقيرة والتى قد لا تجد مأوى لها أن ننظم أسرتها ونحدها من الإنجاب بدون داع وتطبيق القانون لتجريم عمالة الأطفال ، والإشراف المومسى على الأسر التى يتوقع أن ترتفع فيها معدلات الإساءة للأطفال ، مع المتابعة الميدانية الدقيقة لأماكن تجمع الأطفال ، واختيار المعلمين والمدرسين والمشرفين عليهم اختياراً دقيقاً حتى نتجنب حدوث أى شكل من أشكال اللغوابة أو الاعتداء الجسى . وفى كل الأحوال يتبغى أن يتم رعاية الأطفال بالصورة التربوية اللائقة ، وعدم ترك أمر رعايتهم للخادمات أو العاملين بالنظافة وإمداد الطفل بالمحرمات الكافية عن حياته الجنسية والعاطفية ، واختيار الأقران وأماكن الترفيه ، وإشباع الحاجات الأساسية للطفل ، وبناء تقدير الذات على أساس موضوعى والابتعاد عن أى شكل من أشكال الحرمان المكتسب التى قد تجعله فريسة للغوابة والانحراف ومادة سهلة للإساءة من جانب الآخرين .

المراجع

المراجع العربية :

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب للنفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- جون بولى اعتلاء ماري فرأى ، ترجمة السيد خيرى ، سمير نعيم ، فرج أحمد (١٩٥٩) : رعاية المفلول ونظور العبد ، القاهرة ، دار المعارف
- دوجلامى توم ترجمة اسحق رمزى (١٩٥٨) : مشكلات الأطفال اليومية ، القاهرة ، دار المعارف ، ط ٢
- وأفت السيد عسكر (١٩٩٠) : مدى فعالية اختبار تفهم الموضوع فى الكشف عن المؤشرات الأوديوية المسقطه لدى المصابين بالمخاوف المرضية ، دراسة تحليلية كليلنيكية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب جامعة الزقازيق.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : الأطفال التوحيديون : دراسات تشخيصية وبرامجية ، القاهرة ، دار الرشاا.
- عبد الستار ابراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى ابراهيم (١٩٩٩) : العلاج للملوكى للطفول والمرهق ، الرياض ، دار العلوم للطباعة والنشر ، ط ٢ .
- عبد الله عسكر (١٩٩٦) ، الاضطرابات النفسية وعلاقتها بتعاطى للمراهقين للبنابجو ، القاهرة ، مجلة لصحة النفسية ، مجلد ٢٧ العدد السنوى.
- عبد الله عسكر (٢٠٠٠) : منحل إلى التحليل النفسى اللاكانى ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الله عسكر (٢٠٠١) : الإكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- فاروق عبد السلام (١٩٨٢) : المعرفون ، تصنيفهم وخصائص الشخصية ، مجلة كيلة للتربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ع ١٠ ، .
- فرج عبد القاهر طه ، شاكرا قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح.

- لطفى بركات أحمد (١٩٨٤) : الرعاية التربوية للمعوقين عقلياً ، الرياض ، دار المريخ .
- لويس مليكه (١٩٩٨) : الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقالية ، القاهرة ، مطبعة فيكتور كيرلس .
- ماكل والتر (١٩٨١) ترجمة ممدوح سلامة : الحرمان من الأم ، إعادة تقيم ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- محمد شعلان (١٩٧٧) : الاضطرابات النفسية في الأطفال ، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدربية والوسائل التثقيمية ، ط٢ .
- مصطفى زبور (١٩٨٦) : في النفس ، بحوث مجمعة في التحليل النفسي ، بيروت ، دار النهضة العربية .
- ممدوح سلامة (١٩٩٠) : علم النفس للمقارن : في التعلق لدى الإنسان والحيوان ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
- نصره عبد الحميد جلجل (٢٠٠٣) : للدسلكسيا ، الإعاقة المنخفضية ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

المراجع الأجنبية

- * *Alexander. R. C. (1995)* : Current and emerging concepts in child abuse. *Comprehensive Therapy*, 21 (12). 726-730.
- * *American psychiatric Association (1994)* : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder DSMIV, Washington DC.
- * *Angold A, Costello EJ (1996)* : Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 35.
- * *Aram DM, Morris R, Hall NE, (1993)* : Clinical and research congruence in identifying children with specific language impairment. *J. Speech, Hear. Res.* 36 : 580.

