



جامعة زيان عاشور الجلفة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و الفلسفة



مطبوعة خاصة بمقياس:

علم النفس المرضي للطفل و المراهق

دروس موجهة إلى طلبة السنة الثالثة علم النفس المدرسي

وحدة التعليم : الأساسية السداسي: 05 الرصيد: 04 المعامل: 03

- إعداد :

د./ضيف فاطنة

الموسم الجامعي : 2024/2023

فهرس محتويات:

الصفحة	الموضوع
أ	- مقدمة
2	1- محاضرة: السواء و اللاسواء
5	2- محاضرة : تصنيفات لاضطرابات الطفولة و المراهقة .
7	3- محاضرة :التخلف الذهني
9	4- محاضرة :قلق الانفصال
14	5- محاضرة : السرقة.
17	6- محاضرة : الكذب .
23	7- محاضرة : التوحد.
27	8- محاضرة : الافراط الحركي
35	9-محاضرة : العصاب
41	10- محاضرة : اضطراب التحكم في الإخراج
44	11- محاضرة : اضطرابات الأكل .
48	12- محاضرة :اضطرابات النوم
51	- الخاتمة
52	- قائمة المراجع

مقدمة:

الحمد لله الذي أنار لنا بالعلم سبلنا و شكر لله على فضله علينا و صلى الله و سلم على نبينا الكريم محمد عليه أفضل الصلوات أما بعد، يعتبر موضوع نمو الطفل و المراهق من الموضوعات الرئيسية التي اهتم بها علماء النفس من حيث الدراسة الوافية لهذا الموضوع، وإظهار العوامل المؤثرة من ناحية قدراتهم العقلية فات تخصص علم النفس المرضي للطفل و المراهق ليشمل دراسة كل اضطرابات النفسية و السلوكية للطفل و المراهق .

فمن خلال علم النفس المرضي للطفل و المراهق سنتطرق للمعظم الاضطرابات التي تعيقهم في حياتهم الاجتماعية و من ناحية شخصيتهم ، حيث يعتبر علم النفس المرضي للطفل والمراهق من العلوم الحديثة التي اقترحها علم النفس الإكلينيكي هذا يعود إلى طبيعة البحوث التي كانت تنجز آنذاك و تثير اهتمام مختلف المختصين الذين ساهموا في ابتكار أفكار جديدة سمحت لعلم النفس المرضي أن يحض بمكانته الحالية.

مرحلة الطفولة هي مرحلة الارتكاز الأساسي في بناء الشخصية الإنسانية وأبعادها وأنماطها، ففهم هذه المرحلة ومعرفة خصائصها النمائية له أهمية كبيرة في تكوين شخصية الطفل فالطفولة هي أهم مراحل النمو النفسي للشخص فهي الحجر الأساس لتكوين شخصية الطفل وإذا تم بناءه بصورة صحيحة وسليمة نتج عنها شخص مثالي يستطيع مواجهة صعوبات الحياة بكل ثبات كما أن مرحلة المراهقة تعتبر مرحلة نمو نهاية الطفولة وتنتهي بإبتداء مرحلة النضج أو الرشد.

من هنا تنبع رسالة مطبوعتنا البيداغوجي و ذلك لمعرفة ماهية هذه الاضطرابات السلوكية و النفسية حيث رصدنا أسبابها ، و طرق التكفل بيها في مرحلة الطفولة و المراهقة ،أي ماهي مختلف الاضطرابات التي تصاحب الطفل في هذه المراحل وتأكيد دور الأسرة من ناحية المساهمة في تخطي هذه الصعوبة و تطرقنا إلى بعض الخطط والبرامج التربوية والاجتماعية والنفسية الملائمة للتغلب عليها أو التخفيف من حدتها.

مقدمة:

يدرس علم النفس المرضي للطفل والمراهق مظاهر الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية وأعراضها الإكلينيكية، ويعلل أسبابها وعواملها وديناميكياتها، كما يتطرق إلى طرق التكفل بها.

يصاب الأطفال بكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ولكن منذ البداية ينبغي أن نقرر أن ما يعتبر شذوذاً بالنسبة للراشد الكبير يعد سلوكاً طبيعياً بالنسبة للطفل. (العيسوي، 2000: 51)

مما يبين لنا أن شخصية كل من الطفل والمراهق لا زالت في طور التكوين وأن ما يمر به من مشكلات وأزمات قد تكون مؤقتة وزائلة لا تلبث أن تمر وتتلاشى مع تقدمهم في العمر ووصولهم إلى مرحلة النضج وتكامل الشخصية.

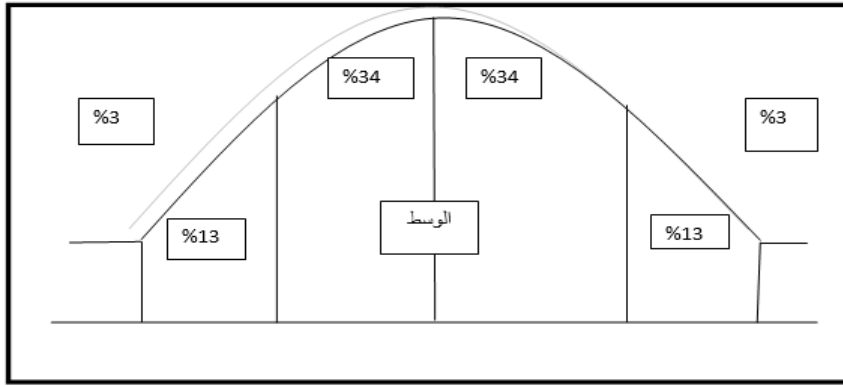
1- السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق:

إن الحديث عن السواء تعني الإشارة إلى مطابقته لمعيار (BONNET ET FERNANDEZ, 2017:20). فالسلوك الغير سوي هو ما يكون منحرفاً عن المعيار الطبيعي (فالح ، 2013 : 14)

يعني أن الشخص السوي هو الذي يكون سلوكه موافقاً لتلك المعايير المتفق عليها في سياق معين وثقافة محددة والشخص الغير السوي هو من يبتعد سلوكه عن تلك المعايير. وستتطرق فيما يلي إلى أهم المعايير التي تحدد السواء و اللاسواء :

2- معايير السواء واللاسواء:

2-1- المعيار الإحصائي: يفترض بأن الأفراد يتوزعون إحصائياً تبعاً للمنحنى ذو الشكل الجرسى في مختلف الخصائص ومنها السواء، يقع 68% منهم في الوسط ويتوزع 32% الباقون إلى قسمين متساويين: القسم الأول في المنحنى هو الأدنى الذي يشمل الحالات المرضية الصريحة بينما يشمل القسم الثاني العناصر التي تفوق المتوسط. وعليه تكون الفئة الوسطى الشائعة هي المعبرة عن السواء بالمعنى الاعتيادي (حجازي، 2004: 62).



شكل رقم (01): التوزيع على منحنى الاعتدالي. (أبو حويج، و الصدفي، 2001: 87) وما يؤخذ على هذا المعيار هو اعتبار كل انحراف عن الوسط ضمن اللاسواء وبالتالي لا يمكن تطبيقه على كامل الخصائص الإنسانية مثل الذكاء، والقدرات العقلية. وبالتالي يمكن تطبيق هذا المقياس على الصفات الجسمية كالتطول والوزن، بينما لا يمكن تطبيقه في حالة القياس النفسي.

2-2- المعيار المثالي: يفترض أن الشذوذ هو انحراف عن المثل العليا أو الكمال، والشخص العادي هو الكامل في كل شيء، ولكن مشكلة هذا المعيار تكمن في أن إمكانية الوصول الكمال غير واقعي. (السيد، 2008: 149)

2-3- المعيار الثقافي والاجتماعي : طالما أن السواء واللاسواء معياران فهما يحالان بالضرورة إلى المرجعية الثقافية، فلكل ثقافة نموذجها في السواء والصحة، وفي السواء والمرض، وأمور قابلة بالتالي للتحويل، فما يعتبر في مجتمع ما سويًا في فترة ما قد يتحول إلى عكسه، كذلك لكل ثقافة نسبتها، وبالتالي معاييرها في السواء ولا السواء، فالسواء هو تركيب ثقافي يرتكز على التوافق الاجتماعي أو المعايير الاجتماعية وهي معايير متغيرة طالما أن الثقافات تتباين، وأن نفس المجتمع متحول تبعًا لحركة التاريخ (حجازي، 2004: 65)

2-4- المعيار الطبيعي : فالسواء حسب هذا المعيار يكون في العمل وفق ما تقتضيه الطبيعة، أما الشذوذ عند الإنسان فيكون في العمل المناقض للطبيعة أو انحراف بالغ عن طبيعته الإنسانية، فهو يتركز حول فطرة البقاء فكل ما يساعد الإنسان على البقاء هو سوي وكل ما هو ضد البقاء فهو غير سوي. (السيد، 2008: 147)

2-5- المعيار الطبي : يشير هذا المعيار إلى أن السواء هو غياب الاضطراب القابل للتشخيص الطبي والعقلي على اختلاف مناهجه ومذاهبه، الصحة هي مرد غياب أي من

الأعراض المعروفة الداخلة في الفئات المرضية، فالسواء هو حالة النشاط الوظيفي المعقول. والاتجاه الحديث ينظر إلى السواء اللاسواء باعتبارهما يتدرجان بانتظام على مدرج يتراوح ما بين أقصى درجات المرض (تفكك الشخصية) وأقصى درجات الصحة. (الحجازي، نفس المرجع السابق: 63)

3- صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق

تظهر صعوبة تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق نظرا للأمور التالية:
أن الحكم على سلوك الطفل بأنه سوي أو مرضي يزداد تعقيدا بسبب الطبيعة الخاصة لسلوك الأطفال المتعلقة بمراحل النمو حيث قد تبدو بعض السلوكيات في مرحلة ما طبيعية ولكنها في مرحلة أخرى غير ذلك (سامر رضوان، 2018: 01)
حيث أن الطفل لا يزال في نمو مستمر وبالتالي لا نستطيع الحكم على بعض الأعراض المرضية التي قد تكون مؤقتة وتزول تلقائيا.

- إن النمو لا يسير بنفس الوتيرة لدى جميع الأطفال بصورة متطابقة وإنما هناك فروقات فردية قد تعزى إلى التأثير الوراثي أو البنية الجسدية وغيرها من محددات الشخصية لدى كل طفل، وبالتالي فهناك أطفال يكتسبون مهارات أبداً من غيرهم.

- التشابه بين أنماط السلوك الغير سوية مع تلك التي تعد نتيجة للمرحلة العمرية. (سامر رضوان، نفس المرجع السابق: 01).

فهناك أعراض وسلوكيات تقتضيها مرحلة النم التي يمر بها الطفل والمراهق مثل القلق المرافق للشهر الثامن لدى الطفل وأزمة المراهقة لدى صاحبها بعض التغيرات في السلوك والتي تبدو غير سوية في نظر الآخرين.

- إن الشخصية بأبعادها المختلفة هي تعبير عن سيورة معقدة من النمو والتنظيم ، وبالتالي فإن البنية النفسية لدى الطفل والمراهق لا تزال في مرحلة التكوين ويطلق عليها التنظيم النفسي وبالتالي فظهور أي أعراض لا تعتبر باثولوجية عادة

- كما أن الطفل في أثناء مراحل نموه وتطوره من جميع النواحي النفسية والمعرفية والانفعالية والجسدية قد يكتسب مهارات جديدة و استراتيجيات تساعده على التكيف مع ضغوطات البيئة وبالتالي تمكنه من التغلب على السلوكات الغير سوية. PERRET et

(CONGARD, 2016 ; 04)

محاضرة : تصنيفات لاضطرابات الطفولة و المراهقة .

مقدمة:

لكي يتم تشخيص اضطرابات الطفولة لا بد من وجود قائمة متفق عليها بأسماء الاضطرابات والمشكلات التي يمثل كل منها مرضاً ، إذ أن للسلوك الشاذ أنواعا عديدة تتجم عن أسباب مختلفة وإننا نأمل معرفتها بتصنيف الأفراد إلى مجاميع وفقا لتشابه السلوك. (فالج ، 2013 : 18)

ومن أهم التصنيفات في مجال الطب النفسي هي:

1- **التصنيف الدولي للأمراض (ICD)** تقوم منظمة الصحة العالمية (WHO) بتطوير هذا التصنيف، والغرض الأساسي منه هو توفير إطار عمل لجمع الإحصاءات الصحية من جميع أنحاء العالم. على عكس الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، يتضمن التصنيف الدولي للأمراض العديد من الأمراض وليس فقط الاضطرابات النفسية ، ويوجد عدة إصدارات منه أحدثها ICD-11 الذي صدر سنة 2019 .

(ROSENBERG and ،KOSSLYN, 2010, p79)

2- **التصنيف الأمريكي (DSM)** حيث وضعت أساسه الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في عام 1917، ثم أدخل علي هذا التصنيف عدة تعديلات حتى وصل حاليا إلى الإصدار الخامس 2013، ويتميز التصنيف الأمريكي عن غيره من التصنيفات بوجود فصل مستقل عن الاضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في الطفولة مشتملاً علي المحكات التشخيصية لكل منها علي حدى .

3- **التصنيف الفرنسي للاضطرابات النفسية للطفل والمراهقين CFTMEA** :قام بوضعه البروفيسور روجي ميزس ويهدف إلى تكملة التصنيفات الأخرى في مجال علم النفس النفسي للأطفال والمراهقين. حيث تم إصدار النسخة الخامسة له عام 2012.

4- تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية الخاصة بالطفل والمراهق حسب DSM 4

4-1- **التخلف العقلي:** (للإشارة حالياً تم استبدال مصطلح التخلف العقلي بمصطلح الإعاقة الذهنية)، ويشتمل علي الأنواع التالية: خفيف، متوسط، شديد، عميق.

4-2- **اضطرابات التعلم:** وتتضمن الاضطرابات التالية: اضطراب القراءة والكتابة، اضطراب القدرة الحسابية، اضطراب التعبير الكتابي، واضطرابات التعلم التي لم يسبق تصنيفها في فئات أخرى.

4-3- **اضطراب المهارات الحركية:** يشتمل علي اضطراب واحد فقط ألا وهو اضطراب التآزر النمائي.

4-4- **اضطرابات التواصل:** وهي تشتمل علي عدة اضطرابات فرعية هي: اضطراب التعبير اللغوي، الاضطراب الاستقبالي المختلط اللغوي التعبيري، الاضطراب الصوتي، التأتأة أو اللجاجة، وأيضاً تتضمن اضطرابات التواصل التي لم يسبق تصنيفها في مكان آخر.

4-5- **الاضطرابات النمائية السائدة:** وتتضمن اضطراب الذاتوية أو التوحدية (الأوتيزم)، اضطراب ريت ، اضطراب عدم التكامل النمائي في الطفولة، اضطراب اسبرجر، بالإضافة إلي الاضطرابات النمائية غير المحددة أو النوعية.

4-6- **اضطرابات قصور الانتباه والسلوك التدميري:** ويشتمل علي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو فرط الحركة والنشاط، واضطراب التصرف أو الجناح، اضطراب التحدي والمعارضة الجريئة، واضطراب السلوك الممزق أو المنحرف.

4-7- **اضطرابات التغذية وتناول الطعام في المهد أو الطفولة المبكرة:** تتضمن فقدان الشهية، الشره العصابي، النهمة للأطعمة غير المألوفة (البিকা Pica) مثل الأوراق والطين، اضطراب اجترار الطعام، واضطرابات التغذية في المهد والطفولة المبكرة غير المحددة.

4-8- اضطرابات اللزمات : ويندرج تحت هذه الفئة من الاضطرابات: اضطراب توريت Tourett، الاضطراب الحركي المزمن، اضطراب اللزمات العابرة المتكررة الحدوث دورياً، اضطراب اللزمات غير المحددة.

4-9- اضطرابات الإخراج: وتشتمل علي اضطراب الإخراج اللاإرادي بالإمساك أو بتدفق الإخراج بغزارة، سلس البول أو الغائط، التبول اللاإرادي الذي لا يرجع إلي أسباب طبية عامة.

4-10- اضطرابات أخرى في المهد أو الطفولة والمراهقة: ويشتمل علي عدة اضطرابات مثل اضطراب قلق الانفصال والذي يصنف في الطفولة المبكرة، الصمت الاختياري أو التحولية الاختيارية، اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة المبكرة والمهد، اضطراب الحركة وعدم الاستقرار المصحوب بإيذاء الذات، بالإضافة لاضطرابات المهد والطفولة المبكرة أو المراهقة غير المحددة والتي لم تصنف في فئات أخرى.

4-11- حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري: وتشمل مشاكل العلاقات و مشاكل متعلقة بالتنشئة الأسرية. و مشاكل أخرى ذات صلة بمجموعة الدعم الأساسية مثل إساءة معاملة الطفل وإهماله . (DSM 4, 1994) تم إضافة اضطرابات جديدة خاصة بالطفل إلى DSM-5.

4-12- اضطراب التواصل الاجتماعي (البراغماتي) (تحت مجال اضطرابات النمو العصبي)، تتضمن اضطرابات التواصل صعوبات دائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي، مما يؤدي إلى قيود وظيفية في التواصل الفعال والمشاركة الاجتماعية وتطوير العلاقات الاجتماعية والإنجاز الأكاديمي .

4-13- اضطراب اختلال المزاج التخريبي (تحت مجال اضطرابات الاكتئاب): يجمع بين الاضطراب ثنائي القطب الذي يظهر لأول مرة في الطفولة مع السلوكيات المعارضة .

4-14- اضطراب ما بعد الصدمة (تحت مجال الصدمة والاضطرابات المرتبطة بالتوتر) تختلف معايير DSM-5 لاضطراب ما بعد الصدمة اختلافاً كبيراً عن تلك الموجودة في DSM-IV للأطفال والمراهقين. حيث تضمنت التهيج أو نوبات الغضب والسلوكيات

المتهورة. كما تمت إضافة معايير منفصلة للأطفال الذين تبلغ أعمارهم 6 سنوات أو أقل. وفقاً لـ DSM-5 ، يمكن أن يتطور اضطراب ما بعد الصدمة في أي عمر بعد عام واحد من العمر. (DSM-5)

محاضرة: التخلف الذهني .

