



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعلم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



مطبوعة بيداغوجية بعنوان:

علم النفس المرضي للطفل والمراهق

موجهة إلى طلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص: علم النفس العيادي

السداسي الخامس

إعداد الدكتورة: بن زطة بلدية

السنة الجامعية: 2023-2024

فهرس المحاضرات

المحور الأول: أساسيات علم النفس المرضي للطفل والمراهق	6
المحاضرة الأولى: المعالم التاريخية:	6
المحاضرة الثانية: صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق	12
المحاضرة الثالثة: المقاربات المرجعية في تفسير مرضية الطفل والمراهق:	17
المحور الثاني: أهم الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين	25
المحاضرة الأولى: الإضطرابات النمائية:	25
1. اضطرابات السيرة الغذائية:	25
- فقدان الشهية العصبي:	25
- الشره	28
- الشذوذ الغذائي:	30
2. اضطرابات النوم:	35
- الأرق:	35
- فرط النوم:	37
- السير أثناء النوم:	40
3. اضطرابات العضلات الصارة (العاصرة)	43
- التبول اللاإرادي:	43
- التبرز اللاإرادي:	46
4. اضطرابات الهوية الجنسية عند الطفل والمراهق:	49
5. طيف التوحد:	53
6. التخلف العقلي:	56
المحاضرة الثانية: الاضطرابات البنيوية:	61
1- التنظيمات العصابية لدى الطفل والمراهق:	61
- الهستيريا (التظاهرات الهستيرية):	61
- الفوبيا (الحصر، القلق):	64

67	- العصاب الخوافي (الحصر، القلق):
71	- الوسواس الاستحواذي (الوسواس القهري):
75	2. الذهان المبكر:
75	- ذاتوية:
82	- ذهان المراهقة (الفصام):
86	المحور الثالث: بعض الأساليب العلاجية في عيادة الطفل والمراهق
86	1- تعريف العلاج النفسي:
86	2- العلاج بالتحليل النفسي:
95	3- العلاج السلوكي المعرفي:
117	4- العلاج النفسي العائلي:

بطاقة تقنية لمحاضرات علم النفس المرضي للطفل والمراهق

السداسي الخامس

الفئة المستهدفة: السنة الثالثة ليسانس تخصص علم النفس العيادي

الأهداف والكفاءات المستهدفة:

1. توصيف أهم اضطرابات الطفولة وخصائصها لتمكين الطالب من تحصيل معرفة متخصصة.
2. توصيف أهم اضطرابات المراهقة وخصائصها لتمكين الطالب من تحصيل معرفة متخصصة.
3. معرفة الفوارق والاختلالات بين مرضية الطفل والمراهق وأعراض الراشد.

المحتوى:

المحور الأول: أساسيات علم النفس المرضي للطفل والمراهق

1. معالم تاريخية أو مقارنة تاريخية:
2. صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق:
3. المقاربات المرجعية في تفسير مرضية الطفل والمراهق:
4. الفحص النفسي للطفل والمراهق:

المحور الثاني: أهم الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين

الاضطرابات النمائية:

1. اضطرابات السيرة الغذائية:
 - فقدان الشهية العصبي.
 - الشره (مع أو بدون سمنة)
 - الشذوذ الغذائي.
2. اضطرابات النوم:
 - الأرق.

- فرط النوم.
- السير أثناء النوم.
- 3. اضطرابات العضلات الصارة (العاصرة)
- التبول اللاإرادي.
- التبرز اللاإرادي.
- 4. اضطرابات الهوية الجنسية عند الطفل والمراهق.
- 5. طيف التوحد.
- 6. التخلف العقلي.

الاضطرابات البنيوية:

1. التنظيمات العصابية لدى الطفل والمراهق:

- الهستيريا (التظاهرات الهستيرية)
- الفوبيا (الحصر، القلق)
- العصاب الخوافي (الحصر، القلق)
- الوسواس الاستحواذي (الوسواس القهري)

2. الذهان المبكر:

- ذاتوية.
- ذهان المراهقة (الفصام)

المحور الثالث: بعض الأساليب العلاجية في عيادة الطفل والمراهق

تعريف العلاج النفسي

العلاج بالتحليل النفسي

العلاج السلوكي المعرفي

العلاج النسقي العائلي

العلاج بالفن

المحور الأول: أساسيات علم النفس المرضي للطفل والمراهق

المحاضرة الأولى: المعالم التاريخية :

علم النفس المرضي للطفل والمراهق هو فرع من فروع علم النفس يهتم بدراسة وفهم الاضطرابات النفسية التي تظهر خلال مراحل النمو المبكرة. تطور هذا المجال تدريجيًا عبر العصور، متأثرًا بالسياقات الثقافية والعلمية التي كانت سائدة. في العصور القديمة والوسطى، كانت التفسيرات الخرافية والروحانية تهيمن على فهم السلوكيات الغريبة لدى الأطفال، حيث كان يُعتقد أن الأطفال الذين يظهرون سلوكيات غير عادية هم ضحايا قوى خارقة أو أرواح شريرة. ومع بداية عصر التنوير، حدث تحول جذري في التفكير الإنساني، حيث بدأ العلماء والأطباء في تطبيق مناهج علمية لفهم أسباب هذه الاضطرابات، ووضع أسس للعلاج الإنساني بدلًا من العقاب أو العزل.

2. وأهم اسهامات في ظهور علم النفس المرضي للطفل و المراهق :

من بين الرواد الذين ساهموا في تشكيل هذا المجال، يبرز اسم فيليب بينيل وجان إيتارد . وقد مثلت أعمالهما خطوة مهمة في الانتقال من الفهم التقليدي إلى الفهم العلمي والإنساني للاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين:

إسهامات فيليب بينيل: (Philippe Pinel)

فيليب بينيل (1745-1826) يُعد من أبرز الشخصيات التي ساهمت في وضع أسس الطب النفسي الحديث. عمله ركز بشكل كبير على تحسين معاملة المرضى النفسيين، حيث ألغى القيود الجسدية التي كانت تُفرض عليهم، واعتبر أن السلوكيات المضطربة ليست نتيجة مسّ شيطاني، بل مشكلات نفسية قابلة للفهم والعلاج. كانت رؤيته للأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية تقوم على أهمية الرعاية العاطفية والتدخل الإنساني. بينيل صنّف الأمراض النفسية إلى فئات، مما ساعد في تحديد اضطرابات الطفولة والمراهقة بشكل أوضح. كما

أشار إلى أهمية دور الأسرة والبيئة المحيطة في تشكيل الصحة النفسية للأطفال، ما دفع إلى تطوير نظرة أكثر شمولية للاضطرابات النفسية. (ص 45، Pinel، 1801 P)

إسهامات جان إيتارد: (Jean Itard)

جان إيتارد (1774-1838) أحدث تقدمًا في مجال علم النفس المرضي للأطفال من خلال عمله مع "فيكتور" الطفل المتوحش. قدم إيتارد نموذجًا للتدخل التربوي الطبي يعتمد على التعليم الموجّه والتدريجي. كان إيمانه بقدرة التعليم والتدخل المبكر على تحسين حياة الأطفال المعاقين ذهنيًا أو الذين يعانون من اضطرابات نمائية، أساسًا لفهمنا الحالي للعلاج النفسي للأطفال. بفضل تجربته الرائدة، توصل إلى أهمية فهم الاحتياجات الفردية لكل طفل وتصميم خطط علاجية تناسب هذه الاحتياجات. أفكاره أثرت بشكل كبير على الطب النفسي التطوري وأسست لاتجاهات حديثة في علاج التوحد واضطرابات النمو الأخرى، مما جعله شخصية بارزة في تاريخ علم النفس المرضي للأطفال. (ص 30، Itard، 1801 J)

إسهامات القياس النفسي:

القياس النفسي هو عملية علمية تهدف إلى قياس السمات والقدرات النفسية مثل الذكاء، الشخصية، والاضطرابات النفسية من خلال أدوات دقيقة. ساهم هذا المجال بشكل كبير في تطوير اختبارات متنوعة كاختبارات الذكاء مثل بينيه-سيمون، والاختبارات الإسقاطية كاختبار رورشاخ، والموضوعية مثل MMPI. كما لعب دورًا محوريًا في تحديد معايير تشخيصية دقيقة للاضطرابات النفسية، مما ساهم في توحيد التشخيص على نطاق واسع. بالإضافة إلى ذلك، يُستخدم القياس النفسي في التقييم التعليمي لتحديد قدرات الطلاب، وفي العمل لاختيار الموظفين المناسبين، وفي المجال الإكلينيكي لتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية وتتبع تقدم العلاج. كما يُعد القياس النفسي أداة أساسية في البحث العلمي لفهم السلوك الإنساني، مما يعزز من دقة الدراسات النفسية والاجتماعية. بفضل هذه الإسهامات،

أصبح القياس النفسي أداة لا غنى عنها لتقديم تقييمات دقيقة تساعد في فهم الأفراد ووضع خطط علاجية أو تعليمية أو وظيفية فعالة. (75 ص M,Rutter 2002)

إسهامات ليو كانر: (Leo Kanner)

ليو كانر (1894-1981) يُعتبر من الرواد في مجال اضطرابات الطفولة، خاصة التوحد. في عام 1943، قدم كانر وصفاً مفصلاً لاضطراب التوحد في دراسته الشهيرة "Autistic Disturbances of Affective Contact"، حيث حدد خصائص هذا الاضطراب مثل العزلة الاجتماعية وصعوبة التواصل. عمله كان أساسياً في تشخيص وفهم اضطرابات طيف التوحد، وأسس لدراسات لاحقة في هذا المجال. (217-250 ص Kanner 1943، L)

إسهامات علم النفس النمائي و التكويني و الارتقائي:

أ. إسهامات علم النفس النمائي:

علم النفس النمائي يركز على دراسة التغيرات التي تحدث عبر مراحل العمر المختلفة، من الطفولة إلى الشيخوخة. ساهم هذا المجال في فهم كيف ينمو الأطفال ويتعلمون ويتطورون عاطفياً واجتماعياً ومعرفياً. من خلال أدوات القياس النفسي، تمكن الباحثون من تطوير اختبارات تقيس معدلات النمو والتأخر النمائي، مما يساعد في التعرف المبكر على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات مثل اضطراب طيف التوحد أو صعوبات التعلم. هذا يساهم في تصميم برامج تدخل مبكر تعزز النمو السليم، ويدعم تقديم الرعاية المتخصصة في التعليم والعلاج النفسي. (زهران ، 2005 ص45)

ب . إسهامات علم النفس التكويني:

علم النفس التكويني يركز على فهم العمليات الداخلية التي تساهم في تكوين الشخصية والسلوك. ساعد هذا المجال من خلال القياس النفسي على قياس جوانب التكوين النفسي مثل الميول، والدوافع، والانفعالات. تطورت أدوات التقييم مثل الاختبارات الإسقاطية والموضوعية لفهم العمليات اللاواعية التي تؤثر على التكوين النفسي للأفراد. هذه الأدوات تساعد

المعالجين النفسيين في تحليل الأسباب الجذرية للسلوكيات غير السوية، ووضع استراتيجيات علاجية مبنية على تعزيز التوازن الداخلي وتنمية القدرات الإيجابية للفرد. (أبو حطب، 2001ص112)

ج . إسهامات علم النفس الارتقائي:

علم النفس الارتقائي يدرس كيفية تحقيق الأفراد لأقصى إمكاناتهم عبر مراحل حياتهم. يساهم هذا التخصص في تقديم أدوات قياس تساعد على فهم الكفاءات والقدرات التي يحتاجها الأفراد للارتقاء في مجالات الحياة المختلفة. من خلال تطبيق القياس النفسي في هذا المجال، يمكن تحديد نقاط القوة والضعف في شخصيات الأفراد، مما يدعم وضع خطط تطويرية شخصية أو مهنية. كما يساعد على تصميم برامج إرشادية وتنموية تساعد الأفراد في تحقيق النمو المستدام على المستوى الشخصي والاجتماعي. (ميموني، 2010 ص102)

المعرفة لبياجيه:

جون بياجيه هو مؤسس النظرية المعرفية التي تركز على كيفية تطور العمليات العقلية والمعرفية لدى الأطفال. اعتقد بياجيه أن الأطفال يمرون بأربع مراحل من النمو المعرفي: المرحلة الحسية الحركية، مرحلة ما قبل العمليات، مرحلة العمليات الملموسة، ومرحلة العمليات المجردة. هذه المراحل تمثل تطور فهمهم للعالم من حولهم، حيث يبدأ الطفل بالتفاعل مع البيئة بطريقة أكثر تنظيماً وتعقيداً مع مرور الوقت. نظرية بياجيه ساعدت في فهم كيف يتشكل التفكير المعرفي لدى الطفل، وكيف أن قدرة الأطفال على فهم المفاهيم المعقدة تنمو تدريجياً. في مجالات القياس النفسي، استخدمت ملاحظات بياجيه كأساس لتصميم اختبارات تهدف إلى قياس النمو المعرفي، مما ساعد في تحديد معدلات التقدم في التفكير المنطقي والتجريدي لدى الأطفال والمراهقين. (أبو حطب، 2001ص89)

و. النمو الجنسي لفرويد:

سيغموند فرويد، مؤسس التحليل النفسي، وضع نظرية متكاملة للنمو الجنسي تتضمن عدة مراحل. اعتبر فرويد أن النمو الجنسي يتطور من خلال خمس مراحل: المرحلة الفمية، المرحلة الشرجية، المرحلة القضيبية، مرحلة الكمون، ومرحلة النضج الجنسي. وفقًا لفرويد، يشكل كل من هذه المراحل أساسًا للمشاكل النفسية التي قد تظهر في مرحلة البلوغ، إذا لم يتم التعامل معها بشكل صحيح. من خلال فحص سلوكيات الأطفال والمراهقين، يقدم التحليل النفسي أداة لفهم كيف تؤثر الخبرات المبكرة على النمو الجنسي والصحة النفسية للفرد لاحقًا في حياته. يساهم القياس النفسي في استخدام أدوات لفحص الضغوط والتحديات المرتبطة بالنمو الجنسي وتقديم تدخلات مبكرة. (ميموني، 2010 ص 87)

ز. النمو الانفعالي لفالون:

نظرية فالون حول النمو الانفعالي تركز على التفاعل بين الطفل وبيئته وكيف يؤثر هذا التفاعل على تطور مشاعره وعواطفه. يرى فالون أن الأطفال يتعلمون كيفية تنظيم مشاعرهم من خلال التفاعل مع الأشخاص الذين يهتمون بهم، مثل الوالدين. وقد لاحظ أن مراحل النمو الانفعالي تبدأ منذ الطفولة المبكرة، حيث يتطور الوعي العاطفي لدى الطفل بشكل تدريجي. من خلال هذه النظرية، يتم التعرف على أهمية الارتباط العاطفي، والكيفية التي يؤثر بها الدعم العاطفي المستمر على قدرة الطفل على التأقلم مع التحديات. في القياس النفسي، يستخدم التقييم الانفعالي لقياس قدرة الأطفال على التعامل مع الضغوط العاطفية، وتحديد إذا كانت هناك صعوبات في تكوين علاقات صحية. (حجازي ، 2004 ص 76)

ك . نظرية التعلق لبولبي:

نظرية التعلق التي طرحها جون بولبي تعتبر واحدة من النظريات الأساسية في علم النفس التنموي. تعني هذه النظرية أن الروابط العاطفية المبكرة بين الطفل ووالديه أو مقدمي الرعاية تشكل الأساس لتطور الثقة بالنفس والعلاقات في مراحل لاحقة من الحياة. يرى بولبي أن

الطفل الذي ينشأ في بيئة آمنة ومحبة يكون أكثر قدرة على التفاعل الاجتماعي بشكل إيجابي في المستقبل. من خلال النظرية، يستطيع المختصون قياس مدى قوة الروابط العاطفية في وقت مبكر من الحياة، وكيفية تأثير هذه الروابط على الصحة النفسية والقدرة على بناء علاقات صحية في المستقبل. في القياس النفسي، يتم تطبيق ملاحظات بولبي لتصميم أدوات لقياس التعلق وتحديد الأنماط السلوكية التي قد تشير إلى وجود مشاكل في التعلق. (زهران ، 2005ص98)

ل . ميلاني كلاين والعلاج باللعب:

ميلاني كلاين كانت واحدة من أبرز المحللين النفسيين التي طوّرت مفهوم "العلاج باللعب". في هذا السياق، كان اللعب أداة لفهم العالم الداخلي للأطفال وفحص العمليات النفسية اللاواعية. اعتقدت كلاين أن الأطفال يعبرون عن مشاعرهم وصراعاتهم الداخلية من خلال اللعب، وقد قدّم هذا أسلوبًا فعالاً في معالجة الأطفال الذين يعانون من مشاكل نفسية. العلاج باللعب يمكن أن يكون وسيلة لفحص كيفية تعامل الأطفال مع التوترات العاطفية والصراعات الداخلية، من خلال مراقبة تفاعلاتهم مع الألعاب. وقد ساعد القياس النفسي في تصميم أدوات لاختبار التعبير عن مشاعر الأطفال من خلال اللعب، مما يتيح العلاج الفعال والمهني للمشاكل النفسية العميقة. (أبو حطب ، 2001ص145)

المحاضرة الثانية: صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق

1- دينامية النمو

2- الفوارق الفردية

3- وضع الطفل والمراهق في قوالب الراشد

4- خصوصية الوضعية الفحسية للطفل والمراهق

5- أساسيات في فحص الطفل والمراهق

إذا كانت مشكلة تحديد السوي والمرضي قضية عسيرة لدى الراشد، فإنها تصبح أكثر تعقيدا لدى الطفل والمراهق، في ضوء نسبية السواء بالرجوع إلى الزمن الثقافية، خصوصية المجتمع، تغيرات اجتماعية والسياسية والاقتصادية، مرونة وصلابة الفرد في دفاعاته، هذا يدفعنا أو يقودنا إلى مراجعة معايير السواء واللاسواء.