- * **Baker L, Cantwell DP, (1990)** : The association between emotional/behavioral disorders and learning disorders in a sample of speech/language impaired children. *Adv. Learn Behav Disorder* 6 - 27.
- * **Baker L, Cantwell DP, (1989)** : Specific language and learning disorders. In *Handbook of Child Psychopathology*, ed 2. TH Ollendick, M Herson, editors, p 93. Plenum, New York.
- * **Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, (1994)** : Seven year follow-up of speech/language stability and outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 33 : 1322.
- * **Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, Waters, H, Inglis A, Lancee W, (1996)** : Long term consistency in speech / language profiles. II. Behavioral, emotional, and social outcomes. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35 : 815.
- * **Benasrich AA, Curtiss S, Tallal P, (1993)** : Language, learning and behavioral disturbances in childhood : A longitudinal perspective : *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 32 : 585.
- * **Brooks JS, Whiteman, M Finch SJ, Cohen P, (1996)** : Young adult drug use and delinquency : Childhood antecedents and adolescent mediators. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 35 : 1584.
- * **Buitelaar K, (1993)** : Self - injurious behavior in retarded children : Clinical phenomena and biological mechanisms. *Acta. Paedopsychiatr.* 56 : 105.
- * **Carpenter, M, Kennedy M, Armstrong A L, & Moore E (1997)** : Indicators of abuse or neglect in preschool children's drawings . *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.* 35 (4) 10 - 17.

- * **Chaffin M Kelleher K, & Hollenberg J (1996)** : Onset of physical abuse and neglect : Psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*. 20 (30) . 191 - 203.
- * **Crenshaw V B et al . (1995)** : When educators confront child abuse: An analysis of the decision to report. *Child Abuse and Neglect*. 19 (9) . 1095 - 1113.
- * **Dates R K, & Bross D C (1995)** : What have we learned about treating child physical abuse? a literature review of the last decade. *Child Abuse and Neglect*. 19 (4) - 463 - 473.
- * **Deitz R, Doueck, H & George N (1996)** : Reasonable cause; A qualitative study of mandated reporting. *Child Abuse and Neglect*. 20 (4), 275 - 387.
- * **Dodge K A Pettit, G S, Bates E & Valente E (1995)** : Social information - processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (4), 632 - 654.
- * **Duncan R D Saunders, B E Kilpatrick D G, Hanson R F & Resnick, H S (1996)** : Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, Depression, and substance abuse : Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66 (3), 437 - 448.
- * **Dykman R A, Mepherston B, Ackerman P T, Newton J E, Mooney D M, Wherry I, & Chaffin M (1997)** : Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*. 32 (1). 62 - 74 .
- * **Ellason J V & Ross. C A (1997)** : Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*, 80 (2). 447 - 450.

- * *Kinard E M (1995)* : Viother and teacher assessments of behavior problems in abused children. journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiat. 34 (8), 1043 - 1053.
- * *King BH (1993)* : Self - injury by people with mental retardation : A compulsive behavior hypothesis. Am. J. Ment. Retard. 98 : 93.
- * *Lahey BB, Applegate B, Barkley RA (1994)* : DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. Am. J. psychiatry 151 : 1163.
- * *Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J (1992)* : Oppositional defiant disorder and conduct disorders : Issues to be resolved for DSM IV, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 31 : 539.
- * *Leventhal M, Pew, M C, Berg, A T& Garber R B (1996)* : Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. Pediatrics. 97 (3) 331 - 335.
- * *Lewis DO, Lovely R, Yeager C, Ferguson G, Friedman M, Sloane G, Friedman H, Pincus JH (1988)* : Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murderers. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 27 : 582 .
- * *Lewis DO, Shanok SS, Lewis ML, Unger L, Goldman C (1984)* : Conduct disorder and its synonyms : Diagnosis of dubious validity and usefulness. Am. J. Psychiatry 141 : 514.
- * *Lundy MS, Pfohl BM, Kuperman S (1993)* : Adult criminality among formerly hospitalized psychiatric patients. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32 : 568.
- * *MacMillan H L, Fleming E, Trocme N, Boyle M H, Wong M Racine, Y A, Beardslee, W R, & Offord, D R (1997)*: Prevalence of

child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. 2 - 8 (2) 131-135.