1-تعريف التخلف الذهني :

المتخلفين ذهنياً هي فئة من الأشخاص يعانون من ضعف في بعض المراكز العصبية في الدماغ، مما يؤدي إلى اضطراب في نموهم العقلي يعيقه عن التوافق الاجتماعي والتواصل مع الآخرين بشكل طبيعي مألوف. (جرجس، 2005: 498)

و تعرف الجمعية الأمريكية التخلف العقلي لعام 1994 التخلف العقلي بما يلي: تتمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد تظهر دون سن 18 تتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء، يصابها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات الاتصال اللغوي والعناية الذاتية والحياة اليومية والاجتماعية، والتوجيه الذاتي والخدمات الاجتماعية للصحة والسلامة، والمهارات الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل. (الروسان، 1999: 25)

وعليه يمكن تعريف التخلف الذهني هو حالة من عدم تكامل نمو خلايا المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما .وهو ليس مرضاً مستقلاً أو معيناً بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام ، وعجز في قابليته على التكيف.

1-تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني:

وهو التصنيف المأخوذ به في الأوساط المهمة بتربية وتأهيل المتخلفين عقليا وبين الباحثين ، والمشتغلين في هذا المجال ، ويعتمد هذا التصنيف على عدة أبعاد أهمها :درجة الإعاقة، نسبة الذكاء، ومستوى النضج الاجتماعي، وهذا ما يدعى الأداء الوظيفي العقلي، وتحدد فئات الإعاقة العقلية وفقا لهذا التصنيف كما يلي:

- ✓ فئة الإعاقة العقلية البسيطة :وتتراوح نسبة ذكاء أفرادها بين 50 -70درجة.
- ✓ فئة الإعاقة العقلية المتوسطة :وتتراوح نسبة ذكاء أفرادها بين 25 - 49درجة.
- ✓ فئة الإعاقة العقلية الشديدة :وتقع نسبة ذكاء أفرادها بين 20 - 34درجة
- ✓ فئة الإعاقة العقلية الحادة :وتكون نسبة ذكاء أفرادها أقل من 20 درجة.)

(الروسان،1999: 62)

3/خصائص المعاقين ذهنيا:

- أ- **الخصائص اللغوية:** تعد الصعوبات اللغوية من أهم المشكلات الناجمة عن التخلف العقلي وترتبط درجة شدة هذه الحالات بحيث يتأخرون في النطق إلا أنهم الصعوبات بدرجة التخلف العقلي،فالمتخلفين ذهنية بدرجة بسيطة رغم أنهم يصلون إلى مستوى معقول من حيث الأداء اللغوي، ،بينما يعاني ذوي التخلفات الذهنية المتوسطة من صعوبات واضطرابات لغوية مختلفة،أما المعوقين بدرجة شديدة وعميقة فغالبا ما يعجزون عن النطق ويتوقف اللغوي عند مرحلة بدائية لا تتجاوز مجرد إصدار أصوات فجة غير ذات معنى ومن ثم غير مترابطة ولا مفهومة. (القرطبي، 2005: 216)
- ب-**الخصائص العقلية المعرفية:**ضعف الذاكرة والنسيان من أهم الخصائص العقلية للمتخلفين عقليا، ويعاني المتخلفون عقليا من القابلية العالية للتشتت ومن ضعف المقدرة على الانتباه والتركيز لفترة طويلة تزداد درجة ضعف الانتباه كلما زادت درجة شدة التخلف الذهني بحاجة إلي استخدام ما يثير انتباههم ويجذبهم إلى التدريس بالنماذج والصور والأشكال، ، ولديهم قصور واضح في اكتساب وتكوين المفاهيم والصور الذهنية، وهذا بالإضافة إلى محدودية انتقال أثر التعليم والتعميم أي فشله في إدراك

أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف المختلفة ومحدودية مقدرته على إدراك العلاقة بينها ومن ثم تطبيق ما تعلمه . (القرطبي، 2005: 212)

ج- الخصائص الجسدية: توضح نتائج الدراسات أن حالات التخلف العقلي الخفيف أو البسيط تنمو جسميا مثل مثيلاتها من العاديين ويعاني المتخلفون عقليا من صعوبات حركية كثيرة وقصور في الوظائف الحركية كالتوافق العضلي العصبي والتآزر البصري الحركي والتحكم والتوجيه الحركي وصعوبة استخدام العضلات الصغيرة حيث يغلب على خطواتهم البطء والتثاقل وعدم الانتظام. (غزال، 2012: 26)

4- تشخيص التخلف العقلي:-

أ- التشخيص الطبي: يلعب الطبيب دورا بارزا في تشخيص وعلاج التخلف العقلي سواء قبل الولادة أم في أثناءها أو بعدها وذلك من خلال الكشف عن نواحي النمو الجسمي وكفاءة الأجهزة العصبية والحركية، والعلاج المبكر أو التدخل الجراحي للحالات التي تستدعي ذلك.

ب- التشخيص النفسي: يقوم بهذا الجانب النفسي، من خلال الاختبارات والمقاييس النفسية والتاريخ الشخصي وتحديد نسبة ذكاء الطفل، و الكشف عن النمو الانفعالي.

ج- التشخيص التربوي : يقوم به أخصائي التربية الخاصة، اعتمادا على التاريخ الصحي التعليمي والمدرسي للحالة والاستعدادات التحصيلية واستيعاب الدروس حيث يعمل على وضع خطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل.

د- التشخيص الاجتماعي: يقوم به الأخصائي الاجتماعية من خلال تقديم تقرير عن تاريخ الطفل التطوري مع أسرته، وأقرانه في المدرسة والمجتمع وعلاقاته الاجتماعية ثم يقوم برسم خطة لكيفية مواجهة مشاكل الطفل الاجتماعية .

محاضرة: قلق الانفصال

1/ تعريف قلق الانفصال:

قلق الانفصال هو مرض نفسي بين الأطفال وهو أحد أهم أمراض القلق المتعددة التي تصيب الأطفال، ويمثل قلق الانفصال حالة من الشعور بعد الارتياح والذي يظهر نتيجة الخوف المستمر من فقدان أحد الوالدين، والتعلق غير الآمن ما والتعلق غير الآمن يقصد به ذلك الذي يعبر عنه الطفل ببكائه الشديد لمدة طويلة عندما ينفصل عن أمه. (عبيد، 2008، 297)

يعرفه (JEAN DUNAS): يعاني الطفل من قلق الانفصال بخوف مفرط من الانفصال عن الوالدين أو عن الأشخاص المقربين منه ، فهي المحنة القصوى والمستمرة أثناء فترة الانفصال، أو أثناء توقع حدوثه ، وهذا الاضطراب يكون بديهي في السنوات الأولى من حياة الطفل. (J. DUNAS , 2005 :28) .

ويعرفه محمود حمودة : على أنه اضطراب يرتبط أساسا بمواقف الانفصال، حيث يكون الطفل غير ناضج ومعتمدا على الأم ،ومن ثم فهو يخاف من جزاء البعد عنها فيخاف الذهاب إلى المدرسة ،ويخاف النوم بمفرده، ويخاف عندما يترك وحيدا ، وغالبا ما يعاني الكوابيس التي موضعها الانفصال ،وعند حدوث الانفصال يحدث له آثار الانزعاج الشديد والتعلق الزائد بالوالدين حتى لا يتركه وليس لها أي سبب عضوي آخر. (حمودة، 1991:

(182)

كما يعرفه عبد الله قاسم : بأنه اضطراب يظهر في صورة انزعاج أو مشاعر مؤلمة ينتج عن الانفصال عن الأم أو الشعور بالتهديد ،الانفصال أو الخوف من فقدان الأم أو حدوث مكروه لها . (قاسم، 2001 : 11)

أما الدليل الأخصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية يعرف قلق الانفصال على أنه (DSM4):قلق مفرط وغير مناسب يرتبط بالانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين يرتبط م الطفل ويسبب حزنا شديدا في نطاق العلاقات الوظيفية العامة.(DSM4, 131).
1996 :

من خلال التعاريف السابقة يظهر أن قلق الانفصال هو التخوف الزائد وغير الطبيعي والانفصال عن الأشخاص المتعلق م وغالبا وما تكون الأم.

2/أعراض قلق الانفصال:

أ- أعراض جسدية :يمتتع الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال عن البقاء لوحدهم في الغرفة أنهم يتمسكون بشك وحيرة بالشخص المتعلقين به وبعضهم يشكو من أعراض جسدية متكررة عندما يتوقعون حدوث الانفصال كآلام البطن والصداع والغثيان بالإضافة إلى احمرار الوجه أو اصفراره تعرق اليدين وصعوبة التنفس وقد يعانون من شهية ناقصة أو زائدة.

ب-أعراض اجتماعية :يلجأ بعض الأطفال ذو اضطراب قلق الانفصال إلى الإحجام عن المواقف الاجتماعية (كالذهاب إلى حفلة احد الأطفال أو زيارة بيت صديق) بسبب ما يعانون من هموم أو قلق إزاء انفصالهم عن والديهم أو عن الكبار ممن يتولى رعايتهم وقد يكون على شكل رفض مستمر في الذهاب إلى المدرسة خوفا من الابتعاد عن والديه وفي حال ذهابه إلى المدرسة نلاحظ انخفاضا في الأداء الأكاديمي ضمن المدرسة وإحجامه عن المشاركة في الأنشطة.

ج- أعراض انفعالية: يشعر الطفل بقلق مستمر وضيق غير مبرر كما يظهر الأطفال انزعاجا شديدا وخوفا حول سالمة الشخص الذي يعتني بهم وتشغل باله مخاوف حول أشياء سيئة مثل حادث أو اختطاف سيحصل له أو لوالديه .

د- أعراض سلوكية: فالأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال يجدون صعوبات كبيرة في النوم وحدهم بدون وجود احد الوالدين (بسبب الخوف من تعرضهم لكوابيس حول موضوع الانفصال عن الوالدين تعيق نومهم) ويمكن أن يكون قلق الانفصال السبب في وجود عادات سيئة مثل: مص الأصابع و تبلل الفراش إضافة إلى البكاء المستمر ونوبات الغضب المتكرر السلوك العدوانى البخل الشديد والعصبية التي تناسب الموقف).
العناني، 2008 :261).

3/النظريات المفسرة لقلق الانفصال:

اختلفت آراء علماء النفس والتربية والمهتمين بدراسة الطفل حول تفسيرات قلق الانفصال حيث قدم كل منهم عدد من التفسيرات والآراء مع إعطاء براهين على ذلك ومن أهم هذه النظريات:

أ- نظرية التحليل النفسي:

سعى فرويد من خلال تجاربه وأبحاثه إلى تقديم تفسير علمي للقلق عند الأطفال، وقد ربط بين اعتماد الطفل على والديه بشكل زائد وبين وجود القلق لديه ويرى بأن الاعتماد العاجز للطفل الصغير على حب ورعاية والديه يجعله مستهدفا لقلق الانفصال، كما يرجع فرويد هذا النوع من القلق إلى ما يدعوه بالقلق الأولى أو صدمة الميلاد نتيجة انفصال الطفل عن جسم الأم. (سغموند ، 1984 :152)

فالطفل يشعر بشوق شديد إلى أمه نتيجة تعلقه بها، وعدم إشباع هذا الشوق يتحول إلى قلق، فالقلق ناتج عن فقدان الموضوع (الأم غالبا) أو احتمال فقدانه ، كما ترى هذه النظرية أن المولود يشعر بعجزه وبذلك تأتي الصرخة الأولى عند ميلاده والتي تتطلب حضور الأم

التي تربطه بها علاقة مودة وعطف وحب وهذا يتفق مع أتورانك الذي يفسر القلق أيضا على أساس الصدمة الأولى والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم . (العوامل ، 2003 : 155)

ب- نظرية التعلق والارتباط:

يعد بولبي BOWLBY من رواد هذه النظرية، فقد اهتم بدراسة سلوك التعلق لدى الإنسان وبعض الكائنات الحية الأخرى نظرا لأهميته وتأثيره على نفسية الطفل ويؤكد بولبي أن سلوك التعلق لدى المولود البشري يستمر طيلة حياته على خلاف الكائنات الحية الأخرى، فالطفل يتعلق بأمه من خلال القرب الجسدي بينهما خلال فترة الطفولة الأولى فنراه لا يبتعد عنها، ومع تقدم العمر نراه يبتعد عنها أكثر ملبيا لحاجة الاستقلالية واكتشاف الذات إلا أنه لا يلبث أن يعود مسرعا إليها عندما يشعر بخطر ضمن البيئة المحيطة، فهي مصدر الأمن والحب والطمأنينة، كما أنها مصدر تلبية حاجاته الفيزيولوجية وخاصة الحاجة إلى الغذاء، فالأم بالنسبة إليه مصدر أساسي لإشباع حاجاته الأولية والنفسية من حب وحنان وطمأنينة وعطف، ويرى بولبي بأن الجوانب الأساسية لسلوك التعلق عند الطفل يتمثل بسلوك التشبث وسلوك الإلتباع، وسلوك البكاء، وسلوك الابتسام وتنظم هذه الأنظمة بحيث تعمل على بقاء الطفل بالقرب من الأم، وهذه السلوكات هي التي تحث الأم على إشباع حاجات الطفل من خلال الاتصال معها بشكل مستمر ويحصل من خلالها على الأمان، وتخفف من شعور الخوف لديه فمن الضروري أن يشعر الطفل بعلاقة حميمية دافئة ومستمرة مع أمه.

(قنطار، 1992 : 37)

ج - نظرية التعلم:

يعد كلا من بافلوف وسكينر و آخرون من علماء نظرية التعلم التي تركز على أن التعلم هو التغير في السلوك الملحوظ والنواتج على الاستجابة للمثيرات الخارجية البيئة، كما يؤكد بياجيه وبرونر بأن التعلم يتم أيضا عن طريق المعرفة والاكتشاف، وتؤكد نظرية التعلم أن

التعلق بالأم هو دلالة لإخفاق التوتر بحيث أن الأم يعتبر مشيرا محايدا للطفل ولكن إن قامت بتقديم الطعام والراحة للطفل، يقترن هذا المثير المحايد مع استجابة الراحة وبعد حدوث الاقتران بعدد من المرات يصبح الطفل متعلقا بها ويصبح مجرد حضور الأم ذو أهمية للطفل فيتعلق بها ويتوقع حضورها لذلك يصبح الخوف هنا محتملا عند غيابها. .
(العوامله ، 2003 : 156)

4/ تشخيص اضطراب قلق الانفصال:

- الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفس ي للإصدار الخامس DSM5 قلق أو خوف مفرط و غير مناسب تطوريا يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم كما يتجلى بثلاثة أو أكثر مما يلي:
- ✓ انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.
 - ✓ خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض، الإصابة، كارثة أو الموت.
 - ✓ خوف مستمر ومفرط من أن حادثا مشؤوما مثل الضياع، التعرض للخطف، حصول حادث المرض بسبب الانفصال عن شخص يتعلق به بشدة.
 - ✓ ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن الأخرى بسبب الخوف من الانفصال.
 - ✓ الخوف المستمر المفرط أو الممانعة لأن يكون وحيدا أو دون وجود أشخاص يتعلق بهم بشدة في المنزل أو الأماكن الأخرى.
 - ✓ ممانعة مستمرة أو رفض النوم بعيدا عن البيت أو النوم دون أن يكون على مقربة من شخص يتعلق به بشدة.
 - ✓ كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.

- ✓ شكاوى متكررة عن أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو القيء) حين يحدث الانفصال أو حين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلق به.
- ✓ القلق، التجنب تستمر لمدة 4 أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين وبشكل نموذجي الخوف ستة أشهر أو أكثر عند البالغين.
- ✓ يسبب الاضطراب إحباطا سريريا مهما أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى، لا يفسر الاختلال بشكل أفضل بمرض عقلي آخر كرفض مغادرة البيت بسبب المقاومة المفرطة للتغيير في اضطراب طيف التوحد أو أوهام وهلوسات متعلقة بالانفصال في الاضطرابات الذهنية.

5/ علاج قلق الانفصال:

يكون العلاج في البداية من خلال منح الطفل الحب والثقة والتقبل ويجب على الوالدين شرح التغييرات الحاصلة ،والتي قد تحصل في أسرته كولادة طفل جديد ،أو سفر ،أو التغييرات في بيئته ،كدخول الطفل المدرسة أو الروضة، ويكون هذا الشرح بحرص وحذر شديد، علاج قلق الانفصال يحتاج إلى خطة متكاملة وتعاون من قبل جميع أفراد أسرته، ومن بين العلاجات المستخدمة في علاج هذا النوع من الاضطراب نجد:العلاج السلوكي، العلاج الأسري باعتباره يعمل مع الأسرة ككل، والعلاج النفسي الدينامي ،وسوف نفضل فيكل هذه الأنواع:

أ- العلاج السلوكي:

هو أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي، ويقوم على جملة من الاستراتيجيات والطرق التي تركز على السلوك غير المرغوب وتعديله وتنمية السلوك المرغوب، ويؤكد هذا النوع من العلاج على الارتباط بين أنماط السلوك المشكلة الراهنة ، وعلى المثيرات في المحيط الذي يسبب هذه الأنماط، فالسلوك المرضي من وجهة نظره ما هو إلا سلوك قد اكتسبه المريض وليس أصلا فيه وأنه من الميسور محو هذا السلوك

الخاطئ وتعلم السلوك السوي من جديد، ويهدف هذا العلاج إلى تحقيق مشاعر الخوف والقلق لديه بشكل تدريجي ويمكن استخدام تقنية التحصين التدريجي أو سلب الحساسية المنتظم الذي طوره " جوزيف ويلب" 1958 الذي يهدف إلى إزالة الاستجابة المرضية (القلق) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر. (الزغبى، 2005 : 94).

ب- العلاج الأسري :

هو شكل من أشكال العلاج النفسي والجماعي يكشف عن المشكلات الناجمة عن عمليات التفاعل والاتصال بين أعضاء الأسرة كنسق، وهو العلاج الذي تكون فيه الأسرة وحدة المعالجة الأساسية، وحين يعمل المعالج مع الأم والطفل، بحيث تزور الأم الحضانة أو المدرسة مع ولدها منذ أول يوم تلعب معه ساعة فقط في الأماكن المخصصة له ، وفي اليوم الثاني تلعب معه في الملعب أيضا فتدخل إلى المعلمات ويتحدثن إليها وإليه بطريقة لا تشعر الطفل بالنفور ، في اليوم الثالث تدخل إلى الأقسام المخصصة لنشاطاته برفقته فتشاركه كل ما يفعل، وفي اليوم الرابع تعاود ما فعلته بالأمس أما اليوم الخامس ، والأخير فتبقى معه نصف ساعة من الدوام تقريبا وتراقبه من خلف زجاج القسم وتترك له مجال الاعتقاد ، ويجب أن تقول له بوضوح وجدية :مثلا :أن ماما ستعود لتأخذك بعد أن تنتهي من الرسم، وعلى الوالدين العمل على تشجيع طفلهما باستمرار في جو من الأمان والطمأنينة وتعزيزهم بشكل إيجابي، وعدم إشعارهم بشدة المخاوف التي تسبب لهم القلق.

