



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مصطفى اسطمبولي معسكر

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق

موجه إلى طلبة السنة الأولى ماستر علم النفس العيادي

السداسي الأول

إعداد الدكتور: بوزار يوسف

السنة الجامعية: 2020 / 2021



جامعة مصطفى اسطبولي - معسكر  
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية  
قسم علم النفس و علوم التربية

معسكر في: 2021/01/27

الرقم: 1074 ق ع ن ع ت ك ع ا ا ج م ام/2021

# شهادة

يشهد رئيس قسم علم النفس و علوم التربية بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية بجامعة مصطفى اسطبولي - معسكر - بان الأستاذ بوزار يوسف أستاذ محاضر ب قسم علم النفس و علوم التربية تخصص علم النفس العيادي ، أنه قد درس مقياس علم النفس المرضي للطفل و المراهق لطلبة السنة اولى ماستر علم النفس العيادي السداسي الاول من تاريخ 2019 إلى غاية 2020.

- سلمت هذه الشهادة للإدلاء بها في ما يسمح به القانون.

رئيس القسم  
نيس قسم علم النفس  
و علوم التربية  
د. ورناني محمد



عنوان الماستر: علم النفس العيادي  
السداسي: الأول، بولوي، معسكر  
اسم الوحدة: وحدات التعليم الأساسية  
اسم المادة: علم النفس المرضي للطفل و المراهق  
الرصيد: 05  
المعامل: 02

أهداف التعليم: (ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر )  
تمكن الطالب من التعمق في مختلف الإضطرابات النفسية والسلوكية التي تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة والتمكن من تشخيصها وفق مختلف الصور العيادية .

المعارف المسبقة المطلوبة: ( وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر).  
ان يكون الطالب قد اكتسب المفاهيم الأساسية للنمو وأهم خصائص ومظاهر مرحلة الطفولة والمراهقة .

محتوى المادة: ( إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب )  
1- اضطرابات الطفولة :

- التخلف العقلي .
- اضطراب طيف التوحد .
- اضطراب نقص الإنتباه /فرط الحركة.
- اضطرابات التحكم في الاخراج (التبول الآرادي ....) .
- اضطراب قلق الانفصال .
- اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق).
- اللزيمات .

2- اضطرابات المراهقة :

- اضطراب التشوش و التحكم بالانفداع و المسلك .
- اضطراب التغذية .(- الشراهة في الاكل، فقدان الشهية العصبي .)
- اضطراب الهوية الجنسية (الجندر)
- الجنوح و الانحراف .
- الانتحار و المحاولة الانتحارية .

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة، امتحان.... إلخ ( يُترك الترجيح للسلطة التقديرية لفريق التكوين )

المراجع: ( كتب، ومطبوعات ، مواقع انترنت، إلخ)

- a. Ajuriaguerra J.de, Marcelli M . psychopathologie de l'enfant, paris, masson ,1984.
- b. American psychiatric Association, DSM VI. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, 4eme ed. trad. Fr. Paris, Masson, 1996.
- c. A. Ciccone, « l'éclosion de la vie psychique », in Ciccone A., Gauthier Y., Golse B. et stern D., naissance et développement de la vie psychique, Ramonville- saint Agnes, Erèse, 1997
- d. A. Ciccone, « l'éclosion de la vie psychique », in Ciccone A., Gauthier Y., Golse B. et stern D., naissance et développement de la vie psychique, Ramonville- saint Agnes, Erèse, 1997
- e. Ajuriaguerra J.de, Marcelli M . psychopathologie de l'enfant, paris, masson ,1984.
- f. American psychiatric Association, DSM VI. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, 4eme ed. trad. Fr. Paris, Masson, 1996.
- g. BowlbyJ. Attachement et perte 3 : Perte tristesse et dépression, trad. Fr., Paris, Puf, 1984.
- h. Brazelton T. B., et al. « Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère nourrisson, trad., Fr., la psychiatrie de l'enfant, vol.XXVI, fasc. 2, 1989
- i. Darya Vaasigh D. (1999) : Cent ans de répressions des violences aux enfants. Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité Le cas des médecins légistes de la fin du 19ieme siècle, *Rhei, Revue de l'enfance irrégulière*, numéro 2, 1999, <http://rhei.Revues.org>.
- j. Douville O. (2008) : *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités*, Nantes,
- k. Douville O. (2010) : Rencontres avec des mineurs sous la guerre errant dans les rues, *Le journal des psychologues*, N° 274, p. 24-30.



الصفحة	فهرس المحتويات
01	الهدف من المقياس
02	المحاضرة الأولى تمهيدية: مدخل إلى علم النفس المرضي
07	1- اضطرابات الطفولة
	المحاضرة الثانية: التخلف العقلي
12	المحاضرة الثالثة: اضطراب طيف التوحد
20	المحاضرة الرابعة: اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
27	المحاضرة الخامسة: اضطراب التحكم في الإخراج
33	المحاضرة السادسة: اضطراب قلق الانفصال
37	المحاضرة السابعة: اضطراب التناسق
40	المحاضرة الثامنة: اضطراب اللزمات
45	2- اضطرابات المراهقة
45	المحاضرة التاسعة: اضطراب التشوش والتحكم في الاندفاع والمسلك
54	المحاضرة العاشرة: اضطراب التغذية
60	المحاضرة الحادي عشر: اضطراب الهوية الجنسية
66	المحاضرة الثانية عشر: الجنوح والانحراف
75	المحاضرة الثالثة عشر: الانتحار والمحاولة الانتحارية
84	قائمة المراجع

**الهدف من المقياس:**

مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق هو موجه لطلبة السنة الأولى ماستر علم النفس العيادي (السداسي الأول)، والهدف من هذا المقياس هو تعرّف الطالب على علم النفس المرضي والتعمق في أهم الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة، كما يستطيع الطالب فهم أهم الجداول العيادية التي تميز كل اضطراب سواء عند الطفل أو المراهق، حيث تساعده هذه الجداول العيادية بوضع تشخيص محدد لكل اضطراب والقيام بوضع تشخيص فريقي بين عدة اضطرابات مشابهة من حيث الأعراض العيادية، يتم هذا بمعرفة مسبقة بالمدارس الكبرى في علم النفس ومراحل النمو النفسي جنسي، والنمو النفسي المعرفي وكذا النمو النفسي الاجتماعي والميكانيزمات التي تسيّره والعوامل التي تؤثر على نموه النفسي.

ومنه يعد مقياس علم النفس المرضي ركيزة أساسية في تخصص علم النفس العيادي يساعد الطالب على الفهم الدقيق والتحليل العميق لمختلف الاضطرابات النفسية التي تظهر عند الطفل والمراهق، وبالتالي فعلم النفس المرضي يعد جسر عبور بين المقياس الأخرى المدرّسة في التخصص، وهذا من خلال محتوى المحاضرات المدرجة في المقياس، بدأ بالاضطرابات النمائية في الطفولة كالتوحد بمختلف أنواعه، ثم يتعرف الطالب على التخلف العقلي أعراضه وأساليب التكفل بالأطفال المتخلفين ذهنياً، مروراً بدراسة النشاط الحركي المفرط ونقص الانتباه، ثم التعرف على اضطرابات التحكم في العضلات القابضة لدى الطفل (كالتبول والتبرز اللاإرادي) وتعبيراتهم النفسية وفق المقاربة التحليلية ومنه طرق التكفل بالاضطراب، ووقفاً عند اضطراب قلق الانفصال الذي يظهر عند الطفل وخاصة وأن هذا الاضطراب يتزامن مع بداية مرحلة التمدرس مما يصعب على العيادي التفريق بينه وبين اضطرابات أخرى مشابهة له مثل: الفوبيا المدرسية، كما يساعد هذا المقياس الطالب كمختص نفسي مستقبلاً من دقة الملاحظة لمثل هذه الاضطرابات، وكذا اضطراب اللزيمات واضطراب التناسق التي نجدها في الطفولة.

أما فيما يخص اضطرابات المراهق فقد تجلت في اضطرابات التغذية (كالشرهة، وفقدان الشهية) التي تتزامن وخصوصية المراهق في هذه المرحلة العمرية ومدى ارتباطها بالصورة الجسدية، ثم اضطرابات التشوش والتحكم في الدافع والتي تظهر على شكل رفض القوانين والقواعد ونظم الراشدين فهي تشكل خطراً على المراهق باعتبار أن تطور وتعقد الحالة قد يؤدي به إلى الجنوح والانحراف، واضطرابات السير وكذا السلوك الانتحاري كما هو موضح في محتوى المحاضرات.

## المحاضرة الأولى: مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل والمراهق

### 1- لمحة عن علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

حظي المراهق منذ بداية القرن التاسع عشر باهتمام كبير مع الدراسات على الخرف لكن الطفل واضطراباته بقي تقريبا غائبين عن دراسات علم النفس المرضي إلى أن قدم بينيه (Binet) اختبار الذكاء سنة (1905)، في نفس السنة قدّم فرويد (Freud) "ثلاث مقالات في النظرية الجنسية" لفتت أنظار الباحثين إلى نفسية الطفل واضطراباتها، وتوجه الاهتمام تدريجيا من فحص الذكاء إلى تكوين الطفل ونموه واضطرابات النمو (خاصة مع بياجى وفالون) (Piaget et Wallon).

وانطلاقا من القرن العشرين تطورت الدراسات على الأطفال المضطربين عقليا ونفسيا وأخذ الطفل مكانة معتبرة ككائن قائم بذاته، منفصل عن الراشد له مميزاته وخصائصه الصحية والمرضية. (خياط خالد، 2014: 20)

### 2- إشكالية السوي والمرضي (السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق):

تعتبر مشكلة السواء والاضطراب النفسي عند الطفل والمراهق مشكلة أساسية في الممارسة العيادية حيث تستدعي معرفة واسعة في علم النفس النمو والعلوم العصبية، نظريات الشخصية، نظريات علم النفس وخاصة نظريات علم النفس المرضي.

لهذا فمن الصعب على أي باحث في علم النفس المرضي أن يدع جانبا من مسألة الديناميكية التي توجه "السوي" و"المرضي"، التي تشكل موضوعه وهدفه في آن واحد، لأن هذا التخصص من علم النفس لا يقتصر على دراسة الحالات المرضية فقط كما قد يفهم من لفظه بل يشمل أيضا الحالات المتكيفة المندرجة في الحياة اليومية والمعروفة على أنها سوية، وقد يتخذها كمرجع لتحديد إلى أي مدى تبتعد الحالات الأولى بصفاتها مرضية عن خط التكيف الذي يميز الثانية، ومن ثمة فإن هدفه هو الوصول عن طريق تلك المقارنة المرجعية إلى تقريب الحالات المرضية من الحالات السوية باقتراح المناهج التشخيصية والعلاجية التي تقلص من حدة الانحراف عن خط السواء وتحقق للأشخاص قدرا من التكيف والتوازن النفسي (بن خليفة وسي موسى، 2010: 27).

لا يعتبر الأمر على هذه البساطة الظاهرة لأن الشخص طوال حياته تتعاقب عليه فترات من السقوط والنهوض في أمكنة مختلفة تجعل الحكم عليه في تلك الفترة أو في ذلك المكان على أنه "سوي" أو "مرضي" مهمة صعبة، هذا ما برّر وضع معايير محددة قدر الإمكان للتكيف أو التوازن النفسي أو الصحة وغيرها من العبارات الدالة على السواء (بن خليفة وسي موسى، 2010: 27).

### ماذا نقصد بالسوي؟

السواء يأتي من سوى الشيء: قومه وعدله وجعله سويا، والسواء هو العدل، نجد هنا معنى التوازن والعدل والتساوي- المعدل وهذا المفهوم يجعلنا نرى السواء في الأشياء المعتادة المألوفة التي لا تختلف عن ما هو شائع.

**في علم النفس:** الغير سوي يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف وجماعة معينة، لكن ما هو غير سوي لا يعني أنه مرضي (باتولوجي) بل أنه يختلف عن المعتاد ملاحظته، ولتفادي الغموض يجب تقويم: وصفي، كمي، كيفي ومثالي، لأن الغير عادي ليس مرضيا، والمعتاد ليس سويا بالضرورة (أحسن جاب الله، 2010: 07).

لا يوجد سواء مطلق، كل فرد سوي يستعمل في آن أو آخر من حياته آليات مرضية لكنّها مؤقتة وليست صلبة وهذا ما يفرّقه عن المريض الذي يستجيب دائما بنفس الطريقة.

وللإجابة على هذا التساؤل اقترح العلماء عدة معايير لتحديد السوي من بينها المعيار الإحصائي (critère statistique) والمعيار المقياسي (critère normatif) والمعيار الأخلاقي (critère axiologique).

**1- المعيار الإحصائي:** يعني أنّ توزيع الناس بين أسوياء شواذ يتبع توزيع منحنى (Gauss) للمجتمع العام، حسب منحنى قوس (Gauss) أغلبية الأفراد توجد في الوسط (المعدل) وما هو في بداية المنحنى أو في نهايته يعتبر كشاذ (Anormal) أي خارج عن المعدل، لكن ما هو شاذ ليس مرضيا بالضرورة، بل المرضي هو ما يختلف عن المألوف من الناحية السلبية (نقص في تأدية الوظائف، ألم ..).

غير أنّ هذا الواقع لا ينطبق من واقع الملاحظات العيادية من جهة وليس له فعالية بالنسبة للممارسة العيادية من جهة أخرى. (أحسن جاب الله، 2010: 07-08).

**2- المعيار المقياسي (المثالي):** يرى هذا المعيار السواء في توافق الفرد وامتناله لقوانين وقيم المجتمع. ويختلف هذا المعيار من مجتمع لآخر حسب ثقافته، معناه أن العيادي سيستعمل معايير مقاييس مفروضة من طرف واضع المقياس: هل الطفل الذي لا يستجيب لمقياس أسرته أو مدرسته أو جيرانه هو شاذ؟ هل الإمتثال بالمقياس هو معيار السوي؟

فيما يشترك أم يختلف واضع المقياس ومن يفرض عليه هذا المقياس؟ وما العمل في حالة ما إذا وضعت الجماعة مقياسا شاذاً؟.

نعرف اليوم أن بعض الاضطرابات تظهر على شكل امتثال كبير للوسط، مثلما هو الحال بالنسبة "للذات المزيفة" (Le faux Self) التي يتكلم عنها وينيكوت (Winnicott) والتفكير الإجرائي (La Pensé Opératoire) عند بيارمارتي، كل هذه العبارات عادة ما تطلق على الحالات التي تعاني مشكلة في الوظيفة الرمزية (Fonction Symbolique) ومن خلل في الحياة الهوامية (Vie fantasmatique) حيث الشخص الذي يعاني من هذه المشكلة يحاول الامتثال لمتطلبات الوسط الخارجي على حساب حياته النفسية الداخلية. (أحسن جاب الله، 2010: 07-08).

**النقد:** المهم هو ليس الامتثال الأعمى لقيم المجتمع أي المسابرة بل المهم أن تكون للفرد حياة فردية واجتماعية مثمرة وثرية لا في امتثال عقيم ينقي كل ابتكار.

هذا المعيار يتغير مع الزمن وحسب التطور الحضاري، إنه معيار كفي وليس كمي مثل الإحصائي، إنه حكم تصدره المجتمعات حسب مثلها الثقافية الدينية والاجتماعي. (معتصم ميموني، 2005: 36).

**-المعيار الأخلاقي (الوظيفي):** هذا المعيار هو القيمة المثلى (l'idéal) التي يسعى الفرد إلى تحقيقها والتي لا يمكن التحصل عليها في الواقع، غير أنها تلعب دورا تحفيزيا إذ تجعل الفرد يحس باستمرار تحقيقه الذاتي، هذا المعيار هو معيار دينامي، حيث الفرد لا يصنف إلى "عادي" أم "مرضي" إلى الأبد بل إن قدرته على التطور والإبداع هي التي تعبر عن معيار صحته النفسية.

لكنه من الصعب تحديد هذا المثال الذي يسعى إليه الفرد، حيث إذا كان نفسه مثال الجماعة تقع إذن في نفس المشاكل التي تميز المعيار المقياسي، أما إذا كان معيار ذاتي "الأنا المثالية" (Idéal du moi) سيصبح هذا المرجع النفسي يضغط ويسيطر على المراجع الأخرى (الاجتماعية) مسببا بذلك الآلام، والتي هي كذلك تصنف ضمن الشذوذ. هكذا تم تعريف السواء على أنه "أحسن نشاط نفسي ممكن".

يرى فرويد (FREUD) أن الفرق بين العادي والمرضي هو فرق كمي فقط، فحسب (فرويد) كل إنسان يعيش صراع عصابي في طفولته كما أنه يستعمل لحله نفس الآليات الدفاعية (Mécanismes de défense) التي نلاحظها في العصابات، حيث الفرق بين السوي والمرضي ما هو إلا فرق في المستوى أو الدرجة أكثر مما هو فرق في الطبيعة، ويكمن الفرق في السواء والشذوذ في النقاط التالية:

- في شدة النزوات (Pulsions) - في قوة الصراعات (Conflicts) - في أهمية الاستثمارات (Investissements) المضادة. (أحسن جاب الله، 2010: 07-09).

أما بارجوري (Bergeret) فهو يرى أن هناك بنيات عميقة (عصابية / ذهانية) تحدد الحالات "العادية" طالما تكون معوضة، أي طالما تسمح بتوافق وظيفي حسن، وهناك حالات لا بنيوية (non structurées) وهي الحالات الحدية (états-limites ou border -line) والتي تظهر بصورة "شبه السواء" لكنها دائما في حاجة إلى صرف كمية كبيرة من الطاقة كي تبدو متكيفة، لأن الحالات الحدية تفرض التوافق مع "مثال أعلى لنا" شديد المتطلبات أو التوافق مع مقياس الجماعة لتتمكن من الدفاع ضد الاكتئاب. (أحسن جاب الله، 2010: 07-09).

لقد عرّف بارجوري (Bergeret) السواء بأنه القدرة على التعامل مع الصراعات الخارجية والداخلية دون التخلي عن الحاجيات الشخصية العميقة ولا عن الكمون الإبداعي والقدرة على الابتكار. (أحسن جاب الله، 2010: 07-09).

#### - صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمرضي:

إنّ تحديد السواء على العموم صعب، لا توجد حدود بارزة بين السوي والمرضي وهذه الصعوبة تظهر بوضوح عند الطفل لأنه في سيرورة النمو:

- النمو مستمر: من أن الطفل مازال ينمو فليس له بنية ثابتة (نسبيا) مثل ما هو الحال عند الراشد، وظهور بعض الأعراض التي تشبه أعراض الراشد لا تعني بالضرورة أنّ هناك باتولوجية:

- حسب السن تظهر "أعراض" ليست كلها مرضية بل منظمة للنمو مثل قلق (حصر) الشهر الثامن، بعض الطقوس في المنام والغسيل... إنها تساعد الطفل على التحكم في دوافعه وفي المحيط الخارجي (معتصم ميموني، 2005: 37-38).

- بعض الأعراض مرتبطة بالظروف المعيشية : إنها انعكاس لهذه الظروف وتزول مع تحسن الوضع.
- النمو يمر بمراحل وكل مرحلة تأتي بإمكانيات جديدة تساعد على التخلص من صراعات المرحلة السابقة.
- النمو ليس متساويا في كل جوانبه: وظائف تتطور بسرعة وأخرى ببطيء . يظهر أيضا نكوص لكنه ليس دائما سلبيا بل يساعد على تجاوز صعوبات المرحلة.
- كثير من الباحثين وخاصة (H . Wallon) ركز على أهمية الأزمة، إنها مؤقتة ومنظمة بالنسبة (لفالون) الأزمة تساعد على القفزة النوعية التي تسمح بالتطور الصحيح.
- مع أن المراهق في تطور سريع وفي كل الجوانب، فهو يعيش أزمة بيولوجية نفسية واجتماعية هامة، هذا ما يجعله يقوم بسلوك غريب يأخذ أشكالا مرضية في بعض الحالات: الانطواء، الخجل، العدوان... إلخ، كل هذا لا يعني بالضرورة باتولوجيا بل غالبا ما يدخل في خصائص المرحلة والبحث عن الهوية وإثبات الذات ويزول هذا السلوك مع زوال الأزمة، وهذا الوضع يتطلب من المختص الدقة والحذر وعدم التسرع في التشخيص. وللمحيط العائلي دور كبير في مساعدة المراهقة على اجتياز الأزمة بسلام أو الغرق فيها حسب تسامحه وتفهمه (معتصم ميموني، 2005: 37-38).
- الفوارق الفردية: تحديد معدلات ومراحل لا يعني أن كل الأطفال يكتسبون المهارات أو المعارف في نفس السن، لكن هذا التحديد يعطي مؤشرا أي معدل إحصائي، ولذا يجب أخذ بعين الاعتبار الفوارق الفردية، كل طفل له إيقاعاته البيولوجية والنفسية، والمهم هو الانسجام الذاتي وتوازن الوظائف النفس-اجتماعية حركية.
- وضع الطفل في تصنيفات الراشد: لنحذر استعمال التصنيفات الخاصة بالراشد وتطبيقها على الطفل وهذا للأسباب التي ذكرناها سابقا، الطفل ليس راشد بل له خصائصه. (معتصم ميموني، 2005، 37-38).

## -I اضطرابات الطفولة

## المحاضرة الثانية: التخلف العقلي (الإعاقة الذهنية) (Retard mental)

## مدخل:

انطلاقاً من أوائل القرن العشرين وبالضبط في سنة (1911) خرجت إلى الوجود الأداة الأولى لقياس الذكاء (مقياس بنيه سيمون L'échelle de binet- simon) وفي سنة (1912) ابتكر العالم سترن (Stern) الصياغة الرياضية التي أعطى لها اسم المعامل العقلي (Quotient mental) ثم استعمل اسم معامل الذكاء (Quotient intellectuel) وحسبه فإن معامل الذكاء يعرف بأنه العلاقة بين العمر العقلي (Age mental) والعمر الزمني (Age Chronologique) لفرد ما والنتيجة تضرب في المئة (100).

وفي سنة (1921) ظهر أول دليل من طرف "الجمعية الأمريكية للقصور العقلي" حيث عرفت القصور العقلي بمعنى أن معامل الذكاء يساوي أقل من 70. (شويل، 2007: 10)

**تعريف التخلف العقلي:** عرفه (Jervis) (1952) على أنها "حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينية أثناء فترة التكوين".

عرفه (Dollavolta) على أنه عجز دائم للسياقات أو العمليات المعرفية يمنعه من القدرة على القيام بالمتطلبات الذاتية والاجتماعية. (شويل، 2007: 10)

كما يرى زازو (Zazzo) أن التخلف العقلي هو النقص الذي يتحدد بالمتطلبات الاجتماعية التي تختلف باختلاف المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، وباختلاف العمر، والذي يتأثر عن المحددات البيولوجية سواء كانت وراثية أو مرضية ذات الأثر الدائم. (Mises et al, 1980 :03)

كما عرفت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي سنة (2002): "التخلف العقلي هو عجز يتسم بقصور دال في الوظائف العقلية والسلوك التكيفي والذي يظهر في المهارات المفاهيمية، الاجتماعية والعملية، هذا العجز يظهر قبل سنة 18 سنة".

**تعريف التخلف العقلي حسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM5)** "هو اضطراب يبدأ خلال فترة التطور (النمو) مشتملا على العجز في الأداء الذهني والتكيفي في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية". يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

أ- القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحاكمة، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كل من التقييم العيادي واختبار الذكاء المعياري الفردي (QI أقل من 70).

ب- إن القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية، ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

ت- بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور (النمو)، أي قبل 18 سنة. (DSMV, 2013)

**أنواع التخلف العقلي:** يمكن تصنيف التخلف العقلي إلى ما يلي:

- **التخلف العقلي الخفيف (Léger):** معامل الذكاء يتراوح ما بين (50 à 70 - 55 = QI)

- **التخلف العقلي المتوسط (Moyen):** معامل الذكاء يتراوح ما بين (40 à 55 - 50 = QI)

- **التخلف العقلي الحاد (Grave):** يتراوح معامل الذكاء ما بين (20-25 à 35-40 = QI)

- **التخلف العقلي العميق (Profand):** معامل الذكاء يكون أقل من (20 = QI)

والجدول الموالي يوضح تصنيف التخلف العقلي والخصائص المميزة لكل نوع:

الفئة	نسبة الذكاء QI	الخصائص المميزة
التخلف العقلي البسيط	من 50 à 70 - 55 = QI	لديهم القدرة على التعلم والتأقلم في المجتمع بشكل مستقل دون مراقبة أو توجيه.
التخلف العقلي المتوسط	40 à 55 - 50 = QI	لديهم القابلية للتدريب على مهارات العناية بالنفس وبعض المهارات الاجتماعية، كما لديهم القدرة على التأقلم لكن لا يمكنهم الاستقلالية دون مراقبة.

التخلف العقلي الحاد	التخلف العميق
لديهم القدرة على تعلم الحد الأدنى من مهارات العناية بالنفس والكلام، يحتاجون إلى رعاية مكثفة.	يحتاجون إلى إشراف ورعاية دائمة، التحصيل اللغوي لديهم ضعيف، القدرة على الاعتناء بالنفس متدنية.
التخلف العقلي الحاد	التخلف العميق
لديهم القدرة على تعلم الحد الأدنى من مهارات العناية بالنفس والكلام، يحتاجون إلى رعاية مكثفة.	يحتاجون إلى إشراف ورعاية دائمة، التحصيل اللغوي لديهم ضعيف، القدرة على الاعتناء بالنفس متدنية.