- * *Maxfield M G, & Widom C S (1996)* : The cycle of violence. Revisited 6 years later. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 150(4), 390 - 395.
- * *Maziade M, Caron C, Cote R, Boutin P, Thivierge J (1996)* : Extreme temperament and diagnoses. Arch. Gen. Psychiatry 47 : 477. 1990.
- * *McMahon P, Grossman W, Gaffney, M, & Stanitski, C. (1995)* : Soft-tissue injury as an indication of child abuse. Journal of Bone and Joint Surgery-American Vol. 77 (8) . 1179 - 1183.
- * *McPherson W B, Newton E Ackerman P, Oglesby D M, & Dykman R A (1997)* : An event-related brain potential investigation of PTSD and PTSD symptoms in abused children. Integrative Physiological and Behavioral Science. 32 (1). 31 - 42.
- * *Meiselas KB, Spencer EK, Obreffield R, Peselow ED, Angrist B, Campbell M. (1989)* : Differentiation of stereotypies from neuroleptic - related dyskinesias in autistic children. J. Clin. Psychopharmacol 9 : 207 .
- * *Milner, J S, Halsey, I. B, & Fultz (1995)* : Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high - and low - risk for physical child abuse mothers. Child Abuse and Neglect. 19 (6). 767 -780 .
- * *Mullen, P E Martin L Anderson, J C Romuus S E & Herbison. G P (1996)* : The long-term impact of the physical , emotional, and sexual abuse of children : A community study. Child Abuse and Neglect. 20 (1), 7 - 21 .

- * *Peterson L W, Hardin I, & Nitsch M J (1995)* : The use of children's drawings in the evaluation and treatment of child sexual, emotional and physical abuse. *Archives of Family Medicine* 4 (5) . 445 - 452.
- * *Sadeh A, McGuire, P Sachs H Seifer R Tremblay A, Civita R, & Hayden R M (1995)* : Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34 (6). 813 - 819.
- * *Scerbo A S & Kolko (1995)* : Child physical abuse and aggression : Preliminary findings on the role of internalizing problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34 (8) 1060 - 1066.
- * *Sliverman A B, Reinherz H Z & Giaconia R M (1996)* : The long-term sequelae of child and adolescent abuse : longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*. 20 (8), 709 - 723.
- * *Steward JT, Myers WC, Burket RC, Lyies WB (1990)* : A review of the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29 : 269.
- * *Tiggany Flied, (2000)* : Child Abuse and Neglect , in , Alan Kazdin (ed.) *Encyclopedia of psychology* : American psychological Association, Oxford Uni. Press. Vol. 2. Pp. 61 - 65.
- * *Vitiello B, Jensen I'S (1995)* : Disruptive behavior disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* , ed by Kaplan. BJ Sadock, editors, p 2311. Williams & Wilkins, Baltimore.
- * *Wassennan GA, Miller L.S. Pinner E, Jaramillo B (1996)* : Parenting predictors of early conduct problems in urban, high - risk boys. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 5 . 1227.
- * *Wichstrom I, Skogen K, Oia T (1996)* : Increased rate of conduct problems in urban areas : What is the mechanism ? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 3 S : 471.

هذا الكتاب

من أوائل الكتب العربية التي تتناول الاضطرابات النفسية للأطفال وفتحاً لأحدث ما وصل إليه علم نفس الطفل والطب النفسي للأطفال من كشوف علمية وتشخيصات إكلينيكية مما يخدم الباحثين في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي للأطفال وتأهيل المعوقين عقلياً ، فضلاً عن أهميته للأباء والمربين للتعرف العلمي على المشكلات والاضطرابات التي قد تعوق نمو الطفل في أجوانب المختلفة فضلاً عن كونه يعد من المؤلفات التي تساعد على حماية الطفل من الاضطرابات في مراحل نموه المختلفة ، فهو مرجع في التشخيص والتنبؤ والعلاج والوقاية لمعظم ما يعانيه الأطفال من اضطرابات نفسية .

ويعرض الكتاب لمشكلات الإعاقات العقلية والاضطرابات النمائية المختلفة والمشكلات المتعلقة بالتعلم والمشكلات السلوكية والاضطرابات الوجدانية... فضلاً عن طيبة مشكلات الإساءة للأطفال وإشارها النفسية ومسجد القسري ما يبحث عنه في عالم الاضطرابات النفسية للأطفال .

الناشر