ج - العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي لفهم التغيرات النفسية التي تسبب له الخوف والقلق ،ويعمل على تقوية الأنا لديه لتحمل مواقف التعلق ، وذلك في جلسات نفسية متعددة مرتين أو ثلاثة أسبوعيا من أجل فهم المعنى اللاشعوري للأعراض التي يعاني منها الطفل ، ويتم استخدام طرقا للاسترخاء المفيدة في خفض الأعراض وحدثها.(ميار ، 2003 : 25)

محاضرة : السرقة.

1-تعريف السرقة عند الطفل:

لقد عرفنا سابقا السرقة لكن لا ضرر أن نجيز تعريفا كالاتي: السرقة سلوك يعبر عن حاجة نفسية و يمكن التعرف على هذا السلوك في ضوء دراسة شخصية الطفل و طرق تكوينها فربما كانت السرقة وسيمة لإثبات الذات و ربما كان تعبيرا عن ميل للتملك و الاستمتاع بالقوة ، وقد تكون صورة من صور الاضطراب النفسي وفي السنوات الأولى من حياة الطفل و حتى سن الخامسة قد يحصل الطفل على أشياء لا تخصه أي أشياء يملكها غيره لكنه حين يفعل ذلك بشكل عفوي و عادة ما يكون سبب ذلك أن الطفل لم يحقق النضج العقلي و الاجتماعي الذي يجمعه يميز بين الملكية العامة و الملكية الخاصة و سلوك الطفل في هذه الحالة قد لا يزعجها كوالدين و مرببين و كل ما هو مطلوب حينئذ من الكبار أن يتوخوا الحذر. (رجب ، 2001: 93)

تعريف إجرائي: السرقة عند الطفل مرتبط بحب التملك و لاستحواذ و هذا السلوك يخلق الأنانية لدى الطفل فيجب أن ينتبه الطفل إلى أن الأشياء التي ليست ملك له يجب عليه أن يطلب الإذن لأخذها و إلا تعتبر سرقة

2- مظاهر السرقة:

1-العداوات :السرقة عدوله من طرف السارق على ما يملكه الآخرون.

2-الخيانة :السرقة نقيص الأمانة كفضيلة من الفضائل التي يسعى المجتمع إلى تحقيقها.

- 3- **سوء التكيف**: وهو مؤشر على تكيف الفرد السارق مع الآخرين نتيجة حرمان وإحباط وعدم إشباع الحاجات.
- 4- **الاستسلام**: السرقة قد تكون نوعا من الاستسلام المشرع لدافع أو رغبة مؤقتة أو مبادرة لمجموعة من الثاني.
- 5- **اضطرابات** قد تكون اضطرابا نفسيا يقوم بها الطفل العصبي.
- 6- **صفة مكتسبة**: يتعلمها الطفل من معا يشنه للآخرين وتفاعلا معهم كما يحدث لأنماط السلوك الآخرين.
- 7- **عدم التدريب**: عدم التدريب في إطار الأسرة على التعريف بين ما يخص الآخرين.
- 8- **المهارات الجسمية وللعقلية**: تساعد الطفل إذا ما توفرت لديه الغربية في ذلك ومن هذه المهارات سرعة آلة الأصابع، خفة الحركة العامة الحواس (مع سمع وبصر، والقوة الميكانيكية، وفرة الذكاء العام، ودقة الملاحظة) '(الزغبى، 2001: 281)

3- أشكال السرقة:

1- **السرقة الكيدية**: بعض الأطفال يلجئون إلى سرقة الأشياء عقابا إلا للكبار أو الأطفال مثلهم حتى يصيب الشخص المسروق الهلع والفرع، وذلك نتيجة وجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

2- **سرقة حسب التملك**: لا تتبالغ إذا قمنا إن أغلب الأطفال مارسوا نوعا من السرقة، إن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى العاطفة في مراحل النمو التنفسي الأولى برغبة الرضيع في الاستئثار بالأم، مما يدفعه بالتدرج إلى محاولات الاستحواذ على أشياء أخرى، إن هذا الأمر ظاهرة طبيعية مرغوبة في السلوك اليومي طلت ضمن الحدود القيمة التي تتيح للطفل فرصة تحقيق كيان ووجود متميز مزود بمستلزمات بسيطة كاللعب والممتلكات الخاصة التي تساعد فيها.

3- **السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع**: فمن مسؤولية الآباء تعميم الطفل من الوهلة الأولى أن السرقة سلوك خاطئ و غير محبوب و نهيم عن القيام به فإذا قام الطفل بأخذ أملاك غيره و سكت الوالدين على هذا الفعل سوف يشجعهم على الانحراف يجب النهي ثم العقاب و الإيلاء حتى يوقف عن هذا الفعل، قد نرى بعض الأطفال ينتظرون غياب حارس الحديقة

ليسطو على قليل من ثمارها قد لا تكفي طيرا، إلا أن دافع السرقة هنا ليس الجوع الحرمان ولكن حب الاستطلاع والمخاطرة، وروح المغامرة، وقد يسرق الطفل طعاما لم يره من قبل ولم يتذوقه

4- السرقة كاضطراب نفسي: إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة، ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجود أو الاستطلاع، وقد تتفاعل الدوافع النفسية مع عوامل بيئية، وقد تكون السرقة جزء من حالة نفسية أو نهائية مرضية يعاني منها الطفل، وتظهر بشكل اضطراب سلوكي مثير لو دوافعه النفسية العميقة، ناتج عن صراعات مرضية شاذة في نفس الطفل، لا يمكن معرفتها إلا بالتحليل النفسي، وقد يسرق الطفل نتيجة استقرار بنائه النفسي على الأخذ دون عطاء ونتيجة لتصوره غن الحياة عبارة عن أخذ فقط دون عطاء.

5- السرقة لتحقيق الذات : قد يلجأ الطفل إلى السرقة لإشباع حيل ورغبة سيرى فيها نفسه سعيدا وظهرت بصورة أنظر كالذي يسرق تقود للذهاب إلى السينما ليحكي عن الأفلام مثل غيره من الأطفال، أو يركب وراحة مثل أصحابه، وربما كان فشله الدراسي خلق محاولة تعويضه بالظهور ماديا على غيره من الأطفال.

6- السرقة نتيجة الحرمان: قد يلجأ الطفل إلى الرقة تعويضا لمحرمان الذي يقاسيه يلجأ إلى سرقة ما هو (محروم منه أو ما يساعده على الحصول على ما حرم منه .). (الشربيني، 2001: ص23)

4- كيف نتعامل مع الطفل السارق:

إن الطفل الذي يمارس السرقة في المرحلة الثانية من عمره بالرغم من عيشه بين أبويه الذين لا يبخلان عليه بما أمكن من الألعاب و الأمور الخاصة بهذا الطفل كهذا يسيل علاجه و تقويمه من خلال الوقاية من أسباب السرقة المتقدمة بالإضافة إلى إشباع حاجاته للحنان و التأكيد على الاستغلالية و مساعدته في اختيار الأصدقاء و الوالدين يجب أن يتعاملوا مع أبنائهم بعد بلوغهم الخامسة من العمر حين يمارسون السرقة بحزم و قوة ولا نقصد بها القسوة و الشدة بل يكفي أن يفهم الطفل أن هذا العمل غير صحيح و غير مسموح به و لابد من إرجاع ما أخذه إلى أصحابه و الاعتذار منيم.

و يجب الالتفات إلى نقطة ملمة هي انه من الخطأ إشعاره بالذل والعار لأن تصرفا كهذا يدفع الطفل إلى السرقة بشكل أضخم من الأول و يدفعه إليه حبو للانتقام ممن احتقر و امتهنه (القيسي، 1966 : 243)

5- علاج السرقة لدى الطفل:

- 1- يجب أولاً أن توفر الضروريات اللازمة للطفل من مأكّل و ملبس مناسب لسنة.
- 2- مساعدة الطفل على الشعور بالاندماج في جماعات سوية بعيدا عن الانحراف في المدرسة و النادي و في المنزل و المجتمع بوجه عام.
- 3- أن يعيش الأطفال في وسط عائلي يتمتع بالدفء العاطفي بين الآباء و الأبناء.
- 4- كذلك يجب عدم الإلحاح على الطفل للاعتراف بأنه سرق لأن ذلك يدفعه إلى الكذب فيتمادى في سموك السرقة و الكذب.
- 5- ضرورة توافر القدوة الحسنة في سلوك الكبار و اتجاهاتهم الموجهة نحو الأمانة.
- 6- توضيح مساوئ السرقة و أضرارها على الفرد و المجتمع فيه جرم ديني و ذنب اجتماعي و تبصر الطفل بقواعد الأخلاق و التقاليد الاجتماعية.
- 7- تعويد الطفل على عدم الغش في الامتحانات و العمل.
- 8- يجب أن نقف على أسباب السرقة و دافعيها و الغاية التي تحققها.
- 9- أن نعمل على عدم تمكين الطفل من جني ثمار السرقة.
- 10- احترام ما يمتلكه الطفل كي نعلمه احترام ما يملكه الآخرون.
- 11- تعزيز القيم و المعايير الاجتماعية و الدينية و الأخلاقية عند الطفل و ذلك بإعطائه القدوة في سلوك الآباء و المدرسين.
- 12- مراقبة و توجيه الأبناء إلى الأفلام و المسلسلات التي يشاهدونها تجنب إشعار الطفل بالإذلال و المهانة و تشجيعه على مواجهة المشكلة بصراحة حتى يتغلب عليها.

13-خلق أجواء العطف و الحنان و أبعاد جو الإرهاب و الانتقام. (العناني ،2001:

(222

محاضرة : الكذب .

1-تعريف الكذب:

سلوك متعلم(مكتسب) يكسبه الطفل من المحيطين به، وأشارت أن الراشدين هم الذين يشاركون بصورة مختلفة (مقصودة أو غير مقصودة) في تعليم الأطفال الكذب، وذلك عندما يستخدمونه أمامهم للتخلص من المواعيد والالتزامات والمسؤولية أو كذريعة للتهرب من الآخرين لأسباب مختلفة دون أن يدروا أنهم عرضة للمحاكاة والتقليد كنماذج من قبل الأطفال.

2-أنواع الكذب:

✓ **الكذب الخيالي:** يظهر هذا النوع من الكذب عند الأطفال نتيجة لقفزات خيالية تصوراتهم، وهو بالنسبة للطفل نوع من أنواع التسلية، يكثر في المرحلة بين 4 في 5 سنوات، ويرجع إلى سعة خيال الطفل وبعده عن الواقع، فالطفل يكون ذو خيال قوي ومبدع.

(AACAP ,2003 ; 20)

من خلال هذا يتضح لنا أن هذا النوع من الكذب مرتبط بخصوبة الخيال لدى الطفل، فالطفل هنا يكون مبدع ويروي قصصا لا أساس لها من الصحة، وبالتالي ليس لديه نية سيئة، فهو فقط يروي ما يتخيله دون هدف معين.

✓ **الكذب الإلتباسي**: يقترب هذا النوع من الكذب إلى حد كبير من الكذب الخيالي، إذ يلتبس فيه على الطفل الخيال بالحقيقة، وسببه أن الطفل لا يملك القدرة على التمييز بين ما يراه حقيقة واقعة وما يدركه واضحا في مخيلته، فكثير ما يسمع الطفل قصة خرافية وسرعان ما يتكلم عنها وكأنها وقعت بالفعل، فلا بد من إرشاد وتوجيه الطفل، ويوصف النوعان السابقان من الكذب بالكذب البريء، ويزولان بعد أن يكبر الطفل ويصل إلى مستوى النمو القلي الذي يمكنه من التمييز بين الحقيقة والخيال. (رشاد ، 1999 :

(514

✓ **الكذب الدعائي أو التعويضي**: ويكون دافعه الزهو والفخر الكاذبين، حيث يلجأ الفرد في هذا النوع من الكذب إلى المبالغة في وصف الخصائص أو تجارب ليست موجودة أو متوفرة لديه ليحظى بتقدير الآخرين و إعجابهم، أما الدافع النفسي لهذا النوع من الكذب فهو شعور الفرد بالنقص سواء كان نقصا عضويا أو نفسيا، فهو يكذب ليعوض شعوره بالنقص، وأيضا يلجأ إليه الفرد عندما يفشل في تحقيق ذاته أو إذا وجد نفسه في مواقف يشعر فيها انه أقل من الآخرين مكانة أو تفوقا. (الحنفي، 1994 : 437)

ومن الأمثلة على هذا النوع من الكذب ادعاء الطفل أن لديه العديد من اللعب والملابس، وأنه سافر إلى كثير من البلدان، أو أن والده يملك العديد من السيارات والمنازل، أو ادعاء الطفل أنه مريض حتى يهتم به والديه والطفل هنا يرفع عن نفسه الشعور بالنقص عندما يرى أنه محور إعجاب واهتمام.

وأوضح كابلان وسادكوز (1998) أنه من بين أنواع الكذب (الكذب الادعائي) ادعاء الفرد انه مضطهد ومظلوم أو سيء الحظ، كل ذلك ليحصل على العطف الكافي من والديه أو المحيطين به، وهذا النوع من الكذب يجب التكفل به في مرحلة الطفولة حتى لا يلزم صاحبه في مرحلة المراهقة والرشد. (منصور ، 1984 : 152)

✓ **الكذب الغرضي أو الأناني**: يلجأ الطفل إلى هذا النوع من الكذب لتحقيق غرض شخصي أو ليمنع نفعاً لزميل لا يحبه، فيقوم بالشوشرة عليه والتقليل من شأنه، ومن الأمثلة على

ذلك أن يطلب الطفل شيئاً من والديه مدعياً أنه لشخص آخر، ولعل الدوافع التي تدفعه إلى هذا النوع من الكذب هو عدم توافر الثقة بالمحيطين به نتيجة عدم ثقته في والديه لأسباب عديدة منها عقابهما له وعدم تحقيقهما لرغباته وحاجاته. (القوسي 1993 :

(344

✓ **الكذب الانتقامي**: هو الكذب الذي يقصد من ورائه إيقاع الأذى والضرر بالآخرين أو بالمؤسسة كنوع من الانتقام والعقاب وخاصة إذا كان الطفل لا يقدر على مواجهته، وكثيراً ما يكذب الأطفال انتقاماً من غيرهم بأن يوجهوا إليهم اتهامات يترتب عليها عقابهم و سوء سمعتهم أو غير ذلك_ خاصة عندما يشعرون نحوهم بالغيرة أو عندما لا يشعر الطفل بالمساواة في المعاملة بينه وبين الطفل الآخر. (قاسم ، 2001 : 405)

✓ **الكذب الدفاعي الوقائي**: يلجأ الطفل إلى هذا النوع من الكذب خوفاً من العقاب الذي سيقع عليه وبالتالي يجد في الكذب وسيلة لحماية نفسه، ويرى كابن وسادوكس أن هذا الخوف يرجع إلى المبالغة في العقاب على أخطاء بسيطة، وأن الطفل يكذب في هذه الحالة ليحتفظ لنفسه بامتياز خاص يخاف أن يفقده إذا قال الصدق. والكذب الدفاعي من أكثر الأنواع شيوعاً، فالابن الذي يرغب في لعب الكرة مع زملائه في الشارع ويخاف من عدم موافقة والديه يكذب قائلاً انه ذاهب ليحضر كتاباً من صديقه أو ليذاكر مع زميله. ومن أنواع الكذب الوقائي كذلك كذب الإخلاص فيكذب الفرد على الآخرين حماية صديق أو زميل من عقوبة قد تقع عليه، وتلاحظ هذه الظاهرة بين المراهقين أكثر من الأطفال، فهو من مظاهر الولاء للجماعة. (KAPLAN and

SADOKS ,1998 :35) :

✓ **كذب التقليد**: قد يكذب الأبناء تقليداً لوالديهم ولمن حولهم، فمن خلال نظرية ثقافة الكذب يشار إلى أن الكذب استجابة متعلمة ويحدث هذا التعلم كنتيجة لتقليد الآخرين الذين يعتبرون الكذب مشروعاً ومقبولاً اجتماعياً(AACAP,2003 :24)

وبالتالي نقول أن للأسرة و المدرسة والمجتمع بصفة عامة دور كبير في تعزيز هذا النوع من الكذب لدى الطفل، وربما يكون هذا التعزيز بطريقة قسدية كأن يطلب الأب من ابنه أن يقول أن والده ليس في البيت، أو أن يطلب من الطفل أن يقول أنه كان مريضا ولم يستطع القدوم للمدرسة بينها الحقيقة أنه كان يلعب مع أصدقائه أو أنه خرج في نزهة مع العائلة، أو بطريقة غير قسدية كأن يعد الأب أبنائه بأخذهم إلى مكان معين ثم لا يفي بوعده دون وجود عذر معين، أو الأم التي تقول للجاره أنها لا تملك شيئاً معيناً بينما يكون لديها ما تنفي امتلاكه، أو المعلم الذي يغلق باب القسم و يجلس ويقراً الجريدة عوضاً عن القيام بواجبه، فالأطفال في هذه الحالة سيكتشفون أن المعلم يكذب على المؤسسة و على أوليائهم و يتظاهر انه يدرس ويقوم بما عليه.

✓ **الكذب العنادي**: أحيانا يكذب الفرد لمجرد السرور الناشئ من تحدي السلطة، و خاصة إذا كانت السلطة شديدة المراقبة و الضغط وقليلة الحنان والعطف على الأبناء. (القوصي، 1993 : 348) فالكذب في هذه الحالة يستخدم كسلاح للمقاومة والتغلب على القيود، و لكن الطفل ظاهريا يظهر وكأنه مستسلم للأوامر والنواهي، وينفذ أمام أعين والديه ما طلب منه، ولكنه يفعل ما يحلو له في غيابهم، فمثلا عندما تطلب الأم من الأولاد غسل أسنانهم ولكنهم لا يريدون ذلك فيتظاهرون بأنهم قاموا بغسلها، أو الأب الذي يطلب من ابنه النوم باكرا فيتظاهر الابن بالنوم ثم يفعل ما يشاء بمجرد ابتعاد الأب.