المعيار الإحصائي (السيكومتري):

الاعتدالية والانحراف عند المتوسط العام (منحنى قوس) فكرة الفروق الفردية.

المعيار الاجتماعي: مدى موافقة السلوك لخصوصية المجتمع (العادات، التقاليد، المنظومة، القيمة، الأعراض، الدين، الاتجاهات...).

المعيار الثقافي: عدم مطابقة سلوك لنموذج الثقافي السائد في المجتمع.

المعيار الذاتي: مدى شعور الشخص بالأذى والألم.

المعيار الوظيفي: المرضي هو كل ما يؤلم الفرد ويؤلم معه المجتمع (غير قادر على أداء الوظائف الحياتية أو الطبيعية بصورة عادية).

معيار التكيف: الاضطراب هو كل نمط سلوكي غير تكيفي أو غير توافقي مع الذات ومع المجتمع غير منسجم (غير متوازن).

- وضع المختصون أربع مؤشرات أساسية لتحديد الصعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق.

1- دينامية النمو:

حيث تصبح مرحلة النمو بكل تفاعلاتها وبكل أشكال تصريف الطاقة لدى الطفل والمراهق بكل التغيرات بكل السيرورات مؤشرا عيادي هاما في تحديد السوي والمرضي لدى الطفل والمراهق:

- الفترة العمرية.
 - البنية غير مكتملة كما هو الحال عند الراشد، هي مجرد تنظيمات وتظاهرات (بالنسبة للطفل).
 - هناك أعراض تبدو مرضية ولكنها مواكبة للفترة العمرية منظمة للشخصية (العناد عند الطفل) (قول لا) (القلق الشهر الثامن).
 - أزمة الفصام، أزمة المراهقة (أزمة الهوية).
- مفهوم الأزمة (نظرية فالون): هي منظمة للشخصية وبالتالي هذه الأعراض المتأزمة تساعد في تكيف الطفل مع ذاته ومع المجتمع.
- صعوبة التنبؤ بالأعراض:** بعض الأعراض تظهر وتختفي بعامل الزمن أو بوجود عوامل خارجية ملائمة النمو يصبح في حد ذاته عامل علاجي، هناك أعراض تظهر في مرحلة الطفولة وتختفي في مرحلة المراهقة وهناك أعراض أخرى تظهر في المراهقة ولا تظهر في الطفولة.

معيار السواء عند الطفل: هو أن يتقدم نحو النضج (أن يمر من الاتكالية إلى الاستقلالية) يعني من الرضاعة (الثدي) إلى الغذاء (صحن، كأس)

- ينتقل من التفكير المتمركز حول الذات إلى التفكير الخارجي (الطفل يفسر من منظوره الخارج).

- الانتقال من اللعب من الجسم إلى اللعب باللعبة أو الألعاب الإيحائية.

- النشاط العقلي الفضولية المعرفية.

- تصريف الطاقة ونقلها من الوالدين إلى المواضيع الغيرية (الطاقة النزولية، حب كرة، الإخوة، الأصدقاء ...
 - التجديد من معايير السواء، مثلاً تجديد في طريقة اللعب يجب الاستكشاف مثلاً ... إلخ. وبالتالي كلما كان الطفل قادراً على التوافق منسجماً في وظائفه العقلية حسية، حركية، علائقية كلما كان عادياً.
 - هناك أعراض هي إنعكاس لمعاش الطفل والمراهق في الأسرة أو المدرسة.
 - أساليب المعاملة الأسرية أو المدرسية أو الشارع نوعية نمط المجتمع أو نمط العيش.
 - هناك أعراض سببها وضعيات اجتماعية واقتصادية مثل الفقر، قد تزول هذه الأعراض عندما تتحسن هذه الوضعيات.
 - ان النمو عبارة عن خطوط وبالتالي ليس دائماً نمواً عادياً هناك توقفات، هناك أعراض نكوصية دفاعية بحثاً عن فوائد إشباعية، يعني الرجوع إلى مراحل سابقة تم فيها التثبيت (الإشباع والاحتباطات) (حرمانات وإشباعات) (الزائدة).
 - فالتبول اللاإرادي (الشحن النفسي والفيزيولوجي) مظهر نكوصي بسبب الغيرة أو بعد صدمة.
 - يجب أن نميز بين النكوصات الجزئية والنكوص الكلي.
 - مرحلة النمو تؤدي إلى بروز طاقات جديدة عند الطفل هو يتجاوز بها الصراعات السابقة.
- نمو العادي (النفسي) ≠ توقفات (أعراض تكوصية)

2- الفروق الفردية:

من بين صعوبات تحديد السواء والمرضي عند الطفل والمراهق هو أن وجود المرحلة النمائية لا يعني أن كل الأطفال متشابهون ومتساوون في المكتسبات العقلية النفسية الجسدية اجتماعية كل طفل كل مراهق هو إنسان متفرد، كل واحد له إيقاع خاص باللغة البيولوجية هناك معدلات للنمو.

- معدل النمو هو معيار مهم جدا تأخذ الطفل وتقاوته بالفئة العمرية مع إحتساب إيقاعه البيولوجي.

3- وضع الطفل والمراهق في قوالب الراشد (قوالب نقصد بها تصنيفات)

يجب أن تكون مقروئية الأعراض جد دقيقة ونحن نستقرئ التصنيفات الباثولوجي للراشد (خصوصية المرحلة) أعراض الطفل ليست كأعراض المراهق كأعراض الراشد.

4- خصوصية الوضعية الفحصية عند الطفل والمراهق:

- لا نأخذ العرض كجزء منعزل عن التاريخ الشخصي للطفل.
- الحالة الراهنة للطفل في مظهره في دراته، في مكتسباته.
- نمط العيش أو نوعية النسق الأسري والمدرسي.

✓ نسق الأسرة.

✓ نسق المدرسة.

✓ نسق العالم الافتراضي (التواصلي).

المحور العلائقي (نوعية العلاقة):

يوضف الفحص النفسي كملاحظة مكثفة التتبعية للفرد أساس الفحص النفسي هو اللقاء بين

الفاحص والمفحوص ويستند إلى الوسائط التقنية الاختبارات

تاريخ الشخصي: تاريخ الطفل كحالة l'annése كل السوابق من لحظة الرغبة في الحمل

أم لا عند الأم إلى المعطيات الاجتماعية (متى أول مرة نطق، متى مشى، هل أصيب

بأمراض، وضعيته في المدرسة، أمراض عضوية، سوابق مرضية)

الفحص (الصفحة النفسية) البروفيل للطفل والمراهق.

5- أساسيات في فحص الطفل والمراهق:

الطلب: من يطلب من أين يطلب ولماذا يطلب

الطلب: يكون من الأسرة الوالدين أو المعلم أو الطبيب أو حتى الطبيب العام، طبيب مختص، أو طبيب مختص في الأمراض العقلية للأطفال (طبيب الصحة العقلية)

- في الجلسات الأولى ضروري استقبال الطفل مع الوالدين وذلك لعدة اعتبارات (للحصول على عدة معطيات) حتى يحقق الاستقلالية لدى الطفل.

- إدخال الوالدين لوحدهما يشعر الطفل بالتحالف ضده.

- إدخال الطفل لوحده يشعر الوالدين باستحواذ وتملك الطفل من قبل الأخصائي.

مدة الفحص: من 20 إلى نصف ساعة أما مع المراهق يمكن 45د.

التقنيات المستخدمة: تقنيات الرسم، اللعب، التقنيات الإسقاطية اختبارات رسم الشجرة، رسم العائلة، المقابلة، شبكة الملاحظة، سلاسل النمو (الذكاء) أو روائز الذكاء ...

- الملاحظة الوالدين، الوالدين طرف أساسي في الفحص والعلاج.

- احترام إطار العمل، تحديد الزمان والمكان.

- منهجية بناء العلاقة (بناء الثقة).

المحاضرة الثالثة: المقاربات المرجعية في تفسير مرضية الطفل والمراهق:

التحليلية	فكرة الصراع اللاشعوري والمحور العلائقي خاصة العلاقة أم، طفل، وأم، أب، طفل - مرحلة النمو النفسو جنسي ونقاط التثبيت والمنظور البنيوي (البنية) - الصراعات الهوائية مثال: فقدان الشهية العصبية سببه تثبيبات في المرحلة ؟؟؟؟ صراع (أم، طفل)
السلوكية	- تأثير التعلمات - الاضطرابات عبارة عن اشتراطات متعلمة في ضوء التعزيز الإقتران- التعود مثال: فقدان شهية العصبي هو عادة متعلمة داخل الأسرة
المعرفية	-تأثير الأفكار مشكلات على مستوى المعالجة الإدراك تصور، مخططات مشوهة، تبرز خاصة في فترة المراهقة. مثال: فقدان الشهية العصبي سببه التصورات المشوهة
العصبية	-الأمراض والمشكلات على مستوى الدماغ (إختلالات هرمونية، أو نواقل عصبية...) مثال: فقدان الشهية العصبي هو أشكال في مراكز مسؤولة عن الأكل -إشكال في المراكز العصبية

الإنسانية	-إحباط زائد للحاجات (ماسلو) هو صاحب هرم الحاجات منظور كارل روجرز، عدم تطابق بين تصورات الطفل والمراهق حول ذاته وتصورات الراشد (خاصة الأب والأم) مثال: فقدان الشهية العصبي يعود إلى إشباع الحاجات أو الانتقاص لقيمة الذات
النسقية	-تأثير التنظيمات والشبكات العلائقية واختلال التواصل داخل الشبكة خاصة نسق الأسرة النسق الزوجي النسق الوالدي نسق الأخوة والأبناء. -الطفل والمراهق غرض الأسرة مثال: يمكن أن يكون فقدان الشهية بسبب اختلال الاتصال داخل الأسرة
البيولوجية	-تأثير الاستعدادات والنقل الوراثي اختلالات بيو كيميائية نقص فيتامينات خلل هرمونات مثال: يمكن لفقدان الشهية العصبية أن يكون سببه خلل هرموني أو وراثي
التفسير الثقافي	-تأثير الأنماط الدينية والعادات والتقاليد أساليب الحياة، التجارب العفوية الشعبية السحر، العين، الجن، الشعوذة. -تأثير الثقافات الدخيلة أو الفرعية تعزيز أنماط سلوكية اضطرابية كما هو الحال مع وسائل التواصل الاجتماعية. مثال: فقدان الشهية العصبي نتيجة تأثر يعارضه أزياء أو ممثل: أو نتيجة عين أو سحر (تفسير ؟؟؟؟)

البيئية والاجتماعية - تأثير الجماعة - نمط العيش - المستويات الاقتصادية. - طبيعة السكن والعمران. - النظام السياسي السائد- مناخ الجغرافي- المناطق الهشة. - مثال: فقدان الشهية العصبي المستوى المعيشي للأسرة. - المستوى الاقتصادي.	
الجشطناتية -تفسير الاضطرابات من منظور فقدان المعنى للحياة، إشكالات على مستوى إدراك الطفل المراهق فقدان النظرة الكلية للوجود ماضي، حاضر، مستقبل. مثال: بعض اضطرابات المراهقة على مستوى اضطرابات النوم أو التغذية ناتجة عن فقدان المعنى للحياة	
المنحى السيكاتري سبب اضطرابات وجود إصابات عصبية عقلية، مشكلات عصبية انخفاض الذكاء. اختلالات على مستوى العقل. مثال: كل الاضطرابات النمائية (النوم، الغذاء، الجنسية) الفصامات الذهانات كلها سببها اختلالات في النق العصبي	
التفسير التكامل التوجه نحو السببية الشبكية وليس سببه أحادية في تفسير اضطرابات الطفل المراهق 1- الحساسية البيولوجية 2- النقل الوراثي أو الاستعداد الوراثي 3- المعطيات الاجتماعية	

4- التعلّمات ولأنساق	
5- الثقافة ونمط العيش المعطيات العصبية والبيئية	

البنية وتوظيفها في باثولوجية الطفل والمراهق :

البنية:

تنظيم ثابت نسبيا لمكونات ميتا سيكولوجية سوية أو لا سوية وفقا لخطوط الضعف والقوة وبالتالي البنية المرضية في وجود مستويات تثبيت أو نكوصات كلية -صدّات- أحداث تفوق الطاقات الدفاعية.

المكونات الميت سيكولوجية للبنية:

- 1- **طبيعة الصراع النفسي:** نوعية الصراع داخل كل بنية داخل الجهاز النفسي وطبيعة الصراع على مستواه على مستوى المحور العلائقي وعلى مستوى الواقع أو الهوام.
- 2- **نوعية القلق:** القلق التكويني داخل كل بنية.
- 3- **مستويات التثبيت والنكوص:** نقاط الضعف والإحباط والإشباع هل كان نكوص جزئي أو نكوص كلي.
- 4- **العلاقة بالموضوع:** كل الموضوعات الواقعية أو هوائية خاصة النماذج الوالدية الأم والأب.
- 5- **ميكانيزمات الدفاعية:** نشاط اللاشعورية وهي عمل الأنا كوسيط بين الرغبات والقيم والواقع.

قدم بارجوري مسارات النمو في تكوين البنية يمكن تلخيصها في ثلاث مسارات:

المسار الأولي:

من اللاتمايز إلى التمايز من علاقة انتكالية إيماشية لدرجة الانصهار مع الأم أنانية ونرجسية إلى تمايز تدريجي أن موضوع (الطفل) والأم موضوع آخر، العناية الأمومية،

دفاعات النضج، النضج الجسدي، النضج النفسي تقود نحو انفصال الأنا عن الهو من اللذة إلى الواقع :

المسار الثانية:

تطور الأنا، تطور الميكانيزمات الدفاعية، التوجه نحو الموضوعات الأخرى الأب الإخوة.

المسار الثالثة:

التوجه نحو البنية ثابتة، ملامح البلوغ، ثورة المراهقة (عودة الشحنات الأوديبيية).
تتعدد خصوصية كل بنية من خلال أبعاد الخمسة المكونة لها، من خلال من خلال المنظور
النشوءي التكويني أو البنيوي البارجوري.
- البنية العصابية والبنية الذهانية غير قابلة للتغيير إلا في ضوء الصدمات أو الإحباطات
شديدة أو أحداث ضاغطة قوية تفوق الطاقات التكيفية.
- الحالات الحدية قابلة للتغيير ليس لها ثبات في البنية لأنها تنظيمات هشة.
- تتحدد البنية السوية من خلال قدرة الفرد على تجاوز الصراع، الإقبال على الحياة على
العمل المرونة الاستقلالية القابلية للتغيير في مرضية الطفل والمراهق لا تتحدث عن
عصابات والذهانات كبنية وإنما كتنظيمات قابلة للتغيير تعطينا تسجيلا للخطوط القوة
والضعف، وبالتالي المآل مفتوح في ضوء ظروف الطفل الداخلية والبيئية الخارجية: التجاوز
أو التقدم أو النكوص.
(إذا كان نكوص كلي يعطينا بالدرجة الأولى بنية ذهانية) النكوص وفق نقاط التثبيت مثل
التوحد.