(Mini DSM IV, 1996 : 51)

#### - أسباب التخلف العقلي:

- الأسباب الوراثية والجينية: كزواج الأقارب وخاصة في الأسر التي سبق وأن وجد فيها تخلف عقلي، بالإضافة إلى وجود خلل في الجينات، أو وجود التهابات دماغية (كالنزيف الدماغي...).
- أسباب قبل وأثناء الولادة: كإصابة الأم بالأمراض المعدية مثل: الزهري والحصبة، مما تؤدي إلى أعراض متفاوتة الخطورة مع تشوهات للجنين وتخلف عقلي (بن عربية وشوال، 2016: 156-157).
- العامل الريزي (Rhésus) عندما يكون غير متوافق بين الأم والطفل كأن يكون سالب عند الأم وموجب عند ابنها، لذا يجب إجراء تحليل الدم للأم قبل الحمل.
- الأدوية التي تستهلكها الأم أثناء فترة الحمل يمكنها أن تؤثر على الجنين.
- الولادة العسيرة، كاستعمال الملاقط (Forceps) مما يسبب التهابات دماغية أو نزيف.
- أسباب بعد الولادة: عوامل بعد الولادة ترتبط بأمراض الطفولة المبكرة كالحمى أو إصابة الطفل بأمراض معدية.
- الصدمات الدماغية التي يمكن أن يتعرض لها الطفل أثناء فترة الطفولة المبكرة.
- التخلف العقلي غير المرتبط بالأسباب العضوية: نذكر منها العوامل النفسية كالحرمان العاطفي المبكر، هذا فقد لاحظ أوبري (Aubry) أن حاصل النمو ينخفض بقدر ما ازدادت مدة الحرمان النفسي العاطفي، كما أن النمو يضطرب ويمس تدهور الذكاء العام وتكوين المفاهيم والتجريد، وضعف الفهم والتركيز (بن عربية وشوال، 2016: 156-157).

**المعطيات الابديمولوجية:**

يمس التأخر العقلي الخفيف ما بين (0,5 à 3%) لدى الأطفال في سن التمدرس، أي معامل الذكاء  $QI \leq 50$ . ونسبة (0,3 à 0,4%) بعد سن التمدرس.

**التطور:**

يظهر التأخر العقلي خلال فترة النمو، العمر والخصائص في البداية تعتمد على سبب المرض وشدة الخلل الوظيفي في الدماغ ويمكن تمييز أعراض التأخر الحركي، اللغة ويمكن التعرف على المعالم أو المراحل الاجتماعية في العامين الأولين من حياة الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية شديدة، في حين قد لا يمكن التعرف عليها عند المستويات المعتدلة حتى بلوغ سن الدراسة، حيث تظهر على صعوبات في التعلم الأكاديمي بشكل واضح. كما يمكن أن ترافق التأخر الذهني أعراض جينية وراثية جسدية مثل (متلازمة داون).

**التشخيص:**

- يجب التأكد من أن الطفل يعاني من الأعراض الموجودة في الدليل التشخيصي (DSM5)
- القيام بالفحص العيادي (l'examen clinique) مع الطفل والأولياء.
- تطبيق اختبارات ومقاييس الذكاء (مكعبات كوس، اختبار وكسلر للأطفال، رسم الرجل...).
- إجراء الفحص العصبي للطفل (examen Neurologique) مثل: (Scanner, EEG...)

**التشخيص الفارقي:**

قبل القيام باختيار التشخيص الإيجابي المناسب للحالة لابد من المختص النفسي القيام بتشخيص فارقي بين التخلف العقلي ومجموعة من الاضطرابات التالية:

- الذهان الطفولي - حالات الخبل - الإعاقة السمعية - الحرمان العاطفي - الصرع (ميموني، 2005: 205-206).

**التكفل بالمتخلفين عقليا (ذهنيا):**

**التكفل الطبي:** تقديم العلاج الطبي حسب الحالة، والرعاية الصحية العامة، وخاصة عندما يكون التخلف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية وعلاج أي خلل في أعضاء الحس، استخدام الأدوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

(Canouni .P & al, 1994 :59)

**التكفل النفسي:** يتم هذا العلاج من أجل التوافق النفسي وإكساب الطفل المتخلف الاستقلالية، فحسب الظروف التي يعيش فيها المتخلف، يجب التكفل بهؤلاء الأطفال عن طريق علاج نفسي على شكل (العلاج الإسنادي) يتمثل في إقامة أفواج للتعبير عن طريق اللعب، الرسم، ولعب الأدوار.

- بالإضافة إلى التكفل بالمحيط العائلي (الأسرة) للطفل المتخلف ذهنيا والتي تنعكس بدورها على الطفل مما يساعده على تخفيض القلق والتوتر، وتنمية إحساس إيجابي نحو الذات ومساعدته على تقبل ذاته.

- إعادة التربية النفسية الحركية وهي عبارة عن نشاطات حركية تساعد الطفل على التكيف مع النشاطات اليومية، كالنشاط البدني المكيف والتمارين الخاصة بالتوجيه في المكان والزمان وتطور الجانبية مما يساعده على تعلم بعض الأنشطة التربوية كالكتابة والقراءة. (Canouni, P & al, 1994 :59)

- استعمال نشاطات وتقنيات متنوعة لمساعدة الطفل على التعبير، والتكيف وتطوير قدراته النفسية والعقلية (كالمسرح، الرسم، البسيكودرام) (ميموني، 2005: 217).

**التكفل البيداغوجي:** وضع الطفل في مدارس متخصصة وأقسام مكيفة حسب إمكانياته مع أطفال من نفس المستوى كي لا ينمو لديه الشعور بالدونية والفضل، تتركز هذه النشاطات على أعمال واقعية تستدعي كمال النشاط الخاص بالطفل أي نشاطه الحسي الحركي وهذا لتطوير حركته الدقيقة ومهاراته اليدوية. ومساعدة الطفل على استثمار ذكائه المحدود إلى أقصى حد ممكن وتعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للمعرفة، ومساعدته على الاستقلالية في حاجاته الأولية.

- التدريب على السلوك الاجتماعي السوي والمقبول وتصحيح السلوك الخاطئ لمساعدته على اكتساب السلوكات التربوية والاجتماعية الهادفة (ابن الطيب فتيحة، 2011: 20).

## المحاضرة الثالثة: اضطراب طيف التوحد (Trouble Spectre de L'autisme)

### مدخل:

يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه أطفال هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل، وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كذلك الآثار السلبية التي تمس عدة مستويات نمو الطفل، الاتصال اللفظي وغير اللفظي والتواصل الاجتماعي والسلوك النمطي، مما يستدعي أساليب كفالة خاصة وبرامج تربوية مكثفة.

### 1- تعريف التوحد:

انصب اهتمام الطبيب الفرنسي (Henry Maudsley) (1867) على الأطفال الصغار الذين كانوا يعانون من اضطرابات عقلية شديدة تتصف بانحراف وتأخر وتشوه في سياقات النمو. بعدما كانت هذه الاضطرابات تنسب للذهان، وتحدث عنه لأول مرة في الطب النفسي العالم بلولر (Bleuler) (1911) على أنه شكل من أشكال الفصام، وهذا لوصف العرضية المرضية الفصامية عند الأشخاص البالغين الذين يعانون من عزلة اجتماعية مع انطواء على الذات (أحسن جاب الله، 2010: 212).

قام (Léo Kanner) سنة (1943) باقتراح مصطلح « autisme infantile » في مقال عنوانه (Perturbations autistiques du contact affectif) قدّم فيه بوضوح وصف كامل لتناذر مبكر يعاني منه الطفل المصاب بالتوحد، وأعطاه اسم : التوحد الطفولي المبكر " (Autisme infantile précoce) (أحسن جاب الله، 2010: 212).

**التوحد (autisme):** كلمة يونانية تعني نفسه، أو ذاته (Le soi même). فالتوحد هو اضطراب مستقل للطفولة ويتجلى بالعجز عن إقامة علاقات طبيعية مع المحيط واللامبالاة وبتكرار السلوك، وكلام غريب ومبهم ويظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل (بن عربية وشوال، 2016: 161).

تعريف ليو كانر: وصف (Léo Kanner) (1943) التوحد خلال الدراسة التي قام بها حول "تناذر التوحد" عند 11 طفل البالغين من العمر ما بين عامين ونصف إلى ثمانية سنوات، وتوصل إلى أن هؤلاء

الأطفال عاجزين على تكوين علاقات عادية مع الأشخاص والتصرف بطريقة عادية الجديدة منذ بداية حياتهم (ميموني، 2005: 71).

## 2- أعراض التوحد:

هناك عدة أعراض يعاني منها الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، حيث نجدها محددة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV-TR) كالتالي:

توافر ستة (06) أو أكثر من المواصفات المدرجة في (1) و (2) و (3) على أن تشمل على اثنين على الأقل من المجموعة (1) وواحدة على الأقل من كل المجموعة (2) و (3).

### 1- خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل، كما يظهر في اثنين على الأقل مما يلي:

- نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي مثل: التحديق إلى الآخر أثناء المحادثة، والتعبير الوجهي، والأوضاع الجسدية، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.  
- العجز عن إقامة علاقات بالأقران مناسبة لمستوى نموه.

- لا يسعى تلقائياً إلى مشاركة الآخرين في الترفيه أو الاهتمام أو الإنجازات، كأن لا يظهر أو يشير إلى الأشياء التي تحظى باهتمامه.

- الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية. (DSM IV TR, 2000)

### 2- خلل نوعي في التواصل، كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

- تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة، وغير مصحوب بمحاولة تعويضية من خلال طرق بديلة للتواصل كالإيماء أو المحاكاة الحركية.

- بالنسبة للأفراد القادرين على الكلام لديهم نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع شخص آخر أو مواصلتها.

- التردد أو التكرار الآلي للكلام، أو استخدام لغة شخصية شاذة.

- نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف أشكاله أو لعب أدوار الكبار، بما يلائم مستوى نموه الخيالي. (DSM IV TR, 2000)

### 3- التكرار الآلي لأنماط محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

- الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المكررة والمحدودة والشاذة في درجتها أو موضوعها.

- التمسك المتصلب بروتينات وطقوس معينة ليست لها ضرورة.
  - حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي. (DSM IV TR, 2000)
  - نمطية أو ثني اليد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم.
  - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.
  - تأخر وشذوذ الأداء في واحد على الأقل من المجالات التالية، حيث يبدأ قبل سن الثالثة:
  - التفاعل الاجتماعي المتبادل.
  - اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.
  - اللعب الرمزي والخيالي. (DSM IV TR, 2000)
- 3- أنواع التوحد:**

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (1994) أن هناك أنواع التوحد لكنها تندرج تحت العنوان الرئيسي للاضطرابات المجتاحة للنمو (les Troubles Envahissants de Développements) أو الاضطراب النمائي الشامل، والذي يضم أربعة (04) أنواع من الاضطرابات نعرضها فيما يلي:

**3-1- اضطراب التوحد (Trouble Autistique):** أو كما يسميه البعض توحد كانر (Autisme de Kanner) يتميز هذا الاضطراب بثلاثة أعراض رئيسية متمثلة في:

- ضعف في العلاقات الاجتماعية.
  - ضعف من ناحية التواصل اللفظي وغير اللفظي.
  - الاهتمامات والنشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي.
- كما تظهر لديه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد أو قلة التركيز أو نوبات غضب شديدة، وسلوك عدواني اتجاه نفسه أو غيره، كما قد يصاحبه في بعض الحالات انخفاض في نسبة الذكاء ويشترط أن تظهر الأعراض الأساسية للاضطراب قبل سن الثالثة.

**3-2- تناذر الأسبرجر (Syndrome d'asperger):** يتميز هذا الاضطراب ب:

- تشوه ملحوظ في التفاعلات الاجتماعية.
- سلوكيات متكررة ومقولة.
- بينما لا يلاحظ فيه أي تأخر نمو لغوي كما تبقى سوية سلوك التكيف والقدرات المعرفية.

(بن عربية وشوال، 2016: 165-167)

**- الفرق بين التوحد والأسبرجر:**

- يظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل بينما لا يكتشف الأسبرجر إلا بعد السنة السادسة وما فوق من عمر الطفل.
- يتميز التوحد بقصور واضح في اللغة وفي تكوين حصيلة لغوية بينما يتمتع الأسبرجر بحصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير .
- الطفل التوحدي منغلق على نفسه تماما بينما طفل الأسبرجر يحس بمن حوله ويتعرف عليهم ولكنه يعجز عن تكوين علاقات.
- 3-3- تناذر ريت (Syndrome de Rett):** ما يميز هذا الاضطراب هو أنه يظهر عند الإناث فقط، حيث يبدأ القصور النوعي (Déficiency Spécifique) بعد مرحلة نمو عادية تبلغ على الأقل ستة (06) أشهر، يبدأ بحركات الأيدي المقولبة واغتراب الحركات المقصودة وتدهور التنسيق الحركي وانخفاض الاتصالات الاجتماعية ونقصان في استعمال اللغة. (أحسن جاب الله، 2010: 210-211).
- 3-4- اضطراب الطفولة التفككي (Trouble Desintégratif de l'enfance):** يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث ويتم تشخيصه إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر، وبعدها يفقد المهارات التي اكتسبها ومن بينها:
  - ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي.
  - ضعف في التواصل الاجتماعي.
  - ضعف في المهارات الحركية.
  - سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات.
  - عدم التحكم في التبول.
 وتظهر هذه الأعراض بعد نمو سليم وطبيعي خلال العامين الأوليين أو قبل سن العاشرة.
- 4- المعطيات الابدئيمولوجية:**
- الانتشار: يبدو أن التوحد يصيب حالتين إلى خمسة حالات من ضمن 10000 طفل لا يبلغ عمرهم 12 سنة. (أحسن جاب الله، 2010: 210-211).

- سن ظهور الاضطراب: يظهر الاضطراب قبل سن الثالثة من العمر، لكن كثير من الأولياء لا يتفطنون دوماً لأعراضه وسماته ويرتبط اكتشاف الاضطراب مبكراً بقدرة الملاحظة التي يمتلكها الأولياء من جهة، وبشدة مظاهر الاضطراب من جهة أخرى. (أحسن جاب الله، 2010: 211).
- التوزيع حسب الجنس: يظهر اضطراب التوحد عند الذكور بضعف 3-5 مرات من عند الإناث، غير أن البنات التي يصبن يظهر عندهن اضطراب شديد في أغلبية الحالات.

#### 5- تشخيص التوحد:

يعد التشخيص العملية الأساسية لمعرفة ما إذا كان الطفل مصاباً باضطراب التوحد أم لا، لهذا فغالباً ما يصعب تشخيص التوحد في السنة الأولى والثانية من عمر الطفل، ويكون الاضطراب إلى حد ما قابل للتشخيص في سن الثالثة.

حسب كل من (Baird et al) (2003) يمكن تشخيص التوحد مبكراً من خلال الأعراض التالية:

- غياب المناغاة، والدلالات والرموز الاجتماعية في نهاية السنة الأولى.
  - غياب الكلمة في نهاية السنة ونصف.
  - غياب الربط بين الكلمات ومعانيها أو التقليد الفوري للغة في نهاية السنتين.
  - غياب اللغة والمهارات الاجتماعية مهما يكون عمره.
- كما تجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن تشخيص اضطراب التوحد إلا من خلال مجموعة من الأطباء المتخصصين في التخصصات التالية: طبيب عقلي للأطفال (Pédopsychiatre)، طبيب أطفال (Pédiatre)، طبيب أعصاب (Neurologue)، أخصائي نفسي (Psychologue)، أخصائي أرتفوني (Orthophoniste). (بن عربية وشوال، 2016: 168)

#### 6- أدوات تشخيص التوحد:

وللتوصل إلى التشخيص النفسي المناسب للحالة يجب على المختص النفسي القيام بتطبيق وسائل وأدوات في الفحص النفسي نذكر منها ما يلي:

- تاريخ الحالة (L'anamnèse) : كالعودة إلى الملف الطبي، الملف الدراسي، استفسارات العائلة.

- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) الصادر من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA).

- **المقابلة العيادية:** هذه المقابلة تكون مع أولياء الطفل المتوحد وهي مقابلة تشخيصية تتكون أسئلتها من 97 سؤالاً وتعرف بالمقابلة التشخيصية للتوحد (A.D.I) (Autism Diagnostic Interview) تتضمن الأسئلة المظاهر النمائية للطفل اللغوية، الحركية، والانفعالية من الميلاد إلى 3-6 سنوات.

(أحسن جاب الله، 2010: 225-226)

- قائمة شطب سلوك التوحدين **CHAT: (Chekliste For Autism in Toddl)**: وهو عبارة عن سلم تنقيطي للكشف المبكر « Dépistage précoce » للأعراض ابتداءً من (18) شهر، وضع من طرف (Baron Cohen) في لندن ويتكون السلم من: تسعة (09) بنود موجهة لأولياء (الإجابات تكون بنعم أو لا) وبنود أخرى موجهة للمختصين تخص:

- اللعب التخيلي.

- لفت الانتباه عن طريق الإشارة بالأصبع إلى الأشياء.

- الإتصال البصري.

- الإنجذاب والاهتمام بالضوء. (بن عربية وشوال، 2016: 169-170)

- **مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS):** يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة وضعه إيريك شوبلر (E. Schopler) يستلزم تطبيقه ما بين (30-40) دقيقة ويعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر له 15 درجة، ويقوم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

التقليد- الإدراك- حركة العضلات الدقيقة- حركة العضلات الكبيرة- تأزر اليد والعين- الأداء المعرفي العملي- الأداء، كما يضم سلم للسلوك يحتوي 43 بنداً يقيس أربع مجالات سلوكية وهي: الارتباط الوجداني - اللعب - الاستجابات الحسية - اللغة. (بن عربية وشوال، 2016: 169-170)

**7- التشخيص الفارقي للتوحد:**

يعتبر اضطراب التوحد من بين الاضطرابات النمائية التي تمس الطفل، والتي يصعب على العيادي التمييز بينها وبين اضطرابات مشابهة في بعض الحالات، لهذا فالقيام بالتشخيص الفارقي مهم جدا، لأنه يساعد المختص في فك التداخل الموجود بين بعض الاضطرابات من حيث الأعراض والتشابه في بعض السلوكيات، وفي كثير من الأحيان نجد اضطرابات أو إعاقات قد تختلط بأعراض التوحد فتعقد التشخيص، لهذا يجب على المختص النفسي التأكد من أنّ الطفل أو المراهق لا يعاني في الواقع من إحدى المشكلات التالية: التخلف العقلي - ببطء (تأخر) النمو - الاضطرابات السمعية - الاضطرابات اللغوية من النوع المزدوج - الأفازيا المكتسبة المصاحبة بالصرع - اللزيمات - الذهان الطفولي.

(أحسن جاب الله، 2010: 225-226)

**8- طرق التكفل بالأطفال التوحديين وأهم البرامج العلاجية:**

نعني بالتكفل النفسي تلك التقنيات العلمية ذات المقاربات النفسية العلاجية التي توضع في شكل برنامج متكامل ومتنوع الأشكال والأساليب لتطبق من طرف الأخصائيين: النفسي، الأطفوني والبيداغوجي، وكذا إدماج الأسرة وكل من له علاقة بالطفل التوحدي وكذا إدماجه في محيطه.

- برنامج (TEACCH): Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children حيث تم تصميم هذا البرنامج من طرف (إيريك شوبلر) (Eric Schopler) في الولايات المتحدة الأمريكية وعرف رسميا سنة (1972) وهو برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل، وتقديم المساعدة لأسرهم وتدريب العاملين والباحثين في ثلاثة (03) مجالات:

- التربية والتعليم للآباء والأمهات مع الطفل في المنزل.

- مساندة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحي والنفسي المساند لأسر وأطفال التوحد.

- كما يوفر أدوات التشخيص وإعداد برنامج التعليم الفردي للطفل التوحدي وبرنامج تنمية القدرات الاجتماعية. كما يأخذ هذا البرنامج بعين الاعتبار اضطرابات الإدراك الحسي، اضطرابات إدماج المعلومات والتوظيف الفكري أي اضطراب الوظائف الفكرية. (بن عربية وشوال، 2016: 169-170)

## - برنامج التواصل بتبادل الصور بكس (P.E.C.S):

(P.E.C.S) هو اختصار ل (Picture Exchange Communication System) وهو ما يعني باللغة العربية " نظام التواصل بتبادل الصورة" وقد تم تطوير هذا النظام كبرنامج بديل يتيح لأطفال التوحد أن يبدأ عملية التواصل، وقد لقي هذا البرنامج نجاحا وتقديرا عالميا بسبب تركيزه على عنصر المبادرة في التواصل، وقد استخدمت هذه الإستراتيجية في أنظمة علاجية متعددة على يد (Lori Frost et Andrew Bondy, 1994) ، حيث طوروا نظام التواصل بتبادل الصور لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل وخاصة الأطفال التوحديين الذين يعانون من تأخر في اكتساب الوسائل الوظيفية التي تمكنهم من التواصل بشكل سريع، يناسب هذا النظام بشكل كبير الأطفال الذين يعانون من صعوبات النطق ومحدودية التواصل وعدم المبادرة بالتواصل، وقام هذا البرنامج على الملاحظة بأن (80%) من الأطفال التوحديين لا يطورون ولا يوظفون اللغة في المواقف الاجتماعية المختلفة بشكل صحيح، إن هذا النظام العلاجي يجمع بين مبادئ تحليل السلوك التطبيقي والفهم الحالي لمراحل النمو النموذجي للطفل، بمعنى أنه يتضمن استخدام إجراءات سلوكية مثل: التحفيز المميز والتعزيز وإستراتيجية تصحيح الخطأ والتلاشي (أبو دلهوم جمال، 2005).

- علاج الحياة اليومية: طور هذه الطريقة الدكتور (كيوهيجاشي) ويعتمد على تدريب الطفل المتوحد ضمن مجموعة من الأطفال التوحديين أو الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى، تركز هذه الطريقة على الأنشطة الجماعية بين الأطفال التوحديين فيما بينهم، وكذلك مع أسرهم، مع الاهتمام بالموسيقى والرياضة والدراما. (الزريقات إبراهيم، 2005: 145)

- برامج علاج المشكلات الحسية: يعاني الأطفال التوحديين من مشاكل في الاستجابات الحسية حيث تظهر لديهم حساسية عالية من الأحداث، أو العكس تماما حيث تظهر لديهم استجابات حسية شاذة للألم، ويتم الآن استخدام عدّة برامج لعلاج هذه المشكلات مثل طريقة التدريب بالدمج السمعي، تنمية الإثارة البصرية والعلاج بالدمج الحسي والذي يعتبر من أكثر البرامج الحسية استخداما. (الزريقات إبراهيم، 2005: 145)

## المحاضرة الرابعة: اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

### (Trouble Déficit de l'attention avec Hyperactivité)

#### تمهيد:

يعتبر مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات التي ظهرت حديثاً ويعكس هذا المصطلح الصعوبات الإنتباهية التي تظهر بشكل واضح لدى الأطفال، وقد يصاحب هذا الاضطراب فرط في النشاط وقد لا يصاحبه.

لهذا يعتبر اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط (TDAH) من أهم الاضطرابات السلوكية التي تكون سبب طلب الاستشارة النفسية من طرف الأولياء، لأن الطفل يكون في حركة دائمة، غير قادر على البقاء في مكانه مع نشاط حركي شامل وغير منتظم، وغير هادف مع سوء التنسيق، وهو ما نحاول في هذه المحاضرة التطرق إليه بنوع من التفصيل.

**1. تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (TDAH):** ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أن اضطراب عجز الانتباه يعني عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت، أي صعوبة يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بنشاط ويكون نتيجة عدم القدرة على إكمال النشاط بنجاح. (فتحي مصطفى الزيات، 2001: 68)

يظهر عموماً في كل المواقف الاجتماعية، خاصة منها البيت والمدرسة، غير أن هناك بعض الحالات تتميز بظهور الاضطراب في موقف واحد فقط (فقط في البيت، فقط في المدرسة...). (أحسن جاب الله، 2010: 119)

هذا فقد وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الثالثة (DSM III, 1980) وصفا للطفل ذو الانتباه المضطرب والمصحوب بالنشاط الحركي الزائد: "بأنه الطفل الذي يتصف بالعجز في الانتباه والمتمثل في صعوبة التركيز، وعدم القدرة على إنهاء الأعمال التي توكل إليه إضافة إلى الحركة المفرطة دون هدف محدد". وفي الغالب يلاحظ على هؤلاء الأطفال أنهم لا يصغون جيداً إلى ما يقال لهم، كما يتسمون بعدم الثقة في أداؤهم لأي نشاط يتناسب مع سنهم. (فتحي مصطفى الزيات، 2001: 68)

يعرف اضطراب نقص في الانتباه في موسوعة علم النفس بأنه الطفل الذي ليس له القدرة على التركيز أو انتقاء المثيرات ويتسم بالاندفاعية وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل التحكم الذاتي. (السطيحة ابتسام والفخراني خالد إبراهيم، 2001).