✓ **الكذب المرضي**: يشار إليه بأنه كذب اعتيادي دون حاجة خارجية، وهذا النوع يعود إلى دوافع كراهية ومعادية الآخرين، ويكثر هذا النوع من الكذب بين المراهقين حيث يتسم السلوك بنمط الكذب المتكرر نلاحظه في حالة الكذب الإدعائي، لان الشعور بالنقص يكون مكبوتا، ويصبح الدافع للكذب دافعا لا شعوريا، خارجا عن إرادة الشخص، كما يتضمن تزيف ذكريات وحقائق، ويشتمل على خلق وقائع جديدة متوهمة تماما، ويسرع الكاذب المريض إلى ملء الثغرات بتأليفها وبيرونها. وبالتالي فالكذب المرضي يعود إلى عدم توجيه الطفل وإرشاده من البداية، مما جعله يتعود على سلوك الكذب في الصغيرة

والكبيرة، ولا بد من الإشارة أن هذا النوع من الكذب نجده كثيرا عند الأطفال الذين اعتادوا على رؤية الكبار يكذبون لتبرير ما قاموا به أو للتخلص من المواعيد والالتزامات، ولهذا يجب على الأولياء الحرص على ما يقولونه ويفعلونه في حضور أبنائهم حتى يكونوا لهم القدوة الحسنة.

وقد أكدت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والمراهقين هذا عند ذكرها أن الطفل أو المراهق إن كذب فإن اللوم يقع على الوالدين، وأن الطفل يصنع مختلف الأشياء من مادة وأصل عاطفي لتعويض ما يفتقر إليه أو ما يتخيل أنه يفتقر إليه. (AACAP,2003 : 37)

وبالتالي فإنه من واجب الآباء والأمهات محاولة تلبية رغبات الأبناء ضمن الحدود فلا يتم تدليلهم ولا القسوة عليهم.

3-أسباب الكذب :

يلجأ الأطفال للكذب لأسباب عديدة، وقد قمنا في ذكرها في الفقرة الموالية نظرا لكون معرفة الأسباب تساعد في فهم هذا السلوك وكذا الوقاية منه، وكذلك وضع حد لسلوك الكذب الغير المرضي باعتباره عرض يظهر كاستجابة لمواقف معينة ويزول بزوال هذه المواقف، ومن بين هذه الأسباب ما يلي :

- وجود الطفل في بيئة يلجأ فيها الكبار إلى الكذب في تعاملهم اليومي، مما يجعله مضطرا للكذب أحيانا.
- محاولة خدمة الذات عن طريق تجنب فعل شيء أو الهروب من المسؤولية.
- سعة خيال الطفل، وعدم قدرته على التمييز بين الحقيقة وما تخيله.
- قسوة العقاب الأسري مما يدفع به إلى الكذب خوفا من العقاب.
- تمييز الأهل بين الإخوة وتفضيل بعضهم على بعض، وهذا الذي يؤدي إلى إثارة الغيرة والكراهية بينهم.
- الشعور بالنقص وبالتالي محاولة تعويضه عن طريق الكذب.

- التفكك الأسري وغياب الشعور بالأمان والطمأنينة. (الحنفي، 1994: 433)

ومن خلال ما تم ذكره، يمكن أن نقول أن الطفل يكذب لأسباب شخصية، أسرية، اجتماعية أو كل لتوفر كل هذه الأسباب. فالأسباب الشخصية تؤدي إلى ظهور نوع من أنواع الكذب كالكذب الادعائي أو الغرضي، والأسباب الأسرية والاجتماعية تؤدي إلى ظهور كذب التقليد أو الكذب الوقائي. وكل هذه الأنواع سبق وشرحناها وأيدناها بأمثلة.

4-أساليب الحد من الكذب :

وتشير الدراسات أن عدد كبيراً من خطوات يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند محاولة وضع حد لسلوك الكذب وتتمثل هذه الخطوات فيما يلي:

-تحديد المشكلة وتقبلها من طرف الطفل والأسرة

-وضع خطة علاجية تتضمن الأهداف المرغوبة والمراد تحقيقها، وكذا البرنامج الزمني، وخطوات التي يجب تتبعها للحد من سلوك الكذب.

-استخدام مبادئ الثواب والتعزيز أثناء تنفيذ الخطة.

-استخدام أساليب لتقويم مدى نجاح كل خطوة من خطوات العلاج.

-وصول العلاج إلى خاتمة. (العتوم، 2008: 154)

والمقصود أن الخطوة الأولى لعلاج المشكلة هي الاعتراف بوجود المشكلة، ثم تحديد حجمها وتكرارها وكذا نوعها، وهذا الذي يساهم في معرفة الدوافع التي تجعل بالطفل ينحرف ويسلك هذا السلوك، وأخيراً يجب تقبل المشكلة. ثم وبعد ذلك يجب أن يتم توضيح الأهداف المراد الوصول إليها على شرط ألا تكون أهداف صعبة، بالإضافة إلى وضع خطوات العلاج ضمن برنامج زمني والالتزام به.

وفي أثناء العملية العلاجية، هنالك عدد من المبادئ التي لا بد من الالتزام بها طيلة مدة العلاج، وذلك لأنها تضمن نجاح الخطة العلاجية وتتمثل في:

1-ضبط النفس والتحكم في الانفعالات خلال العلاج، وذلك لأن الغضب والتسرع يؤثر على

العملية العلاجية لأنه في حالة الغضب يمكن قول أو القيام بأمر ليس في صالح السير

الحسن للعملية العلاجية، فت وبيخ الطفل أو ضربه مثلا يؤثر سلبيا على سلوكه . .

(نفس المرجع السابق:156)

2-مراقبة سلوك الطفل بشكل دائم وعدم إعطائه فرصة للحصول على منافع شخصية من خلال الكذب، وذلك لأنه من خلال هذه المراقبة المستمرة للسلوك والتأكد من صدق كلام الطفل في كل مرة، يجعل الطفل يبتعد أن سلوك الكذب لأنه يعلم أنه سيتم اكتشاف كذبه.

3-البحث عن الدوافع والأسباب الحقيقية التي تكمن وراء الكذب، ومحاولة التعامل معها حسب نوع الكذب، فمثلا إذا كان الكذب من النوع الخيالي فإنه يجب على الوالدين توضيح الفرق بين الواقع والخيال، وإذا كان من النوع الإلتباسي فالطفل يحتاج تعلم كيفية التفريق بين ما يحلم به وما يحصل في الواقع، أما إذا كان من النوع الانتقامي فعلى الوالدين التأكد من تعاملهم مع أولادهم بمساواة حتى لا يثيروا الشعور بالغيرة الذي يؤدي إلى هذا النوع من الكذب. (نفس المرجع السابق: 157)

4-عرض قصص وحكم توضح الأضرار التي يعود بها الكذب على صاحبه وعلى الآخرين،وذلك لأن الطفل سيتوصل إلى العبرة والحكمة المعروضة في القصة، وبالتالي سيتم التعزيز السلبي لسلوك الكذب.

5-تزويد الطفل ببعض النماذج الحسنة في البيت أو خارج البيت ، فمثلا إذا جعلنا الطفل يلاحظ أن غيره في البيت أو خارجه قد اختار قول الصدق في مواقف يستطيع الكذب فيها أو في مواقف تشبه المواقف التي تعود الكذب فيها، فان هذا يجعله يحاول تقليد هذا الشخص باعتباره النموذج الحسن للسلوك.

6-الابتعاد عن أساليب العقاب والتحقير والإهانة عند ممارسة الطفل للكذب واستبدال ذلك بأساليب الثواب والتعزيز والترغيب والكلمة الطيبة ،ويعود هذا إلى النتيجة التي يحققها التعزيز لسلوك الصدق أفضل من النتيجة التي يحققها التهديد والعقاب.

7-توجيه الطفل إلى هوايات جديدة يشغل فيها نفسه وأوقات فراغه وتساعد على تفريغ الطاقات العقلية والجسمية الهائلة التي يتميز بها الأطفال، ومن خلال هذه الطريقة لا

يملك الطفل الكثير من الوقت في التفكير بالخدع والكذب .وإذا كان طفل مبدع وذات خيال واسع سيعبر عن خياله بواسطة هذه الهواية وإذا كان يشعر بالنقص فان ممارسة ما يحبه ستمكنه من تجاوز هذا الشعور . (نفس المرجع السابق:158)

محاضرة : التوحد .

1-الجدور التاريخية للتوحد :

التوحد اضطراب نمائي يؤثر على الفرد في الجوانب الاجتماعية واللغوية والسلوكية في مرحلة الطفولة،حيث يعتبر **Kanner 1943** أول من أشار إلى اضطراب التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة ،وقد كان ذلك عام **1943** ، حدث ذلك حيث كان يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا ،بجامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية ،ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا فقد كان سلوكهم يتميز بعدم الوعي بوجود الناس وعدم استخدام اللغة اللفظية في التواصل، واستنتج أن يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال تختلف بدرجة كبيرة في الجوانب كثيرة منه مما يصدر عن أقرانهم المتخلفين وهنا أكد **كانر** أنهم يمثلون فئة أخرى غير التخلف العقلي بطبيعة الحالة، وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على انه نمط من فصام الطفولة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحا، وفي عام **1944** اكتشف الطبيب النمساوي **هانز اسبرجر** متلازمة أعراض مرضية تمثل احد أنماط اضطراب (طيف التوحد) سميت باسمه فيما بعد ولكنها لا تتفق مع اضطراب التوحد، وفي الستينيات كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفقا لما ورد في الطبعة الثانية في القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية الثاني، ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا عام (**1988**) حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية.

ثم في الطبعة المعدلة من ذات الدليل (1987) تمت الإشارة على انه اضطراب سلوكي، ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب حيث تظهر أعراض على شكل تلك السلوكيات ويمكن الاستدلال عليه من خلال هذه السلوكيات فان ذلك لم يعد كافياً، وأصبح ينظر إلى هذا الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل عام (1994) على انه اضطراب نمائي.

وبعدما تمسكت المدارس الفرنسية بالتوحد كذهان، فالمدرسة الانجلو سكسونية أدخلته في اضطراب النمو أي أصبح يعامل كنوع من الإعاقة الأولية الفطرية تمس الجوانب العقلانية والمعرفية وتكوين الهوية الذاتية.

2-تعريف التوحد:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

" التوحد مصطلح مترجم عن اليونانية، ويعني العزلة أو الانعزال، وهو ليس الانطوائية وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن الرفض التعامل مع الآخرين، بالإضافة إلى سلوكيات متباينة من شخص إلى آخر، يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ."
(عامر، 2008 : 80)

تعرفه منظمة الصحة العالمية "هو اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي، والاجتماعي. (النمر، 2015: 225)

نستنتج مما سبق ذكره أن مصطلح توحد يعني إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر سلباً عن وظائف الدماغ، تظهر هذه الإعاقة في السنوات الأولى من الحياة، وترتبط بمظاهر عجز شديد في الأداء العقلي، والاجتماعي، والتواصل اللغوي.

3-أسباب التوحد:

لقد ظلت أسباب التوحد مجهولة إلى حد كبير منذ حقبة طويلة من الزمن، فلم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد،

حيث توجد عدة أسباب يرجع إليها حدوثه سواء كانت وراثية، جينية، بيولوجية، عقلية، كيميائية وعوامل ابيضية.

أ- **عوامل وراثية جينية:** أثبتت بعض الدراسات الحديثة 1993 وكما تذكر أن هناك ارتباطا بين التوحد وخلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا ويعتبر هذا الكروموسوم شكل وراثي حديث مسبب للتوحد .

ب- **عوامل بيولوجية:** تنحصر هذه العوامل كما تذكر في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ،ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين .

ج- **عوامل عقلية:** يرى أصحاب وجهة النظر أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة، ومن الذين يتبنون هذه النظرية " سينجر ووينمي ". ولكن غالبا ما يتم رفض هذه النظرية كون الفصام مرض نفسي والتوحد اضطراب نمائي.

د- **عوامل عائدة لتكوين الدماغ:** فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ إختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ ضمور في حجمه وقد يصل هذا الضمور إلى 13 % من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب لحالة التوحد .

ه- **عوامل عائدة للتنشئة الأسرية:** تؤكد هذه النقطة على دور الأبوين في التسبب في هذا الاضطراب وإعاقة نمو الطفل وتشير النظريات النفسية إلى أن والدي الطفل التوحدي يكونان أكثر قلقا ،ولديهما ضعف في العلاقات الأبوية، كضعف علاقة التواصل بالأم .

(. الزراع، 2004: 30-31)

4- خصائص الأطفال التوحديين:

الطفل التوحدي خصائص متنوعة، تميزه عن أي طفل آخر من بين هذه الخصائص:

أ- **الخصائص السلوكية**: يعتبر سلوك الطفل التوحدي ضيق المدى ، كما أنه يغلب في سلوكه نوبات انفعالية حادة ، هذا يعيق النمو ويكون في معظم الأحيان مصدر انزعاج للآخرين المحيطين بالطفل، ومن الخصائص الملحوظة (الاحتفاظ بروتين معين، اللعب بشكل متكرر وغير معتاد، تجنب النظر في عيون الآخرين، الإيذاء الذاتي لدى البعض منهم، الاستخدام غير مناسب للعب بالأشياء).

ب- **الخصائص الاجتماعية والتواصلية**: يتصف الأطفال التوحديين بتأخر النمو الاجتماعي والانفعالي لديهم منذ الصغر يلاحظ إن الطفل التوحدي لا ينمي علاقة ارتباط مع والديه وخاصة أمه .

ج- **الخصائص اللغوية والتواصلية**: يتصف الطفل التوحدي بعدد من الخصائص اللغوية التي تميزه عن غير التوحدي المضطرب لغويا وهي: صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به. (. (الزراع ، 2004: 23-24)

5- تشخيص التوحد:

لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا، وخاصة في الدول العربية ، فيجب أن يتم تشخيص حالة الطفل من قبل فريق متكامل متكون من أخصائيين في تخصصات مختلفة، حيث يضم هذا الفريق: (طبيب أعصاب ، طبيب نفسي، طبيب أخصائي متخصص في النمو، أخصائي نفسي، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق.)، المعدل للاضطراب النفسية إلى أن **DSM** لقد ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، أعراض التوحد تشمل على مدى العيوب في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والأنشطة، وان تظهر هذه العيوب قبل الثالثة من العمر، بشرط أن تتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر هي مجموع الأعراض التي وردت في المجموعات الثلاث:

(عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل، قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي ، محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات). (القمش ، 2001: 108)

6- علاج التوحد:

يتنوع علاج التوحد من علاج طبي، غذائي، نفسي، كما سيتم عرضه.

أ- **التكفل الطبي البيولوجي:** على الرغم من التركيز على الأساس البيولوجي للإصابة بالتوحد وزيادة الاقتناع بهذا الاتجاه، إلا أنه الأدوية المتوفرة في الوقت الراهن تستخدم للتخفيف من حدة بعض أعراض وحالات التوحد فمن هذه الأدوية ما يساعد عملية التعليم ومنها ما يحد من النشاط الزائد ومنها ما يخفف السلوك العدواني أو يهدئ نوبات الغضب و يقلل من السلوكيات النمطية أو يعالج الصراع ومظاهر الاكتئاب، ومنها يقلل من العنف الزائد وسلوك إيذاء الذات. (فاروق، 2000: 55)

ب- **التدخل الغذائي:** أكد الكثير من الدارسين أن هناك علاقة قوية بين النظام الغذائي واضطراب التوحد، حيث قد ثبت لديهم أن الغذاء يقلل من سلوكيات التوحيد وأن للغذاء علاقة لقلب المزاج والقلق، كما أن العلاج بالغذاء آمن ولا ضرر منه .وأهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي بروتينات الكازيين والغلوتين.

ج- **التكفل النفسي:** طريقة **lovaas** (لوفاس) وهي طريقة العلاج السلوكي أو علاج التحليل السلوكي حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك استجابة وتتمتع هذه الطريقة حيث يتم مكافئة الطفل عند قيامه بكل سلوك جيد، أو على عدم ارتكابه السلوك السيئ، وهذه الطريقة تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف ولا تقل مدة العلاج عن 40 ساعة في الأسبوع.

د- **العلاج بالمسك والاحتضان:** يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتي ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع، وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإنه يرجع النمو الطبيعي سوف يحدث، هذه الطريقة يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة،

وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدؤوا في التدقيق في وجوههم، وأن تحسنا ملحوظا طرأ على قدرتهم في التواصل البصري، كما أفادوا أيضا بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي، ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علميا. (فاروق، 2000 : 55-57)

محاضرة : الإفراط الحركي .

1- الإفراط الحركي.

يعتبر الإفراط الحركي من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا، يتصف الأطفال المفرطين للنشاط بصعوبة ضبط حركتهم ولا يلبثون على حالة واحدة من الناحية الحركية وينتقلون من نشاط دون إكماله للنشاط الآخر ويصاحب هذا الأخير ضعف الانتباه والتركيز بالإضافة إلى الاندفاعية .

2-تعريف الإفراط الحركي:

هنالك عدة تعاريف للإفراط الحركي نذكر من بينها هذه التعاريف :

يعرفه " شيفر وميلمان " (1989): بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المعقول مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معا، فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلق وعزلة اجتماعية. (الزغبى، 2005 : 194)

التعريف الطبي للإفراط الحركي : يعرف الأطباء الإفراط الحركي على أنه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته ، و ينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية بجزء من المخ و المسؤولية عن الخواص الكيميائية التي تساعد على تنظيم السلوك . (اليوسفي ، 2005)

أما القاموس الأرتفوني فيعتبر فرط النشاط: "مبالغة أو ارتفاع في النشاط ذو أصل نفسي، جسدي، أو نفسي حركي، والذي قد يكون دائما مؤقتا أو دوريا، لا نعيده اهتماما عند الطفل الصغير، لكنه يتواجد أيضا في بعض الحالات الذهنية، في عدم الاستقرار النفسي الحركي.(BRIN, 2004, 115).