الوحدات الكبرى في البنية

خصوصية كل بنية:

1-العصابات:

إشكالات انفعالية لا توافقية مصدرها الصراعات الداخلية مع الظروف الخارجية: مثل:
اللاأمن العلائقي (التفكك الأسري، الهجر، الحرمانات، الحماية الأمومية المفرطة، المحيط
القاسي، التربية الطلبة، الحساسية الوراثية).

ما يميز العصابات أنها تدرك الواقع كحالات: وطلب المساعدة.

أهم أشكال العصابات:

- عصاب الهستيريا.
- عصاب الحصر.
- عصاب الفوبيا أو الرهابات.
- العصاب الاستحواذي (الوسواس القهري أو الهجاسات).
- الاكتئاب العصبي.

2- الذهان:

إشكال في الهوية الذاتية يشعر بالتجزء، اضطراب عميق يمس الشخصية يتميز برفض الواقع
والانفصال عنه وبناء واقع جديد ولو جزئي.

أهم أشكال الذهان وهي:

- البرانويا أو جنون العظمة.
- الذهان الطفولي (التوحد).
- خوف الشيوخة.
- الفصام الطفولي فصام المراهقة.
- اضطراب ثنائية القطب.
- الاكتئاب الذهاني.

3- الحالات الحدية (البينية):

هي تنظيمات هشة متغيرة ليس لها ثبات البنية تنشأ من الحرمانات الإهمال الوالدي فقدان

الحب وتتميز بإدراك غامض للواقع بين (الفهم الصحيح للواقع وبين الصورة المثالية).

- الشخصيات الاعتمادية (إتكاليه).
- انحرافات الطبع (السرقه، العدوان).
- تحوي كل ما هو إتكالي كل ما هو انحراف شذوذ.
- الشخصيات السيكوباتية (ضد المجتمع).
- البسيكوسوماتية (الحالات نفسو جسمية).
- الجنوح - الانحرافات الجنسية بكل اشكالها.
- انحرافات الطمع - المرور إلى الفعل.
- الإدمانات.

محاضرات علم النفس المرضي للطفل والمراهق.....د.بن زطة بلدية

نوع البنية توظيف النفسي	طبيعة الصراع النفسي	نوعية القلق	العلاقة بالموضوع	مستوى التثبيت ونكوص الأنا	ميكانيزمات الدفاع	البعد المسيطر
البنية العصابية	بين الهو والأنا الأعلى الرغبة الدفاع والقيم	قلق الإخساء الإثم والغلطة مشاعر التي يتم كبتها تدور حول المحور الأدبي	علاقة ثلاثية أم-أب- طفل العلاقات مع المواضيع تتسم بحملها للمناذج الوالدية	المرحلة القضيبية وجزء من المرحلة الشرجية الثانية (وساوس القهرية) الناتمايزكليا	مرنة متطورة الكبت التحويل إزاحة التبرير- الاعلاء التقمص ...	الأنا الأعلى هو البعد المسيطر
البنية الذهانية	الصراع بين هو والواقع	قلقة التجزئة اليأس- الموت التلاشي	علاقة تكاملية مدمجة في نرجسية الأم الأنا لا يتميز بشكل جيد (بدائي)	في المرحلة الفمية	غير متطورة النفس الإنكار- رفض الواقع وتكوين واقع جديد عبر الهذيان وهلوسة	الهو هو البعد المسيطر
الحالات الحدية	بين الأنا المثل (هو) ومثال (الأنا) أن ذات طابع نرجسي الأديب لم ينتظم الموضوع المثالي لم يستدخل	قلق فقدان موضوع الحب الأم (ضاياع) والانهيار	علاقة ثنائية تبعية إتكالية	بين الشرجية الأولى والثانية (مراحل تطور الأنا)	ازدواج الصورة الهوامية بين الفهم الصحيح للواقع وبين المثانة أو المثالية (حب وكره) يصبح الانحراف والاعوجاج والشذوذ كدفاعات	مثال الأنا

المحور الثاني: أهم الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين

المحاضرة الأولى: الإضطرابات النمائية:

1. اضطرابات السيرة الغذائية:

- فقدان الشهية العصبي:

مفهومها:

فقدان الشهية العصبي هو اضطراب نفسي جسدي خطير يتميز بانخفاض شديد وامتد في الوزن ناتج عن تقييد تناول الطعام بشكل مفرط، مصحوبًا بخوف شديد من زيادة الوزن أو السمنة، واضطراب في إدراك صورة الجسم. يعاني المصابون بهذا الاضطراب من تشوه في رؤية أجسامهم، حيث يرون أنفسهم بدناء رغم كونهم تحت الوزن الطبيعي بشكل واضح. (

خاطري، 2020، ص 57)

معايير التشخيص:

- رفض أو امتناع عن الأكل
- إنقاص في الطاقة الحرارية مقارنة بالاحتياجات في ضوء العمل.
- إنقاص الوزن مقارنة مع ما هو متوقع في نفس العمر.
- إختلال في إدراك الوزن و صورة الجسم.

معايير التشخيص لفقدان الشهية العصبي: (DSM-5)

1. تقييد استهلاك الطاقة

- تقييد متعمد لكمية الطعام المتناولة يؤدي إلى انخفاض الوزن بشكل ملحوظ مقارنة بالعمر، الجنس، مسار النمو، والصحة الجسدية.
- يكون الوزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي المتوقع.

2. خوف شديد من زيادة الوزن أو السمنة

- حتى مع نقص الوزن، يعاني الفرد من خوف مفرط من زيادة الوزن أو أن يصبح بدينًا.
- هذا الخوف لا يقل مع فقدان الوزن، بل قد يزداد.
- 3. اضطراب في تقييم الذات أو إنكار خطورة نقص الوزن
 - إعطاء أهمية مفرطة للوزن أو شكل الجسم في تقييم الذات.
 - إنكار خطورة نقص الوزن الحالي، أو عدم الاعتراف بخطورة الحالة الصحية.

التفسيرات:

2. التفسير التحليلي:

يرى المنظور التحليلي أن فقدان الشهية العصبي قد ينشأ نتيجة صراعات نفسية داخلية غير واعية، غالبًا مرتبطة بمراحل النمو المبكرة. وفقًا لهذا التفسير، قد يعاني الفرد من صعوبات في الهوية الذاتية أو التعبير عن المشاعر، مما يدفعه إلى استخدام التحكم في الطعام كوسيلة للتعامل مع هذه الصراعات. على سبيل المثال، قد يكون الاضطراب تعبيرًا عن رفض النضج الجسدي أو الجنسي، أو محاولة للسيطرة على حياة يشعر فيها الفرد بالعجز. يعتبر هذا المنظور أن فقدان الشهية قد يكون وسيلة للتعامل مع مشاعر الخوف من الفشل أو البحث عن الكمال. (فرويد، 1923، ص 116)

2. التفسير المعرفي:

يركز المنظور المعرفي على أنماط التفكير المشوهة والمعتقدات غير العقلانية التي تساهم في تطور فقدان الشهية العصبي. وفقًا لهذا التفسير، يعاني المصابون من تشوهات في إدراك صورة الجسم، حيث يرون أنفسهم بدناء رغم نقص الوزن الشديد. بالإضافة إلى ذلك، قد يعتقدون أن التحكم في الوزن هو الطريقة الوحيدة لتحقيق السعادة أو النجاح. هذه المعتقدات غير العقلانية، مثل "إذا زاد وزني، سأفقد السيطرة على حياتي"، تعزز سلوكيات تقييد الطعام

وتزيد من حدة الاضطراب. العلاج المعرفي يساعد على تعديل هذه الأفكار واستبدالها بأخرى أكثر واقعية. (بيك، 1979، ص73)

3. التفسير السلوكي:

ينظر المنظور السلوكي إلى فقدان الشهية العصبي كسلوك مكتسب يتم تعزيزه من خلال النتائج الإيجابية التي يحصل عليها الفرد. وفقًا لهذا التفسير، تقييد الطعام يعزز الشعور بالسيطرة والإنجاز، مما يزيد من احتمالية تكرار السلوك. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم تعزيز الخوف من زيادة الوزن من خلال تجنب المواقف التي تثير القلق، مثل تناول الطعام أمام الآخرين. السلوكيات التفرغية، مثل التقيؤ أو إساءة استخدام المليينات، قد تخفف مؤقتًا من القلق المرتبط بالأكل، مما يعزز استمرار هذه السلوكيات. (سكينر، 1953، ص75)

4. التفسير النسقي:

يرى المنظور النسقي أن فقدان الشهية العصبي ينشأ في سياق التفاعلات الأسرية والاجتماعية. وفقًا لهذا التفسير، قد يكون الاضطراب وسيلة للتعبير عن الصراعات الأسرية أو الحفاظ على التوازن داخل الأسرة. على سبيل المثال، قد يستخدم الفرد تقييد الطعام كطريقة للسيطرة على بيئة يشعر فيها بالعجز أو النقد. بالإضافة إلى ذلك، تلعب الضغوط الاجتماعية والثقافية التي تعلي من شأن النحافة دورًا مهمًا في تطور الاضطراب. العلاج النسقي يركز على تحسين التفاعلات الأسرية ودعم التواصل الصحي بين أفراد الأسرة.

5. التفسير الإنساني:

يركز المنظور الإنساني على الحاجة إلى تحقيق الذات واحترام الذات كعوامل رئيسية في تطور فقدان الشهية العصبي. وفقًا لهذا التفسير، قد يعاني الفرد من انخفاض في تقدير الذات أو صعوبة في تحقيق الذات، مما يدفعه إلى البحث عن طرق للشعور بالتحكم أو القيمة. فقدان الشهية قد يكون وسيلة للتعامل مع مشاعر عدم الكفاءة أو البحث عن الهوية.

العلاج الإنساني يركز على تحسين العلاقة مع الذات، وتعزيز احترام الذات، ومساعدة الفرد على تحقيق إمكاناته الكاملة في بيئة داعمة وغير ناقدة.

- الشراة (مع أو بدون سمنة):

مفهومها:

الشراهة للطعام هي اضطراب سلوكي يتسم بتناول كميات كبيرة من الطعام في وقت قصير وبشكل مفرط، وفي بعض الأحيان دون الشعور بالجوع الفعلي. يُمكن أن تحدث الشراهة مع أو بدون السمنة. قد يرافق هذا الاضطراب شعور بالذنب أو العار بعد تناول الطعام بكميات كبيرة. يعتبر هذا السلوك غير صحي لأنه يرتبط بمشاعر عاطفية سلبية، مثل التوتر، القلق، أو الاكتئاب .

معايير التشخيص:

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، يُشخص اضطراب الشراهة للطعام بناءً على المعايير التالية:

- تناول كميات كبيرة من الطعام :يتم تناول كمية كبيرة من الطعام في فترة قصيرة جدًا مقارنة بما يستهلكه الشخص العادي في نفس الفترة.
- فقدان السيطرة :الشعور بعدم القدرة على التحكم في كمية الطعام الذي يتم تناوله.
- الشعور بالعار أو الذنب :بعد حلقة الشراهة، قد يشعر الشخص بالذنب أو الخجل.
- التكرار :يجب أن تحدث هذه الحلقات على الأقل مرة في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر.
- عدم وجود سلوكيات تعويضية :الشراهة للطعام ليست مصحوبة بسلوكيات تعويضية مثل النقيؤ، الإفراط في ممارسة الرياضة، أو الصوم (كما هو الحال في اضطراب فقدان الشهية العصبي أو النهام العصبي. (DSM-5)

الفسد في رات:

يصبح الأكل وسيلة للتهذئة النفسية كاستجابة تعويضية للحرمانات والإحباطات، حيث

يعمل على إسكات الحاجات الملحة التي لم تتحقق، مما يجعله بمثابة دفاع ضد القلق، وكأن الفم يملأ فراغًا عاطفيًا من خلال الإفراط في تناول الطعام، يليه الشعور بالذنب بعد نوبات الشراهة أو التقيؤ. كما يمكن أن تكون الشراهة نتيجة لإشراطيات اجتماعية أو عادات مكتسبة من البيئة الأسرية. وبالتالي، أصبح المعاش النفسي للطفل والمراهق البدين موضوعًا أساسيًا للدراسة، حيث تُسلط الأضواء على الجوانب العاطفية والاجتماعية التي تسهم في تشكيل هذه السلوكيات .

أ. التفسير التحليلي:

من منظور التحليل النفسي، قد تُعتبر الشراهة للطعام نتاجًا لمشاعر مكبوتة أو صراعات نفسية عميقة، مثل الحاجة إلى الشعور بالأمان أو التقدير. يُمكن أن تكون هذه السلوكيات رد فعل للحرمان العاطفي أو لتلبية حاجة غير ملبية. قد يرتبط تناول المفرط للطعام في هذا السياق بمشاعر القلق أو القلق من فقدان.(فرويد، 1923، ص 67)

ب. التفسير المعرفي:

في التفسير المعرفي، يُنظر إلى الشراهة للطعام على أنها سلوك مكتسب ناتج عن أفكار مشوهة بشأن الطعام والوزن. قد يعاني الشخص من أفكار مفرطة عن الطعام أو الوزن، ويشعر أن تناول الطعام بشكل مفرط هو طريقة للسيطرة على مشاعر القلق أو الغضب. قد يكون الشخص عالقًا في حلقة من التفكير السلبي حول صورة جسمه أو قدرته على التحكم في رغباته.(بيك، 1979، ص 94)

ج. التفسير السلوكي:

وفقًا للنظرية السلوكية، قد تتطور الشراهة للطعام كاستجابة للمكافآت أو التعزيزات البيئية. على سبيل المثال، قد يكون الطعام قد تم استخدامه كوسيلة للتعامل مع التوتر أو لإدارة المشاعر السلبية في البيئة العائلية أو الاجتماعية. أيضًا، قد يتم تعزيز هذا السلوك من

خلال التعزيز الإيجابي من البيئة (مثل الحصول على الطعام كهدية أو مكافأة. (سكينر، 1953، ص118)

د. التفسير البيولوجي:

يُعتقد أن العوامل البيولوجية تلعب دورًا في حدوث الشرهية للطعام، بما في ذلك الاختلالات في الأنظمة العصبية التي تتحكم في الشهية، مثل السيروتونين والدوبامين. يمكن أن تؤدي هذه التغيرات إلى شعور الشخص بالجوع المستمر أو إلى صعوبة في التحكم في رغباته الغذائية. أيضًا، العوامل الوراثية قد تساهم في زيادة احتمالية الإصابة بهذا الاضطراب.

هـ. التفسير النفسي:

من منظور النسق العائلي، يمكن أن تكون الشرهية للطعام سلوكًا مكتسبًا أو نتيجة للصراعات الأسرية. إذا كانت الأسرة تستخدم الطعام كوسيلة لإدارة الصراعات أو التعبير عن الحب والاهتمام، فقد يتعلم الطفل أو المراهق أن الطعام هو وسيلة للتعبير عن العواطف أو معالجة الصراعات الداخلية. (مينوشين، 1974، ص60)

و. التفسير الإنساني:

من وجهة نظر إنسانية، يمكن اعتبار الشرهية للطعام تعبيرًا عن فشل في تلبية الحاجات العاطفية الأساسية مثل الحب والأمان والانتماء. قد يشعر الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب أن الطعام هو السبيل الوحيد لإشباع هذه الحاجات النفسية المفقودة. في كثير من الحالات، قد تكون هذه الأفراد في مرحلة صراع داخلي حول تحقيق النمو الشخصي والقبول. (روجرز، 1961، صفحة 102-108)

- الشذوذ الغذائي:

مفهومها:

الشذوذ الغذائي هو مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على سلوك الأكل وتسبب تغييرات غير صحية في عادات الطعام. يمكن أن يشمل هذا الإفراط في تناول الطعام أو

تقليله، واعتقاد غير واقعي بشأن شكل الجسم أو الوزن، ما يؤدي إلى مشاعر من القلق أو الذنب. من أبرز أنواع الشذوذ الغذائي نجد فقدان الشهية العصبي، والنهام العصبي، واضطراب الشره للطعام. هذه الاضطرابات تؤثر على الصحة الجسدية والعاطفية، وقد تستلزم علاجًا نفسيًا وغذائيًا. (سميث، 2019، صفحة 45)

معايير التشخيص:

معايير التشخيص وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية-DSM - (5):

- . تشوه في الأكل.
- لذة عند أكل مصادر غير غذائية.
- إشغال بإدخال أشياء غير مناسبة للفم.
- . سلوكيات متكررة تسبب اضطرابًا وظيفيًا:
- . مثل المضغ أو ابتلاع أشياء غير غذائية يؤدي إلى مشكلات صحية (مثل انسداد معوي، تسمم، أو عدوى).
- . الاستمرار في السلوكيات بالرغم من عواقبها السلبية:
- . مثل رفض التوقف عن تناول الأشياء غير الغذائية حتى مع نصح الأهل أو الطبيب، أو استمرار الطفل أو الشخص في ممارسة هذه السلوكيات رغم الأذى الذي قد تتسبب به.
- . عدم ارتباط السلوكيات بممارسات ثقافية أو تقاليد محلية:
- . حيث لا تُعتبر هذه السلوكيات جزءًا من عادات الأكل الطبيعية أو الثقافية المتبعة في المجتمع.
- . إدمان على ممارسات غير غذائية بحثًا عن تهدئة نفسية:

- يعتمد البعض إلى تناول مواد غير غذائية كاستجابة لضغوط أو توتر نفسي، مع إحساس مؤقت بالراحة.