كما وضع كل من (Frank et al) وصفا للأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بنشاط زائد بأنهم الأطفال الذين عادة ما يتصفون بانتباه قصير المدى، ويحولون توجيه انتباههم بصورة مرضية، يظهرون نشاطا حركيا بصورة أكثر في المواقف التي تتطلب ذلك، فقد ينتقلون من مكان إلى آخر بصورة مزعجة ومستمرة، وفي داخل حجرة الدراسة يخرجون كثيرا من مقاعدهم ويتجولون في الفصل، كما يكونون مندفعين ومتهورين ويقاطعون الآخرين أثناء الحديث ولا يصغون جيدا للحديث. (الزيات مصطفى فتحي، 2001: 68).

ما يميز هذا الاضطراب هو أنه غالبا ما يلاحظ فيه ارتفاع واشتداد أعراض هذا الاضطراب في المواقف التي تستدعي الانتباه (مثل: الاستماع للأستاذ، القيام بالفروض المنزلية، الأشغال المنزلية...)، إذ أن الفرد لا يتمكن من إنهاء عمله كما أنه يجد صعوبات كبيرة في تنظيم أشغاله، لا يستطيع الطفل المصاب بهذا الاضطراب أن ينتظر دوره في حالة نشاط جماعي، كما يتكلم مع زملائه خلال حصص عمل يشترط فيها السكوت، ولا يتمكن من المكوث جالسا في مكانه بهدوء بل يتحرك كثيرا ويلعب بالأشياء الموجودة أمامه. (أحسن جاب الله، 2010: 120).

ولو أن الاضطراب لا يشخص مبكرا، إنما هناك أعراض تظهر قبل السنة السابعة من العمر، حيث يلاحظ نشاط حركي مفرط عند الطفل كالجري دون انقطاع، والتغيير المستمر للنشاطات حيث يمر من نشاط إلى آخر دون إنهاء أي نشاط. (أحسن جاب الله، 2010: 120).

2- معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية: (DSM V, 2013)

بالعودة إلى هذا الدليل الخاص بأهم المعايير الخاصة بتشخيص هذا الاضطراب، فقد تم تصنيفها إلى فئتين وهي:

2-1 - عدم الانتباه (Inattention): توفر (06) ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/ الأكاديمية:

A- في غالب يخفق في إغارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلا إغفال أو تفويت التفاصيل العمل الدقيق...).

B- غالبا ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلا: صعوبة المحافظة على التركيز في المحاضرات...).

C- غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة.

d- غالبا ما لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية.

e- غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلا، صعوبة الحفاظ على الأشياء، فوضوي، غير منظم العمل).

f- غالبا ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهدا عقليا متواصلا (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل).

g- غالبا ما يضع أغراضا ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمفاتيح...).

h- غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي.

i- كثير النسيان في الأنشطة اليومية. (DSM V, 2013)

2-2 - فرط الحركة واندفاعية (Hyperactivité): (06) ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/ الأكاديمية.

a- غالبا ما يبدي حركات تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه. (DSM V, 2013)

**b-** غالبا ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده (في صفوف الدراسة...).

**c-** غالبا ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة.

**d-** غالبا ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

**e-** غالبا ما يكون متحفزا أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك.

**f-** غالبا ما يتحدث بإفراط.

**g-** غالبا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (لا ينتظر دوره في الحديث مثلا).

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

**i-** غالبا ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلا في المحادثات أو الأنشطة، قد يبدأ

في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الإذن). (DSM V, 2013 : P31-32)

### 3- أنواع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بإفراط حركي:

**3-1- اضطراب الانتباه مع فرط النشاط:** في هذا النوع يوجد لدى الأطفال ستة أعراض أو أكثر لعدم

القدرة على الانتباه مع وجود ستة أعراض أو أكثر مصاحبة من فرط النشاط مع وجود اندفاعية.

**3-2- اضطراب الانتباه بدون فرط النشاط:** وفي هذا النوع يوجد لدى الأطفال ستة أعراض أو أكثر

لعدم القدرة على الانتباه في حين يوجد أعراض قليلة لا تدل على إفراط في النشاط.

**3-3- الإفراط الحركي:** وفي هذا النوع يوجد لدى الأطفال ستة أعراض أو أكثر لفرط النشاط في حين

توجد أعراض قليلة لا تدل بدرجة كبيرة على الاضطراب في الانتباه. (كرجي مريم، 2010: 24).

### 4- المعطيات الابداعية:

- سن ظهور الاضطراب: إن الاضطراب يظهر قبل السنة الرابعة من العمر في 50% من

الحالات، لكنه في أغلب الحالات لا يشخص إلا بعد الدخول للمدرسة.

- الانتشار: إن هذا الاضطراب منتشر حيث يعتبر أنه يمس حوالي 3% من الأطفال.

(أحسن جاب الله، 2010: 120)

- **التوزيع حسب الجنس:** في المجموعات العيادية يلاحظ أن الاضطراب يظهر عند الذكور بضعف 6 إلى 9 مرات من عند الإناث، أما في المجتمع العام فإن الاضطراب يمس الذكور ثلاث مرات أكثر من الإناث. (أحسن جاب الله، 2010: 120)

#### 5- خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بإفراط حركي (نشاط زائد):

من المعروف أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أكثر عرضة للمشكلات السلوكية والوجدانية والأكاديمية، حيث تعاني هذه الفئة من مشكلات سلوكية، فهم أكثر عدوانية واندفاعية وتهورا.

- **الخصائص الاجتماعية:** الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يظهرون عددا من السلوكيات الغير مرغوبة اجتماعيا، مثل: عدم الالتزام بالتقاليد، عدم الثبات الانفعالي، كثرة التحدث ومقاطعة الآخرين أثناء الحديث، أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بإفراط حركي، يظهرون معدلا مرتفعا من السلوك التخريبي، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. (كرجي مريم، 2010: 36)

- **الخصائص المعرفية:** هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في الذاكرة والإدراك وتكوين المفاهيم، وقد يعانون من قصور في العمليات البصرية مثل: التخطيط وحل المشكلات والاحتفاظ بالمعلومات.

- **الخصائص التعليمية:** يواجه هؤلاء الأطفال أنماط متباينة من الفشل المدرسي على الرغم من امتلاكهم قدرات عقلية عادية وربما عالية، فيعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في القراءة والكتابة وإجراء العمليات الحسابية (مجدي الدسوقي، 2007: 43). تختلف هذه الخصائص المذكورة سابقا من طفل لآخر.

(كرجي مريم، 2010: 36)

#### 6- التشخيص:

يجب على العيادي أن ينتبه لكل استشارة يظهر فيها النشاط المفرط عند الطفل، حيث يجب عليه الاهتمام بتاريخ نمو الطفل، ويتم التشخيص الإيجابي للاضطراب حسب المعايير التشخيصية، حيث بعد التفكير في فرضيات تشخيصية مختلفة، يقوم الإكلينيكي بتفضيل واحدة حيث تتوفر فيها كل المعايير المشروطة كما يتبين في التعريف الإجرائي، وعادة يحتوي الفحص، الذي يتم التشخيص من خلاله، على عدة تقييمات متمثلة في:

- تاريخ الحالة (L'anamnèse): الملف الطبي، الملف الدراسي، خصائص الاضطرابات، استفسارات العائلة.

- تقييمات من خلال المقاييس والاختبارات النفسية والإسقاطية والسلام التقييمية (Patte noire, Child Behavior Checklist) ، كما يتم الفحص الطبي من طرف: طبيب الأعصاب المختص في طب الأطفال (neuropédiatre) وتشمل فحوصات بيولوجية، EEG ، بعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص التفريقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه. (أحسن جاب الله، 2010: 126-127)

7- التشخيص التفريقي: يجب على العيادي أن يتحقق من أن الطفل يعاني من النقص في الانتباه/النشاط المفرط بعد إلغاء كل الفرضيات الأخرى الخاصة بالاضطرابات الآتية:

- النشاط الكبير المناسب لسن الطفل الذي نجده عند بعض الأطفال الذين يتميزون بطاقة كبيرة ونشاط معتبر.

- يجب الحذر مع بعض الأطفال الذين يعيشون في محيط غير مناسب، محيط غير منظم، محيط همجي، لأنه من الصعب التمييز بين السلوك الناتج عن المحيط والسلوك النفسي المرضي.

- في حالة التأخر العقلي يجب اعتبار السن العقلي للطفل وليس السن الحقيقي، في عملية تشخيص اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط.

- لا يجب إضافة النقص في الانتباه/النشاط المفرط لدى الطفل الذي تم عنده تشخيص اضطرابات مجتاح للنمو (كالتوحد).

- يجب الاهتمام بتشخيص القلق الذي يمكنه أن يكون عرضا في اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط كما يمكنه أن يكون اضطراب قائم بحد ذاته ومصحوب بنشاط مفرط وسهولة الانصراف، لذلك الاهتمام بتشخيص القلق يسبق التفكير في تشخيص اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط.

(أحسن جاب الله، 2010: 126-127)

## 8- علاج الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/ النشاط المفرط:

يجد العاملون في ميدان الصحة النفسية صعوبات في إيجاد برامج علاجية ناجحة لهذا الاضطراب حيث تتضاءل النتائج، لهذا يعمل المختصون في محاولة الاعتماد على برامج متكاملة يشارك فيها الأطباء والأخصائيين النفسيين والمربين في وضع طرق واستراتيجيات علاجية تساهم في التخفيف من هذا الاضطراب. (عسكر عبد الله، 2005)

- **العلاج الطبي:** يمثل العلاج الطبي أحد أساليب التدخل الرئيسية لهؤلاء الأطفال ففي الغالب يتم الرجوع إلى بعض الأدوية مثل: الريتالين (Ritalin) والسيليرت (Cylert) والديكسيدون (Descedrine) حيث تعمل كمنشطات في سبيل زيادة قدرة الطفل على الاحتفاظ بالانتباه والإقلال من معدل النشاط الحركي وتحسين أدائه في المهام الحركية (عادل عبد الله محمد، 2003). وهو ما يجعل الهدوء يظهر على السلوك، لكن ينبغي الحذر عند وصف الدواء من آثاره الجانبية مثل: الإدمان، والأرق وفقدان الشهية وبالتالي يجب تكييف الجرعة وفق حالة كل طفل (عكاشة أحمد، 2010: 762).

- **العلاج المعرفي السلوكي:** يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من الأساليب المفيدة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بإفراط حركي حيث يتيح الفرصة للتحدث معهم حول ما نتوقه منهم والمشكلات التي تواجههم وسبل حلها وإشراكهم في إعداد خطط معينة للأداء وذلك من خلال إكسابهم بعض المهارات المعرفية وتدريبهم عليها في جملة من المواقف المختلفة ويمكن اللجوء من خلاله إلى التدريب على تقييم الذات والمكافئة الذاتية والمساعدة على تركيز الانتباه وتدريب الفرد على حل المشكلات، كذلك يمكن تدريبه على حل المشكلات الانفعالية التي قد يواجهها كالغضب والقلق (عادل عبد الله محمد، 2003).

- **العلاج النفسي:** العلاج الدوائي لا يكفي وحده لتحسين حالات تشتت الانتباه وفرط النشاط ولذا ينبغي التدخل بالعلاج النفسي والذي يتضمن برامج تعديل السلوك والإرشاد الأسري وبرنامج التعلم حيث يمكن مساعدة الطفل على تنظيم عالمه وتنظيم الأداء المعتاد للأنشطة والاستقرار مع أهمية تقبل الوالدين لاختلاف سلوك طفلهم عن غيرهم، كما أن العلاج الجماعي له أهمية إذ يفيد في رفع مستوى المهارات الاجتماعية وتقدير الذات وتطور مهارات اللعب الجماعي وتدريبهم من خلال الجماعة على تعلم الانتظار وتركيز الانتباه. (علي عسكر، 2005)

## المحاضرة الخامسة: اضطرابات التحكم في الإخراج (اضطرابات العضلات السارة /

### القابضة) (Troubles du Contrôle Sphinctérien)

تتفرع إلى نوعين هما التبرز (**Encoprésie**) والتبول (**Enurésie**)، وهي اضطرابات تخص إخراج البراز أو البول في أماكن غير مناسبة من طرف طفل يتميز بمستوى نمو يسمح له بالتحكم في العضلات القابضة، حيث وظيفة التحكم في السارة (Sphincter) يتطور تدريجياً مع مرور الزمن، كما أن تعلم النظافة يرتبط بعدة عوامل منها القدرة الذهنية والنضج الاجتماعي للطفل والعادات الثقافية والتفاعلات النفسية بين الطفل ووالديه (أحسن جاب الله، 2010: 154)، ويحتاج التحكم في العضلات السارة إلى شروط أهمها:

- نضج بيولوجي للمثانة وعضلات التحكم.
- تربية الطفل على النظافة وتعليمه عاداتها.
- علاقة وجدانية تجعل الطفل يرغب في النظافة ليسر أمه، وكى يسر نفسه ويشعر بنضجه ويفتخر بأنه أصبح أكبر (ميموني معتصم، 2005: 144).

#### 1- التبول اللاإرادي (**Enurésie**):

- **تعريفه:** التبول هو لاإرادي، أو متعمد، متكرر، يحدث نهاراً أو ليلاً، في الفراش أو في الملابس، بعد السن العادي لاكتساب النظافة الكاملة، بمعنى قدرة التحكم في وظيفة عضلات المثانة، والذي يحدد بخمس سنوات في المجتمعات الغربية، حيث يحدث هذا الاضطراب بصفة متكررة (على الأقل مرتين في الأسبوع) ومستمرة (تقدر بثلاثة أشهر) أو أن الاضطراب يتسبب في الشعور بالقلق وفي اضطراب النشاط الوظيفي للطفل. أما في مجتمعنا، فيجب مراعاة الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل والطرق التربوية المنتهجة لتحديد سن تعلم النظافة، ويمكن اعتبار أن الطفل قد اكتسب التحكم في مثانته عند دخوله للمدرسة. (أحسن جاب الله، 2010: 155)

هذا وقد عرف التبول عدّة تقسيمات، فقد قسم حسب تاريخ ظهوره إلى:

- **تبول أولي (**Enurésie Primaire**):** وهو يشكل ما يقارب 80% من حالات التبول، سمي أولياً لأن الطفل لم يتحكم في البول منذ ميلاده، فقد أرجع دوشي (**Duché**) سببه إلى تهاون الأم التي عودت

الطفل على البلب مما جعله لا ينزعج منه ولا يستيقظ حين يبلل بطانيته، يظهر التبول الأولي أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقى طفوليا ويفضل أي يبقى "الصغير الأبدي"، يمكن أن يعزى أيضا في بعض الحالات إلى التعلم المبكر والمتصلب للنظافة مع استحواذ الأم، حيث يظهر التبول الاعتراضي والانتقائي، كما يظهر لدى الأطفال عميقي النوم، ويقول كثير من الأشخاص أنهم حلموا بذهابهم إلى المرحاض وقضاء حاجاتهم فيه. (ميموني معتصم، 2005: 144)

- التبول الثانوي (**Enurésie Secondaire**): يعاني منه 10% من الأطفال الأقل من 15 سنة، 01% منه فقط يبقى إلى الرشد، يظهر عند الطفل بعد اكتسابه التام للنظافة، وهو عموما نتاج صدمات (أمراض أصابت الطفل، مرض الأم، ميلاد أخ، دخول إلى المدرسة...). يزول هذا التبول عادة بعد زوال الظروف المنتجة له، خاصة إذا كان المحيط متفهما ومرنا، كما يزول مع النضج الوجداني للطفل. (ميموني معتصم، 2005: 144-145)

- معايير تشخيص اضطراب التبول (**Enurésie**) حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (**DSM 5**):

- A- إفراغ متكرر للبول داخل الفراش أو في الملابس (سواء كان غير إراديا أو عمدا).
- B- السلوك عام سريريا (عياديا) كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود إحباط هام سريريا أو انخفاض في الأداء الأكاديمي (المهني)، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.
- C- العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).
- D- لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل: الأدوية المضادة للذهان)، أو عن حالة طبية أخرى (مثل: السكري، الحلق المشقوق، اضطراب صرعي). (DSM V, 2013)

- المعطيات الابدديميولوجية:

- سن ظهور الاضطراب: يعتبر مبدئيا أن السن الذي يظهر فيه الاضطراب هو خمس (05) سنوات بالنسبة للتبول الأولي، بينما تظهر أغلبية حالات التبول الثانوي بين 5 و 8 سنوات.
- الانتشار والتوزيع حسب الجنس: 5 سنوات: 7% من الذكور و 5% من الإناث، 10 سنوات: 3% من الذكور و 2% من الإناث، 18 سنة: 1% من الذكور ويكاد ينعدم عند الإناث.

- **العوامل المؤهلة:** يبدو أن التأخر في نمو عضلات المثانة، وتأخر وظيفة التحكم فيها تلعب دورا في هذا الاضطراب، حيث يتعلم الطفل العادي التحكم في عضلات المثانة بصفة تدريجية وفق النمو العصبي العضلي والمعرفي إضافة إلى تأثير العوامل الانفعالية والاجتماعية والتربوية، كما يحتمل وجود عوامل وراثية تتدخل في تعلم عملية النظافة، فإذا ظهرت مشكلة في أحد العوامل السابق ذكرها سيتأخر حتما تعلم التحكم في عضلات المثانة. تبين الإحصائيات أن 75% من المتبولين لهم أحد الأولياء (عادة الأب) كان متبولا، غير أن هذا لا يعني حتما أن التبول هو وراثي بل يمكن شرح هذا الأمر بالتسامح الأكبر تجاه الاضطراب إلى جانب عوامل نفسية اجتماعية تؤثر على تعلم النظافة. (أحسن جاب الله، 2010)

بينت بعض الدراسات أن الأطفال المتبولين يمتلكون مثانة ذات سعة عادية من الجانب التشريحي لكنها ضيقة من الجانب الوظيفي حيث الطفل يحتاج إلى تفريغها رغم احتوائها لكمية قليلة من البول. كما يرى البعض أن التبول يحدث في الثلث الأول من فترة النوم، والبعض الآخر أنه يحدث في فترة الحركات العينية السريعة (Phase de Mouvements Oculaires Rapides) بل أن الطفل يتذكر بأنه كان يحلم بأنه استيقظ وتوجه للمرحاض وتبول فيه قبل أن يستيقظ فعلا ويعي بأنه كان يحلم وتبول في فراشه، كما يرتبط التبول عند العديد من الحالات بضغط نفسي اجتماعي مثلما هو الحال عند إصابته أو أحد الأولياء بمرض والاستشفاء أو دخول الطفل للمدرسة أو فراق أو ليائه، أو ميلاد أخ صغير أو غيرها من الحوادث الحياتية التي تؤثر على أحاسيس الطفل ومشاعره فتجعله ينكص تعبيراً عن معاناته وحاجاته للانتباه والرعاية. (أحسن جاب الله، 2010: 158)

- **التشخيص الايجابي:** يجب العودة إلى المعايير المشروطة كما يتضح في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5)، وعادة يحتوي الفحص الذي يتم التشخيص من خلاله، على عدة تقييمات متمثلة في:

- **تاريخ الحالة (L'anamnèse):** الملف الطبي، الملف الدراسي أو المدرسي، خصائص الاضطرابات، استفسارات العائلة، كما يتم الفحص الطبي من طرف طبيب الأعصاب المختص في طب الأطفال وتشمل: فحوصات بيولوجية، EEG، وبعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص التفريقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه. (أحسن جاب الله، 2010: 159)

- **التشخيص التفريقي:** يجب التحقق من غياب اضطراب عضوي يتسبب في التبول.

- أهم أساليب وطرق التكفل بالأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي:

- العلاج السلوكي: يستخدم فيه تقنيات عدة أبرزها:

- طريقة المنبه: حيث يوضع منبه يدق بصوت قوي بمجرد تبلل فراش الطفل بالببول الذي يغلق الدارة الكهربائية المفتوحة بين صفيحتين معدنيتين موصولتين بالمنبه بواسطة سلكين ناقلين. هكذا يعمل الببول كوسيط ناقل للتيار الكهربائي مما يؤدي إلى اشتغال المنبه.

- طريقة النجوم: تعتمد هي كذلك بصفة يومية، لكي توضع نجمة ذهبية (أو أي رمز ثمين أو محبوب من قبل الطفل) أمام الأيام التي لم يتبول فيها وتهمل الأيام المبللة. بعد ذلك يتحاور المعالج والطفل حول الأيام الجافة، ويركز الأخير حديثاً على تمنيها وتشجيع الطفل على المزيد من التقدم.

- العلاج النفسي: يهدف إلى التعرف على شخصية (نفسية) الطفل وكشف مشاكله وصراعاته وخصائص محيطه الأسري والمجتمعي، ومن خلال ذلك يحدد طريقة العلاج اللازمة أو المناسبة، ومن أبرزها:

- توجيه وإرشاد الوالدين (La Guidance Familial): إلى كيفية التعامل مع الطفل ومعالجة اضطرابه بالأساليب الصحية، حيث يقوم المعالج بتعليمهم الحوار مع طفلهم وطمأنته وإشعاره بالحب والثقة في نفسه. ويحث الوالدين على ضرورة التخلي عن الأساليب التربوية الخاطئة كالضرب المبرح والتأنيب المحبط والعقاب المجحف، لأنها تنعكس بصفة سلبية وتزيد من تفاقم الاضطراب. (ميموني معتصم، 2005: 147)

### 1- التبرز (Encopresie):

**تعريفه:** التبرز اضطراب وظيفي يصيب الإخراج الشرجي، يشخص عند الأطفال ذوي عمر عقلي يفوق الأربع سنين، يحدث التبرز أثناء اليقظة (نهاراً) وهو لا إرادي وغير مضبوط، يكون في الملابس أو على الأرض، ويجب أن يتكرر هذا السلوك بصفة منتظمة يحدث على الأقل مرة كل شهر ويستمر لمدة ثلاثة (03) أشهر، أما في الليل فيبقى الطفل نظيفاً، كما يجب التأكد من غياب سبب عضوي في حدوث الاضطراب، كذلك يتفرع التبرز إلى نوعين، التبرز الأولي (Encopresie Primaire)، حيث لم يسبق للطفل أنه تحكم في وظيفة التحكم في العضلات المعوية، وتبرز ثانوي (Encopresie Secondaire)

حيث زال التحكم في العضلات المعوية بعد أن عرف الطفل مرحلة نظافة، لكن هذان الشكلان لا يتمايزان بشكل واضح للممارس العيادي. (أحسن جاب الله، 2010: 159).

- معايير تشخيص التبرز (Encopresie) حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5):

**A** - إفراغ متكرر للبراز في مواضع غير مناسبة (مثل اللباس أو الأرضية) إراديا أو بشكل غير إرادي.

**B** - هناك على الأقل حادثة كهذه في الشهر لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.

**C** - العمر على الأقل أربع (04) سنوات، أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي.

**D** - لا يعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة، أو عن حالة طبية أخرى باستثناء آليات تتضمن الإمساك. (DSM V, 2013)

- المعطيات الابدليميولوجية:

- سن ظهور الاضطراب: مبدئيا يعتبر أن الطفل الذي يبلغ أربع سنوات من العمر العقلي والذي لم يكتسب التحكم في العضلات السارة هو طفل يعاني من تبرز أولي، كما أن الطفل الذي سبق له أن اكتسب النظافة (في أربع سنوات من عمره) لكنه فقدتها (بعد السنة الرابعة من العمر، عادة بين 5 و 8 سنوات) هو طفل يعاني من اضطراب التبرز الثانوي. (أحسن جاب الله، 2010: 159)

- الانتشار والتوزيع حسب الجنس: بعد 4 سنوات 1.5% عند الذكور و 0.5% عند الإناث، بين 10 و 12 سنة نجد أن 1.3% من الذكور و 0.3% من الإناث يتبرزون في ثيابهم.

- العوامل المؤهلة: يعتبر أن اضطراب التبرز هو مشكلة معقدة تتدخل فيها عوامل فيزيولوجية ونفسية واجتماعية، حيث يبدو أن غياب (أو تأخر) تعلم النظافة يؤثر على مرحلة اكتساب وظيفة التحكم في العضلات المعوية، يبدو أن التبرز يحدث عند بعض الأطفال عندما يواجهون مواقف انفعالية مثل الغضب والقلق والخوف وغيرها، كما نجد كذلك أغلبية الأطفال يعانون من اضطراب التبرز هم أطفال مصابون بإمساك مزمن يؤدي إلى فياض في الثياب. كما يظهر في حدوث أو غياب العوامل السابق ذكرها) أن التبرز هو كفاح من أجل السلطة (Lutte de Pouvoir) بين الطفل ووالديه يدور حول الاستقلالية الذاتية والتحكم، أما بخصوص الأطفال الذين اكتسبوا قدرة التحكم في العضلات المعوية

ويتعمدون في التبرز في أماكن غير لائقة فهم عادة يعانون من اضطراب عقلي يتطلب التشخيص والعلاج المناسب له. (أحسن جاب الله، 2010: 159)

#### - التشخيص الإيجابي:

يجب العودة إلى المعايير المشروطة كما يتضح في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5)، وعادة يحتوي الفحص الذي يتم التشخيص من خلاله، على عدة تقييمات متمثلة في:

- **تاريخ الحالة (L'anamnèse):** الملف الطبي، الملف الدراسي أو المدرسي، خصائص الاضطرابات، استفسارات العائلة، كما يتم الفحص الطبي من طرف طبيب الأعصاب المختص في طب الأطفال وتشمل: فحوصات بيولوجية، EEG، وبعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص التفريقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه. (أحسن جاب الله، 2010: 159).