فيما يخص التعريف السلوكي عرفه باركلي(1990) BARKLEY في نظريته على أنه اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات ، و عجز في القدرة على تنظيم السلوك.(اليوسفي ، 2005)

3- أعراض الإفراط الحركي :

أ- الأعراض الرئيسية الظاهرة على الطفل ذو الإفراط الحركي:

- قلة الانتباه يتصف بها هؤلاء الأطفال بأن المدة الزمنية لدرجة انتباههم قصيرة جدا وعدم استجاباتهم للمثيرات الظاهرة بسهولة.
- الشروذ الذهني وضعف التركيز.
- كثرة التملل والتذمر والنسيان.
- زيادة الحركة لا يستطيع أن يبقى ساكنا في مكانه أو جالسا.
- يكون هذا الطفل مندفع دون هدف محدد ويجب على الأسئلة قبل سماعها، ويقاطع في الكلام ويبدو كأنه لا يسمع عندما تتحدث إليه ويتكلم بشكل مفرد.
- لا يستطيع أن ينتظر دوره في أي نشاط، ويلاحظ عليه سرعة التحول من نشاط لآخر.
- عدم المبالاة وفوضوية الطبع وعدواني في حركاته ومتغير المزاج.
- عدم الالتزام بأداء المهمة التي بين يديه حتى إنهاؤها.
- صعوبة التكيف مع الجو الجديد.
- تأخر النمو اللغوي.
- الشعور بالإحباط لأنفه الأسباب مع تدني مستوى الثقة في النفس.
- اضطراب العلاقة مع الآخرين حيث يقاطعهم ويتدخل في شؤونهم.
- عدم القدرة على التعبير عن الرأي الشخصي بوضوح.

- يثار بالضحك أو البكاء العنيف لأتفه الأسباب. (الجعافرة، 2008: 34)

ب- الأعراض الانفعالية: الطفل ذو الإفراط الحركي تبدو عليه أعراض انفعالية فهو متهور ويصعب عليه ضبط نفسه أو السيطرة على انفعاله ويظهر عليه الغضب ولا يستطيع ضبط استجاباته للمؤثرات الخارجية ومعظم هؤلاء الأطفال ذو الإفراط الحركي يسهل استثارتهم وتعزيهم نوبات الغضب الحادة وتقلبات المزاج المفاجئة، كما يتسمون بسرعة الهجان خاصة إذا ما تعرضوا لمواقف محبطة غير متوقعة ولوحظ أن هؤلاء الأطفال يظهر لديهم عدم الرضا وينظرون لأنفسهم نظرة سلبية وانفعالاتهم دائما غير مستقرة ومفهوم الذات لديهم منخفض.

ج- الأعراض العقلية: يبدو الطفل ذو الإفراط الحركي مشتت الانتباه، ضعيف التركيز وفترات انتباهه قصيرة وغياب تسلسل الأفكار لديه ومعامل الذكاء لديه منخفض ويسهل تحويل انتباهه من نشاط لآخر.

د- الأعراض الجسمية: لوحظ على بعض الأطفال أعراض تتمثل في كثرة حركات الرأس والعينين في اتجاهات متعددة دون التوجه لشيء محدد فمنهم من يلتفت يمينا و يسارا بدون مبرر ولا تركيز وطبعا تظهر هذه الحركات الجسمية للأطفال في مكان واحد سواء في المدرسة أو في المنزل أثناء تناول الوجبات وأثناء مشاهدة التلفاز وأثناء عمل الواجبات المدرسية وبالرغم من هذه الحركات الزائدة للأطفال إلا أنهم لا يرغبون بالالتزام بقواعد أو نظم أثناء حصص الألعاب الرياضية ومعظم هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب التناسق الحركي والسلوكي وبعد انتظام الرسم الكهربائي لعضلاتهم. (إبراهيم، 1999: 31)

هـ- الأعراض الجسدية للاضطراب:

- الأنف: زكام -رشح -عطس -إفرازات مستمرة -هرش في الأنف.

-البطن: ألأم المعدة -ميل للقيء -الإحساس بالانتفاخ والامتلاء -رائحة الفم غير مستحبة -غازات -إسهال أو إمساك .

-المثانة: التبول الإرادي أحيانا أثناء النهار ودليل مع الحاجة للتبول كثيرا.

-الوجه :شحوب اللون -دوائر داكنة تحت العين.

-الأذن :سهولة تجمع السوائل خلف طبلة الأذن، طنين في الأذن.

-التنفس :سريع.

هؤلاء الأطفال عادة ما يكونوا شديدي الحساسية للضوء العالي وتختلف أعراض الاضطراب من طفل لآخر، بل تختلف في الطفل الواحد من يوم لآخر ومن ساعة لأخرى. (الجعافرة ،

2008)

و- الأعراض الاجتماعية:

أكدت نتائج الدراسات أن الأطفال ذو الإفراط الحركي غير متوافقين لا يستطيعون التعاون مع الآخرين، ولا يطيعون الأوامر ويصعب عليهم تكوين علاقات طيبة مع زملائهم وإخوانهم، ويمارسون سلوكيات غير مقبولة اجتماعيا مثل:العدوان والصراخ والشجار والهياج وقد ينسحبون من الجماعة وتراهم منبوذين من الآخرين غير قادرين على التفاعل الاجتماعي

الإيجابي. (إبراهيم، 1999 : 19)

ي-الأعراض التعليمية:

في مجال التعلم تؤكد الدراسات أن الأطفال ذو الإفراط الحركي يعانون من صعوبات في التعلم، ولديهم كثير من المشكلات التعليمية منها:

1-لا يستطيعون إكمال الواجبات المدرسية.

2-لا يركزون في حجرة الدراسة.

3- لا ينتبهون كما يجدون صعوبات في التعامل مع الرموز واستيعاب معاني المفاهيم

المركبة، ولعل هذا ما يجعلهم غير قادرين على استيعاب التعلم. (إبراهيم، 1999)

4- أسباب الإفراط الحركي:

فقد اهتمت البحوث النفسية والتربوية والطبية بدراسة لمعرفة أسباب الإفراط الحركي وتم تقديم تفسيرات متعددة لهذا الاضطراب، فقد أرجعه البعض إلى الأسباب الوراثية واعتبره البعض

نتيجة للأسباب الفسيولوجية، وفسره البعض الآخر في ضوء الأسباب النفسية ، وفيما يلي عرض تفصيلي لكل سبب من الأسباب المحتملة:

أ . **الأسباب التكوينية والوراثية:**وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن نسبة 50 % تقريبا من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يوجد في أسرهم من يعاني من هذا الاضطراب. (علي، 2009)

ب - **الأسباب العضوية:** بينت الدراسات أيضا أن الأطفال من ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير منتظمة وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز الغدد أو ورم في الدماغ.(الزغبى ، 2005)

ج- **الأسباب النفسية:** هناك أيضا أسباب نفسية كامنة وراء النشاط الزائد عند الأطفال نذكر منها:

- **القلق:** وهو كثير الحدوث وظاهرة عند الأطفال زائدي النشاط حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.
- **وجود الطفل في مؤسسات تربوية لمدة طويلة:**والذي ينعكس أحيانا على تكيفه وتوافقه مع الآخرين والذي يكون غالبا تكيفا غير سوى.
- **الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية:** حيث أن عدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ويحاول الانتقام من الآخرين. (الزغبى ، 2005 : 196)

د- **العادات الغذائية:** تظهر نتائج بعض الدراسات أن تناول أنواعا محددة من الأغذية مثل تلك التي تحتوي على السكريات والمواد الحافظة والنكهات الصناعية وحامض السالسيك تسهم إلى درجة كبيرة في حدوث مثل هذا الاضطراب لدى الأطفال ولا سيما إذا كان هناك إفراطا مستمرا في تناولها. (الزغلول ، 2008 : 121)

هـ- **الأسباب و الإصابات الطبية:**

- الإصابات قبل الولادة منها (نقص الأكسجين ، فقر الدم الموضعي، تعاطي الكحول من طرف الأم ، إدمان المخدرات السامة من طرف الأم)
- الإصابات عند الولادة (الوزن عند الولادة <2500 غ ،الوزن عند الولادة <4كغ)
- الإصابات التعفننية(التهاب السحايا البكتيري، مرض طفيلي ،التهاب الدماغ)
- الإصابات المتعلقة بالغدد الصماء (تأخر في النمو والبلوغ ، قصر القامة، زيادة حجم الغدة الدرقية ، نقص حجم الغدة الدرقية ، نقص حجم الغدد نظيرة - الدرقية).
- الإصابات العصبية(نوبات الصرع، أورام دماغية،عجز حسي(سمعي أو بصري)، إصابة دماغية مزمنة غير تطويرية).
- الإصابات النفسو- عصبية (تأخر ذهني ،تأخر اللغة، اضطرابات التعلم الخاصة (عسر القراءة، عسر الحساب ، عسر الصرف، والنمو).
- الإصابات القلبية (توقف نمو الأوعية الدموية الكبيرة)
- الإصابات التسممية(تسمم بالمعادن الثقيلة)
- الصدمات الدماغية.
- مسببات طبية : (العلاج بواسطة الهرمونات الكظرية ،المهدئات البريبيتورية ، مضادات الصرع). (MENECHAL , 2001.)

5- أنواع اضطراب الإفراط الحركي :

لقد قسم الدليل التشخيصي والإحصائي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط الحركة إلى ثلاث فئات:

أ-النشاط الزائد والاندفاعية:في هذا النوع توجد ستة أعراض من تسعة أعراض منها أعراض كثيرة النشاط والاندفاعية بحيث تكون أعراض عدم الانتباه أقل من ستة.

ب- ضعف الانتباه :في هذا النوع توجد ستة أعراض من تسعة أعراض منها أعراض ضعف الانتباه وبحيث تكون أعراض النشاط الزائد والاندفاعية أقل من ستة.

ج- النوع المشترك :في هذا النوع توجد ستة أعراض من تسعة أعراض منها أعراض النشاط الزائد والاندفاعية وستة أعراض من تسعة من أعراض قلة الانتباه، ولا تنتشر هذه الأنواع

بنفس النسبة حيث أن (50-75%) من الحالات المشترك والمقدرة (20-30%) من الحالات هي من نوع قلة الانتباه، وقل من 15% هي من الحالات النشاط الزائد والاندفاعية فقط. (شاهين، 2011: 35)

6- تشخيص اضطراب الإفراط الحركي :

وحسب دليل التشخيص الإحصائي رقم 4 (DSM-IV) ، فإن تشخيص الإفراط الحركي يتطلب على الأقل 4 أعراض من بين الستة الآتية:

- 1- يحرك الطفل يديه أو رجليه أو يتلوى على مقعده .
- 2- في الحالات التي تتطلب أن يبقى جالسا أو في القسم ، فإنه يترك مقعده.
- 3- يجرى ويركض بصفة مفرطة في وضعيات غير مناسبة (بالنسبة للمراهق أو الراشد فإنه يكفي بإظهار انفعاله وقلقه).
- 4- تظهر لدى الطفل غالبا صعوبات في اللعب أو في الدخول في نشاطات في وقت فراغه.
- 5- يجيب على الأسئلة قبل أن يتم طرحها كاملة.
- 6- لديه غالبا صعوبات الانتظار في صف أو انتظار دوره في ألعاب أو في وضعيات جماعية.

بعد ذلك يعطي الدليل أربع شروط إضافية من أجل وضع التشخيص:

- 1- بداية الاضطراب يتكون بعد سبع سنوات ، بل قبلها.
- 2- تواجد الأعراض يكون الأقل في وضعيتين (مثلا ، المدرسة، المنزل، العمل)
- 3- الاضطراب يولد ضيقا نفسيا (**Détresse**) وهذا مهم على المستوى العيادي أو يؤدي إلى عدم التكيف مع الوظيفة الاجتماعية المدرسية أو المهنية.
- 4- لا يمكن اعتبار الإفراط الحركي أنه اضطراب عاطفي، حصر نفسي انفصام (**Trouble dissociatif**) أو اضطراب في الشخصية كما أنه لا يكون ناتج عن اضطراب يحتاج النمو أو عن مرض دهاني آخر. (CORRAZE , 1996)

7- أدوات قياس الإفراط الحركي:

إن القياسات الموضوعية للإفراط الحركي قد وجدت منذ سنة 1959 من طرف شولمان " SCHULMAN و رايزمان REISMAN انطلاقاً من ساعة عليها تغيير لتقيس نشاط حركات مفصل اليد.

بالإضافة إلى هذان المقياسان نجد مقياس كونس " CONNERS " والمتمثل في الاستبيان يحتوي على مجموعة من الأسئلة خاصة بالوالدين، واستبيان آخر خاص بالأساتذة وهذا المقياس عدل من طرف عدة باحثين ومن بينهم قويات "GOYETTE" وجماعته. (يحي، 2000: 183)

8- طرق العلاج :

ومن بين الأساليب التي يمكن إتباعها مايلي:

أ- العلاج الطبي (الدوائي):

يكون العلاج الدوائي بإعطاء الطفل بعض العقاقير الطبية التي يصفها الطبيب النفسي وهي عقاقير طبية منشطة نفسياً، وتحقق نجاحاً في حوالي 70% من الحالات وتحد من نشاطه الحركي المفرط وتساعد على زيادة نسبة التركيز لديه، ولا تعطي هذه الأدوية إلا للأطفال ممن هم في سن المدرسة، كما يصف بعض الأطباء بعض الفيتامينات لتقوية الجسم حيث يستنزف هؤلاء الأطفال معظم في الحركة مما يؤثر على حركة الجسم ككل ، وتتضمن العقاقير المستخدمة لمعالجة النشاط الزائد: (الريتالين ، الدكسيريدين ، السايلرت).

(الجعافرة ، 2008)

ب- العلاج النفسي:

استعمال الأدوية نادراً لا يكفي للعلاج لذلك يجب أن يصاحب العلاج بالأدوية العلاج النفسي ويشمل هذا الأخير الطرق التالية:

➤ العلاج بالاسترخاء: تتضمن هذه الطريقة استخدام الخيال بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث في نفوسهم الراحة أثناء الاسترخاء في دراسة قام بها " كلاين ودفناشر" تم استخدام الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى 24 طفلاً بنجاح. (الزغلول، 2003)

العلاج من خلال التدريس على برنامج التحكم الذاتي: يشمل البرنامج على مجموعة من الجلسات يتم تدريس الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي خلالها على التحكم الذاتي في مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحددة وذلك بمتابعة وبتعاون كل من الأسرة في البيت والمعلم في المدرسة. (منصوري، 2008 : 129)

ج- العلاج الغذائي.

تغذية الطفل ذو الإفراط الحركي غذاء عالي الجودة لا يضمن إمداده باحتياجاته حيث إن حالة الطفل الغذائية تتأثر بالكثير من العوامل مثل: الهضم-الامتصاص-التمثيل الغذائي، وفي أي من هذه العوامل قد يكون هناك خطأ فسيولوجي فالطفل ذو النشاط قد يعاني كثير من الأحيان من أن استفادته من الغذاء غير كاملة.

-وهذا لا يعني أن جميع الأطفال المفرطين بالنشاط يمكن علاجهم بالعلاج الغذائي، لأن الأسباب مختلفة، ولكنه يعني أن العلاج الغذائي يمكن أن يكون في كثير من الحالات العلاج الوحيد لهذه الظاهرة الخطيرة . (الجعافرة ، 2008 : 74)

د-العلاج الأسري (المشورة السرية):

بعض المهام تقدم للوالدين :

➤ تعريف الوالدين بالاحتياجات اللازمة لنمو الطفل: (مثل توليه الاهتمام أو الانتباه للمناطق التي يحتاج فيها الطفل إلى تدريب إضافي لتنميتها).

➤ مساعدة الآباء على معرفة كيفية تخطي المراحل الحرجة في عملية نمو طفلهم: مثل التصدي لتوضيح احتياجات طفلهم الخاصة لكل مدرس جديد للطفل.

➤ مشاركة الآباء وأبنائهم لتحديد المستوى المناسب لتدخل الوالدين مثل: تجنب أسلوب الحماية الوالدية الزائدة.

هـ - العلاج السلوكي:

قد ثبت أنه أفضل الطرق ويجب أن لا يكون العلاج دوائياً لوحده وإنما مع العلاج السلوكي، وهو جداً مهم حيث يوضع برنامج خاص للطفل ينفذ في البيت بالتعاون مع الأهل، وفي المدرسة بالتعاون مع المعلم، ويعتمد على نظام التعزيز للتصرفات الجيدة وهو جداً فعال إذا نفذ بطريقة صحيحة يشمل العلاج السلوكي:

➤ التدعيم الإيجابي (التعزيز): يتضمن تقديم معززات مادية أو معنوية لسلوك الطفل الإيجابي، وقد يكون مكافأة مادية أو تقديراً اجتماعياً.

➤ التعلم بالنموذج: وهو من الأساليب الهامة في علاج السلوك، والمقصود به تقديم نموذج توضيحي للسلوك المرغوب بطريقة صحيحة ويتم جذب انتباه الطفل لمتابعة الأداء، ثم يطلب منه أن يحتذ به.

➤ العلاج السلوكي المعرفي: يسعى هذا النوع من العلاج إلى التعامل مع خلل سلوكي محدد، وبذلك يحتاج إلى برنامج كالتالي:

- تأمين وتهيئة بيئة اجتماعية تقلل بها المثيرات الخارجية.

- تطبيق أساليب وفنيات العلاج السلوكي مثل التدعيم الإيجابي والسلبي والعزل.

- تدريب الطفل على عملية الضبط والتنظيم الذاتي لسلوكه.

➤ المساعدة التعليمية: بعض الأطفال يعانون من مشاكل صعوبات التعلم كما ذكرنا وهذه ليست لها علاقة بمستوى الذكاء" حيث يستفيدون من بعض الحصص الأسبوعية

المخصصة لصعوبات التعلم. (الجعافرة ، 2008)

و- العلاج التربوي:

يتطلب العلاج التربوي تحسين البيئة التربوية واستخدام أساليب المعاملة المناسبة التي لا تزيد المشكلة استفحالاً حيث يكون هنالك الاعتدال والمرونة في التفاعل لتوجيه النشاط الزائد

تحتاج إلى تركيز الانتباه مما يؤدي إلى ترشيده باستخدام التعليم العلاجي لطريقة "التدريس المطلق" التي تضمن تكوين علاقة وجدانية دافئة وصادقة وديمقراطية وعادلة، قائمة على مساندة الطفل مفرطاً حركياً ورعايته. (زهران، 2005 : 502)

محاضرة : العصاب

يشير مصطلح العصاب في الطب العقلي و علم النفس المرضي إلى الاضطرابات النفسية دون إصابة عضوية واضحة، يكون الفرد واعياً بمعاناته النفسية و لا ينقطع عن الواقع.