• وجود اضطراب قهري: (Compulsion)

- في بعض الحالات، قد يكون إدخال أشياء غير مناسبة للفم سلوكاً قهرياً يعكس حاجة نفسية ملحة، أو رغبة في السيطرة على القلق. (DSM-5 -)

التفسيرات:

1. التفسير التحليلي:

وفقاً للتحليل النفسي، يُعتقد أن اضطرابات الأكل، بما في ذلك الشذوذ الغذائي، قد تنشأ نتيجة لصراعات نفسية داخلية ترتبط بالمراحل المبكرة من التطور النفسي الجنسي، وبالأخص في المرحلة الفمية. خلال هذه المرحلة، يصبح الفم المصدر الرئيسي للمتعة بالنسبة للطفل، ومن ثم يمكن أن يؤدي أي اضطراب في هذه المرحلة إلى خلل في العلاقة مع الطعام. على سبيل المثال، إذا كان الطفل يعاني من نقص في التعلق العاطفي أو كان هناك ارتباط مفرط بالأم، فقد يُظهر سلوكيات غذائية غير صحية كوسيلة للتفاعل مع هذه الصراعات الداخلية. يمكن أن يظهر هذا في رفض الطعام كنوع من الاعتراض أو في الإفراط فيه كطريقة للتعويض عن القلق العاطفي. علاوة على ذلك، يُعتبر الطعام في التحليل النفسي أداة للتحكم بالبيئة أو استعادة الأمان الداخلي في مواجهة القلق أو الاضطراب العاطفي. (فرويد، 1923، ص50)

2. التفسير المعرفي:

في التفسير المعرفي، يتم التركيز على الدور الذي تلعبه الأنماط المعرفية المشوهة في ظهور الشذوذ الغذائي. يعاني العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل من أفكار غير واقعية حول الطعام، الجسم، والوزن. هؤلاء الأفراد قد يطورون خوفاً مفرطاً من زيادة الوزن، حتى في حالة وجود وزن طبيعي أو منخفض. هذا الخوف يمكن أن يتحول إلى هاجس حول وزن الجسم، مما يؤدي إلى سلوكيات غذائية غير صحية مثل تجنب الطعام أو

الإفراط في تناول الطعام. يعتقد المعالجون المعرفيون أن هؤلاء الأشخاص قد يكونون في حاجة إلى إعادة تقييم معتقداتهم حول الطعام والجسم لتصحيح الأنماط المعرفية السلبية. أيضًا، يمكن أن يرتبط الطعام بمعاني عاطفية قوية لدى الأطفال والمراهقين، حيث قد يستخدمونه كوسيلة للتعبير عن مشاعرهم أو لإثبات هويتهم في مواقف اجتماعية معينة. (بيك، 1979، ص-82)

3. التفسير السلوكي:

من خلال التفسير السلوكي، يُفترض أن الشذوذ الغذائي يُتعلم ويُعزز من خلال تفاعلات البيئة المحيطة. في هذا السياق، يشير السلوكيون إلى أن الأطفال يتعلمون سلوكيات الأكل من خلال ملاحظات وتصرفات الوالدين أو المحيطين بهم. قد يتعلم الطفل رفض الطعام أو الإفراط فيه بناءً على التعزيزات التي يتلقاها، سواء كانت إيجابية أو سلبية. على سبيل المثال، إذا تم تعزيز سلوكيات الأكل المفرط أو التقليل من الطعام من خلال الثناء أو العقاب، فإن هذه السلوكيات ستستمر. بالإضافة إلى ذلك، قد يتأثر الأطفال بسلوكيات الأكل في أسرهم، فعلى سبيل المثال، إذا كان الوالدان يظهران توترًا مفرطًا بشأن الوزن أو صورة الجسم، قد يقلد الأطفال هذه السلوكيات ويتبنونها على أنها وسيلة للتعامل مع الطعام. (سكينر، 1953، ص-118)

4. التفسير البيولوجي:

يعتبر التفسير البيولوجي أن اضطرابات الأكل، بما في ذلك الشذوذ الغذائي، يمكن أن تكون نتيجة لاختلالات بيولوجية تتعلق بالجهاز العصبي أو الهرمونات. على سبيل المثال، قد تؤثر التغيرات العصبية، مثل الاختلالات في مستويات السيروتونين والدوبامين، على كيفية تعامل الفرد مع الطعام. تُظهر الدراسات أن هذه الأنظمة العصبية تلعب دورًا مهمًا في تنظيم الشهية، وبالتالي، يمكن أن يؤدي اختلالها إلى اضطرابات في السلوك الغذائي. علاوة على ذلك، يُعتقد أن العوامل الوراثية تلعب دورًا في قابلية الشخص لتطوير الشذوذ الغذائي، حيث

قد يكون هناك استعداد وراثي يجعل بعض الأفراد أكثر عرضة لهذه الاضطرابات. كما أن الاضطرابات الهرمونية، مثل تلك التي تؤثر على إنتاج هرمونات الجوع والشبع، يمكن أن تساهم في تغيرات في الشهية وتفضيلات الطعام، مما يؤدي إلى سلوكيات غذائية غير صحية.

5. التفسير النسقي:

التفسير النسقي يركز على تأثير التفاعلات الأسرية والاجتماعية في تطور الشذوذ الغذائي. في هذا السياق، يُعتقد أن الشذوذ الغذائي ليس مجرد سلوك فردي، بل هو نتيجة للتفاعلات في النظام العائلي. يمكن أن يكون الطعام وسيلة للتعبير عن الصراعات الأسرية أو للتعامل مع الضغط الاجتماعي في الأسرة. على سبيل المثال، إذا كان هناك توتر مستمر بين الوالدين أو أفراد الأسرة حول القضايا المتعلقة بالصورة الجسدية أو الوزن، فقد يشعر الطفل أو المراهق بضغط داخلي يؤدي إلى تبني سلوكيات غذائية غير صحية. (مينوشين،

1974، صفحة 55)

6. التفسير الإنساني:

التفسير الإنساني يركز على مفهوم إشباع الحاجات الأساسية للفرد. وفقًا لهذا التفسير، يُعتبر الشذوذ الغذائي تعبيرًا عن نقص في تلبية حاجات نفسية أساسية، مثل الحاجة إلى الأمان، الحب، والانتماء. يشعر الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل بأنهم غير قادرين على إشباع هذه الحاجات من خلال وسائل صحية، مما يؤدي إلى اللجوء إلى الطعام كوسيلة للتعويض. بالنسبة لبعض الأفراد، قد يكون الطعام هو المصدر الوحيد للراحة في حياتهم، مما يجعلهم يطورون علاقات غير صحية معه. في هذا السياق، يُعتبر الشذوذ الغذائي محاولة غير فعالة للتعامل مع الصراعات الداخلية وتلبية الحاجات النفسية المفقودة. في حالات أخرى، قد يتجسد الشذوذ الغذائي في مواجهة تحديات تتعلق بالنمو الشخصي،

(روجرز، 1961، ص 108).

2. اضطرابات النوم:

- الأرق:

مفهومها :

الأرق هو اضطراب في النوم يتميز بصعوبة في النوم أو الاستمرار في النوم أو الاستيقاظ المبكر جدًا مع عدم القدرة على العودة للنوم، ويصاحبه شعور بالتعب أو عدم الراحة أثناء النهار. يمكن أن يكون الأرق مؤقتًا (حادثًا) أو مستمرًا لفترة طويلة (مزمنًا). يمكن أن يؤثر الأرق على الوظائف اليومية، مما يقلل من القدرة على التركيز والأداء الجيد في العمل أو الدراسة، وقد يتسبب أيضًا في مشاكل عاطفية مثل القلق والاكتئاب. (روثمان، 2017، صفحة 120)

معايير التشخيص:

تشخيص الأرق يتطلب توافر عدة معايير وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، وهي كالتالي:

- صعوبة في النوم أو الحفاظ عليه، أو الاستيقاظ المبكر وعدم القدرة على العودة للنوم، على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع.
- تأثير هذه الصعوبات على الأداء اليومي، مثل التعب أو اضطرابات التركيز أو تأثيرات سلبية أخرى.
- استمرار الأعراض لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر.
- غياب حالات طبية أو نفسية أخرى يمكن أن تفسر الأرق، مثل الاكتئاب أو القلق أو اضطرابات النوم الأخرى.
- لا يرتبط الأرق بتأثيرات تناول المواد المنبهة أو الأدوية. (DSM-5)

التفسيرات:

أ. التفسير التحليلي:

يعتقد التحليل النفسي أن الأرق قد يكون مرتبطاً بالصراعات الداخلية التي لا يتمكن الفرد من التعبير عنها بشكل صريح. قد يشير الأرق إلى حالة من التوتر العاطفي أو القلق الذي يتم قمعه في العقل اللاواعي. قد يعكس الأرق الحاجة إلى الهروب من الصراعات النفسية أو الهروب من الواقع، خاصة إذا كانت هذه الصراعات تتعلق بالأمور غير المحققة أو المواقف الصعبة التي لم تتم معالجتها. (فرويد، 1923، ص87)

ب . التفسير المعرفي:

في التفسير المعرفي، يعتبر الأرق ناتجاً عن أنماط التفكير السلبية والمشوهة، مثل التركيز المفرط على مشكلة النوم والتوقعات السلبية بشأن النوم. يمكن أن يؤدي التفكير المستمر حول النوم ("لن أتمكن من النوم الليلة") إلى تفاقم المشكلة، مما يزيد من القلق بشأن النوم ويؤدي إلى دورة من الأرق المستمر. يُعتقد أن التوقف عن التفكير المفرط وتغيير تلك الأنماط المعرفية يمكن أن يساعد في علاج الأرق. (بيك، 1979، ص-36)

ج . التفسير السلوكي :

وفقاً لهذا التفسير، يتعلم الأفراد سلوكيات النوم السيئة نتيجة للتعزيز البيئي السلبي أو المواقف المريحة التي تساهم في استمرار الأرق. على سبيل المثال، قد يُشجع الشخص على البقاء في السرير أو محاولات مستمرة للنوم، مما يؤدي إلى ارتباط السرير بالتوتر بدلاً من الاسترخاء. يُركز العلاج السلوكي على تغيير هذه الأنماط من خلال تقنيات مثل تدريب النوم، الذي يشمل تنظيم مواعيد النوم، وتحديد بيئة النوم المناسبة. (سكينر، 1953، ص-

هـ . التفسير البيولوجي:

يشير التفسير البيولوجي إلى أن الأرق قد يكون ناتجًا عن اختلالات في النظام العصبي أو اضطرابات في إفراز المواد الكيميائية مثل الميلاتونين أو السيروتونين، وهي التي تتحكم في تنظيم النوم والاستيقاظ. العوامل الوراثية قد تكون أيضًا عاملاً في تطور الأرق، حيث تكون بعض الأفراد أكثر عرضة للإصابة بالأرق بسبب تغيرات في التركيبة البيولوجية لهم.

و. التفسير النفسي:

في هذا التفسير، يُنظر إلى الأرق كجزء من النظام الأكبر في حياة الفرد، بما في ذلك الأسرة أو العمل أو البيئة الاجتماعية. يمكن أن يؤدي التوتر في العلاقات الأسرية أو بيئة العمل إلى صعوبة في النوم. الضغوط الاجتماعية أو القلق بشأن الأداء قد يساهم أيضًا في الأرق. (مينوشين، 1974، صفحة 63)

ز. التفسير الإنساني:

يعتقد التفسير الإنساني أن الأرق قد يكون نتيجة لعدم تلبية الحاجات الأساسية للشخص، مثل الحاجة إلى الأمان الداخلي أو الراحة النفسية. قد يشعر الأفراد الذين يعانون من الأرق أنهم غير قادرين على الحصول على الدعم العاطفي أو المادي الكافي، مما يؤدي إلى القلق المستمر والإرهاق العقلي، والذي يؤثر على قدرتهم على النوم بشكل سليم. (روجرز، 1961، ص 108)

- فرط النوم:

مفهومها :

فرط النوم يُعرّف بأنه حالة من النعاس المستمر خلال النهار لفترات طويلة، أو حاجة ملحة للنوم، بغض النظر عن عدد ساعات النوم التي يحققها الشخص. وقد يُنظر إلى فرط النوم على أنه مشكلة صحية إذا كان الشخص يعاني من النوم المفرط بشكل مفرط يوميًا أو إذا كانت الحالة تؤثر سلبًا على الحياة اليومية. (كارتر، 2019، ص 120)

معايير التشخيص:

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يتم تشخيص فرط النوم بناءً على المعايير التالية:

1. **النعاس المفرط خلال النهار**: يجب أن يكون الشخص يعاني من نعاس مفرط أو حاجة للنوم خلال النهار على الأقل لمدة شهر واحد.
2. **النوم لمدة أكثر من 9 ساعات في الليل**: على الرغم من حصول الشخص على نوم طويل، إلا أنه يشعر بالتعب والنعاس المستمر خلال النهار.
3. **الصعوبة في الاستيقاظ**: عند الاستيقاظ، يواجه الشخص صعوبة في الاستيقاظ من النوم، أو يكون يشعر بالتعب المستمر حتى بعد النوم الطويل.
4. **الأعراض تؤثر على الأداء اليومي**: يجب أن تكون الأعراض شديدة بما يكفي لتؤثر سلبًا على الأنشطة اليومية العمل، المدرسة، الحياة الاجتماعية.
5. **استبعاد الأسباب الأخرى**: يجب أن يتم التأكد من أن الأعراض لا ناتجة عن حالات طبية أخرى مثل الاكتئاب أو اضطرابات النوم مثل انقطاع التنفس أثناء النوم (DSM).

5)

التفسيرات:

أ. التفسير التحليلي:

من المنظور التحليلي، فرط النوم قد يُفهم كآلية دفاعية ضد الصراعات الداخلية والضغط النفسية. يمكن أن يشير فرط النوم إلى رغبة في الهروب من مشاعر القلق أو الإجهاد العاطفي. النوم في هذه الحالة يصبح وسيلة للابتعاد عن الصراعات العقلية والتخفيف من المشاعر السلبية. يُعتبر النوم الهروب من الواقع أو تراجعًا عن المواجهة المباشرة مع الصعوبات النفسية. (فرويد، 1923، ص 48)

ب . التفسير المعرفي:

من المنظور المعرفي، فرط النوم قد يرتبط بأنماط التفكير غير الصحية حول النوم والراحة. يمكن أن تكون الأفكار حول النوم مُبالغ فيها، حيث يعتقد الشخص أنه بحاجة إلى النوم لفترات طويلة لتجنب التعب أو قلة الطاقة. هذا النوع من التفكير قد يؤدي إلى دورة مفرغة من النوم المفرط والنعاس، ويؤثر سلبًا على الأنشطة اليومية. (بيك، 1979، ص-97)

ج . التفسير السلوكي:

من منظور السلوكي، فرط النوم يمكن أن يحدث كنتيجة للتعزيز السلبي، حيث قد يتعلم الشخص أن النوم هو طريقة هروب من التوتر أو المشاكل اليومية. هذا السلوك قد يتعزز إذا تم التعرف عليه كوسيلة لتجنب المشاعر السلبية أو الصراعات العائلية أو الاجتماعية. (سكينر، 1953، ص-41)

د . التفسير البيولوجي:

في التفسير البيولوجي، يتم التركيز على الاختلالات العصبية أو الهرمونية التي قد تؤدي إلى فرط النوم. يمكن أن تتعلق هذه الاختلالات بأنظمة الدماغ المسؤولة عن تنظيم النوم مثل السيروتونين والدوبامين. كما يمكن أن يكون فرط النوم نتيجة لاضطرابات في نظام النوم مثل انقطاع التنفس أثناء النوم أو متلازمة الساقين غير المستقرة.