- **الخصائص العيادية:** يمثل التبرز عند بعض الأطفال سلوكا منحرفا عندما يغضب الطفل على والديه ويسلك مزعج من نوع المعارضة و التحد، حيث يتكرر هذا السلوك "كأن" الطفل يحاول جلب اهتمام الغير بطريقة سلبية باحثا عن رد فعل سلبي لسلوكه، يعبر التبرز عند بعض آخر الأطفال عن اضطراب ناتج عن فترة ضغط عاشها الطفل مثلما هو الحال بعد ميلاد أخ أو أخت، وعادة يحدث التبرز بصفة عابرة ولا يستجيب لكل معايير الاضطراب. كما يمكن إن يحصل التبرز عند الطفل غير إرادية عندما يكون مشغول (حالة تركيز عميق) بنشاط ولا يشعر بما يحدث له، وفي حالات أخرى يتبرز الطفل ثيابه بصفة لا إرادية نتيجة إمساك مزمن للبراز.

- **التشخيص التفريقي:** - يجب التحقق بأنه لا يوجد اضطراب عضوي تسبب في المشكلة.

- يجب التحقق من أن الطفل لا يعاني من تأخر عقلي.

#### - طرق التكفل وعلاج التبرز:

بالنسبة للتبرز ذي الأسباب النفسية، يقدم عمل علاجي مع الطفل والعائلة أيضا، يعمل المختص النفسي على تحسين وتقوية العلاقات الأسرية الودية الإيجابية، والعمل على اكتساب الطفل استقلالية في تسيير اضطرابه (كالذهاب إلى المراض)، والرفع من قيمة اتجاهاته الاجتماعية والرياضية والمدرسية، بالإضافة إلى إجراءات تمس التغذية. (أحسن جاب الله، 2010: 159).

## المحاضرة السادسة: اضطراب قلق الانفصال (Anxiété de Séparation)

يعتبر قلق الانفصال من المشكلات النفسية والسلوكية التي يعاني منها الكثير من الأطفال، ويتجلى في شكل أعراض عدّة؛ جسدية ونفسية وكذا معرفية واجتماعية، والتي يكون لها أثر سلبي على المدى الطويل أو القصير على جميع جوانب النمو لدى الطفل.

### 1- تعريف قلق الانفصال:

عرّفت الدراسات النفسية قلق الانفصال على أنه قلق مفرط ومستمر يعبر عن الخوف من الفراق أو الانفصال المحتمل أو العزلة الفعلية عن الأفراد الذين تربطهم بالطفل ارتباطا وثيقا لاسيما الأم، ويكون بالاستثارة والحزن الشديد والبكاء، سوء التوافق والخلل في الأداء الاجتماعي، وربما الاعتلال الجسمي الحاد. (ملال وكبداني، 2017: ص 36)

تعرفه ميار محمد علي سليمان على أنه اضطراب يظهر في صورة انزعاج أو مشاعر مؤلمة ينتج عند الانفصال عن الأم أو الشعور بالتهديد بالانفصال أو الخوف من فقدان الأم أو حدوث مكروه لها ويستدل على قلق الانفصال من أعراضه الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية.

أما الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV-TR) فيعرف قلق الانفصال على أنه قلق زائد حول الانفصال عن المنزل أو الأشخاص الذين يرتبط الطفل بهم ويسبب حزنا شديدا في نطاق العلاقات الوظيفية العامة. (ملال وكبداني، 2017: ص 41)

يعتبر أن الطفل يعاني من قلق الانفصال عندما تتأثر منه الحياة الاجتماعية للطفل، وإذا توفرت المعايير المناسبة لهذا الاضطراب، حيث يتصف القلق بشدة مفرطة أو أنه غير مناسب للموقف بالنظر إلى مستوى نمو الطفل، حيث يشترط ظهور هذا الاضطراب قبل 18 سنة خلال مدة لا تقل عن أربعة أسابيع، ويظهر خاصة في موقف فراق كالاتبعاد عن المنزل أو عن الأشخاص المقربين، أو الخوف الشديد من البقاء في المنزل عند غياب أحد الأشخاص المقربين، الخوف من النوم بعيدا عن الأشخاص المقربين، شكاوي جسدية متكررة عندما يقترب وقت الفراق (أحسن جاب الله، 2010: ص 187).

## 2- أعراض قلق الانفصال: تتمثل أعراض قلق الانفصال فيما يلي:

أ- أعراض جسدية: يتجلى قلق الانفصال في ظهور بعض الأعراض الجسمية تتمثل في الأمراض البدنية وخصوصا المعدية المعوية مثل: آلام المعدة، الصداع، الغثيان والقيء وخصوصا عند توقع الانفصال أو عند حدوثه، كما أنهم يشكون من آلام وأوجاع في أماكن مختلفة من الجسم وأعراض تشبه الزكام، بالإضافة إلى ذلك فقد يظهر البعض منهم أعراض اضطراب الجهاز الدوري مثل: الشعور بضربات القلب، الدوخة والإغماء وإن كانت نادرة عند الأطفال الصغار ولكنها شائعة لدى المراهقين.

ب - أعراض انفعالية: تبدو المظاهر الانفعالية الدالة على قلق الانفصال في شكل مخاوف منها الخوف من الظلام، القلق التخيلي الغريب كان يرى الطفل بعض العيون تنظر إليه، بالإضافة لذلك تظهر أعراض اكتئابية قد تصبح أكثر ثبوتا بمرور الوقت وما يصاحبه من اضطراب النوم، الأكل، كما يتميز هؤلاء الأطفال بالاعتمادية الزائدة والخوف المستمر على من يعتمد عليهم والانتواء والحزن، ويحتاجون لجذب الانتباه دائما. (ملال وكبداني، 2017، ص 41-42)

ت - أعراض معرفية: يظهر الأطفال المصابين بقلق الانفصال ملامح من الانسحاب الاجتماعي، التبدل، صعوبة التركيز، التذكر، التفكير، الانتباه في الدراسة واللعب مما يجعلهم عرضة للتأخر الدراسي، كما يرفضون رؤية أو زيارة الأقارب والأصدقاء لتجنب معرفة مشاكلهم وسبب غيابهم عن المدرسة أو الأنشطة الأخرى، زد على ذلك تكون لديهم اعتقادات كالتوقع المستمر لوقوع الكوارث والحوادث الأليمة والخوف المبالغ فيه على مصدر الرعاية والأمان (الأب - الأم).

د - أعراض سلوكية: ما يمكن ملاحظته هو أنّ الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال تظهر لديهم مجموعة من الاضطرابات السلوكية كالخوف من النوم بمفردهم دون وجود أحد الوالدين بسبب الخوف من رؤية كوابيس حول موضوع الانفصال عن الوالدين، وكذا عادات مص الأصابع وقضم الأظافر، التبول اللاإرادي ليلا بالإضافة إلى البكاء المستمر ونوبات الغضب المتكرر، زد على ذلك السلوك العدواني، الخجل الشديد والعصبية التي لا تتناسب الموقف. (ملال وكبداني، 2017، ص 41-42)

### 3- معايير تشخيص اضطراب قلق الانفصال حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV-TR):

- A- قلق مفرد وغير مناسب تطوريا يتعلّق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلّق بهم، كما يتجلى بثلاثة (أو أكثر) من التالي:
- ضيق مفرد معاود عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلّق بهم بشدة.
  - قلق مستمر ومفرد يتعلّق بالفقد، أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلّق بهم بشدة.
  - قلق مستمر ومفرد من أن حادثا مشؤوما سيقود إلى الانفصال عن شخص يتعلّق به بشدة (مثل: فقدانه أو خطفه).
  - مقاومة مستمرة أو رفض الذهاب إلى المدرسة أو إلى مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال.
  - الخوف باستمرار وبإفراط أو ممانعة لأن يكون وحيدا أو بدون وجود أشخاص يتعلّق بهم بشدة في المنزل أو بدون وجود بالغين ذوي أهمية في مواضع أخرى.
  - ممانعة مستمرة أو رفض الخلود إلى النوم دون أن يكون على مقربة من شخص يتعلّق به بشدة، أو أن ينام بعيدا عن البيت.
  - كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.
  - شكاوي متكررة من أعراض جسدية (مثل: الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو الإقياء) حين يحدث أو يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلّق به.
- B- مدة الاضطراب هي على الأقل أربعة (04) أسابيع.
- C- البدء قبل عمر 18 سنة.
- D- يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو مجالات وظيفية أخرى.

E- لا يحدث الاضطراب حصرا في سياق اضطراب نمائي شامل أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر، وعند المراهقين والبالغين لا يفسره اضطراب الهلع مع رهاب الساح. (DSM IV-TR, 2000)

#### 4-أسباب قلق الانفصال لدى الطفل: يرجع ظهور قلق الانفصال إلى عدّة أسباب نوجزها فيما يلي:

4-1- الأسباب النفسية والاجتماعية: أشار بولبي (Bowlby) إلى أن قلق الانفصال يبدأ عندما يكون الطفل صورة ذهنية للأم ويتم هذا عند بلوغه ستة (06 أشهر)، ويزداد قلق الانفصال باضطراب البيئة الأسرية (فقدان أحد الوالدين: موت، طلاق، انفصال، خلافات...)، وكذلك ترك الأم لطفلها فترات طويلة خلال السنوات الأولى من حياته (للعمل مثلا) دون رعاية كافية، فيتكوّن لدى الطفل اعتقاد بأنّ الأم إذا ذهبت فقد لا تعود، فيبدأ الطفل في التشبث بها والمعانة من القلق الشديد والانزعاج لدى غيابها.

وتظهر هذه الأعراض بشدة لدى غياب الأم عن الطفل، أو لدى غياب وابتعاد الطفل عن الأم للذهاب إلى الحضانة أو المدرسة، حيث يبدأ الطفل في البكاء الشديد والالتصاق بالأم وعدم الرغبة في تركها، وقد تظهر أعراض قلق الانفصال لدى الطفل في شكل الامتناع عن الذهاب إلى المدرسة، الإحجام عن النوم بمفرده، تكرار الكوابيس المتعلقة بالانفصال والشكاوى من أمراض عضوية، وقد يستمر قلق الانفصال في مرحلة المراهقة مما يعوق المراهق عن تحقيق هويته واستقلاليته. (ملال وكبداني، 2017 : ص 42-43)

4-2- عوامل القلق المتعلّم: ترى نظرية التعلّم الاجتماعي أن قلق الانفصال قد يكون سلوكا متعلّما حيث أن وجود نموذج والدي لديه وقلق شديد قد يؤدي هذا إلى انتقال هذه المشاعر من الخوف والقلق إلى الأبناء، حيث بيّنت البحوث النفسية أنّ قلق الانفصال ينتقل من الوالدين إلى الأطفال عن طريق النمذجة المباشرة، فإذا كان الأب من النوع الذي يخاف فإن الابن قد ينشأ على الخوف من المواقف الجديدة وخاصة البيئة المدرسية، ويخشى الانفصال عن المنزل وعن والديه بالخصوص.

4-3- العوامل الوراثية: أظهرت دراسات بال دولان وآخرون (Bell-Dolan et al, 1990) على بعض أسر الأطفال المصابين بقلق الانفصال أن آباء الأطفال كانوا عرضة للإصابة بقلق الانفصال في طفولتهم، كما بينت الدراسات أيضا أن الآباء المصابين بالهلع والخوف من الأماكن المفتوحة فإن أبناءهم معرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بقلق الانفصال، بالإضافة إلى ذلك فإن قلق الانفصال عند الأطفال يتداخل مع الاكتئاب، لذلك تم اعتباره حسب الدراسات أنه مظهر من مظاهر الاكتئاب.

(ملال وكبداني، 2017 : ص 42-43)

## المحاضرة السابعة: اضطراب المهارات الحسية الحركية (اضطراب التناسق)

### (Les Troubles D'acquisitions Moteur)

#### تمهيد:

تعتبر اضطرابات المهارات الحركية بأنها خلل يظهر على شكل صعوبة في تنفيذ الحركات المقصودة الهادفة المناسبة وبالسرعة المناسبة، خلل في الوضعية، وجود حركات لا إرادية غير طبيعية، أو أداء الحركات التي تظهر طبيعية في أوقات غير مناسبة أو غير مقصودة، حركة غريبة، غير مألوفة.

واضطرابات النفسية الحركية متعددة الأبعاد، بإمكاننا أن نميز ضمن هذه الاضطرابات الحركية الفئات التالية:

#### 1- اضطراب تعلم الوظائف الحركية:

يتعلق الأمر هنا بأطفال يسجلون نتائج دون المتوسط في النشاطات الحركية الاعتيادية كالأكل واللباس والقص والرسم والكتابة، هذه الرعونة الحركية تظهر في غياب أي اضطراب عصبي أو ضعف عقلي، وهي أنواع وهناك بعض الأشكال وسطية متعدّدة بين هاته الأنواع.

1-1- التأخر النفسي الحركي البسيط: يبدي الطفل المصاب بهذا الاضطراب تأخرا في نموه الحركي مقارنة بأقرانه. يمكننا قياس معامل النمو بالاستناد إلى مختلف السلام التي تقيس النمو الحركي السوي (العادي) هذه السلام ليست عالمية ولا تصح على العرقيات كلها، ينبغي الإشارة إلى أن النمو النفسي الحركي لا يتسم بالثبات والخطية، بل توجد دورات تسارع وفترات تباطؤ. كما تظهر أن هناك علاقة مترابطة بين معامل الذكاء المستقبلي وبين تعلم المشي قبل الشهر الثاني عشر (12 عشر) أو بعد الشهر الثامن عشر (18 عشر)، التنبؤ في صالح المتعلمين مبكرا، في حين أن الأطفال الذين مشوا قبل غيرهم عموما كانوا أكثر تحفزا وبالتالي لديهم فرصة نمو أحسن. هؤلاء الأطفال يتعلمون المشي عموما في السن الثالثة، التنبؤ النهائي حول حالتهم حسن. (عودة محمد وفقيري شعيب، دون سنة: 175)

1-2- البلادة الحركية: حدّدها دوبري سنة (1907) وتشير إلى أطفال ذوي رعونة في حركاتهم الإرادية مصحوبة بمجموعة من العلامات الأخرى: منعكسات عظمية وترية مبالغة وتشنج وتخشب، يمكن أن نجد بلادة ذهنية لكن البلادة الحركية تظهر أيضا عند الأطفال الأذكيا أو الأذكيا جدا. ضمن إطار البلادة

الحركية لا توجد نوعياً، إصابات عصبية، وهذه البلادة تمثل شكلاً من اللاتوافق مع المحيط، وتبدو على الأصح ذات أصل نفسي ومحيطي.

## 2- صعوبة التأزر الحسي الحركي:

هو اضطراب يتم تشخيصه عند أطفال يظهرون درجات سلبية في التناسق الحس حركي، ويحدث لدى الطفل نتيجة عدم نضج في تنظيم الحركة مما يؤدي إلى مشكلات مرتبطة باللغة - الإدراك والتفكير ما يجعل المهام المرتبطة بعملية التعليم أمراً صعباً، وهو ضبط حركات العضلات الذي يتيح لليد أن تقوم بالمهمة وفق الطريقة التي تراها العين، فللبصر دور مهم في تعلم الإنسان لأنها الحاسة الأقوى نحو المثيرات فالعين تبصر وتترجم ما وقع عليه البصر.

- أعراض صعوبة التأزر الحسي الحركي: نذكر منها:

- صعوبة في الأكل، الجلوس، المشي، إنجاز الحركة، الوقوف.

- لا يجب الألعاب التركيبية.

- يعاني من صعوبة في المسك بالأشياء.

- يعاني من صعوبة في التركيز والانتباه. ( تغليت صلاح الدين ومخيب فايزة: 124)

- معايير تشخيص اضطراب التناسق الحركي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-V):

A- اكتساب وتنفيذ المهارات الحركية المتناسقة أقل بكثير من المتوقع بالنسبة للعمر الزمني للفرد وبالنسبة لفرصة تعلم المهارة واستخدامها، كما تبدو الصعوبات على شكل إسقاط أو صدم الأشياء.

بالإضافة إلى البطء وعدم الدقة في أداء المهارات الحركية مثلاً (إمساك الأشياء باستخدام المقص أو أدوات المائدة، أو خط اليد، وركوب الدراجة، أو المشاركة في الألعاب الرياضية).

B- العجز في المهارات الحركية في البند A يتداخل بشكل كبير وباستمرار مع أنشطة الحياة اليومية المناسبة للعمر الزمني (على سبيل المثال، الاهتمام ورعاية النفس) ويؤثر على الإنتاجية الأكاديمية/ المدرسية، والأنشطة المهنية، والترفيه واللعب.

C- بدء الأعراض في فترة النمو المبكر.

D- لا يتم تفسير العجز في المهارات الحركية بشكل أفضل من خلال الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو ضعف البصر ولا تعزى إلى حالة عصبية تؤثر على الحركة مثلا (الشلل الدماغي، ضمور العضلات، والاضطرابات التنكسية).

#### - الخصائص التشخيصية:

يتم تشخيص اضطراب التناسق النمائي من خلال تجميع إكلينيكي للتاريخ (النمائي والطبي)، والفحص الجسدي، وكذا تقرير العمل والتقييم الفردي باستخدام اختبارات القياس النفسي، مظهر من مظاهر ضعف المهارات التي تتطلب التناسق الحركي (المعيار A) يختلف بالنسبة للعمر، فقد يتأخر الأطفال الصغار في اكتساب المهارات الحركية (أي الجلوس والحبو والمشي) على الرغم من اكتساب العديد من مهارات النمو الحركي الطبيعي، كما أنهم قد يتأخرون في تطوير مهارات مثل صعود ونزول السلالم، التزير، وإكمال لعبة البازل مثلا، وحتى عندما يكتسبون المهارة قد يظهرون أداء حركي بطيء أو أقل دقة مقارنة بأقرانهم. (عودة محمد وفقيري شعيب، دون سنة: 179)

يتم تشخيص اضطراب التناسق النمائي فقط إذا كان الضعف في المهارات الحركية يؤثر بشكل كبير على الأداء، أو المشاركة في الأنشطة اليومية الأسرية والمدرسية والاجتماعية أو الحياة اليومية (المعيار B) وتشمل الأسئلة على هذه الأنشطة ارتداء الملابس، وتناول الطعام في الأواني المناسبة للفئة العمرية ودون فوضى والمشاركة في الألعاب البدنية مع الآخرين، استخدام أدوات محددة في الصف مثل: المقص، المسطرة والمشاركة في أنشطة التمارين الجماعية في المدرسة.

#### - معدل الانتشار:

معدل انتشار اضطراب التناسق النمائي في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (05 إلى 11 سنة) هو 5% - 6% (في الأطفال في سن 7 سنوات، ويتم تشخيص 1,7% باضطراب التناسق النمائي الشديد و 3% باضطراب التناسق النمائي المحتمل)، وغالبا ما يتأثر الذكور أكثر من الإناث، فنسبة الذكور إلى الإناث ما بين 1,3 و 1,7). (عودة محمد وفقيري شعيب، دون سنة: 179)

## - عوامل الخطر والتنبؤ:

- **العوامل البيئية:** اضطراب التناسق النمائي أكثر شيوعاً لدى أطفال الحوامل اللواتي يتعرضن للكحول قبل الولادة وعند الأطفال الخدج والأطفال ناقصي الوزن.

- **العوامل الوراثية والجينية والفسولوجية:** وجد ضعف في العمليات العصبية النمائية الأساسية وخاصة في المهارات البصرية الحركية، ووجد أيضاً الضعف في كلا من الإدراك البصري-الحركي والقدرة على الإحساس والوعي المكاني يؤثران على القدرة على إجراء تعديلات حركية سريعة كلما ازداد تعقيد الحركات المطلوبة وقد تم اقتراح وجود خلل بالمخيخ كتفسير لهذا، ولكن الأساس العصبي لاضطراب التناسق النمائي لا يزال غير واضح. (عودة محمد وفقيري شعيب، دون سنة: 180)

- **التشخيص الفارقي:** يجب على المختص قبل تشخيص اضطراب التناسق النمائي أن يحدد الفرق بين:

- الإعاقة الحركية بسبب حالة طبية عامة.

- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

- اضطراب التوحد.

- متلازمة فرط حركة المفصل. (عودة محمد وفقيري شعيب، دون سنة: 180)

## المحاضرة الثامنة: اضطراب اللازمات (Les TICS)

**1-تعريف اللزمة (Tic):** هي حركات حركية أو صوتية مفاجئة، سريعة متكررة، غير متناغمة، إيقاعية. الحركات الحركية غير متجانسة متناغمة لفظية أو حركات صوتية غير متناغمة ومن الممكن أن يتعرض الفرد لعدة لزمات مع مرور الوقت، ولكن في أي وقت من الأوقات اللزمة قد تعاود الظهور بشكل مميز. على الرغم من أن اللزمات يمكن أن تؤثر تقريبا على أي مجموعة عضلات أو أصوات، إلا أن هناك لزمات معينة مثل: الغمز بالعين أو تطهير (تنظيف) الحلق شائعة بين معظم المرضى. واللزمات عادة غير طوعية لكن يمكن كبتها بشكل طوعي لفترات زمنية متفاوتة، اللزمات يمكن أن تكون إما بسيطة أو معقدة، اللزمات الحركية البسيطة هي ذات مدة قصيرة (تحتسب بالثانية) ويمكن أن تشمل غمر العين، هز الأكتاف. (محمد محمد عوده وناهد شعيب فقيري، دس: 191-192)

يعرفها مجدي عبد الله: " بعض الأطفال قد يعانون من حركات عصبية لا إرادية تتخذ صفة العادة أو اللازمة، ومنها هز الرجل بطريقة شبه مستمرة، رمش العين بطريقة ملفتة للنظر وفي تلاحق مستمر، وتحريك الأنف ذات اليمين والذات اليسار، وكذلك تحريك الرقبة إلى اليمين وإلى الخلف، وكل هذه الحركات تتم عادة بطريقة عصبية تلقائية قهرية متتابعة، ولا يقوي الطفل على منعها مهما نبّه الأبوان لذلك أو زجر بسببها" ( مجدي أحمد محمد، 2004: 180)

واللزمات الصوتية البسيطة تشمل تطهير (تنظيف) الحلق، الشخير، غالبا ما تتجم عن تقلص الحجاب الحاجز أو عضلات البلعوم، اللزمات الحركية المعقدة ذات مدة أطول (تحسب بالثواني) غالبا ما تشمل مزيجا من اللزمات البسيطة مثل لف (إدارة الرأس) وهز الأكتاف في وقت واحد. (محمد محمد عوده وناهد شعيب فقيري، دس: 191-192)

يعرفها فالون (Wallon) بأنها حركات تبحث عن إحساسات متشابهة فيما بينها في نفس الوقت، خاصيتها الإيقاعية وتغيرات إيقاعاتها توضح ذلك، وكذلك يوضحه تتابع المراحل العاطفية المتباينة التي تعرف من خلال الصرخات الخفيفة أو القوية، ومن خلال تغيرات لون الوجه وبريق العينين و سيلان اللعاب. وحسب فالون (Wallon) هذه الحركات تعبر عن الرغبة في ملاعبة الجسم والتحكم فيه مثل الدمية. ومن بين أبرز اللزمات التي تشيع لدى الأطفال والمراهقين نجد:

- هز وترعيش الرجل أو الرجلين بوتيرة مستمرة أو سريعة. ( خياط خالد، 2014: 24)

- ترميش العينين بطريقة لافتة للنظر.

- تحريك الأنف والشم وتفتيح الأنف وفرك العينين.

- نتف الشعر (ومداعبة الشارب واللحية لدى البالغ). ( خياط خالد، 2014: 24)

**2- أسباب اللزمات العصبية عند الأطفال:** تنتج اللزمات العصبية عن مجموعة واسعة ومتشابكة من الأسباب:

**2-1- أسباب نفسية:** تظهر هذه اللزمات في ظروف التوتر، ولكن كلما زاد هذا الأخير يزداد ظهورها، كما أن الضغوط النفسية التي يواجهها التلميذ في المدرسة لعدم كفاءته المصحوبة بمشاعر الارتباك والخجل يؤدي إلى تطوير اللزمات عنده، كما تتطور نتيجة سلوك المنافسة التي يقوم بها الزملاء في المدرسة، وغيرها من الأسباب النفسية (الزغبي أحمد، 2001: 160).