1-تعريف العصاب :

يعرف العصاب كلاسيكياً حسب (BERTAGNE ET PEDINIELLI 2002) كاضطرابات نفسية، لا تتضمن في طياتها أي أسباب عضوية واضحة، و لا تخل بعلاقة الفرد مع الواقع و شعوره بهويته، و يكون الشعور بهذه الأعراض من قبل المرضى كظواهر غير مرغوب فيها و لا تتلاءم مع ما يشكلونه من أفكار حول أنفسهم. و تعرف (2012 PAPT & AL) العصاب على انه اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي و الذهاني، فهو يفوق الحالات العادية و لا يصل إلى الحالة الذهانية.

حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي اقل استقراراً و سعادة و يمثل المظهر الخارجي للصراع و التوترات النفسية. و العصاب ليس هو الأعصاب، فهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفيزيولوجي في الجهاز العصبي، بل اضطراب وظيفي، انفعالي، نفسي المنشأ في شخصية الفرد يدل على وجود صراعات داخلية و تصدع في العالقات الشخصية و يعتبر الصراع الذي يتظاهر في الأعراض العصابية أساس العصاب. يعرفه (لابلانث و بونتاليس، 1997) بأنه " إصابة نفسية المنشأ تكون الأعراض فيها تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يجد جذوره في التاريخ الطفلي للشخص، ويشكل تسوية بين

الرغبة والدفاع. " ففي الهستيريا، يرمز للصراع في الجسد، في العصاب الوسواسي في الفكر، أما في الفوبيا فهو موجود في الواقع الخارجي (COMBALUZIER, 2009 ;89) .
و أشار لابلانث و بونتاليس 1997 إلى أن فرويد قد أجمل العصابات النفسية في العصاب الوسواسي، الهستيريا و عصاب الفوبيا إضافة إلى توجيه اهتمامه للعصابات الراهنة في 1898 للدلالة على عصاب القلق والإعياء (النوراستينيا)، ثم اقترح الحقا إدراج الهيبوكندرية في 1914 ، ويتعلق الأمر في الأعصبة الراهنة بأعصبة جنسية المنشأ لكنها ليست نفسية الأتيولوجية بل جسدية، و لا يتعين البحث عن أصل الأعصبة الراهنة في الصراعات الطفلية بل في الحاضر.

و عرف MENECHAL في العصاب على انه مرض الشخصية، يتميز ل عالقة الشخص بمحيطه الاجتماعي من خلال ما يظهر من أعراض خاصة بصراعات بين نفسية، تحو ذات العالقة بتظاهرات القلق لديه . (PAPET & AL,2012 ; 2)

يركز التعريف على 4 عناصر مركزية توجد في جميع العصابات:

(1) مفهوم مرض الشخصية: فهو اضطراب نفسي اقل خطورة من الذهان .

(2) بعد الصراع الداخلي الذي يميز التوظيف النفسي للعصابي، فنوعية العرض تعبر عن قلق خاص، فالعصاب يدل عن وجود وضعية مستمرة من الصراع تخل بتوازن الفرد و تشكل مصدرا لمعاناته. فهو عبارة عن حل للتعامل مع الصعوبات التي يواجهها الفرد في علاقته مع العالم الخارجي

(3) و تظهر آثار الصراع من خلال الأعراضية.

(4) القلق قامت PAPET و زملائها بتحديد معنى العصاب من خلال عدد من النقاط، تتمثل في: أنها اضطرابات نفسية، و لا تحمل في طياتها أسبابا عضوية واضحة و إن ساهمت العوامل البيولوجية في ظهورها (عامل الهشاشة)، شعور الشخص بأنه مرفوض (trouble égodystonique) تؤدي إلى معاناة نفسية يكون المريض واعيا بها (الاعتراف بالخاصية الممرضة)، مع وجود اضطرابات، لكن هذه الاضطرابات لا تزعزع معالم هوية الفرد (Ibid) .

2-خصائص العصاب:

تتسم الشخصية العصابية بعدة خصائص لخصتها (CHABERT 2013) في :

- وجود الم نفسي يظهر على شكل قلق مكثف.
 - وجود أعراضية تشير للقلق المباشر، كما قد تشير للسيرورة المستخدمة لتطوير الصراع و صد القلق.
 - وجود ميكانيزمات دفاعية يمكن الكشف عنها في مقارنة دينامية للعصاب (كسيرورة الشعورية)وعي الشخص بمرضه و بأعراضه الباتولوجية و التي يسعى لإخفائها عن المحيطين.
 - عدم تحمل الضغوطات بحيث يكون الشخص هش وحساس.
 - المبالغة في ردود الفعل السلوكية و عدم النضج الانفعالي و الاستجابات الطفلية في مواقف الإحباط، فتظهر لديه اضطرابات انفعالية واضحة، تتخذ أشكالاً متعددة منها:
سرعة الغضب والاهتياج، الغيرة الشديدة والخجل الزائد.
 - تأنيب مكثف للذات ما يضعف آلياته الدفاعية و يخل بجهازه النفسي.
 - ضعف الثقة بالنفس، فشخصية العصابي تتسم بالاستسلام للآخرين و عدم الخصوصية .
 - تصدع في بعض العالقات بين شخصية و الاجتماعية.
 - الخوف و الشعور بعدم الأمن و زيادة الحساسية النفسية خاصة في حالات الإحباط.
 - عدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل و نقص الانجاز و عدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى لتحقيق أهداف الحياة.
 - اضطرابات الفهم و التفكير بدرجات بسيطة مع عدم التركيز و الانتباه
- *و رغم ذلك فان سلوك العصابي يبقى في حدود العادي.

- فبخصوص سلوكه العام نجده يساير الجماعة و يقوم بمحاولات مستمرة لممارسة الدور الاجتماعي و الاتصال مع أفراد المجتمع، إلا أن هذه المحاولات غالبا ما تكون مصحوبة بمشاعر القلق والضعف والتوتر. و يهتم بنفسه و يظل في حدود الإنسان السوي، يحافظ على علاقته بالعالم الخارجي غير انه لا يتكيف معه تماما. يهتم بنفسه و ببيئته، فيهتم العصابي بمظهره العام و يكون مستبصرا بحالته وبمرضه ويسعى إلى طلب العلاج و يتعاون مع المعالج، نادرا ما يكون سلوكه ضارا به و بالآخرين.

- أما بخصوص وظائفه لعقلية: فليس فيها خلل و تأخر واضح، تفكيره و حكمه على الأمور سليم و إدراكه يكون سليما نحو العالم الخارجي و لا توجد لديه الهالوس و الهذيانات ، و كالمه متماسك و منطقي .- لديه تكامل في الشخصية، فألانا متطور نسبيا ويستعمل آليات دفاعية أكثر فعالية (الكبت، إزاحة، تحويل....) و بالرغم من سوء التوافق النفسي، إلا أن الاختلال يكون جزئي و في جانب معين من جوانب شخصيته دون المساس بترابطها فهي لا تتصدع تماما فتظل صلة المريض بالواقع سليمة من الناحية الشكلية فيحافظ على مظهرها، أي يعيش العصابي في إطار الواقع ويحس به ولكن نفسه تعيش بسجن داخلي يشعر فيه بانقباض داخلي وضيق مؤلم ضاغط.

3-أسباب العصاب :

إن النظريات التي اهتمت بتفسير العصاب كثيرة، و في بعض الأحيان تكون متناقضة،و إجمالاً تتمثل أهمها في: النظرية السلوكية، البيولوجية، الاجتماعية... و تعتبر العوامل الوراثية نادرة جداً، أما العوامل العضوية و العصبية فليس لها دور واضح، و أهم ما في العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ تشجع العوامل البيئية في ظهوره. و تبقى النظرية التحليلية من أكثر النظريات تناولا لتفسير أسباب العصاب:

أ- **عامل الوراثة:** تلعب الوراثة دورا في توفير القابلية للعصاب (مزاج خاص، حساسية خاصة.....)، مع العلم أن ليس العصاب ما يورث، بل حساسية للإصابة به و التي يقوم المحيط بتدعيمها و ظروفه الخاصة التي يختبرها و الصراعات التي تثار بسبب القيم والقوانين الاجتماعية الثقافية. و يركز أيزنك على أن الانطوائي ذو نسبة أو درجة مرتفعة

من التوتر يشكلون النسبة العظمى المعرضة للعصاب مثل: حالات القلق، الوسواس، الرهاب... أي ما يسمى اضطرابات الطبع والانفعال، أما المتفتح ذو درجة مرتفعة من التوتر فيصاب عموماً بالهستيريا والسيكوباتية. (ميموني، 2011، 17).

و توصل (KENDLER, 2001) إلى أن 15% من المرضى العصابين لديهم آباء يعانون من اضطرابات حصرية من الدرجة الأولى، كما أن الخطر يتزايد أكثر لدى التوائم.

ب- عوامل خارجية (البيئة) تلعب البيئة دوراً معتبراً في توليد و تعزيز الاضطرابات العصبية و تشير الدراسات إلى العديد من العوامل لخص (PAPET & AL, 2012) في أهمها:

- مشكلات الحياة منذ الطفولة و عبر المراهقة و أثناء الرشد و خاصة المشكلات و الصدمات التي اختبرها الفرد في طفولته، حيث تلعب الصراعات و الإحباطات و التوترات الداخلية و ضعف دفاعات الفرد لصدها دوراً هاماً في ظهور العصاب.

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

- ظروف السياق الاجتماعي الصعب كتفكك الأسرة و اضطرابها، ظروف العمل،

- دور التفاعلات المبكرة طفل/ أم على غرار ما ذهب إليه (WINNICOTT, BOWLBY)

SPITZ فضعف الحماية الأمومية للطفل من المثيرات سواء كانت داخلية (القلق، الألم) أو

خارجية. ضعف القدرة التحملية للمثيرات القوية، غياب الإحساس بالأمان و الاستقرار و

غياب الثوابت المتينة التي تدفع بالطفل إلى ردود أفعال سلبية أو شاذة

(PAPET & AL, 2012 :7).

- بعض الأمراض الجسمية المزمنة التي قد تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات

العصبية. فهي تززع ثقة الفرد بنفسه و تنقص من قيمته و تقديره لذاته ما يؤدي في

بعض الحالات إلى اضطرابات عصبية إذا صادف ظروفًا محيطية غير ملائمة

كاضطراب العالقات و عدم تفهم أو تقبل المحيط لمرضه و لشخصه. (خياط، 2014

: 10).

و على كل، فقد أجمل FRANCK الأسباب المولدة للمرض أو الأسباب الباتوجينية (Etiopathogénie) في ثالث عوامل:

- عوامل الهشاشة و التي تجعل من الفرد حاملا للإستعدادية للوقوع في الباتولوجية، وقد تكون عوامل بيولوجية، أسرية، أو ترتبط بالشخصية.
- عوامل مفجرة و التي تعزز وتشجع الدخول في المرض، كالصدمات الجسدية أو النفسية.

- عوامل الحفاظ على استمرار المرض و التي تعارض و تقاوم عملية الشفاء، و المتمثلة في عوامل الحفاظ المعرفية، السلوكية، إضافة إلى عوامل الحفاظ التي تحقق مكاسب ثانوية للعصابي

4-الإشارات الإكلينيكية للعصاب :

يشمل العصاب أشكال مختلفة و يجمع بينها أعراض مشتركة، و لكون العصاب قريب من السواء فان ذلك يصعب من تحديد الإشارات الإكلينيكية، و تتمثل الأعراض العامة للعصابات في القلق، التظاهرات الجسدية، اضطرابات الفكر، و توفر سمات شخصية معينة. (COMBALUZIER, 2009 : 79)

و على كل يمكن إجمالها في 06 علائم تشترك في الجداول العيادية للعصابات كما لخصتها ليديا فيرنونداز (FERNANDEZ, 2012, 5)

1-اضطراب العالقات الاجتماعية و الشخصية.

2-الظهور المفاجئ و غير المتوقع لفترات من القلق قد تزيد أو تنقص حسب الفرد و تظهر من خلال ثالث مكونات:

أ- المكون العاطفي الجسماني كالأضطرابات العاشية و العصبية الحيوية (قلة النوم، فقدان الشهية، تسارع ضربات القلب، تعرق، الرجفة ...)

ب- المكون المعرفي بما يتبادر من أفكار طفيلية و سينايروهات مفاجئة (سأجن، سأموت ...)

- ج- المكون السلوكي و يعبر عن الكيفية التي يستجيب بها إزاء المواقف التي تواجهه (كف، هروب، تجنب، سلوكيات وسواسية، طقوس تكرارية، البحث عن الألمان.....)
- 3- تطوير أعراضية خاصة حسب شخصيته و بناءه النفسي و الضغوطات التي تواجهه في علاقته مع البيئة المحيطة، و فيه يرى COMBALUZIER;2009 أن بعض الأعراض تمس الجسد المعاش و المحسوس أكثر من الجسد البيولوجي و التي تترجم من خلال تظاهرات جسدية للقلق، و لكن أيضا من خلال اضطرابات أخرى كالجسدية و التي تمس مختلف الاضطرابات الجسدية، العجز الحركي أو الحسي كالشلل أو فقدان الحسي.
- 4- شعور ذاتي بعدم الراحة يجعل العصابي مع بعض الوضعيات الاجتماعية .
- 5- الوعي بوجود صراعات داخلية و الإحساس بمعاناته ما يجعل منه شخصية هشة.
- 6- الوعي بوجود مشاكل جنسية .

5- علاج العصاب :

كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي و التحسن و الشفاء مع العلاج المناسب، و كثيرا من حالات العصاب تشفى تلقائيا حين يحدث تغير في حياة المريض و يجب أن يهدف عالج العصاب إلى شفاء الفرد عادة تنظيم الشخصية كهدف طويل الأمد واهم طرق عالجه هي العلاج النفسي كعلاج من العصاب أولا ، وأفعال سواء باللجوء للعلاج النفسي المركز حول العميل، العلاج السلوكي، التحليل النفسي، العلاج النفسي الجماعي والعلاج الاجتماعي وعالج النقل البيئي. و هذا العلاج يلعب فيه المريض دورا إيجابيا حيث يتدرب على تبديل الأفكار السلبية بأخرى إيجابية وفقا لتعليمات المعالج النفسي، و في الحالات القصوى اللجوء إلى استخدام الصدمات (الأنسولين والكهرباء) و إلى العلاج الطبي بالأدوية (خاصة المهدئات)، و تعتبر البنزو ديازيبين Les benzodiazépines من أهم الأدوية التي يتم وصفها في الحالات الحصرية الحادة والتي تستدعي تكفلا سريعا كهجمات الهلع مثال. و يتم وصف مضادات الاكتئاب أيضا، يستمر اخذ الأدوية غالبا بين 6 إلى 12 شهرا، وقد يستمر إلى ابعد من ذلك في الحالات المستعصية و كذا في حالات عصاب الوسواس القهري، كما

يرفق تناول الأدوية دعوة المريض لبذل الجهود لمواجهة الوضعيات المرضية وتغيير نمط حياته. (ANDRE ,2007918-919)

محاضرة : اضطراب التحكم في الإخراج

مقدمة :

مع تطور استقلالية الطفل الحركية و اللغوية في سنة الثانية يشرع المحيطون به في تعليمه وتوعيته بحاجته إلى النظافة والتحكم في عمليات الإخراج وتصريفها في المكان المخصص لها تدريجيا يتعلم الطفل الإعلان عن حاجته من أجل قضائها في مكانها الخاص، حيث يجب أن يكون متحكم في عضلاته حيث نراعي بعض الشروط و هي :

- نضج بيولوجي للمثانة و لعضلات التحكم.
- تربية الطفل على النظافة و تعليمه عاداتها.
- علاقة وجدانية تجعل الطفل يرغب في النظافة ليساعد أمه ، وكي يسر نفسه و يشعر بنضجه و يفخر بأنه أصبح أكبر.

1- التبول الإرادي :

يعرف هذا الاضطراب بإفراغ لإرادي للبول بشكل متكرر عند الطفل الذي تجاوز سن الثلاث سنوات خلال النهار أو خلال النوم و يعتبر غير طبيعي مقارنة مع العمر العقلي له ،و ليس نتيجة لعدم التحكم في المثانة أو أي اضطراب عضوي في مجرى البول لديه و هو نوعان :

-التبول الإرادي الأولي : وهو يشكل ما يقارب 80 % من حالات التبول، سمي أوليا لأن الطفل لم يتحكم في البول مند ميلاده ، أرجع **دوشي Duché** سببه إلى تهاون الأم التي عودت الطفل على البلل مما جعله لا ينزع منه ولا يستيقظ حين يبيل بطانيته .يظهر التبول الأولي أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقى طفوليا و يفضل أن يبقى " الصغير الأبدي " (يقول الرسام الشهير س . دالي أنه ظل يبيل فراشه حتى سن السابعة للمتعة فقط ، ولم تقل أمه له شيئا .) يمكن أن يعزى أيضا في بعض الحالات إلى التعلم المبكر و المتصلب للنظافة مع استحواذ الأم ، حي يظهر التبول الاعتراضي و الانتقامي ,كما يظهر لدى

الأطفال عميقي النوم ، و يقول كثير من الأشخاص أنهم حلموا بذهابهم إلى المرحاض و قضاء حاجتهم فيه.

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

2 - أسباب التبول اللاإرادي:

يمكن أن نجد التبول كعرض لبعض الاضطرابات العصابية و الذهانية و التخلف العقلي أيضا، مهما كان نوع التبول فإنه يتدعم دوما بعوامل نفسية تختلف معانيها حسب الحالة و خصائصها الداخلية و الخارجية، لذلك يتطلب فهم ظاهرة التبول دراسة معمقة تغوص في الظروف الخاصة و الظروف المشتركة

بين الحالات عموما ، يمكن أن يعبر التبول عن قلق أو صراعات داخلية أو محاولة يائسة لجلب اهتمام

الوالدين ، و تارة يعبر عن عدوان (شعوري) أو نكوص إلى مرحلة مبكرة لإعادة الاهتمام و الانتباه إليه خاصة عقب ولادة أخ أو عقب صدمة (نفسية، اجتماعية .) وقد ركز دوشي Duché على البيئة الاجتماعية و تأثيرها على الطفل ، إن كانت التربية متصلبة وضاغطة فقد تدفع الطفل إلى التمرد والمعارضة، كما أن التربية المفرطة كالتسامح لا تساعد على تكوين عادات التحكم في العضلات السارة، حي يطرح ما شاء وحيثما شاء لذلك وجب على المربي أن يكون متفهما مرنا يأخذ بعين الاعتبار نفسية الطفل و شخصيته، كي الطفل يعيش النظافة كشيء هام و نابع منه، لا كإكراه.