هـ . التفسير النسقي:

في التفسير النسقي، يُنظر إلى فرط النوم كجزء من تفاعلات بيئية وعائلية قد تؤثر على الشخص. على سبيل المثال، قد يتأثر فرط النوم بالصراعات الأسرية أو التوترات بين أفراد الأسرة، حيث يصبح النوم وسيلة للهروب من التوترات والضغط. (مينوشين، 1974،

و . التفسير الإنساني:

من المنظور الإنساني، يُعتبر فرط النوم قد يعكس نقصاً في تلبية احتياجات الشخص الأساسية مثل الأمان والراحة النفسية. قد يكون الشخص يعاني من شعور بالفراغ العاطفي أو العزلة، مما يدفعه إلى البحث عن الراحة في النوم كوسيلة لإشباع حاجاته العاطفية غير الملباة. (روجرز، 1961، ص 74)

- السير أثناء النوم:

مفهومها :

هو نوع من اضطرابات النوم الذي يتسم بالمشي أو القيام بأنشطة أخرى أثناء النوم دون أن يكون الشخص واعياً أو يتذكر ما حدث عند الاستيقاظ. يعد السير أثناء النوم من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً بين الأطفال والمراهقين، ولكنه يمكن أن يحدث أيضاً في البالغين. يحدث عادة في مرحلة النوم العميق، وغالباً ما يكون مصحوباً بحركات جسدية غير منسقة، كما قد يتضمن السلوكيات المعقدة مثل الذهاب إلى المطبخ أو حتى الخروج من المنزل، و السير أثناء النوم هو نوع من السلوك الغريب الذي يحدث أثناء النوم العميق أو المرحلة غير السريعة من النوم (NREM) ، حيث يخرج الشخص من السرير ويبدأ في المشي أو أداء سلوكيات أخرى معقدة. لا يتذكر الشخص عادة ما حدث عند استيقاظه، ويعد من الحالات التي يصعب التحكم فيها أو الوقاية منها (Mahowald & Schenck، 2005، p. 45).

معايير التشخيص:

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، يتم تشخيص السير أثناء النوم بناءً على المعايير التالية:

1. قيام الشخص بأنشطة جسمانية معقدة أثناء النوم: مثل المشي أو فتح الأبواب أو أداء أنشطة معقدة أخرى.

2. عدم وجود الوعي خلال الأحداث :الشخص يكون نائمًا تمامًا ولا يعي ما يحدث.
3. التأثير على الحياة اليومية :يمكن أن يؤدي السير أثناء النوم إلى إصابات أو أضرار، أو يؤدي إلى مشاكل في الحياة اليومية.
4. استبعاد الأسباب الأخرى :يجب استبعاد اضطرابات النوم الأخرى، مثل الأرق أو انقطاع التنفس أثناء النوم(DSM-5) .

التفسيرات:

أ. التفسير التحليلي) :

من المنظور التحليلي، يُعتبر السير أثناء النوم نتيجة لصراعات لاشعورية لم يتم حلها خلال اليقظة. يمكن أن يشير إلى وجود مشاعر من القلق أو التوتر أو حتى صراعات نفسية لم تجد طريقها للتعبير عن نفسها إلا خلال النوم. يُعتقد أن السير أثناء النوم يمثل محاولة غير واعية للهروب من الضغوط العاطفية(Freud، 1917،. (p. 220

ب . التفسير المعرفي:

من الناحية المعرفية، يمكن أن يكون السير أثناء النوم مرتبطًا بنمط من التفكير المشوه، حيث قد يواجه الشخص صعوبة في التعامل مع القلق أو الإجهاد خلال النهار، مما يؤدي إلى ظهور سلوكيات نوم غير طبيعية كآلية للهروب. بعض الأفراد الذين يعانون من القلق أو الاكتئاب قد يظهرون سلوكيات مثل السير أثناء النوم كاستجابة لتوترات نفسية(Beck، .، 1976،(p. 85

ج . التفسير السلوكي :

في التفسير السلوكي، يُفترض أن السير أثناء النوم قد يكون سلوكًا مكتسبًا نتيجة للتعزيز غير المباشر. على سبيل المثال، إذا كانت هناك تجارب ماضية تحتوي على سلوكيات تُعزز بشكل غير مباشر، مثل التعرض لضغط أو قلق أثناء النوم، قد يتعلم الشخص أن يتصرف بطريقة غير واعية أثناء النوم .(سكينر، 1953، ص-76)

د . التفسير البيولوجي) :

على الصعيد البيولوجي، يُعتقد أن السير أثناء النوم يحدث نتيجة لاختلال في العمليات العصبية المسؤولة عن تنظيم النوم. في هذه الحالة، يحدث انتقال غير طبيعي بين مراحل النوم، حيث يستمر الجسم في أداء الأنشطة الحركية دون أن يكون الشخص في حالة وعي كامل. العوامل الوراثية قد تلعب دورًا أيضًا في predisposition لحالة السير أثناء النوم، كما يمكن أن تكون هناك اضطرابات عصبية مرتبطة بهذه الحالة.

هـ . التفسير النسقي) :

من وجهة نظر النسق العائلي، قد يشير السير أثناء النوم إلى توترات بيئية أو عائلية قد تؤثر على الشخص أثناء النوم. في بعض الحالات، يمكن أن يكون هناك ارتباط بين هذه الحالة وضغوط الأسرة أو التفاعلات العائلية التي تحدث في الحياة اليومية، مما يساهم في ظهور السلوكيات غير المتحكم فيها أثناء النوم (Bowen، 1978، p. 65).

و. التفسير الإنساني :

من المنظور الإنساني، قد يعكس السير أثناء النوم مشاعر من القلق العميق أو شعور بالضيق العاطفي. يعتقد أن السلوك هو وسيلة غير واعية لمحاولة مواجهة أو الهروب من المشاعر الداخلية التي لم يتم التعبير عنها في الوعي الكامل (Rogers، 1961، p. 210).

3. اضطرابات العضلات الصارة (العاصرة)

- التبول اللاإرادي:

مفهوم:

التبول اللاإرادي هو فقدان القدرة على التحكم في التبول بشكل غير إرادي لدى الأطفال الذين تجاوزوا السن المتوقع لاكتساب السيطرة على المثانة (عادة 5 سنوات). يمكن أن يحدث ليلاً (Nocturnal Enuresis) أو نهارياً (Diurnal Enuresis)، وقد يكون أولياً (لم يسبق للطفل التحكم بالمثانة) أو ثانوياً (ظهر بعد فترة من التحكم الطبيعي). يشمل الاضطراب عوامل بيولوجية، نفسية، واجتماعية تسهم في حدوثه واستمراره (DSM-5)، 2022، p. 55).

معايير التشخيص:

- حدوث التبول: مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر متتالية أو أكثر.
- العمر: لا يقل عن 5 سنوات.
- تأثير على الأداء: يسبب اضطراباً كبيراً في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي، أو غيره.
- استبعاد الحالات الطبية: يجب استبعاد الأسباب العضوية مثل عدوى المسالك البولية أو اضطرابات الجهاز العصبي.

التفسيرات:

1. التفسير التحليلي:

من منظور التحليل النفسي، يعكس التبول اللاإرادي صراعات لا واعية تحدث خلال مراحل التطور النفسي الجنسي، وخاصة المرحلة الشرجية. قد يعبر الطفل عن مشاعر الغضب أو التمرد ضد سلطة الوالدين من خلال التبول اللاإرادي كوسيلة احتجاجية. كذلك، يمكن أن يكون التبول استجابة للحاجة إلى الأمان في بيئة مليئة بالتوتر أو الرفض، حيث يُعبر عن رغبته في إعادة بناء شعوره بالأمان عبر السلوك اللاواعي. بالإضافة إلى ذلك، يشير التحليل

النفسي إلى أن العلاقات المتناقضة بين الطفل ووالديه، خاصة الأم، تؤثر سلبًا على قدرته على تطوير استقلاليته والتحكم في المثانة (Freud، 1917، p. 23)

2. التفسير المعرفي:

يركز التفسير المعرفي على دور الأنماط الفكرية السلبية في تعزيز التبول اللاإرادي. يعاني الطفل من ضعف في الوعي الجسدي، مما يجعله غير قادر على التعرف على الإشارات الجسدية المتعلقة بامتلاء المثانة. إلى جانب ذلك، قد تساهم المعتقدات المشوهة، مثل الخوف من الفشل أو التفكير السلبي تجاه التبول، في تفاقم المشكلة. علاوة على ذلك، قد ينشأ الارتباط الخاطئ بين التبول وأوقات الراحة أو النوم، مما يعزز الاستجابة غير الصحيحة أثناء النوم (Beck، 1976، p. 90)

3. التفسير السلوكي:

يُفسر التبول اللاإرادي من منظور سلوكي كنتيجة للتعلم الاجتماعي والشرطي. ردود الفعل السلبية من الوالدين، مثل الغضب أو العقاب، قد تؤدي إلى تعزيز السلوك بدلاً من تصحيحه، حيث يصبح التبول وسيلة لتفريغ الضغط النفسي. كذلك، يمكن أن يتعلم الطفل عادات التبول غير الصحية من خلال النمذجة الاجتماعية أو البيئة المحيطة. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون السلوك نتيجة لاستجابات شرطية مكتسبة خلال مواقف مقلقة أثناء النوم أو اليقظة. (سكينر، 1953، ص-37)

4. التفسير البيولوجي:

يربط التفسير البيولوجي التبول اللاإرادي بعوامل عصبية ووراثية تؤثر على قدرة الطفل في التحكم في المثانة. يعاني الأطفال المصابون من تأخر في نضج الجهاز العصبي، مما يحد من استجابتهم للإشارات الجسدية المتعلقة بامتلاء المثانة. بالإضافة إلى ذلك، تُظهر الدراسات أن الأطفال الذين يعانون أحد والديهم من التبول اللاإرادي هم أكثر عرضة للإصابة

به، مما يشير إلى دور العوامل الوراثية. كذلك، يمكن أن يؤدي نقص إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول أثناء الليل إلى زيادة إنتاج البول، مما يفاقم المشكلة.

5. التفسير النسقي:

يركز التفسير النسقي على دور العلاقات الأسرية والبيئة المحيطة في اضطراب التبول اللاإرادي. يمكن أن يكون السلوك تعبيراً عن التوتر الناتج عن الصراعات العائلية أو الخلافات بين الوالدين. كما تؤثر البيئة العاطفية، سواء كانت تتميز بالإهمال أو فرط الحماية، على استقلالية الطفل وقدرته على التحكم في التبول. إلى جانب ذلك، يمكن أن يصبح السلوك وسيلة لجذب انتباه الوالدين أو للحصول على الاهتمام في بيئة تفتقر إلى الدعم العاطفي (Bowen، 1978، p. 70).

6. التفسير الإنساني:

من المنظور الإنساني، يعكس التبول اللاإرادي حاجة الطفل إلى الشعور بالأمان والانتماء. قد يكون هذا السلوك وسيلة للتعبير عن حاجة الطفل إلى قبول غير مشروط من والديه، خاصة في بيئة تفتقر إلى التعاطف. كما يمكن أن يكون التبول تعبيراً عن وجود عقبات تعيق تحقيق الطفل لمراحل تطوره الطبيعي، مما يظهر في سلوكيات مثل التبول اللاإرادي. يرى هذا التفسير أن تعزيز الأمان النفسي والعاطفي لدى الطفل يمكن أن يساعده على تجاوز هذه المشكلة (Rogers، 1961، p. 215).

التفسير العصبي:

يُعزى التبول اللاإرادي في التفسير العصبي إلى مشكلات مرتبطة بوظائف الجهاز العصبي المركزي. أحد الأسباب الرئيسية هو تأخر نضج الجهاز العصبي لدى بعض الأطفال، مما يجعلهم غير قادرين على الاستجابة للإشارات التي ترسلها المثانة عند امتلائها أثناء النوم. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون هناك خلل في آليات الاتصال بين الدماغ والمثانة، مما يعيق السيطرة الفعالة على عملية التبول، علاوة على ذلك، يرتبط التبول اللاإرادي أحياناً بمشكلات

في النوم العميق، حيث يعاني بعض الأطفال من صعوبة في الاستيقاظ عند امتلاء المثانة بسبب ضعف استجابة الدماغ لهذه الإشارات. كما تشير بعض الدراسات إلى دور عوامل عصبية أخرى مثل نقص إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول (ADH) أثناء الليل، مما يؤدي إلى إنتاج كميات كبيرة من البول لا يمكن للمثانة استيعابها، وتساهم هذه العوامل العصبية في جعل الطفل أكثر عرضة للتبول اللاإرادي، خاصة إذا كانت هناك عوامل إضافية مثل الإجهاد أو الظروف البيئية غير المريحة. يتم التعامل مع هذه الحالات عادةً باستخدام تقنيات تدريبية تهدف إلى تحسين استجابة الدماغ لإشارات المثانة وتعزيز التحكم العصبي في التبول (Nevés & von Gontard، 2017، p. 35).

- التبرز اللاإرادي:

مفهومه :

لتبرز اللاإرادي هو اضطراب يتميز بعدم قدرة الطفل على التحكم في عملية الإخراج، مما يؤدي إلى تسرب البراز في أماكن غير مناسبة (مثل الملابس أو الأرض)، سواء كان ذلك بشكل إرادي أو غير إرادي. يُشخص هذا الاضطراب عندما يحدث التبرز اللاإرادي بعد سن الرابعة، وهو العمر الذي يُفترض أن يكون فيه الطفل قد اكتسب القدرة على التحكم في الإخراج. (عكاشة، 2005، ص 230)

معايير التشخيص:

- الإخراج المتكرر للبراز في أماكن غير مناسبة، إما بشكل إرادي أو لا إرادي.
- حدوث المشكلة مرة واحدة على الأقل شهرياً لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.
- العمر الزمني للطفل لا يقل عن 4 سنوات.
- عدم وجود حالة طبية عامة أو دواء يفسر الأعراض (مثل الإمساك أو اضطرابات الجهاز الهضمي)

- تصنيف الحالة إلى:

التبرز مع إمساك أو احتباس .

التبرز بدون إمساك. (DSM-5)

التفسيرات :

1. التفسير العصبي:

يشير التفسير العصبي إلى أن التبرز اللاإرادي قد يكون ناتجًا عن خلل في التواصل بين الجهاز العصبي المركزي والأعصاب المسؤولة عن التحكم بالمستقيم. هذا الخلل قد يظهر على شكل تأخر في نضج الأعصاب، مما يؤدي إلى ضعف إدراك الطفل لإشارات امتلاء المستقيم. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يسبب الإمساك المزمن تمدد جدران المستقيم وفقدان حساسيته، مما يجعل الطفل غير قادر على التحكم بالإخراج. كما أن بعض الأطفال يعانون من صعوبة تنسيق العضلات العاصرة مع الإشارات العصبية، ما يؤدي إلى تسرب البراز بشكل لا إرادي (Nevés & von Gontard، 2017، p. 47).

2. التفسير التحليلي:

وفقًا للتحليل النفسي، يرتبط التبرز اللاإرادي بالصراعات اللاواعية التي تحدث خلال المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي للطفل. يعبر الطفل من خلال هذا السلوك عن رفضه للسيطرة أو احتجاجه على الضغوط الأسرية المتعلقة بتدريب استخدام المرحاض. قد يكون التبرز وسيلة لاواعية للتعبير عن الغضب المكبوت أو لجذب الانتباه في حالة شعور الطفل بالإهمال أو الرفض. في بعض الحالات، يرتبط السلوك بمحاولات الطفل لتعزيز الشعور بالأمان أو التمسك بعلاقة الأمومة (Freud، 1917، p. 58).

3. التفسير السلوكي:

يركز التفسير السلوكي على دور التعلم والخبرات السابقة في ظهور التبرز اللاإرادي. إذا لم يتلقَ الطفل تدريبًا كافيًا على استخدام المرحاض أو إذا كان التدريب مصحوبًا بعقاب أو

ضغط مفرط، فقد يؤدي ذلك إلى عادات خاطئة في التحكم بالتبرز. كما أن ردود فعل الوالدين السلبية، مثل الصراخ أو العقاب، قد تزيد من توتر الطفل، مما يؤدي إلى استمرار السلوك. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان الطفل يتعرض لنماذج أسرية تتعامل مع مشاكل مشابهة، فقد يتعلم السلوك بشكل غير مباشر. (سكينر، 1953، ص-62)

4. التفسير المعرفي:

يرى التفسير المعرفي أن التبرز اللاإرادي يرتبط بضعف الوعي الجسدي لدى الطفل وصعوبة التعرف على إشارات الجسد المتعلقة بالإخراج. الأطفال الذين يعانون من التفكير السلبي قد يربطون استخدام المرحاض بمشاعر القلق أو الخوف، مما يدفعهم إلى تجنب استخدامه. كما أن بعض الأطفال قد يطورون ارتباطات خاطئة بين التبرز وحالات الراحة أو النوم، مما يؤدي إلى تعزيز السلوك (Beck، 1976، p. 94).