**2-2- أسباب اجتماعية:** إنّ علاقة الطفل بوالديه والجو المحيط بهما بوجه عام، وما يسوده من التوتر والقلق وبعض العصبية والنشاط الزائد غير المنظم، يمكن أن ينعكس على شكل لازمات عند الطفل ويمكن أن يكون الأيون نماذج يمكن تقليدها إن كانوا يعانون من هذه اللزمات، إلى جانب توقعاتهما منه وتعزيز هذه الاستجابات لدى الطفل، أو إعاقة حركة الطفل ومنعه من التعبير عن ما يريد يكون من العوامل التي تؤدي إلى حدوث اللزمة. (الزغبي أحمد، 2001: 160).

**2-3- أسباب عضوية:** يعتقد أن اللزمات العصبية تنتج عن ضعف في الجهاز العصبي المركزي، ولهذا لا بد من التمييز بين اللزمات العصبية وحالات التشنج، الارتجاج الناتج عن أسباب عضوية. (الزغبي، 2001: 164)

### **3- المعايير التشخيصية لللزمات:**

اضطرابات اللزمة تتكون من أربعة (04) فئات تشخيصية هي (متلازمة توريت، اضطراب لزمة حركية أو صوتية دائم (مزمن)، اضطراب لزمة مؤقت، اضطرابات لزمة محددة وغير محددة، كما هي محددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM IV TR)

**3-1- متلازمة توريت (Tourette):**

A- وجود لزمات حركية متعددة مع وجود لزمة صوتية واحدة أو أكثر من واحدة في وقت ما خلال المرض، رغم عدم ضرورة وجودهما في الوقت نفسه.

B- تتفاوت اللزمات في التكرار فقد تزيد أو تنخفض ولكنها تستمر لأكثر من سنة منذ بداية اللزمة الأولى.

C- تبدأ قبل سن 18 عاما.

D- الاضطراب لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة أخرى (على سبيل المثال مرض هنتغتون، أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي). (DSM IV TR, 2004)

**3-2- اضطراب اللزمة الحركية أو الصوتية الدائم (المزمن):**

A- لزمات حركية أو صوتية مفردة أو متعددة موجودة أثناء المرض ولكن لا تحدث كلتاها (الحركية والصوتية) في نفس الوقت.

B- تتفاوت اللزمات في التكرار فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لأكثر من سنة (12 شهرا) منذ بداية اللزمة الأولى.

C- تبدأ قبل سن 18 عاما.

D- الاضطراب لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة (على سبيل المثال مرض هنتغتون وبعد التهاب الدماغ الفيروسي).

E- معايير متلازمة توريت لا تستوفي أبدا في هذه الحالة.

ملاحظة: - حدد ما إذا كان: - مع لزمات حركية فقط

- مع لزمات صوتية فقط. (DSM IV TR, 2004)

**3-3- اضطراب لزمة مؤقت (عابر):**

A- لزمة حركية و/أو لفظية مفردة أو متعددة.

B- ظهور اللزمات لفترة أقل من سنة (12 شهرا) منذ ظهور اللزمة الأولى.

C- تبدأ قبل سن 18 عاما.

D- الاضطراب لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية أخرى مرض هنتغتون وبعد التهاب الدماغ الفيروسي).

E- المعايير لم تحقق أبدا اضطراب توريت أو اضطراب اللزمة الحركية أو الصوتية الدائم (المزمن).

3-4- اضطراب لزمة غير محددة في مكان آخر: تعني هذه الفئة بالاضطرابات التي تتميز بوجود لزمات لا تلبى معايير اضطراب اللزمة النوعي، وتشمل أمثلة اللزمات التي تدوم أقل من أربعة (04) أسابيع مع بدأ بعد سن الثامنة عشر (18 سنة). (DSM IV TR, 2004)

#### 4- معدل الانتشار (Prévalence):

اللزمات شائعة في مرحلة الطفولة ولكنها عابرة في معظم الحالات فيقدر معدل انتشار اضطراب توريت (3-8) في (1000) لدى الأطفال في سن المدرسة، وإصابة الذكور أكثر شيوعا من الإناث.

(محمد محمد عوده وناهد شعيب فقيري، دس: 191-192)

#### 5- طرق علاج اللزمات عند الأطفال:

- نصح الوالدين بعدم تنبيه الطفل إلى لزماته العصبية، وحمايته من أفرانه مع تشجيعه بكل الوسائل على الاختلاط، وتنمية شخصيته اجتماعيا، وتدريب الأبوين على أساليب التربية السليمة.

- تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية من أجل عدم تراكم التوتر عند الطفل.

- عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه اللزمات عند ظهورها عند الطفل، وعدم التذمر والعصبية وعدم مقارنته بالآخرين على نحو غير مرغوب فيه.

- خفض التوتر والسيطرة على القلق لدى الطفل، والنظر إلى السبب المؤدي إليه.

- مكافأة الطفل على عدم إظهار هذه اللزمة لفترة زمنية على ذلك مما يؤدي إلى تقليل ظهور هذه اللزمات العصبية. ( عبد اللاوي سعدي، 2012: 58)

## II - اضطرابات المراهقة

## المحاضرة التاسعة: اضطراب التشوش والتحكم في الاندفاع والمسلك

يحتوي اضطراب التشوش والتحكم في الاندفاع والمسلك على عدة اضطرابات، لكن هناك نوعين أساسيين هما اضطراب المعارضة مع التحدي واضطراب التصرف.

## 1. اضطراب المعارضة مع التحدي:

- **تعريفه:** يتميز هذا الاضطراب بمجموعة من السلوك السلبي والتحريضي ورفض الاستجابة لمتطلبات الأشخاص المتمثلة للسلطة، حيث الأطفال المصابون بهذا الاضطراب غالبا ما يرفضون ما يقوله الراشدون، يغضبون بشدة وبسرعة، يشعرون بالمرارة والكآبة، وينزعجون بسهولة من الآخرين بل يكرهونهم. يعملون كل ما في وسعهم لمعارضة نظام الراشدين ويتعمدون التشويش والإزعاج والتحريض. يتسمون بالنزعة لاعتبار أن الأخطاء التي يرتكبونها والصعوبات التي يواجهونها، لا يجب أن تحسب عليهم بل يتهمون الآخرين بمسؤولية حدوثها. في أغلب الأحيان يظهر هذا الاضطراب في البيت ولا يلاحظ في المدرسة مع الراشدين الآخرين ولا مع الأقران، في حالات أخرى تظهر الأعراض مباشرة خارج البيت الأسري، كما تظهر في حالات أخرى في البيت ثم تستمر خارج البيت. (أحسن جاب الله، 2010: 129)

عموما تكون سمات الاضطراب واضحة في العلاقات المتبادلة مع المقربين، راشدين وأقران، لذلك يكون من الصعب ملاحظتها عند الفحص في حالة الاستثارة النفسية، كما أن المفحوص لا يصرح بأنه يعاني من مشكلة بل يعتبر أن الآخرين هم مصدر المشكلة حيث يطلبون أمور غير معقولة، ويظهر أن الاضطراب يخلق مشاكل لمحيط الطفل لا للطفل ذاته. (أحسن جاب الله، 2010: 129)

- **التشخيص:** يجب على العيادي الاهتمام بتاريخ نمو الطفل، ويتم التشخيص الايجابي للاضطراب حسب المعايير التشخيصية المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية وهي كما يلي:

### - معايير تشخيص اضطراب المعارضة مع التحدي حسب الدليل التشخيصي (DSM 5):

A- نمط من المزاج الغاضب/ العصبي، والسلوك المجادل/ المتحدي، أو الانتقامي يدوم لفترة لا تقل عن ستة (06) أشهر كما يثبت بما لا يقل عن أربعة أعراض من أي الفئات التالية، ظهرت خلال التفاعل مع شخص واحد على الأقل من غير المقربين:

#### أ - المزاج الغاضب/ العصبي:

- غالبا ما يفقد أعصابه،

- غالبا ما يكون حساسا أو يُزعج بسهولة،

- غالبا ما يكون غاضبا ومستاء.

#### ب- السلوك المجادل/ المتحدي:

- كثيرا ما يجادل رموز السلطة، وعند الأطفال والمراهقين، يجادل البالغين.

- غالبا ما يتحدى أو يرفض بشكل فاعل الامتثال لطلبات رموز السلطة أو للقواعد.

- غالبا ما يُزعج الآخرين عمدا.

- غالبا ما يلوم الآخرين على أخطائه أو أخطاءها أو سوء السلوك.

#### ج- نزعة الانتقام: كان حاقدا أو منتقما على الأقل مرتين خلال الستة (06) أشهر الماضية.

B- يرتبط الاضطراب في السلوك مع إحباط لدى الفرد أو الآخرين في السياق الاجتماعي المباشر له أو لها (على سبيل المثال: العائلة، مجموعة الأقران، زملاء) أو أنه يؤثر سلبا على مجالات الأداء الاجتماعية والتعليمية والمهنية، أو يرها من المجالات الهامة للأداء.

C- لا تحدث هذه السلوكيات حصرا أثناء سير اضطراب (ذهاني، استعمال مادة، الاكتئاب، أو اضطراب ثنائي القطب)، ولم يتم الاستيفاء بمعايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش. (DSMV,2013)

## - المعطيات الابديمولوجية:

- سن ظهور الاضطراب: تظهر سمات الاضطراب في سنوات مبكرة لكن مبدئياً لا يشخص الاضطراب إلا في سن الثامنة من العمر، ومن النادر جداً أن يظهر الاضطراب بعد بداية المراهقة.
- الانتشار: يبدو أن انتشار الاضطراب يتراوح ما بين 2% و 2.5% من المجتمع العام.
- التوزيع حسب الجنس: قبل البلوغ يكون الاضطراب منتشر أكثر عند الذكور.
- الخصائص العيادية المصاحبة: بالإضافة إلى ما تم عرضه، تتمثل الخصائص العيادية لهذا الاضطراب في تقدير سلبي للذات، سوء تقبل الإحباط، تقلب المزاج بل مزاج مكتئب، نوبات غضب شديدة، وفي بعض الحالات خاصة عند المراهق نجد تعاطي المشروبات الكحولية وتناول المواد الممنوعة، كما يمس هذا الاضطراب العلاقات مع الناس، تدهور الأداء المدرسي.
- التشخيص الفارقي: يجب على المختص العيادي التحقق من:
  - أن المشكلة ليست مرتبطة بمرحلة نمو عادية تظهر فيها أعراض عابرة.
  - أن الأعراض ليست مرتبطة بضغط نفسي اجتماعي راجع لاضطراب التكيف.
  - أن الأعراض لا تربط باضطراب ذهاني خاصة بداية الفصام.
  - أن الأعراض ليست مرتبطة باضطراب مزاجي.
- التطور: ما هو معروف فقط أن كثير من الحالات تتطور إلى اضطراب التصرف أو إلى اضطراب المزاج. (أحسن جاب الله، 2010: 130-131)

## 2- اضطراب المسلك/ التصرف (Trouble de Conduit) :

- تعريفه: يتمثل في مجموعة من التصرفات المتكررة والمستديمة والتي يتم من خلالها اختراق الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقيم الاجتماعية المناسبة لسن الطفل، حيث يظهر هذا الاضطراب في مختلف المواقف الاجتماعية (البيت، المدرسة، الشارع، مع الأقران أو مع غيرهم...) (أحسن جاب الله، 2010: 132).

### - معايير تشخيص اضطراب المسك حسب الدليل التشخيصي (DSM 5):

A- نمط من السلوك المتكرر والمستمر، والذي تنتهك فيه حقوق الآخرين الأساسية أو القواعد الاجتماعية الأساسية المناسبة لسن الشخص أو القوانين، كما يتجلى ذلك بوجود ثلاثة على الأقل من المعايير التالية خلال الاثنى عشر (12 شهرا) الماضية:

#### أ- الاعتداء على الناس والحيوانات:

- عادة ما يتمّ على الآخرين أو يهددهم أو يخيفهم.
- عادة ما يبدأ بالعراك الجسدي.
- استخدام سلاحا يمكن أن يلحق أذى جسدي خطير للآخرين (مثل: حجر، زجاجة مكسورة، سكين).
- كان قاسيا جسديا نحو الناس و/ أو نحو الحيوانات.
- سرق وهو يواجه الضحية (مثل السب، ابتزاز، سطو).
- أجبر شخصا بالقوة على نشاط جنسي.

#### ب- تدمير ملكية:

- انخراط عمدا في إشعال نار بقصد إلحاق أذى كبير.
- دمر عمدا ملكية آخرين (بوسيلة غير إشعال النار).

#### ج- الخداع أو السرقة:

- تسلل إلى منزل أو مبنى أو سيارة شخص آخر.
- غالبا ما يكذب للحصول على بضائع أو امتيازات أو لتجنب التزامات (أي يخدع الآخرين).
- سرق أشياء ذات قيمة دون مواجهة الضحية (مثل سرقة محلات ولكن دون كسر واقتحام).

(DSM V, 2013)

**د - انتهاكات خطيرة للقواعد:**

- غالبا ما يمكث خارج المنزل ليلا رغم منع الوالدين، وذلك قبل عمر 13 سنة.
  - هرب من البيت طوال الليل مرتين على الأقل ( أو مرة واحدة دون عودة ولذلك لمدة طويلة).
  - غالبا ما يتغيب عن المدرسة، وذلك قبل عمر 13 سنة.
  - B- يسبب الاضطراب في السلوك انخفاضا عياديا هاما في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.
  - C- إذا كان عمر الشخص 17 سنة أو أكثر، لا تتحقق معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.
- (DSM V, 2013)

**- المعطيات الابديمولوجية:**

- الانتشار: يظهر أن اضطراب المسلك منتشر خلال الطفولة والمراهقة حيث يفوق 4% من المصابين في المجتمع العام.
- التوزيع حسب الجنس: يتبين أن الاضطراب يمس الذكور بنسبة تتراوح بين 6% و 16% والإناث بنسبة تتراوح بين 2% و 9% وهذا عند الذين يقل عمرهم عن 18 سنة. (أحسن جاب الله، 2010: 133)

**- الخصائص العيادية المصاحبة:**

لا يظهر اضطراب المسلك بين عشية وضحاها بل يتطور بمرور الزمن حتى تصبح الأعراض الأساسية تتمثل في اختراق حقوق الآخرين، عادة يبدأ الاضطراب ما بين 10 سنوات و 12 سنة عند الذكور، وما بين 14 و 16 سنة عند الإناث، يظهر الاضطراب بعدة أشكال من السلوك العدواني، كالتعامل مع الأقران بقسوة والاعتداء الجسدي، كما أن الأطفال يتصرفون بعداوة ووقاحة اتجاه الراشدين ويقومون بشتمهم ومعارضتهم وتحديهم، يتصفون بالكذب ولا يلتحقون بالمدرسة بعد خروجهم من البيت، وفي الحالات الخطيرة يسرقون ويدمرون الممتلكات العمومية والخاصة، ينتشر عندهم تناول الكحول والمخدرات، ويلاحظ لديهم النشاط الجنسي المبكر بل الاعتداء الجنسي، كما أن الذين يستعملون السلوك العدواني يجدون صعوبات كبيرة في ربط علاقات اجتماعية مستديمة، يلاحظ على هذا النوع من الأطفال تقدير سلبي للذات، كما يتصفون بعدم القدرة على تقبل الإحباط ونوبات الغضب الشديدة، والأنانية والتمركز

حول الذات والتلاعب بمشاعر الآخرين لقضاء حاجاتهم الذاتية. يلاحظ خلال الفحص أن الأطفال لا يتعاملون مع العيادي بالإجابة على تعليماته بل يتصفون نحوه بالرفض والعداوة، البعض منهم يستعملون اللطف طالما لا يشترط منهم الكلام عن مشكلتهم لكن سرعان ما يغضبون ويخرجون من مكتب الاستشارة عندما يحاول العيادي التحصل على معلومات حول مشكلة السلوك غير اللائق. (أحسن جاب الله، 2010: 133)

- **التشخيص الفارقي:** يجب التحقق من:

- أن الطفل لا يعاني من اضطراب ناتج عن التبعية لمادة.
- أن الطفل لا يعاني من تغير نفسي ناتج عن مرض عام.
- أن الطفل لا يعاني من اضطراب المعارضة مع التحد (السلوك الاعتراضي).
- أن الطفل لا يعاني من نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط.
- أن الطفل لا يعاني من اضطراب مزاجي.
- أن الطفل لا يعاني من اضطراب التكيف.
- أننا لسنا أمام سلوك مضاد للمجتمع لا علاقة له باضطراب المسلك. (أحسن جاب الله، 2010: 133)
- **التطور:** يمكن لبعض الحالات أن تتعقد وتستديم، فكلما كانت البداية مبكرة كلما كان هذا مؤشرا لتطور الاضطراب إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع في سن الرشد، البعض يتطور إلى اضطراب المزاج بل حتى الإدمان على المخدرات، والبعض منهم ينجح في التوافق الاجتماعي والمهني عندما يكون الاضطراب خفيف أو متوسط وإذا توفرت الظروف الأسرية أو الاجتماعية الملائمة.
- بالإضافة إلى الاضطرابات المذكورة سابقا (اضطراب السلوك الاعتراضي واضطراب المسلك)، نجد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV-TR) اضطرابات السيطرة على الدافع غير المصنفة في مكان آخر وتنقسم إلى:

**1- الاضطراب الانفجاري المتقطع:**

A- عدة نوبات متميزة (محددة) من الإخفاق في مقاومة الاندفاعات العدوانية والتي ينشأ عنها أعمال عدوانية أو تدمير ممتلكات.

B- درجة عدوانية التي تظهر أثناء النوبات لا تتناسب وبوضوح مع أي عوامل شدة نفسية.

C- لا ترجع النوبات العدوانية بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل: اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أو اضطراب الشخصية الحدية، أو اضطراب ذهاني أو نوبة هوسية أو اضطراب مسلك أو اضطراب عجز الانتباه/ فرط الحركة)، ولا تنجم عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل: سوء استخدام عقار، تناول دواء...) أو عن حالة طبية عامة.

**2- هوس السرقة (La Kleptomanie):**

- معايير التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV-TR):

A- إخفاق معاود في مقاومة الاندفاعات لسرقة الأشياء التي لا يحتاجها الشخص لاستخدامه الخاص ولا لقيمتها المالية.

B- إحساس متزايد بالتوتر قبل ارتكاب السرقة مباشرة.

C- الإحساس بالمتعة والإشباع (الرضا) أو الارتياح (الانفراج) وقت ارتكاب السرقة.

D- لا ترتكب السرقة للتعبير عن الغضب أو الانتقام وهي ليست استجابة لوهم أو هلاوس.

E- لا تفسر السرقة بشكل أفضل من خلال اضطراب المسلك أو نوبة هوسية أو اضطراب شخصية مضادة للمجتمع. (DSM V, 2013)

**3- هوس إشعال الحرائق (Pyromanie):**

- معايير التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV -TR):

A- إشعال نار مقصود وهادف في أكثر من مناسبة أو فرصة.

B- توتر أو إثارة عاطفية قبل الفعل.

C- افتتان بالنار أو اهتمام بها أو فضول حولها أو انجذاب لها وبسياقاتها الظرفية (المواضيع المتعلقة بها).

D- الإحساس بالمتعة أو الرضا عند إشعال النيران أو عند مشاهدتها أو المشاركة في عواقبها.

E- لا يتم إشعال النار من أجل كسب مالي أو للتعبير عن فعل جرمي أو للتعبير عن الغضب أو الانتقام أو لتحسين ظروف المعيشة للشخص، أو كاستجابة لوهم أو هلاوس أو كنتيجة لمحاكمة مختلة (مثل اضطراب عصبي معرفي، إعاقة ذهنية، اضطراب النمو العقلي، الانسمام بمادة).

F- لا يرجع ولا يفسر إشعال النار بشكل أفضل من خلال اضطراب مسلك أو نوبة هوسية أو اضطراب شخصية مضادة للمجتمع. (DSM IV-TR, 2004)

#### 4-المقاومة المرضية: حسب الدليل التشخيصي (DSM IV-TR) تتجلى أهم أعراضه فيما يلي:

سلوك مقامر سيء التلاؤم مستمر ومعاود، يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- 1- انشغال بالمقاومة مثل: الانشغال بإعادة إحياء تجارب المقاومة الماضية أو بتعويق المغامرة التالية أو التخطيط لها، أو التفكير بأساليب للحصول على المال الذي سيقامر به.
- 2- يحتاج للمقاومة بمقادير متزايدة من المال وذلك من أجل الوصول إلى الإثارة المرغوبة.
- 3- قام بمجهودات متكررة غير ناجحة للسيطرة على المقاومة أو للتراجع أو التوقف عنها.
- 4- يكون متمللاً أو مستثاراً عند محاولته تخفيض عمليات المقاومة أو إيقافها.
- 5- يقامر كوسيلة للهروب من المشكلات أو للتخفيف من مزاج عكر.
- 6- بعد خسارة المال في المقاومة، غالباً ما يعود في يوم آخر ليسترجع خسارته.
- 7- يكذب على أفراد الأسرة أو المعالج أو الآخرين ليخفي مدى تورطه بالمقاومة.
- 8- يرتكب أفعالاً لاشرعية مثل: التزوير أو الاحتيال أو السرقة أو الاختلاس لتمويل مقاومته.
- 9- يخاطر أو يفقد علاقة مهمة أو عمل أو تعليم أو فرصة للحصول على مهنة بسبب المقاومة.
- 10- يتكل على الآخرين لتأمين المال من أجل الخروج من وضع مالي يائس سببته المقاومة.

(DSM IV-TR,2004)

**- الكفالة (La Prise en charge):**

التكفل بالاضطرابات السلوكية يقتضي على المختص النفسي معرفة مختلف مراحل وخصائص وأعراض المشكلة المطروحة، كما يمكن استعمال تقنيات عديدة في علاج المشكلة المطروحة وفي الكفالة بالأفراد، وقد تكون الكفالة فردية أو جماعية ، إلا أنه من الأفضل القيام بتقنيات علاجية فردية في البداية ثم بعد ذلك بإمكاننا القيام بعلاج جماعي، أي إدماج الفرد داخل العائلة، أو مع عضو آخر أو مع جماعة.

## المحاضرة العاشرة: اضطراب التغذية (Trouble Alimentaire)

تتضمن أساسا نوعين هما فقدان الشهية العصبي (Anorexie mentale) والشراهة في الأكل (Boulimie).

### 1- فقدان الشهية العصبي (القهم العقلي) (Anorexie mentale):

تعرف فقدان الشهية بأنها اضطراب يتميز برفض تقبل وزن عادي مقارنة بالسن وبالقامة أو عدم القدرة على رفع الوزن ليكون في المستوى المناسب للنمو العادي، حيث يقل الوزن الملاحظ عن الوزن المنتظر بنسبة 85% ، كما أن مصطلح الخلفة النفسية لا يصف الاضطراب جيدا، لأن الاضطراب لا يمس الشهية في بداية المرحلة بل هو اضطراب الصورة الجسدية، والذي يرتبط بالرغبة العميقة في فقدان الوزن التي بدورها تؤدي إلى القيام بالتحكم في التغذية. (أحسن جاب الله، 2010: 146-147)

#### - بداية المرض:

يبدأ عند البنت في تقليل الأكل غالبا بعد صدمة نفسية وتارة دون سبب معروف وبطريقة تدريجية، حيث أشار (Ajuriaguerra) إلى أن بداية ظهور الأعراض بعد اتخاذ حمية غذائية وتتابع الحمية رغم انخفاض الوزن، وفي (40%) يظهر الاضطراب في حالة منافسة لا تستطيع البنت حلها.

#### - خصائص الاضطراب: تظهر لدى البنت ثلاثة أعراض أساسية؛

- فقدان الشهية مع أعراض نفسية؛

- النحافة؛

- اختفاء الحيض (ميموني، 2005: 126).

- الأعراض الخارجية:

- لها رؤية مضطربة لجسمها الجسم نحيف، الوجه مذبذب ومتجدد، الأطراف باردة وزرقاء، يسقط الشعر.

**- الخصائص الفكرية وتفسيراتها:**

نجد لا مبالاة بالجانب الجنسي ونفي التغيرات الجسمية والجنسية بعد البلوغ، كأنها ترفض أنوثتها وأي إمكانيات جنسية. تشير الدراسات إلى وجود اضطراب المعاش (Vécu) للجسم، حدود متفشية وضئيلة ومضطربة مما يجعل الحدود بين العالم الخارجي والعالم الداخلي غير واضحة.

بالنسبة ل (Selvini) يعتبر الجسم كموضوع كره (Haine) وهو مسكون من موضوع سيء (الأم المضطهدة) في خلط بين الموضوع السيء والجسم، وهناك انشطار في الأنا بين الذات والجسم، أما بروسي (Brusset) يضيف إلى هذا الانشطار استثمار نرجسي مركز على الجسم وتتوصل البنت المصابة إلى موقف متناقض من جهة: جسم مثالي؛ ومن جهة أخرى جسم واقعي (Réel) موضوع الرفض والنفي. فالجسم المثالي يناسب شكل جسم ذكري فالتغيرات الفيزيولوجية للبلوغ تناقض الصورة (بروز الثديين...) مما يثير الخوف من الأنوثة والنضج، ومحل الرغبة في جسم ذكري تحل به رغبة بدون جنس، وحسب توما (Thoma) فقدان الشهية تدل على اضطراب النزوات والتجاذب (التناقض) الوجداني الفمي هو أساس الأعراض والخصائص الشرجية تظهر في رغبة التحكم (Contrôle). (ميموني، 2005: 127-128).

**- معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5):**

**A-** انخفاض ملحوظ في وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري، والصحة البدنية، هذا الانخفاض الملحوظ في الوزن يعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.

**B-** خوف شديد من كسب الوزن أو البدانة، سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكل كبير.

**C-** اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم. (DSMV, 2013)

**المعطيات الابدبيولوجية:**

- سن ظهور الاضطراب: يظهر عادة الاضطراب بين 10 سنوات و30 سنة، خارج هذين الحدين يفضل الحذر في عملية التشخيص لأنه من المحتمل أن نكون أمام اضطراب آخر، حيث أغلب الحالات تبلغ بين 17 و18 سنة من العمر، لذلك يعتبر أنه اضطراب خاص بالمراهقة، خاصة أن أغلب الحالات بدأت عندها الأعراض بين 13 و20 سنة.

- انتشار الاضطراب وتوزيعه حسب الجنس: ينتشر الاضطراب عند حوالي 4% من المراهقين (وهو كذلك عند الشباب الراشد)، كما يبدو أن انتشار الاضطراب في ارتفاع مستمر في وقتنا خاصة في سن ما قبل البلوغ، عند الذكور والإناث، يبدو أن الاضطراب منتشر أكثر عند الإناث بضعف 10 إلى 20 مرة، كما أن بعض الإناث تعاني من بعض أعراض الخلفة دون أن تستجيب لكل معايير تشخيص الاضطراب. (أحسن جاب الله، 2010: 147-148)

**العوامل المؤهلة:** يعتبر أن عدة عوامل بيولوجية اجتماعية ونفسية تتدخل في اضطراب فقدان الشهية.

العوامل البيولوجية: يبدو أن نظام مشتقات الأفيون (Système Opiöide) مسؤول عن غياب الإحساس بالجوع في فقدان الشهية كما بينته بعض الدراسات، كما أن انخفاض الوزن ينتج عدة تغيرات بيولوجية مثلما هو الحال بالنسبة للاكتئاب.

العوامل الاجتماعية: تلتقي النزعة للاهتمام بالتحكم في التغذية وبالوزن وبالصورة الجسدية، بالخاص بمرضى فقدان الشهية مع نزعة المجتمع العصري الذي تؤيد هذا السلوك، كما يبدو أن هناك سوابق مرضية في محيط المريض مثل: الاكتئاب والإدمان واضطراب السلوك الغذائي، حيث أنها منتشرة مقارنة بالمجتمع العام، إضافة إلى الصراعات الأسرية والزوجية.

العوامل النفسية: يبدو أن فقدان الشهية تظهر في إطار البحث عن الاستقلالية الذاتية والاجتماعية، والعاطفية حيث تستبدل هذه الاهتمامات بالاهتمام بالوزن والجسد والتغذية، للشعور بالتحكم في الذات والثقة بالذات وفرض الذات، كما أن الكثير من المعالجين التحليلين يفكرون أن المريض يعاني من تبعية مرضية لأمه حيث يعتبر الجسد على أنه جزء مادي يمثل تدخل الأم، لذلك يجب تحطيمه. (أحسن جاب الله، 2010: 147-148)

**التشخيص الإيجابي:** يتم التشخيص الإيجابي للاضطراب حسب المعايير المشروطة كما يتبين في التعريف الإجرائي، وعادة يحتوي الفحص الذي يتم التشخيص من خلاله، على عدّة تقييمات متمثلة في:

- تاريخ الحالة (l'anamnèse): الملف الطبي، الملف المدرسي، خصائص الاضطرابات، استفسارات العائلة، المقاييس النفسية (Echelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale). بعدها يقوم العيادي بالتشخيص التفريقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه.

**التشخيص التفريقي:** يجب التحقق من :

- غياب مرض عضوي خاصة مرض العضال.
- غياب اضطراب مزاجي خاصة الاكتئاب.
- غياب اضطراب ذهاني خاصة الفصام، في الهذيان الاضطهادي رفض الأكل مرتبط بالخوف من التسمم.

- في المراقبة تظهر اضطرابات الأكل مؤقتة ثم تزول تلقائياً.

- غياب اضطراب التجسيد (Somatisation). (أحسن جاب الله، 2010: 147-148)

## II- الشرهية في الأكل (La Boulimie)

**تعريف عام:** يبدو أنّ اضطراب الشرهية هو اضطراب سلوك التغذية المنتشر أكثر، ويتمثل في استهلاك كمية كبيرة من الطعام خلال نوبات لا يتمكن فيها الفرد من التحكم في سلوكه الغذائي (أحسن جاب الله، 2010، 151).

- أعراض اضطراب الشرهية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5):

المعيار A: نوبات معاودة من الشرهية عند الأكل، وتتصف نوبة الشرهية عند الأكل بكل مما يلي:

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

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

المعيار B: سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن، مثل افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو حقن أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.

المعيار C: يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر. (DSMV, 2013)

المعيار D: يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم ووزن الجسم.

المعيار E: لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقد الشهية العصبي. (DSMV, 2013)

### المعطيات الابدبيولوجية:

- سن ظهور الاضطراب: يظهر الاضطراب عادة خلال المراهقة.
  - الانتشار والتوزيع حسب الجنس: ينتشر عند 1 إلى 3% من الإناث في مرحلة الشباب، حيث الاضطراب منتشر لدى الإناث أكثر من الذكور.
  - العوامل المؤهلة: يبدو أن هناك عوامل بيولوجية واجتماعية ونفسية تشارك في ظهور ودوام ومعاودة اضطراب الشره.
  - العوامل البيولوجية: تم اقتراح تدخل الوسائط العصبية في ظهور سلوك الشره، خاصة السيروتونين (Sérotonine) والنورادرينالين (Noradrénaline) التي يمكن تعديلها باستعمال الأدوية المضادة للاكتئاب.
  - العوامل الاجتماعية: يبدو أن مرضى الشره يعانون من الضغط الاجتماعي بخصوص وزنهم وشكلهم كما أنهم معرضون للاكتئاب أو اضطراب مزاجي في الأسرة.
  - العوامل النفسية: مثلما هو الحال بالنسبة لفقدان الشهية، نجد مشاكل في تحقيق الاستقلالية الذاتية مع اختلاف في العلاقات الاجتماعية التي تكون متفتحة في الشره كما تتصف بسرعة الغضب والإثارة.
- (أحسن جاب الله، 2010: 153).

- **التشخيص الإيجابي:** يتم التشخيص الايجابي للاضطراب حسب المعايير التشخيصية المشروطة كما يتبين في التعريف الإجرائي، وعادة يحتوي الفحص، الذي يتم التشخيص من خلاله على عدّة تقييمات متمثلة في:

- تاريخ الحالة (L'anamnèse): الملف الطبي، الملف الدراسي، خصائص الاضطرابات، وتقييمات عن طريق السلام والمقاييس التقييمية (Inventaire de la boulimie d'Edinburgh)، بعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص التفريقي الذي وضعه.

- **التشخيص التفريقي:** يجب التحقق من: أن الشراهة لا تشترك مع فقدان الشهية ولا مع مرض عصبي. (أحسن جاب الله، 2010، 153).

#### - العلاج:

- إتباع الحماية الغذائية لمساعدة الطفل والمراهق على التحكم في أكله وهذا دون تجويعه وبمشاركته النشيطة، يتعرف على المواد الغذائية ونوعيتها ونسبتها الحرارية وبمساعدة مختص في التغذية.

- يهدف العلاج النفسي إلى مساعدة الطفل والمراهق على التعرف على معنى إحساساته وحاجاته وألا يستجيب لأي مثير بنفس الجواب: الأكل.

- نجد وراء الاضطراب انهيار يحاول مقاومته بالأكل، فيجب البحث عن أسبابه وعلاجه.

- توجيهات ومساعدات العائلة لأنّ كلما كانت العائلة صلبة في سلوكها اتجاه الفرد كلما صعب العلاج. (ميموني، 2005: 133)

## المحاضرة الحادي عشر: اضطراب الهوية الجنسية

### (Trouble d'identité Sexuel)

#### مدخل:

تعتبر الأسرة المكان الطبيعي لنمو الطفل جسديا ونفسيا واجتماعيا ومعرفيا، وإشباع حاجياته الأساسية وتكوين شخصيته، وأن أي اضطراب في العلاقة بين الطفل والديه أو في البيئة الأسرية لاسيما في هذه المرحلة سيؤثر على بقية المراحل الأخرى بما فيها المرحلة التي تليها وهي مرحلة المراهقة، فالوالدين بصفة عامة والأب بصفة خاصة له دور في إمداد الطفل بمعلوماته الأولى عن الجنس الآخر، إذ يعد ضروريا للنمو السوي، وخاصة في جانب العلاقات الإنسانية.

كما يلعب الأب دورا هاما في تكوين الذات العليا أو ضمير الطفل بناء على درجة استدماجه لشخصية الأب وتوحد به. فالطفل يسعى جاهدا ليجعل نفسه شبيها بوالده، ومن ثم يصبح الاقتداء بسلوك الأب شعوريا أو لاشعوريا له أهمية للطفل على التكيف مع المجتمع والتوافق مع الواقع الاجتماعي الذي يتمثل في شخصية الأب، وهكذا فإن وجود الصورة الأبوية القوية ضرورة للنمو الاجتماعي السوي للطفل، ولا يمكن لهذه الصورة أن تعوضها أي مجهودات إضافية تعويضية من جانب الأم.

كما يؤدي غياب الأب إلى تدمير النمط الجنسي أو الهوية الجنسية للأطفال الذكور، وخاصة إذا حدث الانفصال قبل سن الخامسة، حيث نجد أن الأولاد يكونون أقل عدوانية وأكثر اعتمادية، كما أنهم أكثر امتلاكا لمفاهيم الذات الأنثوية، ويبدون أنماطا من اللعب والتفاعل الاجتماعي أكثر أنثوية، وسوف نعرض في محتوى هذه المحاضرة كل ما يتعلق باضطراب الهوية الجنسية.

**تعريف مصطلح الهوية:** حسب إريكسون (Erikson, 1972) إن لفظ الهوية يبعث إلى " إحساس ذاتي ومنشط لوحدة شخصية واستمرارية زمنية" (Erikson, 1972 :13).

ومن جهتها تعرف (Massonat, 1990) الهوية بمجموعة من الأسئلة حول الذات:

- "من أنا؟"، الذي يحث على إنتاج معارف التي يكسبها الفرد عن نفسه.
- "من أين أتيت؟"، يخص الأصول، النسل، الأجداد وتاريخ التطور الخاص.

- "في أي اتجاه أذهب؟"، أي ما هو المعنى الذي أقدمه لحياتي وبأي مشاريع.

- "كيف أتكفل بمسيرة حياتي؟"، تكون في تداخل مع التاريخ الاجتماعي وأيضاً تاريخ الأشخاص الأقرب مني.

في علم النفس الاجتماعي يدل مصطلح الهوية على التفاعل الحاصل بين الجانب النفسي والجانب الاجتماعي للفرد، أي أنها محصلة سيرورة التفاعل بين الفرد والحقل الاجتماعي، إذ يرى (Lipianski, 1992) أن الهوية تتكون وتتأكد من خلال التفاعل مع الآخر. وتشير الكثير من الدراسات لامتلاك الهوية لقطبين: قطب خارجي موضوعي وهو الهوية الاجتماعية، وقطب داخلي ذاتي هو الهوية الذاتية، والتفاعل بين القطبين يمثل النواة المركزية في دراسات الهوية في علم النفس الاجتماعي.

حيث يعود الفضل للعالم إريكسون (Erikson) في إبراز أهمية هذا المفهوم، الذي يحتل مكانة مركزية في فكره، وهي مماثلة لمفهوم الجنسية عند فرويد، من خلال إعطائها مكانة في مراحل نمو الإنسان. ومن خلال محاولته الاستناد إلى نظرية فرويد في النمو، قائلاً أن النمو هو محصلة تفاعل بين الأنا والمحيط الخارجي، في كل مرحلة من مراحل النمو نفس جنسي، وذلك من خلال النماذج التكميلية المقترحة.

فجذور الهوية حسب إريكسون تمتد إلى الطفولة المبكرة، فهي تطور في مسار حياة الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه. فالهوية إذن هي نسق من الأحاسيس والتصورات حول الذات، أي مجموعة من المميزات الجسمية، والنفسية والأخلاقية، والتشريعية، والاجتماعية، والثقافية، التي من خلالها يستطيع شخص ما أن يعرف نفسه، يقدمها ويتعرف عليها ويعرف بها. (سوالمية فريدة، 2016: 32-33)

كما عرفها (Taboada- Leonetti, 1990) "باعتبارها مجموعة مبنية للعناصر الهوية التي تسمح للفرد بتعريف نفسه في حالة تفاعل والتصرف كمثل اجتماعي".

ومنه فالهوية تتطور عند الطفل من خلال التقمص (Identification)، الذي يعتبر من الميكانيزمات القاعدية في ديناميكية الهوية (تقمص الصور الأبوية، والإخوة، الأخوات، الأصدقاء، النماذج العائلية... إلخ). (سوالمية فريدة، 2016: 32-33)

**- مفهوم الهوية الجنسية:**

إنّ الحديث عن الهوية الجنسية، يجعلنا نقف أمام ثلاث تسميات مختلفة وتستعمل ثلاثتها للدلالة على الهوية الجنسية في مفهومها العام أو للدلالة عن جانب من جوانبها المكونة لها، وترجع كل تسمية إلى حقل دراسي قد يختلف أحدها عن الآخر:

**1. الجنس البيولوجي:** يتعلق بالجانب التشريحي البيولوجي، وبالفروق التشريحية بين الجنسين (فروق أساسية وفروق ثانوية).

**2. هوية الجندر:** استعمل مفهوم "الجندر" لأول مرة خلال سنة (1950) للتمييز بين مجموعة من الأحاسيس والسلوك التي تجعل الفرد ينتمي إلى "الجنس الذكر" أو "الجنس المؤنث" ، وبين "جنسه" التشريحي الذي تحدده الكروموزومات والهرمونات والأعضاء التناسلية.

ويفهم "الجندر" على أنه : الأدوار والعلاقات، والاتجاهات، والسلوك والقيم التي يلحقها المجتمع بالأفراد من جنس ذكر أو جنس مؤنث. لهذا يعتبر الجندر من المحددات القاعدية الهوية الجنسية إذ أن هناك اتفاق وإجماع بين الباحثين حول ارتباط الهوية الجنسية بالجنس التشريحي عند الغالبية العظمى للأفراد، لكن يشيرون أيضا أن الوضع يحيد المألوف عند بعض الأفراد، الذين يظهرون شعورا باختلاف هويتهم الجنسية عن جنسهم التشريحي. يؤدي هذا الغموض إلى الكثير من المشاكل والاضطرابات عند هؤلاء الأفراد، وعند عائلاتهم وأصدقائهم. (سوالمية فريدة، 2016: 34-35)

**3. الهوية الجنسية:** تعرف الهوية الجنسية كمحصلة لثلاثة أبعاد: يتعلق البعد الأول باعتقاد وإيمان الفرد بكونه ولدا أو بنتا، ويتعلق البعد الثاني بتبني الفرد للأدوار الاجتماعية التي تلحق بالبنات أو الأولاد، بالنساء أو بالرجال. أما البعد الثالث فيتعلق باختيار الشريك الجنسي الذكري أو الأنثوي ويرتبط هذا البعد بالبعدين السابقين ويتوقف عليهما.

إذن فهي ترتبط بإحساس الفرد أنه امرأة أو أنه رجلا، أو التموّج بين الوضعين، أو عدم الانتماء لأي منهما. (سوالمية فريدة، 2016: 34-35)

تتفق الهوية الجنسية مع الهوية التشريحية عند غالبية الأفراد، لكن الأمر يبدو مختلفا عند بعضهم، الذين ينمو لديهم الإحساس بعدم تماشي هويتهم الجنسية مع هويتهم التشريحية ويدخلون على إثر ذلك في صراعات مع انتظارات المحيط منهم.

### . العوامل المؤثرة في بناء الهوية الجنسية:

تتكون هوية الجندر بشكل مبكر، بالرجوع إلى المعايير المرتبط بالجندر وكذلك المرتبط بالجسم، وتظهر هذه المعايير في الخطاب الذي يتبناه المحيط الاجتماعي، والسياسي والعلمي والذي يستند إلى الاختلافات التشريحية بين البنات والذكور. حيث يبدأ هذا التمايز في الطفولة الأولى من خلال ملاحظة جسم الآخر، ويبدأ الطفل في المشاركة في الجندر الذكري أو الجندر الأنثوي. وتعتبر السنوات الأولى من الحياة ذات أهمية بالغة في بلورة وتأكيد الهوية الذكرية أو الهوية الأنثوية. وتتدخل العديد من العوامل من أجل ضمان هذه البلورة وهذا التأكيد.

**1. العوامل التشريحية:** تعتبر العوامل التشريحية من العوامل القاعدية في بناء الهوية الجنسية، إذ تمثل الأرضية التي على أساسها يتم اقتراح الأدوار الاجتماعية المتعلقة بالجنس، وتبني هذه الأدوار تدل على درجة اندماج الفرد في محيطه التي تحدد بدورها مدى تقبل المحيط له.

وترجع جذور الهوية الجنسية إلى لحظة تلقيح البويضة، التي يتحدد على إثرها جنس الجنين، وتنتج عنها الفروق الجنسية التشريحية الأولية بداية ثم الفروق الثانوية لاحقا.

**2. العوامل الاجتماعية:** تمثل الهوية الجنسية درجة الامتثال التي يظهرها الأفراد إلى مختلف فئات الأدوار الجنسية المتعلقة بجنسهم البيولوجي، بمعنى أنه يتم تحديد أدوار اجتماعية تمثل نماذج خاصة بالذكورة وبالأنوثة، وعادة ما ترتبط هذه النماذج بالقيم الاجتماعية والثقافية الخاصة بكل مجتمع، أي أنها تخضع لمتطلبات الاجتماعية والثقافية، وعلى إثر هذا يبدو من الطبيعي تسجيل الفروق والاختلافات بين هذه النماذج باختلاف المجتمعات. (سوالمية فريدة، 2016: 35-36)

وتفرض هذه النماذج مجموعة من السلوكيات والأدوار ترتبط بالجنس البيولوجي. ويتم تربية الأطفال ذكورا وإناثا على تبني هذه النماذج، فيتعلم الطفل منذ ولادته كيفية السلوك والتصرف وفقا لجنسه البيولوجي، ويعمل على إدماجه في "نوعه"، ابتداء من اللباس، مروراً إلى اللعب، فطريقة المعلمة وهكذا...إلخ.

**3. العوامل النفسية:** لكي نتمكن من حصر أهم العوامل النفسية في تكوين الهوية الجنسية من منظور نفسي لا بد من العودة إلى نظرية التحليل النفسي لفرويد (Freud) ودور الأوديب، حيث يرى أن التجنس النفسي يستند إلى سيرورة التقمص واكتشاف الفروق التشريحية بين الجنسين تحت صدارة القضيب، بمعنى آخر "امتلاك" أو "عدم امتلاك" في المرحلة القضيبية.

يؤكد فرويد أن اكتشاف الفروق التشريحية بين الجنسية يحدث بين 3 و 4 سنوات بينما تشير الدراسات الحديثة أن الأمر يتم في وقت مبكر جدا أي بين 15 و 18 شهرا، وتشير إلى الأهمية البالغة التي تكتسبها مرحلة ما قبل الأوديب للمال الجنسي للطفل. (سوالمية فريدة، 2016: 35-36)

#### . تشخيص اضطراب الهوية الجنسية حسب (DSM V):

نتكلم عن وجود اضطراب في الهوية الجنسية عند وجود تضارب بين الجنس البيولوجي والجنس النفسي، أي بين الهوية الجنسية والهوية المُجنّسة، فيظهر على الطفل رفض واضح لانتمائه الجنسي، ورفض الاندماج في الأنشطة الاجتماعية المتعلقة بجنسه البيولوجي، ويظهر ميلا أكبر للأدوار والأنشطة الاجتماعية المتعلقة بالجنس المعاكس، ويتوافق هذا الرفض بشعور عميق بانتمائه إلى الجنس المغاير فلا يشعر الذكر أنه ذكرا ولا الأنثى أنها أنثى. وعادة ما يترافق هذا الشعور وهذا الرفض بمعاش مؤلم ناتج عن هذا التناقض وعن نظرة الآخرين وعدم تقبلهم للوضع.

وحسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة (DSM V) يقتضي توفر مجموعة من المعايير لتشخيص اضطراب الهوية الجنسية.

A تناقض ملحوظ بين الجندر المُعبر عنه/ المُختبر والجندر المُفترض، لمدة ستة أشهر على الأقل وذلك كما يتجلى بستة على الأقل مما يلي:

1. رغبة قوية في أن يكون من الجندر الآخر أو الإصرار على أن الفرد هو من الجنس الآخر ( أو بعض التبدل في الجنس المختلف عن الجنس المُعين).

2. في الأولاد (الجندر المُعين)، تفضيل قوي لارتداء الملابس المتقاطعة مع ملابس الإناث أو عبر محاكاة الملابس الأنثوية الموشحة، أو في الفتيات (الجندر المُعين)، تفضيل قوي لارتداء الملابس المذكورة فقط ومقاومة قوية لارتداء الملابس الأنثوية التقليدية. (DSMV, 2013)

3. وجود تفضيل قوي للأدوار المشتركة من الجندر في اللعب المشترك أو اللعب الخيالي.
  4. تفضيل قوي لألعاب، أو أنشطة نمطية تستخدم أو تمارس من قبل الجندر الآخر.
  5. وجود تفضيل قوي لرفاق من الجندر الآخر.
  6. في الأولاد (الجندر المُعين)، رفض قوي لألعاب، أو أنشطة نمطية مذكرة وتجنب شديد للعب الخشن والمتقلب، أو في الفتيات (الجندر المُعين)، رفض للألعاب، أو الأنشطة النمطية المؤنثة.
  7. بُغض شديد للتشريح الجنسي للفرد.
  8. رغبة قوية للخصائص الجنس الأولية و/أو الثانوية التي تطابق الجندر المُختبر.
- B. يترافق الاضطراب مع تدن أو إحباط ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمدرسة أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- تحديد ما إذا كان: مع اضطراب للنمو الجنسي (على سبيل المثال: اضطراب الكظرية التناسلية الخلقي، تضخم الغدة الكظرية أو متلازمة فقد الحساسية للأندروجين). (DSMV,2013)
- يتظاهر الاضطراب عند المراهق والبالغ بأعراض كالاتشغال بالتخلص من الخصائص الجنسية الأولية والثانوية (مثل: التماس الهرمونات أو الجراحة أو إجراءات أخرى لتبديل الخصائص الجنسية ماديا من أجل محاكاة الجنس الآخر) أو الاعتقاد بأنه قد ولد ضمن الجنس الخطأ.

## المحاضرة الثاني عشر: الجنوح والانحراف (Délinquance et Pervers)

### تمهيد:

تعتبر ظاهرة الجنوح والانحراف من أبرز المشكلات التي تعاني منها المجتمعات في العالم، نظراً لما تخلفه من تأثيرات نفسية واجتماعية على شخصية الحدث، وما تتركه من آثار سلبية وخطيرة على المجتمع في مجالات الجريمة، فالجنوح يخص المخالفات القانونية للأطفال و المراهقين الذين لم يبلغوا سن الرشد أي سن (18 سنة)، ومن بين السلوكات المضادة للمجتمع نجد مثلاً: السرقة، الهروب من المنزل، البغاء... الخ وغير ذلك من التصرفات. وهذه السلوكات تدل على خلل في التوازن الداخلي الذي يعتبر السبب لها الأكثر بروزاً ومن هذا المنطق سوف نحاول تعريف الجنوح والانحراف عوامله وأهم النظريات المفسرة له وكيف يتم التكفل بالأحداث الجانحين والمنحرفين.

### 1. تعريف الجنوح : هناك عدة تعاريف حسب مختلف التخصصات والباحثين .

في اللغة العربية: يذكر ابن منظور أن الجناح بالضم: هو الميل إلى الإثم وقيل هو الإثم عامة . (ابن منظور، 2004: 213).

أما جعفر عبد الأمير ياسين فيرى أن الجنوح : "هو العمل الذي يرتكبه الأحداث ويعتبره القانون جريمة يعاقب مرتكبها". (جعفر عبد الأمير، 1981: 53). تأثير مجموعة من الاضطرابات أو عدم التوازن الاجتماعي، أو الضغوط الاقتصادية أو صراع مع الحضارة المدينة، كما يمكن أن يكون الجنوح بسبب اضطرب نفسي أو مرض عصبي ". (مجلة الثقافة النفسية، 1993: 41).

### . تعريف الجنوح حسب التخصصات :

. القانون: الجناح هو كل فرد ارتكب جنحة أي مخالفة للقانون الاجتماعي ويحكم عليه حسب قانون الجنايات، يعرف قانون الجناح روبن Rubin (1949): "الجنوح هو ما يعرفه القانون

. علم الاجتماع: الجنوح ناتج عن الظروف الاجتماعية الرديئة وهو مرتبط بالتغيرات السريعة والفوضوية التي يعيشها المجتمع دون التحكم فيها. ". (معتصم ميموني، 2005: 243).