3 - علاج التبول اللاإرادي:

قبل اتخاذ أي إجراءات علاجية نفسية ينبغي توجيه الطفل أو المراهق لإجراء فحص عضوي يتم فيه فحص جهاز البول و البحث عن أي اضطرابات عضوية و علاجها .من جهة أخرى بإمكان الطبيب أن يصف أدوية تنقص إفراز البول مما يساعد الطفل على التعود على عدم

البول في فراشه، أو وصف مضادات الاكتئاب أيضا للتخفيف من القلق الذي يؤدي إلى التبول.

3-1- العلاج السلوكي : يستخدم تقنيات عدة أبرزها:

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

-**طريقة اليومية** : " تبدأ بتوعية الطفل بسفاهة فعله و توجيهه نحو مجالات تعبيرية مناسبة لعمره، ويحمل الطفل مسؤولية شفائه عن طريق تكليفه بالتمرين التالي : يسجل في " اليومية " أمام الأيام التي تبول فيها العلامة (0) صفر ، و العلامة (1) واحد أمام الأيام الجافة ثم كل أسبوعين يزور الطفل معالجه حاملا معه نتائج ليتحاورا حولها وحول ما حد خلال الأيام التي تبول فيها . هكذا يتعلم الطفل ملاحظة ذاته و التعبير عن صعوباته.

-**طريقة النجوم** : تعتمد هي كذلك على اليومية، لكن توضع نجمة ذهبية أو أي رمز ثمين أو محبوب من قبل الطفل أمام الأيام التي لم يتبول فيها و تهمل الأيام المبللة . بعد ذلك يتحاور المعالج و الطفل حول الأيام الجافة، و يركز الأخير حديثه على تثنيتها و تشجيع الطفل على المزيد من التقدم.

3-2- العلاج النفسي : يهدف إلى التعرف على شخصية (نفسية) الطفل و كشف

مشاكله و صراعاته

و خصائص محيطه الأسري و المجتمعي ، و من خلال ذلك يحدد طريقة العلاج اللازمة أو المناسبة ، و من أبرزها:

-3-3- **توجيه و إرشاد الوالدين** : إلى كيفية التعامل مع الطفل و معالجة اضطرابه بالأساليب الصحية، حي يقوم المعالج بتعليمهم الحوار مع طفلهم و طمأنته و إشعاره بالحب و الثقة في نفسه . و يحث الوالدين على ضرورة التخلي عن الأساليب التربوية الخاطئة كالضرب المبرح و التأنيب المحبط والعقوبات المجحفة، لأنها بالعكس سوف تزيد احتمالات تفاقم الاضطراب.

-العلاج المعمق : أما إذا كان تبول الطفل مصحوبا بأعراض عصابية أخرى فإنه سوف يقتضي عملية علاجية معمقة، لأن التبول هنا ليس عرضا من أعراض اضطراب نفسي ما.(العيسوي ، 2004 : 53)

4- التبرز الإرادي :

التبرز اضطراب وظيفي يصيب الإخراج الشرجي، و يعتبر أيضا اضطراب يظهر بعد عمر النضج الفسيولوجي للعضلات يشخص عند الأطفال ذوي عمر عقلي يفوق الأربع سنين . يحد التبرز أثناء اليقظة (نهارا) وهو لإرادي وغير مضبوط .يكون في الملابس أو على الأرض .يحد على الأقل مرة كل شهر خلال عدة أشهر .أما في الليل فيبقى الطفل نظيفا . يظهر التبرز لدى 1% من الأطفال البالغين 5 سنين، وهو عند 3 إلى 4 ذكور مقابل فتاة واحدة، ويرافقه التبول عند 25% من المتبرزين، تتباين أماكن التبرز من الانفراد في الغرفة إلى التبرز في القسم إلى التبرز بمجرد العودة إلى البيت ،بحيث يعتبر اضطراب يظهر بعد عمر النضج الفسيولوجي للعضلات وهو ينقسم إلى نوعين :

4-1- التبرز الإرادي الأولي: هذا النوع من الإضطراب يخص الطفل الذي لا يكتسب النظافة أو يكتسبها لمدة قصيرة يعني الأطفال الذين لم يكتسبوا أبدا القدرة على التحكم في فضلاتهم بصفة ثابتة.

4-2- التبرز الإرادي الثانوي: يحدث هذا الإضطراب بعد مدة طويلة من اكتساب الطفل النظافة أي يخص الذين تحكوا سابقا في عملية الطرح لعدة أشهر وهذا الاضطراب لو علاقة مع الصراعات مع الخارج وقد يخص أيضا طبع الطفل. وهو يشمل بخاصة الأطفال ما بين 6 إلى 7 سنوات، لكن هذان الشكلان لا يتمايزان بشكل واضح للممارس العيادي.

بالنسبة للتبرز ذي الأسباب النفسية، يقدم عمل علاجي على الطفل والعائلة أيضا،، يعمل على تحسين وتقوية العلاقات الأسرية الودية الإيجابية، والعمل على اكتساب الطفل استقلالية في تسيير اضطرابه (الذهاب إلى المحبسة أو المرحاض) ، والرفع من قيمة اتجاهاته الاجتماعية والرياضية والمدرسية .بالإضافة إلى إجراءات تمس التغذية.(مصطفى ، 2003

(91 :

محاضرة : اضطرابات الأكل .

1-تعريف اضطرابات الأكل :

هو اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات مابين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد والذي قد تصاحبه محاولات من الفرد التخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم .

2-أعراض اضطرابات الأكل :

يمكن التعرف على أعراض اضطرابات الأكل من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي الاضطرابات العقلية (DSM4) كالتالي:

1-رفض الحفاظ على الحد الأدنى الطبيعي لوزن الجسم أو أعلى من ذلك بالنسبة للعمر والطول.

2- خوف شديد من كسب الوزن رغم أن الوزن أدنى من الطبيعي

3-اضطراب في الطريقة التي يدرك بها الشخص وزنه أو شكله أو التأثير غير ملائم لوزن الجسم

4- نوبات متكررة لتناول الطعام.

5- أكل مقادر من الطعام أكثر مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة وتحت نفس الظروف و عدم السيطرة .

6- سلوكيات تعويضية لمنع كسب الوزن مثل الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو التمارين الرياضية الشديدة

7-يحدث الإفراط في الطعام و إتباع السلوكيات التعويضية على الأقل ثالثة أشهر.(يوسف، 2000: 103)

3-أسباب اضطرابات الأكل:

✓ العوامل الجينية أو الوراثية : أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن حوالي 60 بالمائة من التوائم المتماثلة تكون متهيئة للحالة المرضية ،ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجية السؤال عن هذا الموروث ، وافترضوا أن فقدان الشهية العصبي

راجع إلى شذوذ كيميائي أو إلى خلل في وظيفة المهاد ، وترتبط اضطرابات الأكل بالنشاط المتعلق بإفراز السيروتونين ، وهذا النشاط المتعلق بإفراز السيروتونين يؤدي إلى تناول كمية منخفضة للطعام مما يؤدي إلى فقدان الوزن ، ويؤكد عدم الفاعلية النسبية التدخل الدوائي عن طريق تعاطي الأدوية المخصصة لرفع مستوى السيروتونين في علاج اضطرابات الأكل حيث أن نقص الزنك ربما يساعد على استمرار اضطرابات الأكل ، وفي حقيقة الأمر أن نسبة عالية من هؤلاء المرضى يكونون نباتيين ، فمن المعروف أن النظام الغذائي للشخص النباتي يكون غالبا منخفضا في نسبة الزنك ، ولذا فمن الضروري قياس نسبة الزنك باستمرار لدى مرضى اضطراب الأكل.

✓ **العوامل النفسية :** أما عن العوامل النفسية فكثيرة مثل الخوف (من شيء محدد أو غير محدد) أو الشعور بالإحباط ، الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (اتجاه فراد من الأسرة أو خارجها) إضافة إلى الانشغال الزائد بصورة الجسم والخوف من أن يصبح الفرد بدينا ، أو التقييم الزائد الحجم الجسم الفعلي والضغط الاجتماعي نحو النحافة .

✓ **العوامل الاجتماعية :** تتعدد هذه العوامل في الإحساس الطفل بعدم الاستقلالية و الحث الإعلامي في العديد من الحضارة على نقص الوزن ، كتناول الأكل لانشغال الوالدين بموضوع النحافة وأيضا هنالك عادات السلوكية غير الصحيحة مثل : بدون نظام متبع للوجبات في الأسرة . (شقيير ، 2002: 42)

4- أنواع اضطرابات الأكل:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية (DSM 1994) اضطرابات الأكل إلى صنفين:

1) **فقدان الشهية :** يجب أن نفرق بين نوعين هما:

❖ **فقدان الشهية العضوي :** ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلي للشهية ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول، كما يعد مصاحبا لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة، سرطان المعدة، والقولون) كما تحدث بشكل تقليدي في حالات التهاب الكبد الوبائي المعدية، وفي اضطراب الغدد الصماء

(مثل نقص افراز الغدد الدرقية أو انخفاض وظائف الغدة النخامية) كما أن فقدان الشهية العضوي، قد يكون من بين أعراض مرض السكر، أورام المخ وغيرها.

❖ **فقدان الشهية العصبي** : يرفض الفرد الطعام، أو التقيؤ المتعدد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحيانا بالتجويع الذاتي المرضي وهو أحد اضطراب الأكل. ولذلك يمكن أن تحمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل على - :الشهية -سلوك الأكل -صورة الجسم.

2- الإفراط في الأكل(الشراهة العصبي) :هي زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمرضى إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه قيئ ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع اضطراب فقدان الشهية بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم، فعندما يتناول الطفل كميات زائدة من الأغذية . يزيد وزنه وتظهر عليه صورة اندفاع أو إجبار للنفس على أكل كميات كبيرة وأحيانا دون أن يحسن مضغه . وقد يكون ذلك الأمر حالة طارئة . وهناك حالات يأكل فيها الطفل كميات كبيرة تؤدي به إلى التقيؤ. أو تؤدي به إلى محاولة التخلص منه بوضع الإصبع في البلعوم .ومثل هذه الحالات تنتشر بين الإناث أكثر من الذكور . خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة وفترة المراهقة

والشراهة حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي لاضطرابات النفسية والعقلية (DSM 4-1994) تحدث نتيجة التعب الجسدي الذي يحس بيه الشخص، كالألم المعدة، أو الشعور بالغثيان، ويلي هذه الفترة عادة شعور بالخجل أو الذنب والاكنتاب والنفور من الذات، ويستخدم مثل هذا الشخص عادة المليينات أو مدرات البول، مع التقيؤ أو أحداث القيء بشكل صناعي كوضع الإصبع في الزور أو تناول دواء مسهل ملين الأمعاء، أو عقار مدر للبول، شرب ماء على الرغم من أن بغض المرضى يستطيع التقيؤ بإرادته دون وسيلة الإرادية.

5-تشخيص اضطرابات الأكل:

من أهم المحكات التشخيصية لاضطرابات الأكل لدى الأطفال وفقا للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (1994) :

- الفشل المستمر في تناول الطعام بدرجة كافية مع خفض واضح في نمو الوزن أو فقدان في الوزن لمدة شهر على الأقل
- لا يعود الاضطراب إلى أسباب مرتبط باضطرابات عضوية أو معوية أو أي حالة مرضية جسمية أخرى
- لا يعود الاضطراب في التغذية إلى اضطرب نفسي (القلق أو الاكتئاب) أو عدم توفر الغذاء .

6- النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل :

✓ **نظرية التحليل النفسي:** يشير أنصار النظرية التحليلية الكلاسيكية إلى أن مرجع فقدان الشهية العصبي يتمثل في القلق و الصراع الجنسي، و يعتقدون أن إنكار الطعام هو في حد ذاته إنكار للجنس، فالاضطرابات في تناول الطعام ليس سلوكا عاديا، بل إنه مرتبط ارتباطا وثيقا بالارتفاع أو الانخفاض في التوتر الناجم عن الصراع الجنسي، كذلك يرتبط هذا الاضطراب بالعلاقة الاعتمادية مع الأب، مع الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية تجاه الأم، مع وجود تناقض وجداني في العلاقة مع الأم، و يعبر فقدان الشهية العصبي عن نوع من عقاب الذات الذي يلقيه المريض على نفسه نتيجة لمشاعر الذنب المولودة لديه من إحساسه بالعدوانية، أما في حالة الشره العصبي نجد المريض يخاف من الجوع الذي يعني له الفقد الرمزي للحب، ويصبح الطعام بمثابة إشباع للميول العدوانية لدى الفرد.

كما تفسر النظريات التحليلية الشره العصبي بأنه يرجع إلى الخوف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، كما يرجع الشره العصبي إلى التعرض للإحباط الاجتماعي التي تجعل الفرد يسعى للإشباع بالإفراط في تناول الطعام، و بهذه الوسيلة يعبر عن عدوانه و أحيانا تكون صورة الجسم لها دلالتها الانفعالية حيث أنها تمثل رغبة الشخص في أن يكون قويا مما يعطي له إشباعا، و فقدان الوزن يمثل صعوبة لا يسبب الإحساس بفقدان الحب و الانتقام الذي يمثله تناول الطعام، و أخيرا الخوف من فقدان القوة التي يمثّلها زيادة الوزن.

✓ **النظرية السلوكية:** تركز النظريات السلوكية المعرفية اضطرابات الأكل على فهم الأفكار والمشاعر والسلوك التي تساهم في تشوه صورة الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان

التحكم في الأكل. فالأفراد ذوي اضطرابات الأكل يعانون من وصمة سوء تكيف لأنهم عادة ما يكون انتباههم موجه للأفكار والصور المرتبطة بالوزن، وشكل الجسم، والطعام. كما يعتقد مرضى الشره العصبي أنهم قلقون جدا من زيادة الوزن وشكل الجسم، بالإضافة إلى أنهم يحكمون على أنفسهم من خلال الوزن والشكل، كما ينخفض لديهم تقدير الذات. ونظرا لأنه يمكن التحكم في وزن الجسم وشكله، فإن المرضى يستخدمانها في تحسين صورتهم فهم يتبعون نظاما قاسيا ذو قواعد صارمة لتحديد كمية الطعام، ونوعه، ووقته.

7- علاج اضطرابات الأكل:

✓ العلاج بالعقاقير: حسب (WALCH et al) أن التدخل عن طريق العلاج بالعقاقير يساهم عادة بدور بسيط في العلاج، ولكن الإسهام الكبير في العلاج يأتي من العلاجات النفسية وينصح المشتغلون بالعلاج النفسي بعدم الاستمرار في تعاطي الأدوية على المدى الطويل ومن الأدوية التي تفيد في علاج الشره العصبي الأدوية المضادة للاكتئاب التي ثبتت فعاليتها في تحسين الاضطرابات المزاجية، واضطرابات القلق.

✓ العلاج النفسي : عن طريق فهم الدوافع اللاشعورية، تفسر الحيل الدفاعية، الرغبات العدوانية الكامنة داخل الفرد والتي تؤدي إلى أما عدوان تجاه الجسم عن طريق تناول كميات كبيرة من الطعام وكأنه ينتحر بمزيد من الأكل، أو الامتناع تماما عن الأكل وكال الموقفين (عدم الأكل أو الشره - عدوان يصيبه الفرد ويوجهه تجاه الذات).

✓ العلاج السلوكي المعرفي : هو علاج تجريبي معتمد على الاكتشاف الفردي، العلاج النفسي والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج السلوكي الأسري، والعلاج السلوكي الفردي وقد نجحت كل هذه الأساليب العلاجية في تصحيح العديد من الأفكار الخاطئة لذوي اضطرابات الأكل، وفي خفض الصراع بين المريض ووالديه، وخفض معدل التواصل السلبي بين المريض و أسرته، والتحسن في سلوك الأكل، وتعديل تشوه صورة الجسم، وخفض التوتر الانفعالي العاطفي، والرضا عن الذات لدى هذه الحالات المضطربة.

(الدسوقي، 2007، 89)

1- اضطرابات النوم

ككل سلوك يخص نمو الطفل والمراهق فإن أي اضطراب يتطلب من المختص التعمق في خصوصياته وفهم الانشغالات التي يطرحها داخل المحيط فمثلا اضطراب النوم الذي يعتبر بطبيعة الحال مختلف من فرد إلى آخر يخص نوعية الاضطراب في حد ذاته، قوته، الاضطرابات المصحوبة به سن الطفل وطبيعة نموه (GESELL, 2015)

فكل هذه النقاط جد مهمة لأنها تسمح بالتعرف الدقيق لتاريخ الاضطراب فالرضيع مثلا ينام حوالي 16 إلى 17 ساعة في اليوم ولكن هذا القدر من النوم ينخفض بطريقة تدريجية مع وجود فروقات فردية، وبالتالي يجب على المختص التعرف على المراحل الخاصة بالدخول في النوم والتي تقسم إلى مرحلتين كبيرتين هما:

النوم الأولي: في هذه المرحلة نلاحظ سرعة في حركة العينين مع تراخي أعضاء الجسم وهذه العلمية تبدأ عند الطفل عند بلوغه العامين.

المرحلة الثانية:

تقسم هذه المرحلة إلى 4 فئات فرعية تمر من النوم الخفيف إلى النوم الجد العميق. فالتطور التكنولوجي يسمح الآن بملاحظة هذه المراحل وما يحدث خلال النوم عند الفرد فمثلا نجد الفحص الكهربائي لرسم المخ أو الدماغ الذي يسمح بدراسة اضطرابات النوم الخاصة بكل مرحلة يمر بها الفرد عند النوم (CENAS, 2014)

1-1- الحلم، الخوف والنوم:

إن النوم والحلم لديهم مكانة جد هامة في النظرية التحليلية ففرويد يعتبر بأن الحلم هو " إنجاز رغبة تخيلية لاشعورية (FREUD,1900) "، وبالتالي فإن القصة الخاصة بالحلم تظهر عند الطفل ابتداء من عامين ونصف ولكن هذا يختلف حسب نضج الطفل وقدراته على التعبير وخبراته المختلفة. فالطفل كي ينام بحاجة في محيطه إلى موضوع الحماية والذي يخص نوعية علاقاته مثل : الأم في البداية أو الموضوع الانتقالي مستقبلا وذلك حتى يستطيع أن يتقبل النكوص واستثمار القوة الليبيدية وذلك بدون عدوان (SOULE, 1974).