5. التفسير النسقي:

يركز التفسير النسقي على دور الأسرة والبيئة المحيطة في نشوء التبرز اللاإرادي. في العائلات التي تعاني من صراعات أسرية متكررة، قد يظهر الطفل هذا السلوك كوسيلة للتعبير عن اضطرابه أو للفت انتباه الوالدين. كذلك، في حالات الإهمال أو فرط الحماية، قد يواجه الطفل صعوبة في تطوير استقلاليته، مما يؤدي إلى استمرار السلوك. علاوة على ذلك، قد يستخدم الطفل التبرز اللاإرادي كأداة لإعادة تشكيل ديناميكيات العلاقة داخل الأسرة (Bowen، 1978، p. 49).

6. التفسير البيولوجي:

يشير التفسير البيولوجي إلى أن التبرز اللاإرادي قد يكون نتيجة لعوامل جسدية مثل الإمساك المزمن، الذي يؤدي إلى تراكم البراز في المستقيم ويقلل من حساسيته. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون هناك خلل في إفراز بعض الهرمونات المسؤولة عن تنظيم حركة الأمعاء.

كما أن الدراسات أظهرت أن العوامل الوراثية تلعب دورًا كبيرًا، حيث تزداد احتمالية الإصابة بالتبرز اللاإرادي إذا كان أحد الوالدين يعاني من مشاكل مشابهة في طفولته.

7. التفسير الإنساني:

وفقًا للتفسير الإنساني، يعكس التبرز اللاإرادي حاجة الطفل إلى تحقيق الأمان والانتماء في بيئة مليئة بالدفء والتقبل. عندما يشعر الطفل بعدم الأمان أو يفتقر إلى الحب غير المشروط، قد يعبر عن ذلك من خلال التبرز اللاإرادي. يرتبط السلوك أيضًا بعوائق تمنع الطفل من تحقيق مراحل تطوره الطبيعي، مما يستدعي توفير بيئة داعمة تحفزه على النمو واكتساب السيطرة على سلوكياته بشكل صحي (Rogers، 1961، p. 267).

4. اضطرابات الهوية الجنسية عند الطفل والمراهق:

مفهومها :

اضطراب الهوية الجنسية هو حالة يحدث فيها انعدام توافق بين الجنس الذي وُلد به الطفل والجنس الذي يعتقد أو يشعر به داخليًا. يمكن أن يظهر هذا الشعور منذ سنوات الطفولة المبكرة وقد يتصاعد مع تقدم العمر، خصوصًا في مرحلة المراهقة. يُعرف هذا الاضطراب في بعض الأدبيات باسم "عدم التوافق بين الجنس البيولوجي والهوية الجنسية"، وهو يعكس حالة من الاضطراب النفسي العاطفي الناتج عن هذا الشعور بعدم التوافق. يُعتبر هذا الاضطراب في بعض الحالات مصدرًا للقلق النفسي وقد يؤدي إلى ضغوطات اجتماعية ونفسية نتيجة للضغوط المجتمعية والتوقعات المتعلقة بالهوية الجنسية .

(العايشي ، 2017، ص 47)

معايير التشخيص:

وفقًا للإصدار الخامس من دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات النفسية (DSM-5) لجمعية الطب النفسي الأمريكية، يتم تشخيص اضطراب الهوية الجنسية بناءً على مجموعة من المعايير التي تختلف بحسب مرحلة العمر (الطفولة أو المراهقة)

- التناقص ما بين الجنس المختبر والجنس المفترض المتوقع، (ويكون هذا على مستوى التصورات أو الخبرة في معاش الجنسي) منه أو النوع الطبيعي.
- . الميل إلى اللباس الجنس الآخر أو المغاير.
- . يفضل ألعاب الجنس المغاير.
- . الرغبة في التواجد مع الجنس الآخر.
- . الرغبة في ممارسة أدوار الجنس المغاير.
- . التوجه واختيار الأصدقاء من الجنس الآخر.
- . تتطور في المراهقة إلى رفض الخصائص الجنسية وما يتبعها من أدوار. (DSM-5)

التفسيرات :

1. التفسير التحليلي:

تشوهات النقصات في السياقات الأوديبية تتعلق بتأسيس الهوية الجنسية خلال المرحلة الأوديبية، التي تمتد بين عمر 3 إلى 5 سنوات (المرحلة القضيبية). غياب الأوديب الإيجابي يمنع تكوين تقمص واضح وصحيح لصورة الأب والأم. في هذه الحالة، يتجه الطفل إلى مواضيع الغيرة، حيث يقوم الولد باستدخال صورة الأم والبنت باستدخال صورة الأب كوسيلة لإصلاح تجربة الإقصاء. هذا الخل يمكن أن يؤدي إلى اضطراب في الهوية الجنسية، وقد يتطور لاحقاً إلى ميول جنسية مضطربة، حيث يعبر الطفل عن تصورات تسعى لهدم العلاقة بين الأب والأم

ويُعتبر أيضاً اضطراب الهوية الجنسية نتيجة لتوترات وصراعات نفسية كامنة في اللاوعي. وفقاً للنظرية الفرويدية، قد تنشأ هذه الصراعات من مراحل النمو الجنسي في الطفولة، مثل المرحلة الشرجية أو الفموية، حيث يمكن أن تكون العلاقة مع الوالدين، خصوصاً الأم أو الأب، هي التي تحدد الانجذاب أو الانفصال عن جنس الطفل البيولوجي. يرى التحليل النفسي أن الطفل قد يشعر بالصراع الداخلي بين مشاعر التمرد أو الغضب تجاه السلطة أو

الجنس الآخر، مما يتسبب في تطور هوية جنسية غير متوافقة مع الجنس الذي وُلد به. تعتبر هذه الهوية تعبيرًا عن تفاعل لاواعي بين الرغبات الذاتية والبيئة المحيطة. (فرويد، 1923، ص 89)

2. التفسير المعرفي :

من المنظور المعرفي، يُنظر إلى اضطراب الهوية الجنسية كنتاج لأنماط تفكير مشوهة أو غير متكاملة حول مفهوم الذات والجنس. قد تكون التصورات الخاطئة التي يحملها الفرد حول الأدوار الجنسانية هي التي تسهم في تشكيل هوية جنسية غير متوافقة مع الجنس البيولوجي. يعتقد الأطفال والمراهقون الذين يعانون من هذا الاضطراب أنهم لا يتناسبون مع الأدوار الجنسانية التي يتوقعها المجتمع، مما يؤدي إلى اضطرابات في الهوية الجنسية. في هذا السياق، يمكن أن تتسبب التجارب السلبية المرتبطة بالتحيزات الجنسانية أو الرفض الاجتماعي في زيادة تعقيد هذه الهويات (Beck، 1976، p. 127).

3. التفسير السلوكي :

يعتمد التفسير السلوكي على فكرة أن الهوية الجنسية تُكتسب من خلال التعلم الاجتماعي والتفاعل مع البيئة المحيطة. في هذا السياق، يُعتبر التبول اللاإرادي أو الارتباك في سلوكيات الطفل أو المراهق كنتيجة لتعلم أو ملاحظة سلوكيات من المحيط الاجتماعي، مثل الأقران أو الأسرة. في حالة اضطراب الهوية الجنسية، يمكن أن يؤدي تعزيز السلوكيات غير المتوافقة مع الجنس البيولوجي من قبل البيئة أو العائلة إلى تعزيز هذه السلوكيات بشكل أكبر. في هذا التفسير، يُعتبر الفرد كائنًا اجتماعيًا يتعلم السلوكيات من خلال المواقف والمكافآت والعقوبات التي يتعرض لها. (سكينر، 1953، ص-134)

4. التفسير البيولوجي :

يركز التفسير البيولوجي على العوامل الوراثية والهرمونية كعوامل رئيسية في تطور الهوية الجنسية. تشير الأبحاث البيولوجية إلى أن اضطرابات الهوية الجنسية قد تكون نتيجة

لاختلافات في تطور الدماغ أو التأثيرات الهرمونية أثناء الحمل أو النمو المبكر. على سبيل المثال، قد تتسبب مستويات غير طبيعية من الهرمونات مثل التستوستيرون أو الإستروجين أثناء الحمل في تطور دماغي يؤدي إلى تباين بين الهوية الجنسية والجنس البيولوجي. كما يمكن أن تلعب الجينات أيضًا دورًا في انتقال هذه الاضطرابات عبر الأجيال.

5. التفسير النسقي :

التفسير النسقي يعتمد على فهم العوامل الأسرية والاجتماعية كجزء من عملية تشكيل الهوية الجنسية. يُفترض أن العلاقة مع الوالدين أو البيئة المحيطة لها تأثير كبير في تطور هوية الطفل الجنسية. إذا كانت هناك صراعات أسرية أو صعوبات في التفاعل العاطفي داخل الأسرة، فقد ينعكس ذلك في اختلال هوية الطفل الجنسية. الصراعات الداخلية مع الأب أو الأم قد تؤدي إلى اضطرابات في تحديد الهوية الجنسية. إضافةً إلى ذلك، يمكن أن تؤثر ديناميكيات الأسرة بشكل عام على قبول الطفل لنفسه أو للجنس الذي ينتمي إليه .

(Bowen، 1978، p. 79)

6. التفسير الإنساني:

من وجهة نظر إنسانية، يعتبر اضطراب الهوية الجنسية نتيجة لرغبة الطفل أو المراهق في تحقيق الأمان والانتماء إلى مجتمع أو فئة معينة. يرى هذا التفسير أن الشخص يسعى للقبول غير المشروط، ولا سيما من خلال التجربة الشخصية والتفاعل مع الآخرين. في حالات اضطراب الهوية الجنسية، قد يعاني الطفل من مشاعر العزلة أو عدم القبول في بيئته الاجتماعية أو الأسرية، مما يؤدي إلى البحث عن هوية جنسية تتناسب مع مشاعره الداخلية. يشير التفسير الإنساني إلى أهمية احترام الذات والتحقق من الأمان النفسي لتحقيق الاندماج

الاجتماعي والجنساني (Rogers، 1961، p. 224)

7. التفسير العصبي:

التفسير العصبي يشير إلى أن اضطراب الهوية الجنسية قد يكون ناتجًا عن عوامل عصبية، تتضمن تغيرات في التركيب العصبي للدماغ أو في آلية الاستجابة للأشارات الجنسية. قد تكون المناطق المسؤولة عن تنظيم الهرمونات والسلوك الجنسي في الدماغ غير متوازنة أو غير مكتملة. تشير الدراسات العصبية إلى أن الخلل في مناطق الدماغ التي تتحكم في الإدراك الجنسي والهوية قد يساهم في تطور الاضطراب. على الرغم من وجود فرضيات حول العوامل العصبية، فإن البحث في هذا المجال لا يزال في مراحل أولية ويحتاج إلى مزيد من الدراسة لفهم كيفية تأثير الدماغ على تشكيل الهوية الجنسية (Nevéus & von Gontard، 2017، p. 47).

8. التفسير الثقافي:

التفسير الثقافي يُركز على تأثير الثقافة والمجتمع في تحديد الهوية الجنسية. يتأثر الأفراد في تكوين هويتهم الجنسية بالمعايير الثقافية السائدة، التي تفرض أنماطًا معينة للجنس والهوية. في بعض الثقافات، قد يُفرض على الطفل أو المراهق الالتزام بدور جنسي محدد، مما يؤدي إلى مشاكل في التوافق مع الجنس البيولوجي. الثقافة تلعب دورًا مهمًا في تحديد معايير القبول والرفض فيما يتعلق بالهوية الجنسية. الأفراد الذين يواجهون ضغوطًا اجتماعية وثقافية قد يعانون من اضطرابات هوية جنسية بسبب التوقعات الثقافية السائدة حول ما يُعتبر "طبيعيًا" أو "مقبولًا" في المجتمع. (العصفور، 2015، ص 117)

5. طيف التوحد:

مفهومه:

هو اضطراب نمائي عصبي يتميز بمظاهر متعددة تشمل صعوبات في التواصل الاجتماعي والسلوكيات التكرارية، بالإضافة إلى اهتمامات ضيقة ومحدودة. يظهر هذا الاضطراب غالبًا في السنوات الأولى من الحياة ويستمر مدى الحياة. يتسم التوحد بوجود

تباين واسع في شدته، مما يجعل التشخيص والعلاج يتطلبان تكييفًا دقيقًا يتناسب مع احتياجات الفرد.(محمود ،2017،ص 25)

معايير التشخيص:

وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، يتطلب التشخيص وجود مجموعة من الأعراض التي تؤثر على مجالات متعددة:

1. صعوبات في التواصل الاجتماعي والتفاعل:

- نقص في استخدام وتفسير الإشارات غير اللفظية (مثل تعبيرات الوجه، الإيماءات).
- صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية مناسبة للمرحلة العمرية.
- نقص القدرة على تبادل الاهتمامات والأحاسيس مع الآخرين.

2. أنماط سلوكية وتفضيلات محدودة وتكرارية:

- تصرفات متكررة مثل الحركات الجسدية أو تكرار الأفعال.
- التركيز على اهتمامات محدودة أو روتينية، مثل ترتيب الأشياء بطريقة معينة.
- مقاومة التغيير أو تفضيل البيئات المستقرة. (DSM-5)

التفسيرات :

التفسير التحليلي:

يركز التفسير التحليلي على العوامل النفسية العميقة في فهم طيف التوحد. وفقًا للمنظور التحليلي، قد يعكس التوحد صراعات داخلية غير واعية، بما في ذلك الانفصال العاطفي المبكر عن الأم أو صعوبات في التأقلم مع الأوضاع النفسية الحادة. قد يُعتبر التوحد استجابة للاحتياجات النفسية المكبوتة أو الانعزال العاطفي، حيث يعبر الطفل عن نفسه من خلال سلوكيات تكرارية ومحدودة بسبب هذه الصراعات اللاواعية (Bettelheim 1967).

التفسير المعرفي:

يركز التفسير المعرفي على ضعف المعالجة المعلوماتية عند الأفراد المصابين بطيف التوحد. يعاني هؤلاء من صعوبة في فهم أو معالجة المعلومات الاجتماعية والعاطفية، مثل التعرف على مشاعر الآخرين أو تفسير الإشارات الاجتماعية. هذا يساهم في نقص التفاعل الاجتماعي وضعف قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية، ويُعتقد أن العقول المصابة بالتوحد تتعامل مع العالم بشكل أكثر ميكانيكي وغير مرن، مما يؤدي إلى سلوكيات متكررة ومحدودة (Baron 1995 p18).

التفسير السلوكي:

من منظور سلوكي، يُنظر إلى طيف التوحد على أنه نتيجة للتعلم المرتبط بالمكافآت والعقوبات. يُعزز السلوك التكراري والمحدود بشكل بيئي من خلال الاستجابة المتكررة للأفراد أو بيئة الشخص. يعتقد السلوكيون أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يطورون هذه السلوكيات بسبب البيئة التي تحيط بهم والتي توفر لهم استجابات معينة، مما يساهم في تعزيز هذه الأنماط السلوكية (Lovaas 1987 p 8).

التفسير البيولوجي:

يشير التفسير البيولوجي إلى أن التوحد قد يكون ناتجًا عن اختلالات عصبية أو جينية. الدراسات أظهرت أن التوحد مرتبط بتغيرات في بنية ووظيفة الدماغ، بما في ذلك الفروق في التواصل العصبي بين الأجزاء المختلفة للدماغ. قد تلعب العوامل الوراثية دورًا في زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد، حيث يتم تحديد الاستعداد الجيني للإصابة بالاضطراب. كما تشير الدراسات إلى أن العوامل البيئية خلال مراحل الحمل قد تؤثر على احتمال تطور التوحد (Bailey 1995 p62).

التفسير النسقي: (Systemic Interpretation)

في التفسير النسقي، يُعتبر التوحد نتيجة لتفاعل العوامل البيئية، الاجتماعية والأسرية. يُعتقد أن التوترات الأسرية والصراعات داخل البيئة الأسرية قد تساهم في ظهور التوحد أو تفاقمه. يمكن أن يؤثر دعم الأسرة واستقرارها العاطفي على تطور الطفل وتفاعله مع الآخرين، مما يشير إلى أن التفاعل بين البيئة الأسرية والطفل يلعب دورًا مهمًا في تشكيل سلوكيات الطفل المصاب بالتوحد (Bronfenbrenner 1979 p141).