. علم النفس : لا يهتم بالجنحة التي تهم القانون و لا بالفعل بل بمعنى الفعل (الجنحة) بالنسبة لفرد له تاريخه وظروفه الخاصة. يوجه الاهتمام للبحث عن الأسباب التي دفعت إلى هذا السلوك : ما هي الصراعات والصدمات التي أدت به إلى ارتكاب الفعل، لا يهتم علم النفس بالجانح للحكم عليه بل لفهمه و مساعدته وتوجيهه نحو الحياة أفضل . (معتصم ميموني، 2005: 243).

## 2. الجنوح والتحليل النفسي:

حاول التحليل النفسي فهم وتفسير السلوك الجانح من خلال دراسة الشخصية وتكوينها وطبيعة القوى الفاعلة فيها .ونظرة التحليل النفسي لشخصية الجانح لم توضع مرة واحدة بل عرفت تطوراً مر بمراحل عدة من خلال إسهام الكثير من المحللين النفسانيين الذين درسوا جماعات من الناجحين وسوف نقوم بعرض تطور نظرة التحليل النفسي كما يلي:

**1.2. تعميم نظرة العصابين على الجانحين:** كان يعتقد في أوائل اهتمام التحليل النفسي بالجنوح أنه نوع من أنواع العصاب و تعليل تلك الملاحظات العديدة التي قادت المحللين فالجانح يشبه العصابي من حيث سرعة القلق، ومن حيث عدم استقراره وسرعة انفعاله، ونقص النضج الشخصي لديه ومن جهة أخرى فإن دراسة الحياة النفسية لدى العصابي تظهر أنه هناك شحنات من النزعات العدوانية وميول إلى التصرفات الإجرامية، كما تتخلل الحياة الحلمية للعصابي مواضيع العدوانية كالقتل الاعتداء، والضرب وغيرها وجميع هذا نجده عند بعض الجانحين من أجل ذلك ساد الاعتقاد أن الجنوح شكل من أشكال العصاب (حجازي مصطفى، 1995: 17-19).

هناك العديد من التعارض بين الجانح العصابي من حيث بنية الشخصية استخلصت من الأبحاث العيادية على كل من الفئتين تلخصها في 03 وجهات نظر :

**توجه الصراع:** تظل الصراعات النفسية لدى العصابي داخلية ولا تبرز إلى الخارج سوى آثار هذا الصراع، أما الجانح فإن صراعاته تتخذ عادة الصراع العلائقي .

فكلاهما يعاني من العدوانية لكنهما تأخذ اتجاهين متعاكسين عند كل منهما، فكل حرمان أو إحساس بأنه غير مرغوب أو محبوب يؤدي إلى إثارة شحنة عدائية كبيرة عند العصابي، ولكنها متجهة نحو الذات وتولد صراع نفسي ومعناها الشديد إن الشيء الذي يجب الإشارة إليه أن العدوان ليس وحيد الاتجاه عند العصابي وإنما نجد عدواناً موجه للخارج ولكنه غير مباشر وهناك تقدير للذات ونفي للآخرين ولكنه يظل

على مستوى خيالي أو عدواني أما عند الجانح فإن إحساسه بالحرمان يولد لديه آلام نفسية شديدة ولكن عدوانية موجهة إلى مواضيع خارجية، تأخذ أشكال السلوك المتمرد على كل رموز السلطة وعلى الحياة الاجتماعية المتكيفة، فهو يدل أن يستجيب بمشاعر الذنب والدونية يحتج على حرمانه بالعدوان على الآخرين، إذ يتميز أنا الجانح بعدم الاعتراف عداه إلا كجزء من الأنا أو أداة لخدمة أعراضه ورغباته وبالتالي الخلط بين ما هو محسوس داخلياً وما هو معاش خارجياً، فالرغبة في الشيء تعني في نفس الوقت الرغبة في امتلاكه (حجازي مصطفى، 1995: 18-19)

**الموقف من الذات :** إن الجانح يهرب من ذاته، فهو يتجنب قلقه ومعاناته وصراعاته الداخلية، وأصعب الأمور على الجانح الإحساس الفعلي بآلامه وهو يهرب منها في الانغماس في الحياة المادية وممارسة النشاطات اليومية، أما الحياة العاطفية للعصابي فهو يتميز بالهوامات والتخيلات إذ نجد العصابي منغمس في ذاته، متجنباً مواجهة الواقع المادي الذي يراه مليئاً بالصعوبات والعراقيل.

فالجانح لا يدرك من الواقع إلا ما يحمله من لذة أو إحباط أدنى، لا يستطيع مراعاة الواقع في جميع أبعاده ومواقفه منه اضطهادي .

**الموقف من الديمومة:** يختلف الجانح العصابي في الموقف من الديمومة ويقصد بالديمومة: التناسق بين الأبعاد الثلاثة (الماضي، الحاضر، المستقبل) في وحدة لها طابع التسلسل المستمر إذ أن الجانح يهرب من الماضي ومن المستقبل منغمساً في حاضره إذ يظهر معظم الجانحين عجزاً واضحاً في التخطيط لحياتهم المستقبلية وهم يبذلون ميلاً كبيراً للهروب من الماضي وآلامه، مما يجعل الحديث عن الماضي أمراً في غاية الصعوبة، وهو ما يجعلهم عاجزين عن الاستفادة من تجاربهم الماضية، ما يهم الجانح هو الآني والظرفي، وأمام ضغوطه ومغرياته تنهار العبرة من تجارب الماضي ويتلاشى الاحتياط للمستقبل .

أما العصابي فهو يفرق في تجاربه الماضية مجتراً لآلامه ومعاناته كما قد ينغمس في المستقبل بما فيه من تصورات وهمية وخطط سحرية مما يبده عن مواجهة الحاضر والتصرف الفعال اتجاهه، فمواجهة الحاضر لدى العصابي تثير قلق تجسيد رغباته ومخاوفه (حجازي مصطفى، 1995: 20-23).

## 2.2. دراسة الجانح بشكل مستقل:

. الجانح إنسان بدون أنا الأعلى: ترى روليان (RLIEN) أن الجانح يتميز بعدم وجود أنا أعلى عند بعض المجرمين الذين لا يبذلون شعوراً بالذنب وتقول: "أن هناك شعوراً بالذنب عميقاً وليس ظاهر

"ووضحت وجود أنا أعلى بدائي مبكر تكون قبل الأوديب. هذا ما أثبتته "لاقاش" LAGACHE و"سيناك" و"لاكان" وجدوا عند الجانح ضميراً أخلاقياً بدائياً يعيش فيه كل علاقة مع نفسه ومع الآخر على شكل سادي - مازوشي وعدواني. (معتصم ميموني، 2005: 250).

أما (AICHORN) يركز على الإحباط والحرمان مما يجعل الأطفال والمراهقين غير قادرين على التحكم في اندفاعاتهم النزوية وتوجيهها نحو أهداف ثانوية. الصراع مع المجتمع يضاف إلى هذا الإحباطات. الحرمان العاطفي ومن السلطة ركز عليه كل باحثين من بينهم نذكر (Lagache et Bowlby) و هذا الحرمان يمنع التقمص السليم. (LAGACHE) يتكلم عن "تقمص مزيف" و"مايو" عن التقمص السلبي". في حين يختلف فرويد (FREUD) عن ميلاني كلاين (M, KLEIN) حيث يرى فرويد أن الجانح راجع إلى فشل في حل عقدة أوديب و (M, KLEIN) ترى أن سبب نشأة هذا الأنا الأعلى العنيف راجع إلى العلاقة أم - طفل، فخلال الرضاعة الطفل لا يبتلع الحليب وإنما يأخذ صورة عن أمه أو هذا الموضوع فإذا كانت تجربة الرضاعة جيدة ومطمئنة وتبعث للراحة فإن الطفل يكون صورة جيدة على أمه وهو ما سمته (م. كلاين) ب"الأم الطيبة" وتجربة الرضاعة غير السارة يكون خلالها صورة مشوهة وسيئة عن الأم وهو ما أطلقت عليه ميلاني كلاين اسم "الأم السيئة". (معتصم ميموني، 2005: 250)

في الحالات العادية يتجاوز الطفل هذه الوضعية ويساعده في ذلك العلاقات الحقيقية مع والديه المتميزة بالعطف والحنان، والتي تحميه من العلاقات الهوائية وتصحيحها، إذ تفقد صورة الأم الإيجابية التي اجتافها في بداية المرحلة الفمية، ويتأثر الأنا الأعلى بهذه التغيرات فيصبح أكثر ليونة وواقعية، وتقل سادية الطفل تدريجياً لتحول إلى مشاعر إيجابية وكل مشاعر الذنب محل العدوان مما يضطر الطفل لإصلاح الضرر الذي لحق بالآخرين، وهو أساس إقامة العلاقات الطبيعية، لكن في العديد من الحالات يتعثر هذا المسار ويعسر على الطفل .

. **وظيفة تنسيقية** : للأنا وظيفة المنسق الذي يحاول إيجاد توازن بين مختلف جهات الصراع. (حجازي مصطفى، 1981: 31).

. **القصور الكيفي للأنا**: يذكر (REDL) (1964) هنا خصائص أنا الجانح العاجز عن القيام بوظائفه التي تقتضي على فرص التكيف .

. انعدام القدرة على تحمل الإحباط.

- . العجز عن التحكم في القلق والمخاوف الداخلية .
- . العجز عن تحمل المسؤولية الخطأ والإحساس بالذنب .
- . عدم الاستفادة من تجارب الماضي .
- . آليات الدفاع لدى أنا الجانح: وضع ردل (REDL) سنة(1964) تصنيفاً لمجموع الآليات التي يستعملها الجانح وقسمها إلى ثلاث مجموعات :
- . إستراتيجية تجنب الحساب الداخلي: إن الجانحين يستعملون آلية الإسقاط بشكل واسع ونشط، فهم يتخلصون من مشاعر الذنب والإحساس بالخطأ بوضع المسؤولية على العالم الخارجي وبالتالي نفي المسؤولية الشخصية فهم يبررون سلوكياتهم الجانحة من خلال :
- . ظروف قاهرة نتيجة لحرمان الحب واحترام الآخرين وبالتالي فالسلوك الجانح حق ومشروع للدفاع عن النفس .

. أنه كان ضحية سلوك مماثل من قبل ،فيأخذ السلوك الجانح شكل حماية النفس أو الانتقام.

- . البحث عن سند للانحراف: ويأخذ أشكال عديدة منها: اكتشاف أصدقاء جانحين؛ حيث يظهر الجانحين قدرة فائقة من حيث بسهولة في اكتشاف رفاق الغامرة الجانحة، وأماكن تواجدهم، وكذلك اكتشاف الضحية فوجود الجانح وسط هذه المجموعات وتعاطفه معها وحصوله على تأييدها يقضي تماماً على القوانين السائدة كإطار التخلص من قلقه وميوله العدوانية، يؤدي ذلك لإبقاء الطفل أسير القلق الطفلي وآليات دفاعية خاصة بهذه المرحلة المبكرة فإذا تجاوز الخوف الذي يحدثه الأنا الأعلى حدوداً معينة قد يجد الشخص نفسه مضطر للقيام بسلوك تدميري اتجاه الأشخاص والأشياء ويشكل هذا الاضطراب في رأي م.كلاين (KLEIN) أساس الذهاب أو الانحراف . (حجازي مصطفى،1981: 31.28)

. اضطراب الأنا لدى الجانح:

- يرى ف.ردل ( F,REDL ) سنة(1964) أن السلوك الإنساني يفسر على ركيزتين أساسيتين تتمثل الأولى في نظام النزوات، وهو يشمل جميع الرغبات والنزوات التي تريد الإشباع، والركيزة الثانية نظام الضوابط والذي يتضمن الأجزاء الفاعلة في الشخصية لضبط النظام الأول، وتبعاً لنظرية التحليل النفسي

فإن نظام الضوابط يشمل الأنا والأنا الأعلى. لهذا يركز ف. ريدل (F, REDL) سنة (1964) على طريقة عمل الجهاز النفسي وخصوصاً عمل الأنا حيث انصب اهتمامه على النواحي التالية :

. وظائف الأنا.

. القصور التكيفي للأنا.

. آليات الدفاع لدى أنا الجانح .

. وظائف الأنا: وتتكون من:

. وظيفة معرفية: حيث يتوجه الأنا لمعرفة الظروف المحيطة للحفاظ على وجوده المادي والاجتماعي، وإبقاء الصلة مع العالم الخارجي .

. وظيفة الاختيار: بعد عملية التقييم يقوم الأنا باختبار الحل الأنسب والطريقة المثلى لتنفيذه .

. وظيفة القوة: يجب أن يتمتع الأنا بالقدرة على فرض قراراته على الأجزاء الأخرى للجهاز النفسي مرجعي لمشروعية السلوك من عدمها .

. البحث والانجذاب نحو الوضعيات المغرية بالانحراف: إن الجانحين يصغون أنفسهم في وضعيات مغرية بشكل لاوعي، وبذلك يصبح من الصعب جداً عليهم تحمل هذه المغريات ومقاومتها وهو ما يعطل الرقابة الخلفية لديهم.

. مقاومة التغيير: يظهر هذا بعد دخول الجانح مؤسسات إعادة التربية أو السجن فهو يبدي مقاومة التغيير لكل الوضعيات الجديدة، فهو يرفض التأثير بالمحيط الخارجي. وتظهر هذه المقاومة من خلال عدم الخضوع للأوامر والقوانين. (حجازي مصطفى، 1981: 466-468)

**3. عوامل الجنوح:** هناك تداخل عوامل كثيرة ومعقدة، نذكر من بينها:

**1.3. العوامل التكوينية والجسمية:** الوراثة لقيت انتباه الكثير من الباحثين، حسب الدراسات الفردية نجد أن بنية معتبرة من الجانحين تأتي في أوساط خاصة: كحولية الآباء، جنوح الآباء. وفي هذا المجال نذكر مساهمة الباحث لمبروزو (Lombroso) يقول أن هناك "مجرم بطبيعته" أي له نمط جسمي نفسي خاص وهذا بعدما كان طبيبياً وضابطاً في الجيش، حيث أتاح له فحص العديد من الجنود، كما قام

بتشريح جثة كبير المجرمين فتوصل إلى وجود هذه الخصائص الجسمية التالية: ضيق الجمجمة، عدم انتظام حجم الرأس، بروز عظام للخدین، اعوجاج في الفم وغيرها من الصفات. وعلى هذا الأساس يرى لمبروزو أن المجرم إنسان مطبوع على الإجرام وليس للبيئة التي يعيش فيها أي أثر في إجرامه فهو مجرم بالفطرة أو بالميلاد. (معتصم ميموني، 2005: 244)

إن نظرة لمبروزو هذه باعتباره أن المجرم هو أسير لعوامل تكوينية نبه للبحث عن أسباب الجريمة في جسم الإنسان من الناحيتين النفسية والعضوية، ومن جهة أخرى نبه للمسؤولية الجنائية بحكم أن المجرم مسير لا مخير كما أنه اعتبر المجرم مريضاً لا يستحق عقوبة بل يحتاج إلى تدابير وقائية وعلاجية أو التخلص منه إذا تعذر إصلاحه. (إسحاق إبراهيم، 1991: 33)

كما نجد دراسات أخرى ركزت اهتمامها على الخصائص التشريحية النوعية، بحيث حاولت تصنيف الناس طبقاً للنموذج الشامل أو التركيب العام لبناء الجسم، ومن أبرز الأمثلة لتطبيق هذه التصنيفات دراسة شيلدون (scheldon) التي اعتمد فيها على دراسة السلوك الانحرافي على نماذج الجسم من حيث معيار السيطرة على الجهاز الهضمي، الهيكل العظمي والجهاز العصبي مع تفصيل دقيق لمجموعة من البيانات الفيزيولوجية لمائتي حالة "200" من الأحداث الجانحين فتوصل إلى أن الاعتدال البدني لا ينتج بالضرورة جنوحاً إنما الخلفية التكوينية أو الخلفية الأكثر ملائمة للجنوح. (محمد جابر، 1988: 91).

غير أن هذه النظرية قد تعرضت إلى محاولات نقدية كبيرة وقد تبين مما سبق أن لمبروزو يؤكد على الحتمية البيولوجية مهماً في ذلك حرية الإدارة، كما يتنكر للحتمية الاجتماعية والنفسية. (محمد جابر، 1988: 91)

**2.3. العوامل الاجتماعية:** ترى هذه النظرية أن السلوك الإجرامي شأنه شأن السلوك الاجتماعي ناتج لقوانين أساسيين هما التنظيم الاجتماعي من الصراع ومنافسة، والتفاوت الطبقي والاختلافات السياسية والدينية القوة الثانية فهي ممثلة في الفرد نفسه في محيطه النفسي الاجتماعي، ويشمل ذلك على عملية التقليد والاتجاهات التي يعشقها. (فاروق سيد، 1989: 30)

تشمل الجريمة في مفهومها الاجتماعي البحث عن جميع الأفعال والتصرفات التي فيها انتهاك وخروج عن القيم ونظرة المجتمع، وبعبارة أكثر تخصيصاً فالجريمة بمفهومها الاجتماعي يقصد بها: "كل سلوك مضاد للمجتمع، أو كل فعل يتنافى مع روح المجتمع و مبادئه. (فاروق سيد، 1989: 30)

كما نجد دوركايم (Durkheim) الذي يرى أن الجريمة ظاهرة اجتماعية منشؤها الأساسي تحديد المجتمع لماهية الفعل الاجتماعي المتوافق أو الجانح، وأنه في حالة اختلال التنظيم الاجتماعي فإنه يصعب عليه تأدية وظيفته وبالتالي ينطلق الأفراد وراء تحقيق أهدافهم غير مبالين لما هو صواب أو خطأ، فالانحراف بالنسبة دوركايم ظاهرة اجتماعية اعتيادية تتصل ببناء المجتمع وتركيبه .

لكن مع الوقت تغيرت النظرة الاجتماعية، حيث ركزت في هذه الآونة الأخيرة كل اهتماماتها على الأسرة وعملية التنشئة الاجتماعية والتطبع الاجتماعي "socialisation" باعتبارها المسؤولة على تكوين نمط شخصية الفرد من حيث استقراره وأمنه وإبعاده عن ارتكاب السلوك المخالف. فمن وجهة نظر "ولتر" (Walter) أن هناك علاقة بين البيت المتصدع (broken home) وتكوين اتجاهات غير جيدة لدى أفراد الأسرة، إذ تبين أن المشكلات السلوكية لدى أطفال الأسر المتفككة أكثر توتراً من تلك التي عند أطفال الأسر المترابطة. (Biegler and coll,1983 :112)

وجد جاكسون (jackson) (1980) من جهته وفي دراسة له حول الانحراف أن الأسرة التي تفقد فيما بينها علاقة المودة والمحبة يتميز أبنائها بالعدوانية واللامبالاة وعدم احترام مشاعر الغير. (jackson ,1980 :203)

**3. وسائل الإعلام:** إن الإعلام يؤثر على الأفراد والمجتمعات بالإيجاب والسلب، حيث نجد لدى بعض القنوات افتخار بالجنوح ويظهر الجانح في الأفلام كبطل يتحدى القانون ويقوم بالمغامرات مشوقة، وهذا يمكنه أن يؤثر على التقمص (identification) هذا من جهة ومن جهة أخرى يعطي طابعاً حقيقياً للإستهامات ويفتح الباب للتعبير عن الشهوات والنزوات (معنص ميموني، 2005: 247-248).

فالحديث الذي يواظب على مشاهدة هذه الأفلام يقوم على عالم سينمائي خيالي يشذ عن الواقع. فالصور السينمائية تبدو في نظر الحديث مثال التعبير الحي عن الواقع، فبض الأفلام مؤذية حيث تعرض شخصيات عاطلة عن العمل، تعيش حياة متميزة بالفخامة والترف، والأفلام تغلب فيها مشاهد العنف والتعذيب والعجز وهي أفلام يسودها الهيجان الجنسي، فالمشاهدة المتكررة لهذه الأفلام تدفع الحدث إلى طريق الجنوح والشغب. (شازال، 1980: 28-29).

وفي هذا الصدد أجريت دراسة على عينة من الجانحين - ذكور و إناث مكونة من 268 طفلاً أن 10% من أفراد العينة أعربوا عن تأثيرهم المباشر بالسينما، وأن 49% من الذكور الجانحين أرجعوا رغبتهم في

حمل سلاح قاتل إلى تأثير السينما، وأن 28% منهم تعلموا أساليب السرقة من الأفلام السينمائية وأن 20% تعلموا كيفية الإفلات من القبض عليهم والتخلص من عقاب القانون، وأن 45% منهم وجدوا من الانحراف والجريمة الطريق إلى الثراء، وأن 26% منهم تعلموا القسوة والعنف عن طريق التقليد بعض المجرمين. (عامر، 2003: 249-250)

**3-4 - العوامل النفسية والعائلية:** تلعب الأسرة دورا هاما في التنشئة الاجتماعية للطفل وتأسيس شخصيته، الاضطرابات العائلية ونقائصها التربوية تؤثر على التوازن النفسي للطفل، نذكر منها: التفكك الأسري، الطلاق، الصراعات المستمرة والعنف والظروف المعيشية المنحطة كل هذا يفرز صراعات وحرمانا وتشويه الصور التقمصية مما يفقد المراهق الثقة في نفسه وفي أسرته وفي مجتمعه. بالإضافة إلى أن العائلات التي تعيش في محيط يتكاثر فيه المنحرفون، المدمنون يسهل القيام بالفعل الجانح، أو كما يطلق عليها بعض الباحثون تعتبر أرضية مساعدة للفعل الجانح. (ميموني، 2005: 248-249).

#### - طرق وأساليب التكفل بالأحداث الجانحين:

من بين الطرق التي تستخدم في التكفل بالأحداث الجانحين نجد العلاج الفردي والجماعي، والهدف منه هو محاولة تصحيح السلوك الجانح وتعديل مفهوم الذات عن طريق العلاج المتمركز حول العميل مع الاهتمام بعلاج الشخصية والسمات المرتبطة بالجنوح، وحل الصراعات ومقابلة عوامل الإحباط وإزالة مصادر الضغط والتوتر الانفعالي ومحاولة التغلب على دوافع العدوان، وإشباع الحاجات النفسية غير المشبعة وخاصة الحاجة إلى الأمن وإبدال السلوك العدواني بسلوك بناء.

كما يستخدم المختص النفسي في مراكز إعادة التربية الخاصة بالمراهقين الجانحين حصص الإرشاد العائلي للعمل على تجنيب الطفل التعرض للأزمات الانفعالية، وتوضيح بأن العقاب الجسدي لا يجدي مع الجانحين، وتصحيح أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة وآثارها السلبية مع استخدام أسلوب التفهم (زهرا حامد، 1988: 568).

## المحاضرة الثالث عشر: الانتحار والمحاولة الانتحارية

### (Le Suicide et Tentative Suicidaire)

#### تمهيد:

يعتبر السلوك الانتحاري مشكلة معقدة، لأنها ظاهرة تمس الأفراد مهما كان عمرهم، جنسهم، عرقهم ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، لهذا فهو يعد أحد الوسائل المعروفة للبشر التي تؤدي إلى الموت، حيث يقوم بها الشخص بمحاولة ناجحة أو فاشلة لقتل النفس؛ لهذا فقد أصبحت مأساة تعيشها الإنسانية كل يوم فقد كشفت وسائل الإعلام المرئية والمسموعة تنامي وانتشار ظاهرة الانتحار نظرا للتواتر الكبير لهذه الظاهرة في مختلف المجتمعات، لهذا وجب علينا كمختصين نفسانيين البحث في هذه الظاهرة من أجل تحديدها بدقة والوقوف على أهم عواملها وأسبابها، لأن عواقبها وخيمة على الضحية، وعلى الأسرة وكذا المجتمع، محاولين تحديد النماذج المفسرة للانتحار وأهم الطرق والتقنيات الوقائية والعلاجية للسلوك الانتحاري.

#### 1. تعريف الانتحار:

من الناحية اللغوية: الانتحار مشتق من مصدر الفعل "نحر" أي "ذبح" أما اسم الفعل هو "النحر" ومعناه أعلى الصدر (ابن منظور، 1970: 112). فالانتحار هو عملية قتل الذات بذاتها، وهو مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل (Caedere) بمعنى "يقتل" والاسم (Sui) بمعنى النفس أو الذات. ونقلت الكلمة إلى الفرنسية على يد الأب دي فونتين (L'abbé Des Fontaines) لأول مرة في النصف الأول من القرن الثامن عشر، سنة (1737). وفي اللغة العربية يفيد الانتحار معنى مماثلاً، فالكلمة مشتقة من "نحر" أي ذبح وقتل، "وانتحر الشخص" أي ذبح نفسه وقتلها.

**اصطلاحاً:** هو "كل حالة موت ناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه، وهو ليس بالتضحية". يعتبر العالم الاجتماعي الفرنسي إميل دوركايم (1897) أول من تعرض لتحديد مفهوم وأعراض السلوك التي تتدرج تحته، فالانتحار ينسحب على "كل حالات الموت التي تنتج مباشرة أو بشكل غير مباشر عن فعل إيجابي أو سلبي ينفذه الضحية بنفسه، وهو يعرف أن هذا الفعل يصل إلى هذه النتيجة أي الموت. (فايد حسين، 2001: 241).