فظهر الخوف يعتبر أيضا مرحلة جد هامة وعادية في حياة الطفل لأنها تعبر عن نمو التخيل عنده وفهمه لمعالم الخارجي، فعبر الزمن وفي فضائه الطفل يحتك بأشياء جديدة تأتي لتقوي خوفه، مثل: الفراق مع الأم، خوfo من الحيوانات، الميل، الوحوش... إلخ . وهناك أيضا أدوات جديدة تلعب دورا هاما ألا وهي التلفاز واللوحات الإلكترونية التي تفسح مجالا أكبر لرؤية أشياء أخطر وأكثر تأثيرا مثل : الدم، الموت، الحرب... إلخ (TISSERON, 2013).

فكل هذه المواضيع تعمل على تقوية إحساس الطفل بالخوف ليمر بعد ذلك إلا مرحلة المراهقة ويصبح الخوف يتمحور عند 12 و 13 سنة حول الجسم، الفروق مع الآخرين، العلاقة مع الجماعة، الأصدقاء المستقبل... إلخ . فالتعرف على العالم ينهي حسب سن الطفل والمراهق، تجربته ونوعية أحلامه التي تصبح متنوعة ومختلفة :حلم تحقيق الرغبة، حلم إعادة الصور القديمة(جيدة أو سيئة)، الحلم العقاب الحلم القلق... إلخ .ومع النضج معنى النوم تتطور ما يسمح بتوضيح جزئي للاضطرابات باختلافها .

(GAUTHIER,2007)

1-2-الأرق :

الأرق يظهر عبر شكايات الفرد عن عدم قدرته أو صعوبة النوم ليلى، ففي الصغر الأولياء هم اللذين يشتكون من عدم قدرة الرضيع عمى النوم والتي تصبح موضوع قلق عام وتطرح عدة تساؤلات حول وضعه وهي تتطور وتختلف بنمو الطفل إلى المراهقة .وعليه فإنه من الضروري الاهتمام بالفترة الزمنية الخاصة بهذا الاضطراب وكيف يحدث فيه يخص حسب العلاقة و موضوع التعمق في حد ذاته مع نوعية الاستجابة الخاصة بهذا الاضطراب

(BREIL ROSENBLUM & NESTOUR,2010)

فالتصنيف الفرنسي يعتبر بأن الأرق يخص:

- الأطفال القلقين الذين لا يستطيعون النوم خوفا من أي صوت أو خوفا من الفراق مع وجود إجابات غير سوية عند الوالدين.
- النهوض ليلى جراء الكوابيس أو الرعب الميمي.
- أرق آخر الميل مع عدم القدرة عمى العودة إلا النوم.

و بالتالي فإنه يجب وضع آليات ملاحظة إذا كان الاضطراب يحدث ثلاثة مرات في الأسبوع ولمدة تتجاوز الثلاثة أسابيع حتى يتسنى للمختص التدخل (CFTMEA, 2012) ،والأرق يقسم إلى أنواع:

أ- الأرق الإنتقالي: يحدث عدة أيام وهو طبيعي لا يؤثر عمى الفضاء وهو يخص 25% من الأطفال ذوي الثلاثة سنوات و 10 % من الأطفال ذوي 5 سنوات.

ب- الأرق المزمن: قد يكون لو أسباب ثانوية تخص المحيط(الضجة) شرب مواد مثيرة مثل(القهوة) أو دواء... إلخ. وقد يحدث جراء خوف الفراق مع موضوع الحماية . وبالتالي فهذا النوع من الأرق قد يكون أولي لديه أسباب تخص وقت محدد من حياة الطفل والتي تؤثر عليه مثل : الموت أو العلاج في المستشفى أين يلاحظ بأن الطفل لديه عجز كبير في النوم مع كثرة الشكاوي في تلك الفترة المحدودة . وقد يحدث الأرق جراء أزمة المراهقة والتغيرات الفسيولوجية... إلخ التي يمر بها المراهق في تلك الفترة و التي تعتبر في الكثير من الأحيان عادية. هذا الاضطراب يحدث في الكثير من الأحيان في المرحلة الخاصة ببداية التمدرس.(PUTOIS & FRANCO, 2013)

1-3-العرب الميمي:

وهو يظهر بعد ساعة أو ثلاثة ساعات من النوم وهو يحدث عبر يقظة مفاجئة وعنيفة مصحوبة ببكاء أو صراخ فالطفل نجده في حالة خوف شديد عيناه مفتوحتان وهو لا يستطيع في هذه الفترة التعرف على والديه ولا يسمح ليم بمساعدته الطفل لا يستطيع أن يتذكر شيئا من الحادثة في يوم الغد هذا الاضطراب قد يختفي وحده عند الثلاثة وأربع سنوات ولكنه قد يستمر عند البعض حتى سن المراهقة ما يتطلب التعمق في أسبابه وركائزه التي تخص الشخصية في حد ذاتيا . لأن الطفل قد يجد صعوبات في بناء سوي للميكانيزمات الدفاعية كما يشير إليها هوزال ، وهي تخص صعوبات في تخطي الصراعات الأوديبية حسبه (HOUZEL, 2003)

1-4-الكوابيس :

و هي تحدث بكثرة عند الأطفال مابين 2 و 6 سنوات ما يجعلها تخلق نوع من الخوف و التوتر وهو يحدث بخاصة في بداية النوم (APA, 2013) وقد يلاحظ إبتداءا من العامين

الطفل يصرخ، يبكي، يتحرك بكثرة أثناء النوم دون الاستيقاظ ، وهذا الاضطراب يعتبر طبيعياً خاصة إذا حدث بعد صدمة فحسب هوزال (1995) الطفل في هذه المرحلة يصبح شاهد على التنظيم الخاص بالجهاز النفسي لأنو يستطيع أن يتذكر ويقص الحلم في حد ذاته، ولكن حدوثه بطريقة مستمرة ولمدة طويلة قد يخص تنظيم عصابي أو في بعض الأحيان ذهاني ما يتطلب من المختص التحقق منه لمعرفة تركيبه و خصوصيات نشأة هذا الاضطراب.

1-5- المشي أثناء النوم :

هذا الاضطراب يحدث في غالب الأحيان عند الذكور ما بين 5 و 12 سنة، وقد يختفي قبل المراهقة، وهو يحدث بالأخص عند الأطفال الذين لديهم سوابق في المحيط العائلي ما يتطلب من المختص التطرق

إلى التاريخ الخاص بالعميل لمتأكد من هذه النقطة.

فالمشي يحدث في النصف الأول من الميل أين ينهض الطفل من مكانه وقد يقوم بنفس العملية كل ليلة بعد 15 أو 30 دقيقة الطفل يعود لمنوم، وقد يكون المشي مصحوباً بمظاهر رعب و فرع كبيرين ما يجعل الطفل أو المراهق جد عنيف إن أردنا إمساكه أو لمسه و تهدئته، وتطور هذا الاضطراب أو ظهوره ثلاثة مرات في الأسبوع لمدة زمنية طويلة قد يطرح تساؤلات حول قدرة الفرد على التعقيل و تحويل الطاقات الغريزية إلى طاقات حركية.

(HOUZEL, 2003)

الخاتمة :

ويرى المختصين أن مشكلة الاضطرابات النفسية السلوكية تكمن في عدم قدرة الطفل و المراهق في التأقلم و التوافق مع احتياجات المجتمع ، حيث يتعرض كثير من الأطفال إلى هذه الاضطرابات السلوكية مما يسبب ضعف القدرات المعرفية ، ومن الطبيعي يعاني ذوي الهمم العالية من مشكلات أخرى مثل اضطرابات التعلم واضطراب المزاج واضطراب القلق و العصاب و الإفراط الحركي و غيرها ...، وهذا ما يؤثر سلبياً على نمو الأطفال في مراحل حياتهم ، فإن الاضطرابات السلوكية تبدأ بمشكلة على مستوى السلوك فيكون غير مناسب حسب الأسرة من جهة و من جهة أخرى على مستوى المجتمع .

احتمال يكون ناتج عن ضغوط النفسية أو الاجتماعية في الأسرة من خلالها يكون هذا السلوك أنمطا من الاضطرابات منها العنف، التخريب، والسلوك غير الاجتماعي، والسلوك العصبي، والنشاط الزائد، والسلوك العدواني والسلوك التوحدي و اضطرابات النوم و التغذية إلى غيرها من السلوكيات ، إن الطفل الذي يكون مضطرباً سلوكياً ستظهر له واحد أو أكثر من الخصائص المنافي للمجتمع بدرجة واضحة وعلى مدى مدة زمنية طويلة نسبياً منها عدم القدرة على التعلم والتي لا يمكن أن نجد لها تفسير واضح وعدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة على مستوى مرضي، او عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي .

وعدم ملائمة سلوك الطفل المضطرب مقارنة بأقرانه في ظروف اعتيادية، ووجود حالة مزاجية عامة كالاكتئاب لهذا حاولنا التناول في مطبوعتنا لبعض الاضطرابات السلوكية النفسية في مرحلة الطفولة و المراهقة باختصار .

- قائمة المراجع :

- 1- إبراهيم علا عبد الباقي ، (1999) ، علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك ، ط1 ، القاهرة .
- 2- أحمد محمد الزغبى، (2005) ، "مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية" ، ط1 ، دار الفكر دمشق، دمشق
- 3- الأزغبى، أحمد محمد،(2001) ، علم الاستقلالية.نفس النمو الطفولة والمرافقة، الأسس النظرية، المشكلات وسبل معالجتها، المكتبة الوطنية عمان الأردن.
- 4- جاجة محمد أبو القاسم،(2001)، بناء برنامج تدريبي في المفاهيم الرياضية لأطفال ما قبل التعليم المدرسي- الروضة، رسالة دكتوراه في علم النفس التربوي ،جامعة قسنطينة
- 5- جرجس ميشال جرجس، (2005)، "معجم مصطلحات التربية والتعليم ، دار النهضة العربية، بيروت .
- 6- الجعافرة حاتم ،(2008)،"اضطرابات الحركة عند الأطفال"، ط1، الأردن : دار أسامة للنشر والتوزيع .
- 7- حجازي محمد نصر سناء، 2009 ، "علم النفس الإكلينيكي للأطفال ، ط1 ، دار المسيرة، عمان.
- 8- حمدان محمد ،(2014)، علم النفس النمو التربوي ، جهيئة للنشر والتوزيع
- 9- خياط خالد،(2014)، "محاضرات علم النفس للطفل و المراهق" ،بسكرة ، الجزائر .العناني حنان عبد الحميد ،(2001)، سيكولوجيا النمو و الطفل ما قبل المدرسة، دار صفاء للنشر و التوزيع. عمان.
- 10- الدسوقي مجدي ،(2006)، "اضطرابات النوم- الأسباب و الوقاية والعلاج"، القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- 11- رجب مصطفى ،(2011) ، كيف تعالج مشكلات ابنك (الكذب السرقة الخجل و ضعف الثقة بالنفس) ، دار العلم و الإيمان ط.1. القاهرة.

- 12- رشاد علي موسى،(1999)، "علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق"، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- 13- الروسان فاروق ، (1999)، مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر للطباعة، الأردن .
- 14- الزراع نايف بن عابد إبراهيم ، (2004)، "قائمة التقدير السلوك التوحدي"، دار الفكر للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، الأردن.
- 15- الزغبى احمد محمد ، (2005) ، "مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية"، ط1، دمشق: دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1 .
- 16- الزغلول عماد عبد الرحيم ، (2008)، "علم النفس المعرفي"، الأردن: دار الشروق للنشر و التوزيع.
- 17- سغmond فرويد :ترجمة جورج طرابيشي،(1984)، "التحليل النفسي لرهاب الأطفال هانز الصغير" ، ط 1 ،دار الطباعة، لبنان.
- 18- سليمان سناء محمد(2005)، "مشكلة التبول اللارادي عند الأطفال" ،القاهرة ،عالم الكتب.
- 19- السيد عبيد الدين السيد ، (2008) ، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، ط1 ،دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .
- 20- شاهين عوني معين ، (2011)، "متلازمة النشاط الزائد وتشتت الانتباه" ، ط1 ، الأردن: دار الشروق للنشر و التوزيع.
- 21- الشربيني، زكرياء،(2001) ،المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي.
- 22- الصدفي عصام ، مروان أبو حويج ،(2001)، المدخل إلى الصحة النفسية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن .
- 23- عامر طارق ،(2008)، "الطفل التوحدي" ، اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.
- 24- عبد المنعم الحنفي،(1994)، "موسوعة علم النفس و التحليل النفسى"، مكتبة مدبولى، القاهرة .

- 25- عبدالعزيز القوسي،(1993)، "أسس الصحة النفسية"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط 6
- 26- العتوم يوسف عدنان، (2008)، "سيكولوجية الكذب: ظاهرة الكذب و القدرة على كشفه" ، مكتبة الجامعية ، الأردن
- 27- علي محمد النوبي محمد ،(2009) ، اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد(في مجال الإعاقة السمعية والعادين)، كراسة تعليمات، ط1 ، القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية.
- 28- العوامة مزاهرة، (2003) ، "سيكولوجية الطفل"، ط 1 ،دار المصري للإبداع الإسكندرية، مصر .
- 29- العيسوي عبد الرحمان ،(2000)، علم النفس التعليمي ، دار الراتب الجامعية.
- 30- العيسوي عبد الرحمان،(2004)، "التبول اللارادي وعلاقته و ببعض مشاكل الطفولة والمراهقة وطرائق العلاج" ،بيروت ،دار النهضة العربية.
- 31- غزال عبد الفتاح على ، (2012) ، "سيكولوجية الإعاقات النظرية والبرامج العلاجية"، حقوق النشر و التوزيع ، الإسكندرية.
- 32- فاروق أسامة مصطفى، كامل الشربيني، (2001)، "التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 33- فالح حسين، 2013 ، علم النفس المرضي والعلاج النفسي، مركز ديونو لتعليم التفكير، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
- 34- قاسم محمد عبد الله،(2001)، مدخل إلى الصحة النفسية،ط1 ،دار الفكر للطباعة والنشر ،الأردن.
- 35- القرطبي عبد المطلب أمين ، (2005)، "سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم"،دار الفكر العربي ، القاهرة.
- 36- القمش مصطفى نوري ،(2011)، "اضطراب التوحد الاسباب، التشخيص، العلاج"، دراسات عملية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

- 37- قنطار فايز ، (1992)، " الأمومة وعلم النفس الطفل "، ط1 ، عالم المعرفة، الكويت
- 38- القيسي عبد الرحمن. الكربولي محمد دلي ،(1966)، علم نفس الطفل ، ط5، وزارة التربية، بغداد.
- 39- محمد قاسم عبد الله،(2001)، "مدخل إلى الصحة النفسية "، دار الفكر ، عمان ، الأردن .
- 40- محمود عبد الرحمان حمودة،(1998)، الطفولة والمراهقة ، ط2 ،دار النهضة المصرية، القاهرة.
- 41- ملحم ،سامي محمد ،(2013)، "علم النفس الشوان" ، ط1، عمان ،دار الرضوان لمنشر و التوزيع.
- 42- منصور محمد جميل (1984)، "قراءات في مشكلات الطفولة" ، (ط2)، جدة، تهامة للنشر والتوزيع
- 43- منصور مصطفي ، (2008)، "مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية (الأسباب- الوقاية- العلاج)" ، ط1، الجزائر :دار الغرب للنشر والتوزيع.
- 44- ميار محمد علي سليمان،(2003) فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة،رسالة ماجستير ،كلية التربية ،جامعة الزقازيق ،مصر .
- 45- ميموني بدرة معتصم ، (2011) ، "الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق" ،ديوان المطبوعات الجامعية ، ط3 ، الجزائر .
- 46- ميموني بدرة معتصم ،(2003)، "الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل والمراهق" ،الجزائر ،ديوان المطبوعات الجامعية.
- 47- النمر عصام، (2015)، الأسرة وأطفالها ذوي الاحتياجات الخاصة ، اليازوري للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.
- 48- يحي خولة احمد،(2000)، اضطرابات السلوكية والانفعالية "، الأردن: دار الفكر .
- 49- اليوسفي مشيرة عبد الحميد أحمد ، (2005) ، النشاط الزائد لدى الأطفال (الأسباب و برامج الخفض ، ط1، مصر :المكتب الجامعي الحديث.

- 50- ANDRE ,Christophe . (2007) : Névrose, santé et soins, La revue du praticien , vol 57, pp : 913-919
- 51- BONNET ET FERNANDEZ, (2017), 23 grandes notions de Psychopathologie Enfant, adolescent, adulte et personne âgée, Dunod
- 52- BREIL, F., ROSENBLUM, O. & LE NESTOUR, A. (2010). Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir*, vol. 22(2), 133-162. doi:10.3917/dev.102.0133.
- 53- CENAS. (2014). <http://www.cenas.ch/le-sommeil/comprendre-le-sommeil/phases-du-sommeil/>
- 54- COMBALUZIER, Serge. (2009) : Introduction à la Psychopathologie de l'adulte. cours 1ère et 2ème année de deug ,France: Université de Rouen
- 55- CORRAZE.J,(1996), "L'enfant agité et distrait ", Paris :ESF.
- 56- FERNANDEZ, Lydia. (2012) : Névroses et psychoses cours de psychopathologie __1ère et 2ème année de deug .France: Université de Picardie.
- 57- GAUTHIER, J. (2007). Conscience et fonction du rêve chez l'enfant. *Le Coq-héron*, 191(4), 93-99. doi:10.3917/cohe.191.0093.
- 58- GESELL, A (2015). Le jeune enfant dans la civilisation moderne. Edition : Puf.
- 59- HOUZEL, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 46(2), 395-434. doi:10.3917/psy.462.0395.
- 60- JEAN DUMAS (2005):L'enfant anxieux, 10re ed , Boek université, paris. jroperecherche action pouer prescolaire :1996 Guide methodologique pour Education prescolaire Institut pedagogique national
- 61- KAPLAN, H.I. AND SADOCK, B.J. (1998) Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 8th Edition
- 62- MENECHAL .J ,(2003) ,"L'hyperactivité infantile : débats et enjeux ", Paris : Dunod.
- 63- PAPET , Nathalie & autres. (2012) : les névroses. cours de psychopathologie master. France:université de poitiers
- 64- PUTOIS, B., FRANCO, P. (2013). Prise en charge des insomnies du jeune enfant. *mt pédiatrie* ; 16(2) : 97-107 doi:10.1684/mtp.2013.0478
- 65- ROSENBERG and KOSSLYN,(2010), Psychology The Brain, the Person, the World
- 66- TISSERON, S. (2013). 3-6-9-12 Apprivoiser les écrans et grandir. Edition : ères