التفسير العصبي:

التفسير العصبي يشير إلى أن التوحد يعود إلى اختلالات في النظام العصبي للدماغ. تشير الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون تغيرات في مناطق الدماغ المسؤولة عن المعالجة الاجتماعية والحسية. يُعزى نقص التفاعل الاجتماعي إلى خلل في مناطق الدماغ مثل القشرة الحزامية الأمامية، بينما يُعتقد أن السلوكيات المتكررة تنشأ من عدم التوازن في الشبكات العصبية التي تدير التحكم الحركي والانتباه (Casanova 2014 p57).

6. التخلف العقلي:

فهومه :

التخلف العقلي هو اضطراب في التطور العقلي يتمثل في انخفاض الأداء الذهني العام عن المعدل الطبيعي، ويشمل نقصًا في القدرات العقلية المرتبطة بالتعلم، والتفكير المجرد، وحل المشكلات، والتكيف مع الحياة اليومية. يترافق مع التخلف العقلي صعوبة في التكيف الاجتماعي والوظيفي، وهو يؤثر في مهارات التكيف مثل العناية الشخصية، والمهارات الحركية، والمهارات الاجتماعية. (دويدار، 1990، ص 34)

معايير التشخيص:

لتشخيص التخلف العقلي، يعتمد الأطباء والمتخصصون في الطب النفسي على المعايير التالية:

1. **القدرة العقلية**: يتم تشخيص التخلف العقلي إذا كانت درجة الذكاء أقل من 70 وفقًا لاختبارات الذكاء القياسية مثل اختبار "واشي" أو "ستنبورد بينيه". يشير هذا النقص في الذكاء إلى وجود عجز عقلي يعوق قدرة الشخص على تعلم المهارات المعرفية والعملية.
2. **الصعوبة في التكيف**: يعاني الشخص من صعوبة في التكيف مع الحياة اليومية، مثل العناية الشخصية، التفاعل الاجتماعي، وتلبية متطلبات الحياة اليومية. يشمل ذلك عجزًا في المهارات الاجتماعية أو السلوكيات التكيفية المناسبة لعمر الشخص.
3. **التطور المبكر**: يجب أن يكون العجز العقلي ظاهرًا قبل سن 18، حيث يعكس تأخرًا في التطور العقلي والوظيفي.

ويتم تصنيف شدة الإعاقة إلى أربع مستويات بناءً على مدى تأثير العجز العقلي والتكيفي:

1. **خفيف**:

- يستطيع الفرد القيام بمعظم الأنشطة اليومية، مع حاجة إلى إشراف بسيط.
- صعوبات طفيفة في التعلم والتواصل الاجتماعي.

2. **متوسط**:

- يتطلب الفرد تدريبًا مستمرًا في مهارات الحياة اليومية والعمل.
- يحتاج دعمًا متكررًا في التفاعل الاجتماعي والأنشطة العملية.

3. **شديد (Severe)**:

- يعاني الفرد من عجز كبير في جميع المهارات التكيفية.
- يحتاج إلى إشراف مستمر ودعم مكثف في جميع الأنشطة.

4. **شديد جدًا**:

- يعجز الفرد عن القيام بأي نشاط يومي مستقل.
- يعتمد بالكامل على الآخرين للرعاية والدعم. (DSM-5)

التفسيرات :

1-التفسيرات الحياتية:

وفقاً للتحليل النفسي، يربط هذا التفسير التخلف العقلي بنقص في التوازن النفسي والتطور العاطفي الذي يحدث نتيجة لتجارب مؤلمة أو صراعات لاواعية في مرحلة الطفولة المبكرة. يرى فرويد أن الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي قد يواجهون صراعات داخلية مرتبطة بالمراحل النفسية التطورية، مثل المرحلة الشرجية أو الفمية، حيث قد يؤدي إخفاق الفرد في تجاوز هذه المراحل إلى تطور غير طبيعي في السلوك العقلي والعاطفي. من منظور فرويد، قد تكون هذه الصراعات سبباً في صعوبة اكتساب المهارات المعرفية وتعلم الأشياء الجديدة بشكل مناسب. (فرويد ، 2001، ص 110)

2-التفسيرات المعرفية:

من خلال التفسير المعرفي، يُنظر إلى التخلف العقلي على أنه ناتج عن نمط تفكير غير فعال أو غير متكيف. الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يواجهون صعوبة في معالجة المعلومات واستخدامها في المواقف اليومية. أظهرت الدراسات أن الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يعانون من ضعف في التفكير المجرد، وضعف القدرة على التكيف مع البيئات الاجتماعية الجديدة أو المواقف غير المألوفة. وقد يؤدي ذلك إلى انخفاض في التفاعل الاجتماعي، مما يعوق تطور مهاراتهم المعرفية بشكل كامل. (أبو زيد ، 2005، ص

3.التفسير السلوكي:

يركز التفسير السلوكي على أن التخلف العقلي قد يتشكل من خلال أنماط تعلم غير ملائمة أو تأثر البيئات المحيطة بالطفل. يشير السلوكيون إلى أن الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي غالبًا ما يتعلمون سلوكيات غير تكيفية من خلال التجربة والممارسة، بسبب عدم وجود التحفيز الكافي أو المكافآت المناسبة لتطوير مهاراتهم. كما يمكن أن تؤدي أساليب التربية غير الفعالة، مثل الإهمال أو الإفراط في الحماية، إلى تعزيز السلوكيات السلبية التي تؤثر في الأداء العقلي للطفل. (سكينر، 1953، ص-95)

4.التفسير البيولوجي:

يشير التفسير البيولوجي إلى أن التخلف العقلي ناتج عن عوامل وراثية أو بيولوجية تؤثر على تطور الدماغ. قد تكون هناك طفرات جينية أو خلل في الجينات تسبب تغيرات في تركيبة الدماغ تؤدي إلى التأثير على الوظائف العقلية. كما أن مشاكل الدماغ الهيكلية، مثل نقص الأوكسجين أثناء الولادة أو تعرض الطفل للإصابات الدماغية، قد تؤدي إلى تأخير في التطور العقلي. علاوة على ذلك، أظهرت الدراسات أن العديد من الحالات الوراثية مثل متلازمة داون أو متلازمة كروزون يمكن أن ترتبط بالتخلف العقلي. (غريب ، 2006 ، ص 29)

5.التفسير النفسي:

من خلال هذا التفسير، يُنظر إلى التخلف العقلي على أنه ناتج عن تفاعلات متعددة في النظام البيئي للعائلة والمجتمع. تتضمن هذه التفاعلات الصراعات الأسرية أو ضعف الدعم العاطفي في بيئة المنزل. قد يؤدي التوتر داخل الأسرة أو فقدان الرعاية المناسبة إلى تأثر نمو الطفل العقلي والعاطفي. كما أن تأثير النظام الاجتماعي مثل المدرسة أو المجتمع المحلي قد يساهم في تعزيز أو تقليل التأثيرات السلبية على تطور الطفل، خاصة عندما تكون هناك قلة في الدعم النفسي والاجتماعي. (العقيلي ، 2008 ، ص 69)

6.التفسير الإنساني:

التفسير الإنساني للتخلف العقلي يعبر عن أهمية البيئة الاجتماعية في تمكين الطفل من إظهار إمكاناته الكامنة. من منظور إنساني، يعكس التخلف العقلي نقصاً في الفرص التعليمية والاجتماعية التي تدعم النمو الشخصي للطفل. وفقاً لهذا التفسير، يحتاج الطفل إلى دعم عاطفي وحوافز قوية من أجل تحقيق شعور بالانتماء والقبول. في سياق هذا التفسير، فإن بيئة مليئة بالتفهم والاحترام يمكن أن تساهم في تعزيز تطور مهارات الطفل وتغلبه على التحديات التي يواجهها في النمو العقلي. (الشقير ، 2010 ، ص 58)

7.التفسير العصبي:

يركز التفسير العصبي على دور الخلل في الدماغ والأعصاب في تطور التخلف العقلي. يمكن أن يعزى التخلف العقلي إلى نقص في التطور العصبي، مثل ضعف الاتصال العصبي بين خلايا الدماغ أو وجود خلل في المواد الكيميائية في الدماغ. تؤكد الأبحاث العصبية على أن اضطرابات في نمو الدماغ قد تؤدي إلى صعوبات في المعالجة الحسية والتفكير. يعتقد العلماء أن التأثيرات العصبية الناجمة عن إصابات الدماغ، الأمراض العصبية، أو اضطرابات النواقل العصبية قد تؤدي إلى صعوبات في الوظائف العقلية الأساسية. (الحداد ، 2009 ، ص 49)

8.التفسير الثقافي:

التفسير الثقافي يشير إلى أن ما يُعتبر تخلفاً عقلياً قد يختلف بناءً على الثقافة والمجتمع الذي ينتمي إليه الفرد. من منظور ثقافي، قد يتم تفسير سلوكيات الطفل على أنها غير تكيفية أو غير متوافقة مع المعايير الثقافية السائدة في المجتمع. في بعض الثقافات، قد يُعتبر السلوك الذي يعكس تراجعاً في القدرات العقلية أمراً طبيعياً أو غير مهم، بينما في ثقافات أخرى قد يُنظر إلى ذلك على أنه إعاقة أو اضطراب. بذلك، يؤثر السياق الاجتماعي والثقافي بشكل كبير في تشخيص التخلف العقلي. (مصطفى، 2012 ، ص 56)

المحاضرة الثانية: الاضطرابات البنيوية:

1- التنظيمات العصابية لدى الطفل والمراهق:

- الهستيريا (التظاهرات الهستيرية):

مفهومها :

الهستيريا (Hysteria) هي اضطراب نفسي يعبر عن نفسه من خلال أعراض جسدية أو عصبية لا يمكن تفسيرها طبيًا، مثل الشلل، التشنجات، أو فقدان الحواس. تُعرف اليوم في التصنيفات النفسية باضطرابات التحويل (Conversion Disorders)، حيث تُحوّل الصراعات النفسية اللاواعية إلى أعراض جسدية. يظهر هذا الاضطراب في فئة الأطفال والمراهقين نتيجة ضغوط نفسية أو اجتماعية، ويعد وسيلة لا واعية للتكيف مع الأزمات.

(نبوي، 2015، ص 32)

معايير التشخيص:

- وجود أعراض حسية أو حركية جسدية غير مفسرة طبيًا: مثل العمى، الشلل، أو التشنجات.
- غياب الأسباب الطبية أو العصبية المؤكدة: يجب استبعاد أي تفسير طبي للأعراض.
- ارتباط الأعراض بعوامل نفسية: تُظهر الأعراض علاقة سببية مع الأحداث الضاغطة أو الصراعات النفسية.
- تأثير الأعراض على الوظائف اليومية: تتسبب الأعراض في تعطيل العمل أو الأنشطة الاجتماعية.
- غياب الافتعال: لا تكون الأعراض مقصودة أو تحت السيطرة الواعية للمريض.

(DSM-5)

التفسيرات:

1. التفسير التحليلي:

وفقًا لنظرية التحليل النفسي لفرويد، تنشأ الهستيريا نتيجة صراعات نفسية لا واعية ترتبط بمراحل التطور النفسي الجنسي، خصوصًا المرحلة الأوديبية. هذه الصراعات يتم كبتها في العقل اللاوعي بسبب كونها غير مقبولة اجتماعيًا أو أخلاقيًا، لكنها تظهر لاحقًا في شكل أعراض جسدية. يتم تحويل هذه الصراعات المكبوتة إلى أعراض جسدية كوسيلة للتعبير عن القلق أو التوتر العاطفي. الكبت يهدف إلى حماية الفرد من مواجهة صراعاته الداخلية بشكل مباشر، لكنه يؤدي إلى أعراض جسدية تعبر عن الصراع بطرق رمزية (Freud، 1917، p. 143).

2. التفسير المعرفي :

يركز التفسير المعرفي على دور أنماط التفكير السلبي في تضخيم الأعراض الهستيرية. الأفراد الذين يعانون من الهستيريا قد يكون لديهم معتقدات خاطئة أو مشوهة حول الأعراض الجسدية، مما يؤدي إلى صعوبة في فهم إشارات الجسد الطبيعية. يُظهر التفسير المعرفي كيف أن المبالغة في الانتباه للأعراض الجسدية وعدم القدرة على تفسيرها بشكل صحيح يؤدي إلى تكرار هذه الأعراض واستمرارها. التفكير التلقائي السلبي يلعب دورًا محوريًا، حيث يفسر الفرد التغيرات الجسدية الصغيرة كمؤشرات على مشكلة خطيرة، مما يعزز التوتر والأعراض (Beck، 1976، p. 84).

3. التفسير السلوكي:

يؤكد التفسير السلوكي أن الهستيريا تتشكل كنتيجة للتعلم من البيئة المحيطة. الأعراض الجسدية يمكن أن تكون معززة من خلال التعزيز الإيجابي أو السلبي. التعزيز الإيجابي يحدث عندما يحصل الفرد على اهتمام أو رعاية إضافية بسبب الأعراض، بينما التعزيز السلبي يحدث عندما تُزال مسؤوليات أو ضغوط بسبب الأعراض. هذا النمط السلوكي يجعل

الأعراض الهستيرية أكثر احتمالاً للتكرار. أيضاً، يمكن أن يتعلم الفرد هذه السلوكيات من خلال النمذجة الاجتماعية، حيث يلاحظ أن الأعراض الجسدية توفر وسائل للتعامل مع الضغوط. (سكينر، 1953، ص-59)

4. التفسير البيولوجي :

يركز التفسير البيولوجي على دور الجهاز العصبي والدماغ في نشوء الأعراض الهستيرية. الضغط النفسي الحاد يؤدي إلى تغييرات عصبية مؤقتة، مثل فرط نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، مما ينعكس على الوظائف الجسدية. قد تكون بعض المناطق في الدماغ، مثل القشرة الحسية أو المناطق المسؤولة عن التحكم الحركي، عرضة للتأثر بالضغوط النفسية مما يؤدي إلى أعراض هستيرية. هذا التفسير يُظهر كيف يمكن للضغوط النفسية أن تؤثر بشكل مباشر على الأداء العصبي، مما يسبب اضطرابات جسدية غير مفهومة عضوياً.

5. التفسير النسقي:

يركز التفسير النسقي على التفاعلات داخل الأسرة أو النظام الاجتماعي. الهستيريا تُعتبر استجابة للنظام البيئي المحيط، حيث تعكس الأعراض التوتر أو الصراعات بين أفراد الأسرة. الأعراض الهستيرية قد تكون وسيلة للتواصل غير اللفظي بين الفرد وأفراد أسرته، بهدف لفت الانتباه إلى مشكلات معينة أو لتحقيق التوازن داخل الأسرة. هذا التفسير يُظهر العلاقة بين الأعراض النفسية والجوانب الاجتماعية، حيث تُعتبر الهستيريا تعبيراً عن التوتر العائلي أو صراعات السلطة داخل الأسرة. (مينوشين، 1974، صفحة 44)

6. التفسير الإنساني :

يرى المنظور الإنساني أن الهستيريا تعبر عن صراع الفرد مع تحقيق الذات والاحتياجات النفسية الأساسية. الأعراض الجسدية تعكس حاجة غير مشبعة، مثل الحاجة إلى الحب، القبول، أو الأمان. الأعراض هنا ليست فقط نتيجة ضغوط خارجية، ولكنها تعبير عن عدم تحقيق النمو الشخصي والوفاء باحتياجات الإنسان الأساسية. هذا التفسير يركز على أهمية

الدعم العاطفي والتفاعل الإيجابي مع الآخرين في تقليل الأعراض النفسية والجسدية .

(Rogers، 1961، p. 215)

- الفوبيا (الحصر، القلق):

مفهومه :

الفوبيا، أو الرهاب (Phobia) ، هو اضطراب نفسي ينتمي إلى مجموعة اضطرابات القلق، يتميز بخوف مفرط وغير عقلاني ومستمر تجاه كائن معين، موقف، نشاط، أو فكرة، مما يؤدي إلى استجابات نفسية وسلوكية ملحوظة. لا يتناسب مستوى الخوف مع التهديد الحقيقي الذي يمثلته المحفز المخيف، وهو ما يجعله اضطرابًا يعوق الفرد عن ممارسة حياته بشكل

طبيعي. (نبيوي ، 2017 ، ص 16)

معايير التشخيص:

- خوف شديد وغير متناسب :خوف مستمر من كائن أو موقف محدد.
- الاستجابة الفورية :القلق يظهر فورًا عند التعرض لمحفز الفوبيا.
- السلوك التجنبي :يتجنب الفرد المحفز أو يتحمله بقلق شديد.
- استمرار الأعراض :تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل.
- الضيق أو التداخل :يسبب الخوف ضيقًا شديدًا أو يؤثر على الأداء اليومي (DSM) .