تعريف بولدنجر (Poldinger) يمر الانتحار بثلاثة مراحل متتالية: "الفكرة الانتحارية، فترة تردد ثم القرار النهائي" (غازلي نعيمة، 2012: 15).

يعتبر الانتحار حسب بلوك (Bloch) فعل تعاطي الموت، حيث أنه قد يكون فعل عقلي منفذ نظرا لاعتبارات فكرية، اجتماعية، دينية، فلسفية أو شخصية. أو عكس ذلك يرجع لفعل مرضي ناتج عن تطورات لمختلف الإصابات العقلية (اكتئاب، هذيان مزمن، عته...) أو ناتج عن صدمة حقيقية حادة تحت شكل موجة عنيفة من القلق بعدوانية متجهة نحو الذات. (Bloch et al, 2000 :911)

## 2. مفاهيم ذات صلة بالانتحار:

. **الشخص المنتحر (Suicidé):** هو الشخص الذي نجح في الانتحار، إنه ضحية القتل المنفذ ضد نفسه، إذن يتعلّق بالانتحار الناجح. (Roger Dufors Gomperts, 1992 :341).

. **الشخص الذي حاول الانتحار (Suicidant):** فهو الشخص الذي حاول الانتحار وفشل في محاولته، أنه الانتحار الفاشل الذي من خلاله يوجه إشارة للآخرين عن وضعيته النفسية، ويمكن أن يتبع الانتحار الفاشل محاولة انتحارية أخرى قد تكون ناجحة. (غازلي نعيمة، 2012: 15)

. **الشخص المؤهل للانتحار (Suicide):** هو الشخص المؤهل للانتحار أو محاولة الانتحار أو ذلك الشخص الذي يكون في وضعية تأهب للانتحار التي يعبر عنها بواسطة سلوكات وإشارات محددة.

- **المحاولة الانتحارية (Tentative de Suicide):** عرّفها برانجني (Pringney) كما يلي: "المحاولة الانتحارية هي فعل غير كامل قصد الموت ينتهي بالفشل".

عرّفها دانيال مارسولي (Daniel Marchelli): " نسمي المحاولة الانتحارية عندما يتصف الفعل الانتحاري بالفشل كيفما كان نوع أو سبب هذا الفشل". (غازلي نعيمة، 2012: 15)

## 3. العوامل المؤدية للانتحار:

أوضحت الدراسات أن هناك عوامل مختلفة يمكن أن تؤدي أو تحفز الفرد للجوء لمحاولة الانتحار والتي يمكن تصنيفها كالتالي: عوامل اجتماعية، أسرية وفردية.

. **العوامل الاجتماعية:** توصل الباحثين إلى تحديد مجموعة من العوامل منها: فقدان العلاقات الأسرية لقيمتها، فحياة الفرد تكون مهددة بالاضطراب في حالة طلاق الوالدين، غياب أحد الوالدين أو كلاهما.

. تصبح المعايير والقيم التي توجه سلوك الفرد مختلطة ومتعددة فالتسامح الاجتماعي والعائلي لا يسمح للفرد ببناء هويته.

. يعيش الفرد حالة عدم استقرار، الهجرة، تغيير السكن باستمرار، الانعزال، وبالتالي شبكة علاقاته الاجتماعية تنفك.

. لم يتمكن الفرد من اكتساب الشعور بالقدرة على لعب دور فعال في المجتمع، وبالتالي ينتج لديه شعور بالتبعية والضعف، لأنه لا يستطيع تسيير شؤون حياته. (كوروغي محمد لمين، 2010: 20)

. **العوامل الأسرية:** تؤثر الاضطرابات الأسرية على عدد حالات الانتحار وتواتر محاولات الانتحار ومن أهم هذه العوامل ما يلي:

. الصراعات الأسرية، خاصة انفصال الوالدين، كذلك غياب الأب أو الصورة الأبوية، هذا العامل يكون أكثر تأثيراً إذا حدث الانفصال قبل سن 06 سنوات.

. السوابق العائلية المرضية: انتحار أو محاولة انتحار، مرض عقلي، تناول الكحول أو المخدرات من طرف الأب أو الأم.

. الرحيل وتغيير السكن العائلي باستمرار الذي يؤدي بالضرورة إلى تغيير المدرسة والشارع وبالتالي الشبكة الاجتماعية (عدم الاستقرار).

. التوظيف الأسري المرضي كالاكتئاب الجسدي والنفسي على الأطفال (سوء المعاملة النفسية والجسدية)، جو من التوتر والعنف، اتصال غير متكيف، الوالدين غير مباليين، بحيث لا يتعاملون عاطفياً مع الأولاد وبالتالي يصبح الوسط العائلي مليء بالصراعات والتوتر. (كوروغي محمد لمين، 2010: 20)

. **انتحار أحد أفراد الأسرة:** إن المراهقين يعيشون في تناقضات بين الموت والحياة، فهم لا يدركون أنّ الموت نهاية حتمية لكل إنسان وأن الانتحار أحد أفراد الأسرة قد يولد عند الشباب الحزن، الغضب والشعور بالذنب وقد يبدون سلوكاً مماثلاً خاصة إذا كانت العلاقة بين الطرفين (الابن مثلاً و الأب

المنتحر جيدة) وهنا يمكن أن نشير إلى دور الإتصال داخل أفراد العائلة الواحدة وتزويد الأبناء بالحقائق والمعلومات الكافية حول العديد من القضايا من طرف الأولياء كقضية الانتحار وللمحاولة الانتحارية (أكرم نشأت إبراهيم، دس:39).

. **العوامل الفردية:** يزيد خطر الانتحار إذا توفرت مجموعة من العوامل الفردية، يمكن تحديدها في ما يلي:

. تجارب الفقدان، كفقدان أحد الوالدين أو أي شخص عزيز، انفصال الوالدين، حدوث انقطاع في علاقة صداقة، كل هذه العوامل يمكن أن تكون أسباب مباشرة أو غير مباشرة.

. الانقطاع عن الدراسة، الفشل الدراسي، فشريحة كبيرة من المراهقين لم تتعدى المستوى الابتدائي وهو شباب يعمل أو بطال.

. استهلاك المخدرات، فمعدل الانتحار عند المدمنين أكثر بكثير منه عند غير المدمنين.

. الصراعات الفردية، حيث يعاني محاولوا الانتحار من عدة مشاكل، فهم فاقدون للشجاعة، مكتئبون، يحسون بالملل، يائسون، قلقون، كما يتعذر عن معظمهم إقامة علاقات اجتماعية، يشعرون بالوحدة والرفض، ويعيشون أزمة هوية والحط من قيمة ذاتهم.

. **الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية:** وجود تشخيص نفسي مرضي، فمعظم حالات الانتحار 75%- 90% من المنتحرين، تشخص على أنها تعاني من اضطراب قبل محاولة الانتحار وبعدها: اكتئاب، اضطراب عصابي، اضطرابات الطبع والسلوك، ذهان...، ومعدل المرض يمكن أن يرتفع إلى 35% في حالات تكرار محاولة الانتحار ووجود اضطراب عقلي يمثل عامل خطر.

. **العوامل الاقتصادية:** من النتائج التي تصول إليها دوركايم (Durkaim) أنّ عدد المحاولات الانتحارية تتزايد في أوروبا في فترات الأزمات الاقتصادية الشديدة، والتغيرات المفاجئة في المجتمع، ومن بينها نجد انتشار البطالة، الفقر...إلخ، فهي تزيد من الضغوطات العائلية وتحدث الخلافات بين أفراد الأسرة الواحدة، وتضعف العلاقات.

**4. تعريف المحاولة الانتحارية:**

يشمل هذا المصطلح كل فعل يعرض الفرد من خلاله حياته للخطر، إما بطريقة هادفة أو بطريقة رمزية، ولا يصل به إلى حد الموت. كما يمكن تعرف المحاولة الانتحارية على أنها محاولة لإنجاح فعل تدمير الذات عمداً، هذا بالإضافة إلى كونها تعبر عن نتيجة ما قام بها الفرد المنتحر، فإذا نجحت محاولة الانتحار، فإن نتيجة عمله هي القضاء على حياته، أما العكس فينتج عنه محاولة انتحار فاشلة. فهي تربط عادة بصراعات شديدة يعاني منها الفرد محاول الانتحار على صلة بمعاشه النفسي وبالاضطرابات التي يعانيها. (كوروغي محمد لمين، 2010: 25)

**5. تفسير المحاولة الانتحارية:** لقد حدد العلماء بعض السمات السيكلوجية التي تدفع بالفرد إلى الإقدام على وضع حد لحياته، وتفيد معرفة هذه السمات في تحليل محاولة الانتحار وإمكانية وضع خطط علاجية ووقائية انطلاقاً من محاولة الحد من سيطرة هذه السمات على الفرد نلخصها فيما يلي:

. **الألم النفسي:** لا يقدم أي فرد على الانتحار وهو سعيد في حياته، فمحاول الانتحار يسعى إلى الهروب من الألم النفسي، وأنّ الهدف العاجل بالنسبة للمعالج أو المختص النفسي أثناء تعامله مع هذه الشريحة هو تخفيف الألم أي وسيلة ممكنة. (كوروغي محمد لمين، 2010: 25)

. **الحاجات السيكلوجية المحبطة:** فعدم إشباع هذه الحاجات السيكلوجية يتولد عنه الإحباط وعدم الثقة، مما قد يدفع إلى الشعور باليأس والإحباط وبالتالي الإقدام على محاولة الانتحار.

. **البحث عن الحل:** لا يحدث الانتحار عشوائياً ولا ينفذ بدون هدف، إنه موقف يصعب تحمله وهو بمثابة أزمة حادة عارمة تتجاوز قدرات الفرد على التحمل، فمحاولة الانتحار بمثابة استجابة لحيرة مصدرها عدم إيجاد حل لمشكل معين. (كوروغي محمد لمين، 2010: 26)

. **التناقض الوجداني:** إذ يبدو بعض التناقض الوجداني سوياً، فكل فرد يحمل الحب والكرهية لذاته وللآخرين، لكن بالنسبة للشخصية ذات الميول الانتحارية يكون التناقض الوجداني بمثابة مسألة حياة أو موت. (كوروغي محمد لمين، 2010: 26)

. **الكشف عن الرغبة في الانتحار:** إن حوالي 80% من الأفراد الذين يحاولون الانتحار يصرحون بنيتهم إلى الأصدقاء والأقرباء من خلال إشارات ورموز تمهد لذلك. فهم يبدون أولاً تعبيرات الضعف واليأس ثم

يستجدون ويستغيثون ويعمدون إلى إيجاد فرص تستدعي الإسعاف والواقع أن محاولة الانتحار بالنسبة لهؤلاء ليست في جوهرها رغم ما تكتسيه من سمات عدوانية ذاتية إلا محاولات لجلب اهتمام الآخرين نحو أهمهم ومعاناتهم وبالتالي منعهم من قتل أنفسهم. (كوروغلي محمد لمين، 2010: 26)

## 6. المقاربات النظرية المفسرة للانتحار والمحاولة الانتحارية:

. **الاتجاه السلوكي:** يرجع أصحاب هذا الاتجاه الانتحار إلى أنه سلوك متعلم في أغلبه ولا وجود لأية قاعدة جينية تؤدي إلى ظهوره، فقد أدت الملاحظة العيادية للعديد من الذين حاولوا الانتحار إلى استخلاص معادلة سميت "معادلة السلوك الانتحاري"، وفقا لهذه المعادلة يفترض أن الشخصية الضعيفة والهشة بالإضافة إلى فقر المحيط لعوامل التعزيز الإيجابي بالمقابل مع التعزيز السلبي لسلوكات غير مرغوب فيها يؤدي إلى تعلم الانتحار وبذلك يصبح هذا الأخير. أي الانتحار. طريق ونمط من الاستجابة يظهر كلما دعت إليه الحاجة إلى ذلك أو كلما اعترضت عوامل الضغط طريق الفرد الذي تتوفر لديه هذه الأرضية. (غازلي نعيمة، 2012: 64)

. **الاتجاه المعرفي:** يؤكد التناول المعرفي على أن الاضطراب السيكولوجي عموما هو نتيجة لخلل أو تشوهات في طريقة تفسير الفرد لوقائع الحياة وكذلك نتيجة لمعتقدات فكرية خاطئة بينها الفرد عن العالم الخارجي. وانطلاقا من هذا قام كل من (Luscomb & Clum, Patsiokas, 1979) على اقتراح نموذجا نظريا لتفسير الانتحار انطلاقا من فرضية (Bakal) حول وجود استعداد أو أرضية مهياة للسقوط في المرض، بدنيا كان أو سيكولوجيا وكذلك انطلاقا من نتائج (Beck) حول دور اليأس في تفجير السلوك الانتحاري، وأطلق على هذا النموذج اسم: الاستعداد/ الضغط/ اليأس. ينطلق هذا النموذج من افتراض مفاده أن الأفراد غير القادرين على التفكير المتسلسل والسريع، عندما يواجهون ضغط عالي أو مشكل صعب في حياتهم اليومية، فإنهم يكونون غير مهيين لتتبع الحلول اللازمة، وكننتيجة لعدم قدرتهم على حل مشاكلهم فإنهم يصابون باليأس ويلجؤون إلى الانتحار للخروج من وضعيتهم الصعبة. ومنه يرجع أصحاب هذا النموذج الانتحار إلى العوامل التالية:

. الضغوط الحياتية اليومية . التصلب المعرفي . العجز في تنويع الحلول . اليأس . (غازلي نعيمة، 2012:

**. السمات السيكولوجية للنزعة الانتحارية:**

انطلاقاً من دراسات (Edwin Shneidman) الباحث في ميدان الانتحار، سمات قال عنها هذا الأخير أنها تشكل اللوحة السيكولوجية لأرضية الانتحار نذكرها:

- . وجود ألم نفسي لا يطاق، إذ لا يُقدّم أي فرد للانتحار وهو سعيد والمنتحر يسعى للهروب من الألم.
- . الحاجات السيكولوجية المحبطة غير المشبعة، فإشباع هذه الحاجات غالباً ما يجنب حدوث الانتحار.
- . البحث عن الحل، إذ أن الانتحار لا يحدث عشوائياً بل في الأغلب جواب على الحيرة القائلة أي " كيف أخرج من هذا الموقف؟".

- . القيام بمحاولة إطفاء الوعي، إذ يمكن القول أن الانتحار هو هروب من الوعي.
- . اليأس وفقدان العون (المساعدة)، إذ أن الشعور بالذنب والإحباط عوامل تعتبر من أسباب الانتحار.
- . تضيق الخيارات، إذ عوضاً من أن ينظر الأفراد إلى الحلول المتنوعة الخاصة بمشاكلهم يفكرون فقط في خيارين لا ثالث لهما، إما الوصول الكامل غير المنقوص أو إيقاف كل شيء.
- . التناقض الوجداني، فالشخصية ذات الميول الانتحارية يكون عندها التناقض الوجداني مسألة حياة أو موت.

. الكشف عن الرغبة في الانتحار، إذ أن 80% من الأشخاص الذين يحاولون الانتحار يفضون بنيتهم إلى المقربين منهم.

- . الرحيل، أي الهروب من المنزل أو ترك العمل والانتحار هو ذروة الرحيل.
- . أنماط الصراع المستمر طوال الحياة، إذ يجب معاينة عوارض الاضطرابات السابقة.

**7. الشخصية المنتحرة:** لعلّ الحديث عن الشخصية المنتحرة يدفعنا للتساؤل: لماذا يصبح الفرد فرداً منتحراً؟ وما أزمة الانتحار؟.

إن البحوث التي عالجت فكرة الانتحار من منظور تحليلي، تراها من ثلاث زوايا تتمثل في:

. دلالة الانتحار بالنسبة للشعور. (بوسنة عبد الوافي زهير، 2008: 59)

.دينامية الانتحار بالنسبة لمختلف هياكل الأنا، وبالنسبة أيضا للعلاقة الموضوعية.

.المصدر الغريزي للنزوات الانتحارية.

**1.7. الأرضية المساعدة على الانتحار:** حسب كارل روجرز (Carl Rogers) ترجع محاولة الانتحار والأفكار الانتحارية، على فكرة عدم قدرة الفرد على أداء وظائفه على أحسن وجه، وهذا راجع بدوره إلى غياب جو أسري مليء بالقبول اللامشروط خلال فترة الطفولة، مما أدى على انعدام القدرة على تطوير نظام جسمي ذا قيمة. (بوسنة عبد الوافي زهير، 2008: 59-60)

كما حلل ريكمان (Richman) النماذج التفاعلية لبعض العائلات، واعتبرها عائلات لها ميولات انتحارية، إذ أنه يعرف السلوك الانتحاري على أنه فعل يركز على مجموعة عوامل تغلب عليها الضغوطات العائلية. لذلك لا يد من الرجوع إلى الإطار العائلي الذي نشأ فيه الفرد، دون الاعتماد على فكرة فهمه بمفرده بعيدا عم مجاله المعيشي. وعلى أساس البحوث العيادية تم تحديد ما يسمى " نظام عائلي انتحاري" هذا الأخير تميزه مجموعة من الخصائص التالية:

. عدم القدرة على قبول التغيير " جمود" يظهر على شكل رفض الفرق، عدم استقرار العلاقات.

. تعلق بالوجوه الوالدية ونماذج العلاقات الطفلية.

. تعلق بالأدوار الاجتماعية الأولية.

يمكن أن تظهر أيضا في حالات الحرمان الأبوي سواء كان حرمان شخصي أو حرمان عاطفي، وفي حالة الأطفال غير المرغوب فيهم والغير مقبولين خاصة إذا كان الآباء عصابيين، يلاحظ أن هذا النوع من الآباء لا يعترفون بالمشاعر السلبية، كذلك المشاعر التي تظهر أنها غير مقبولة اجتماعيا، بمعنى أنهم يرفضون الاعتراف بالإحساس بعدم قبول أي سلوك غير لائق ومغضب، إنهم يدركون حقيقة رسائلهم المزدوجة. (بوسنة عبد الوافي زهير، 2008: 59-60)

**8. استراتيجيات التكفل:**

إن معايير التدخل اتجاه محاولة الانتحار يجب أن تكون على عدّة مستويات، فالتدخل يكون طبي وإسعاف استعجالي، كما يمكن إخضاع حالات محاولات الانتحار إلى علاج نفسي أو جماعي، نذكرها فيما يلي:

. **التكفل الطبي:** ينجر عن محاولة الانتحار استشفاء استعجالي، بسبب الإصابة الجسدية (تسمم) هذا الاستشفاء يكون في العادة قصير المدى، ويجب إعادة اعتباره كفترة جيدة لتقييم وضعية محاول الانتحار وعلاقاته بالعائلة والمحيط على العموم. كما يمكن عند بعض الحالات، الانتقال من استشفاء استعجالي إلى استشفاء في أقسام الطب العقلي، خاصة عندما يظهر محاول الانتحار جدول مرضي (اكتئاب، فصام...). كما يمكن اللجوء إلى العلاج الدوائي لدى بعض الحالات الذين يظهرون اضطرابات نفسية أو عقلية. (كوروغلي محمد لمين، 2010: 34-35)

. **التكفل النفسي:** إن فترة الاستشفاء الإستعجالي يجب أن تلخص بتقييم عيادي مفصل لظروف محاولة الانتحار، العلاقات بالمحيط، أهمية الأفكار الانتحارية وأخطار الانتكاس، وبالمقابل فالمقابلة العيادية يكون هدفها ربط أو وضع الأسس لبناء علاقة علاجية دقيقة، فعادة التدخل العلاجي على المدى القصير يكون ضروريا، لأنه يسمح بعمل نوع من تشكيل الأفكار حول فعل الانتحار. (كوروغلي محمد لمين، 2010: 34-35)

. **التكفل العائلي:** إن الاتصال بالأسرة يكون دائما ضروريا ولا يكون إلا في حالة الاستعجال، لأن الأسرة يمكن لهما أن يخففا من شدة الأزمة الانتحارية أو مبالغة الوضع بإنساب الحالة إلى اضطراب عقلي خطير، كما يجب أن تصبح الأسرة مساعدة في العلاج لأنها لها دور مدعم و مساند للفرد المحاول للانتحار. لهذا يمكن اللجوء إلى العلاج العائلي تحت سياق أن محاول الانتحار يعيش صراع في الوسط العائلي. (كوروغلي محمد لمين، 2010: 34-35)

## - قائمة المراجع:

- أحسن جاب الله حورية (2010). النمو والاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، الجزائر، ISBN: 978 9947 0 3056 1.
- ابن الطيب فتيحة (2011) التخلف العقلي عند الطفل وآثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة فرحات عباس سطيف2.
- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5) ترجمة: الحمادي أنور.
- الزغبي أحمد محمد (2001). الأمراض والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، عمان: دار زهران.
- الرزياقات أحمد (2005). اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج، عمان: دار الفكر.
- بن عربية راضية وشوال نصيرة (2016). مدخل إلى الأطفونيا علم اضطرابات اللغة والتواصل، الطبعة1، الجزائر: ألفا دوك للوثائق.
- بن خليفة محمود وسي موسى عبد الرحمان (2010). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي نظرة الاختبارات الإسقاطية، الجزء الأول، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- بوسنة عبد الوافي زوهير، (2008). التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار لدى الطالب الجامعي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.
- بوزار يوسف، (2017). السلوكيات العدوانية لدى المراهقين الجانحين المتواجدين في مراكز إعادة التربية، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد5، العدد 12، صص(329-345).
- بشير معمري، (2012). تصميم استبيان احتمال الانتحار لدى الراشدين وتقنيه على عينات من البيئة الجزائرية، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، تصدر عن مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، جامعة قسنطينة، العدد 5، صص(21-46).

- تغليت صلاح الدين ومخيبر فايزة. (دس). برنامج تدريبي مصغر وفق منهج منتسوري لتحسين التأزر الحس- حركي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الخفيف، جامعة سطيف2، ص ص(123-136).
- حامد زهران. (1988). علم النفس النمو: الطفولة والمراهقة. الشركة الدولية للكتاب: القاهرة.
- خياط خالد.(2014). محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- سوالمية فريدة، (2016). اضطراب الهوية الجنسية عند الطفل، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، تصدر عن مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، جامعة قسنطينة، العدد 09، ص ص(31-43).
- شويل سامية. (2007). تعديل مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD- ABS) وأثر برنامج تدريبي لتعلم نظافة ضبط الإخراج وتعلم اللعب على السلوك التكيفي لأطفال متخلفين عقليا قابلين للتعلم، أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
- صالح وهيبية، (2011). اضطراب المخطط الجسدي عند الطفل التوحدي دراسة نفس عصبية ل(06) حالات، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العصبي، جامعة الجزائر2.
- عزاق رقية، (2018). انتحار الشباب في الوسط الجزائري: الأسباب، أساليب الوقاية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 6، العدد1، ص ص(270-292).
- عبد اللاوي سعدية. (2012). المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- عادل عبد الله محمد (2003). الأطفال الموهوبون ومضطربو الانتباه، مجلة البحث التربوي، العدد (2)، جوان 2003.
- عبد الله عسكر (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- عوده محمد و شعيب فقيري ناهد (دون سنة) الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية، مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.

- غازلي نعيمة، (2012). النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق (14-17 سنة) دراسة مقارنة ل 20 حالة، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة تيزي وزو.
- فتحي مصطفى الزيات.(2001). علم النفس المعرفي، الجزء الثاني، مداخل ونماذج ونظريات، مصر: دار الجامعات للنشر.
- كرجى مريم (2010). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بإفراط حركي وعلاقته بالذاكرة النشيطة، رسالة ماجستير في علم النفس اللغوي المعرفي، جامعة الجزائر2.
- كوروغلي محمد لمين (2010). مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل -الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.
- ملال صافية وكبداني خديجة، (2017). المشكلات النفسية والسلوكية لدى طفل الروضة قلق الانفصال نموذجاً، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، تصدر عن مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، جامعة قسنطينة، المجلد 12، العدد 01، ص ص(35-54).
- معوشة عبد الحفيظ، (2017). تصميم مقياس الميول الانتحارية، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، تصدر عن مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، جامعة قسنطينة، العدد 10، ص ص(07-46).
- ميموني معتصم بدر، ( 2005 ). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- مجدي أحمد محمد عبد الله. (2004). الاضطرابات النفسية للأطفال، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- نحوي عائشة عبد العزيز، (2012). التوحد (التشخيص والتكفل)، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، مجلة علمية تصدر عن جامعة بسكرة، العدد 01، ص ص (293-316).
- Ajuriaguerra, J.(1980). Manuel de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent, 2ed, Masson, Paris.

- Canouni, P &al (1994), Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maloine, Paris.
- Canoui, P. Messersmitt, P & Ramos, O.(1994).Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent. Maloine, Paris.
- DSM-IV-TR Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux , Masson.
- DSM V, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux , Masson.
- Mini DSM IV, (1996), Traduction (Julien Daniel Guelfi, Marc- Antoine Crocq et autre), Masson, Paris.
- Erikson. E, (1972), Adolescence et crise ; la question de l'identité, Paris, Flammarion.
- Mises, R. Perron, R. et Salbreux, R. (1980). Arriération et débilité, in E.M.C. Psychiatrie 37270 A10-7.