5)

التفسيرات:

1. التفسير التحليلي:

وفقًا للتحليل النفسي، تنشأ الفوبيا نتيجة صراعات داخلية عميقة مرتبطة باللاوعي، غالبًا ما تعود إلى مراحل الطفولة المبكرة. يُنظر إلى الرهاب كوسيلة رمزية للتعبير عن صراعات مكبوتة أو مشاعر غير محلولة، مثل الخوف من فقدان السيطرة أو التعلق الزائد بالوالدين. يعتقد المحللون النفسيون أن الشخص الذي يعاني من الفوبيا يقوم بنقل مخاوفه العميقة إلى

موضوع خارجي لتجنب مواجهة مصدر القلق الأساسي. على سبيل المثال، الخوف من المرتفعات قد يعكس خوفًا لاواعٍ من الفشل أو فقدان السيطرة في الحياة (Freud، 1917، p. 62)

2. التفسير المعرفي:

يركز التفسير المعرفي على التشوهات في عمليات التفكير التي تؤدي إلى تضخيم الخوف من محفز معين. يعاني الأشخاص المصابون بالفوبيا من أنماط فكرية غير منطقية، مثل التهويل أو التعميم المفرط، مما يجعلهم يعتقدون أن الموقف المخيف أكثر خطورة مما هو عليه في الواقع. قد يتطور الرهاب نتيجة لتجارب سابقة سلبية تتعلق بالمحفز، مثل التعرض لموقف مخرج أو خطير. هذا يؤدي إلى تشكيل استجابات قلق مبالغ فيها تُعززها الأفكار السلبية المتكررة (Beck، 1976، p. 93)

3. التفسير السلوكي: (Behavioral Interpretation)

تفسر النظرية السلوكية الفوبيا كنتيجة لتعلم مشروط حيث يرتبط محفز معين بتجربة مخيفة. على سبيل المثال، إذا تعرض شخص ما إلى حادثة مؤلمة أثناء ركوبه المصعد، قد يتطور لديه رهاب من الأماكن المغلقة. التجنب المستمر للمحفز المخيف يُعزز الرهاب لأنه يمنع الفرد من تعلم أن المحفز ليس خطرًا حقيقيًا. بالإضافة إلى ذلك، قد يلعب التعزيز السلبي دورًا، حيث يشعر الشخص بالارتياح عند تجنب الموقف المخيف، مما يزيد من ترسيخ السلوك. (سكينر، 1953، ص-158)

4. التفسير البيولوجي:

تشير التفسيرات البيولوجية إلى وجود عوامل عصبية وجينية تسهم في نشأة الفوبيا. النشاط المفرط في اللوزة الدماغية، المسؤولة عن استجابات الخوف، قد يجعل الأفراد أكثر عرضة للرهاب. كما أن عدم توازن الناقلات العصبية مثل السيروتونين والنورإبينفرين يمكن أن يُعزز

استجابات القلق. من الناحية الوراثية، أظهرت الأبحاث أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من الفوبيا يكونون أكثر عرضة لتطورها، مما يشير إلى وجود تأثير وراثي قوي.4

5. التفسير النسقي:

يركز التفسير النسقي على دور البيئة الاجتماعية والأسرية في تشكيل الفوبيا. الصراعات داخل الأسرة، مثل التوتر بين الوالدين أو انعدام الاستقرار العاطفي، يمكن أن تخلق بيئة محفزة لتطور الرهاب. الفوبيا قد تُعبر عن وسيلة غير مباشرة للتعبير عن مشاعر الإحباط أو الغضب في بيئة قمعية. على سبيل المثال، الطفل الذي يعاني من رهاب المدرسة قد يكون يعكس توترًا داخل الأسرة أو ضغوطًا أكاديمية مفرطة. (مينوشين، 1974، صفحة 77)

6. التفسير الإنساني:

من المنظور الإنساني، الفوبيا تُعتبر عقبة أمام تحقيق الذات والنمو الشخصي. يرى هذا التفسير أن الخوف المرضي يعكس مشاعر عميقة من عدم الكفاءة أو القلق بشأن تحقيق الأهداف. الأشخاص الذين يعانون من الفوبيا قد يشعرون بأنهم محاصرون في نمط من الخوف يُعيق حريتهم ويحد من قدرتهم على مواجهة تحديات الحياة. الرهاب هنا يُعبر عن حاجة داخلية لتحقيق الأمان أو الانتماء في بيئة يشعرون فيها بالضعف أو العجز .

(Rogers، 1961، p. 215)

7. التفسير العصبي:

يتعامل التفسير العصبي مع الفوبيا كاضطراب مرتبط بالوظائف العصبية للجهاز العصبي المركزي. اللوزة الدماغية والنواة المخططة تلعبان دورًا رئيسيًا في تضخيم استجابات الخوف لدى الأفراد المصابين بالرهاب. بالإضافة إلى ذلك، التغيرات في إفراز الهرمونات المرتبطة بالإجهاد، مثل الكورتيزول، قد تُساهم في تعزيز استجابات القلق. يُعتقد أيضًا أن الأشخاص الذين يعانون من زيادة في استثارة الجهاز العصبي الودي يكونون أكثر عرضة لتطور

الرهاب. (البنوي ، 2017 ، ص 105)

8. التفسير الثقافي:

توضح التفسيرات الثقافية أن الفوبيا قد تتأثر بالمعايير والمعتقدات الاجتماعية السائدة. القيم الثقافية والموروثات الشعبية يمكن أن تُعزز الخوف من أشياء معينة. على سبيل المثال، في بعض الثقافات، يُعتبر الخوف من الظلام أو الأرواح جزءًا من الموروث الشعبي، مما يجعل الأفراد أكثر عرضة لتطوير رهاب من هذه الظواهر. البيئة الثقافية لا تؤثر فقط على نوع الفوبيا، ولكن أيضًا على كيفية تفسيرها واستجابتها في المجتمع. (الجبالي، 2015، ص 65)

- العصاب الخوافي (الحصر، القلق):

مفهومه :

العصاب الخوافي هو اضطراب نفسي يتسم بوجود قلق شديد وغالبًا غير مفسر، حيث يشعر الفرد بحالة من الحصار العاطفي، ويشمل أعراضاً تتعلق بالخوف أو القلق المزمن، دون أن يكون هناك سبب واضح يبرر هذا الشعور. هذا الاضطراب يتضمن تجربة الفرد لأعراض من القلق التي تسيطر على تفكيره وسلوكه، مما يؤثر سلبًا على حياته اليومية. العصاب الخوافي لا يرتبط بمواقف أو أحداث معينة، بل هو قلق مستمر وقد يتسبب في تدهور نوعية الحياة (كامل، 2018، ص 18).

معايير التشخيص:

لتشخيص العصاب الخوافي وفقًا للمعايير التشخيصية مثل DSM-5 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، يجب أن تتوافر الأعراض التالية:

1. وجود قلق مزمن ومفرط حول العديد من المواضيع أو الأنشطة.
2. يعاني الفرد من صعوبة في التحكم بهذا القلق.
3. تترافق مع القلق أعراض جسدية مثل التعب، صعوبة النوم، العصبية، أو مشاكل في التركيز.

4. تستمر الأعراض لمدة لا تقل عن 6 أشهر.

5. يتسبب القلق في عرقلة الأداء الاجتماعي أو المهني أو الأنشطة اليومية. (DSM-5)

التفسيرات:

التفسير التحليلي:

يركز على وجود صراعات لاواعية في العقل الباطن التي تُسهم في ظهور الاضطرابات العصابية مثل القلق والحصر. يعتقد التحليل النفسي، الذي تأسس على يد سيغموند فرويد، أن العديد من الأعراض النفسية ناتجة عن صراعات بين الرغبات والغرائز اللاواعية، وبين ما يسمح به الوعي الفردي من تفاعل مع البيئة المحيطة. في حالة العصاب، قد تكون هذه الصراعات ناتجة عن تفاعلات مع الوالدين أو المحيطين في فترة الطفولة، أو من حالات إعادة صدمات نفسية غير محلولة في مراحل متقدمة من الحياة.

التفسير التحليلي يعزو العصاب إلى:

- **الصراعات اللاواعية:** العصاب يحدث عندما تكون هناك صراعات نفسية لم يتم حلها بين الرغبات اللاواعية (مثل الرغبة في التحريض أو السيطرة) وبين القيود التي يفرضها الشخص على نفسه (مثل القيم الاجتماعية أو التوقعات الأسرية).
- **الآليات الدفاعية:** يتم تفسير القلق أو الحصر كآلية دفاعية يستخدمها الشخص لحماية نفسه من المشاعر غير المقبولة أو الصراعات النفسية. على سبيل المثال، قد يكون القلق نتيجة لتجنب مواجهة الحقيقة المؤلمة أو الخوف من الرفض الاجتماعي.
- **مراحل النمو النفسي:** وفقًا لفرويد، الاضطرابات العصابية قد تحدث إذا كانت هناك صعوبة في التكيف مع مراحل النمو النفسي، خاصة في المراحل الجنسية المبكرة مثل المرحلة الشرجية. (فرويد، 2009، ص 25)

التفسير المعرفي :

من وجهة نظر معرفية، يُعتبر العصاب والقلق نتيجة لأنماط التفكير غير المنطقية أو المشوهة. يمكن أن يسهم الخوف من الفشل أو المبالغة في التفكير في المواقف المجهدة في تعزيز القلق. عندما يكون الفرد مهووسًا بتوقع أسوأ النتائج، يصبح لديه صعوبة في التعامل مع المواقف اليومية، مما يساهم في ظهور أعراض مثل الحصر والقلق. ويؤكد التفسير المعرفي على أهمية تصحيح الأفكار السلبية غير العقلانية وتغيير نمط التفكير إلى أكثر منطقية لتخفيف القلق وتحسين نوعية الحياة.(بيك، 2005، ص 74)

التفسير السلوكي :

من منظور سلوكي، العصاب هو نتيجة لتعلم سلوكيات غير تكيفية في استجابة للمواقف المسببة للقلق أو التوتر. هذه السلوكيات يمكن أن تنشأ من تجارب سابقة حيث تم تعزيز الاستجابة للتهديدات أو الضغوط النفسية بشكل غير صحي. على سبيل المثال، قد يتعلم الشخص تجنب المواقف التي تثير القلق (مثل الأماكن العامة أو المواقف الاجتماعية) بدلاً من مواجهتها والتكيف معها بشكل صحي. التفسير السلوكي يركز على كيفية تشكيل البيئة الخارجية للأعراض وكيفية تعزيز سلوكيات القلق عبر مواقف معينة.(ولبي، 2003، ص

(36)

التفسير البيولوجي :

البيولوجي يعزو العصاب إلى عوامل وراثية أو بيولوجية تؤثر في الدماغ والجهاز العصبي. من المحتمل أن تكون هناك عوامل وراثية تجعل بعض الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بالقلق والعصاب مقارنة بآخرين. بالإضافة إلى ذلك، قد تلعب الاضطرابات الكيميائية في الدماغ، مثل الاختلالات في مستويات النواقل العصبية (مثل السيروتونين والدوبامين)، دورًا في تطور هذه الاضطرابات. التغيرات في الجهاز العصبي قد تؤدي إلى استجابة غير متوازنة للضغط النفسي، مما يعزز أعراض القلق والحصر.(القوسي، 1990، ص61)

التفسير النسقي :

من منظور نسقي، يُعتبر العصاب أو القلق نتيجة للتفاعلات بين الفرد وبيئته الاجتماعية. البيئة الأسرية أو الاجتماعية قد تكون مليئة بالضغوط والتوترات التي تساهم في تطور الأعراض العصابية. على سبيل المثال، وجود صراعات أسرية مستمرة أو ضغوط مهنية قد تؤدي إلى زيادة القلق لدى الفرد. التفسير النسقي يرى أن الاضطراب لا يكون ناتجًا عن الفرد فقط، بل هو نتيجة لتفاعلات معقدة بين الفرد والمحيط الاجتماعي الذي يعيشه. (مينوشين،

1974، صفحة 53)

التفسير الإنساني :

يُركز التفسير الإنساني على الحاجة الأساسية للفرد لتحقيق الذات والشعور بالانتماء. من هذا المنظور، قد يظهر القلق والعصاب نتيجة للإحساس بالعجز أو فقدان السيطرة على حياة الفرد، مما يؤدي إلى أعراض مثل الحصر والقلق. يُعتبر الضغط لتحقيق طموحات غير واقعية أو التكيف مع المعايير الاجتماعية المتطلبة سببًا في تزايد الأعراض العصابية. التفسير الإنساني يعزز الفهم العاطفي ويدعو إلى تحقيق التوازن الداخلي والقبول الذاتي كجزء من العلاج. (روجرز ، 2001 ، ص 48)

التفسير العصبي :

التفسير العصبي يعتمد على الدراسات التي أظهرت أن العصاب والقلق قد يكونان ناتجين عن خلل في الدماغ أو الجهاز العصبي. الأبحاث العصبية تشير إلى وجود تغيرات في البنية والوظيفة الدماغية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق. قد تكون هناك فرط في النشاط في مناطق الدماغ المعنية بالاستجابة للمخاطر، مثل اللوزة الدماغية، مما يؤدي إلى زيادة الحساسية للتهديدات وإظهار أعراض القلق. التفسير العصبي يعزز فكرة أن العوامل البيولوجية تتداخل مع الجوانب النفسية لتكوين هذه الاضطرابات. (عبد الخالق

، 2000، ص 75)

التفسير الثقافي :

التفسير الثقافي يركز على دور الثقافة في تشكيل استجابات الأفراد للضغوط النفسية. قد تساهم العوامل الثقافية في تشكيل كيفية تفسير الفرد للقلق أو العصاب. على سبيل المثال، بعض الثقافات قد تعزز مفهوم الضغوط الاجتماعية بشكل أكبر، مما قد يزيد من القلق عند الأفراد في تلك الثقافات. يعتقد التفسير الثقافي أن الأفراد في بيئات ثقافية معينة قد يكونون أكثر عرضة لتطور الأعراض العصابية بسبب المعايير الثقافية والتوقعات الاجتماعية التي تفرضها هذه الثقافة. (سرياني، 2001، ص 62)

- الوسواس الاستحواذي (الوسواس القهري):

مفهومها :

الوسواس القهري هو اضطراب نفسي يتميز بوجود أفكار متطفلة، ملحة أو مشوشة، تثير القلق لدى الشخص المصاب، مما يدفعه إلى القيام بسلوكيات متكررة أو طقوسية بهدف تخفيف هذا القلق أو منعه. هذه الأفكار قد تكون غير منطقية، ولكن الشخص المصاب يشعر بأنه مجبر على تنفيذ هذه السلوكيات على الرغم من معرفته بعدم منطقيتها.

المفهوم :الوسواس القهري يشمل نوعين من الأعراض:

1. الأفكار الوسواسية :وهي أفكار أو صور ذهنية تتكرر وتستحوذ على تفكير الشخص بشكل غير مرغوب فيه. قد تتعلق هذه الأفكار بالخوف من التلوث، الخوف من إيذاء الآخرين، أو الحاجة إلى ترتيب الأشياء بطريقة معينة.

2. السلوكيات القهرية :وهي أفعال يتبعها الشخص بشكل متكرر بهدف إيقاف أو تقليل القلق الناتج عن الأفكار الوسواسية. مثل غسل اليدين مرارًا وتكرارًا، التحقق من الأشياء بشكل مستمر، أو الترتيب الدقيق للأشياء. (عبد الستار ، 2008 ، ص 46)

معايير التشخيص:

لتشخيص الوسواس القهري، يجب أن تتوافر المعايير التالية:

1. وجود أفكار وسواسية متكررة وغير مرغوب فيها تؤدي إلى القلق.
2. وجود سلوكيات قهرية موجهة للحد من القلق الناتج عن هذه الأفكار أو لمنع حدوث شيء غير مرغوب فيه.
3. أن تكون هذه الأعراض تأخذ وقتاً طويلاً (عادة أكثر من ساعة في اليوم).
4. أن تسبب الأعراض معاناة كبيرة في الحياة اليومية للشخص أو تؤثر على وظائفه الاجتماعية والمهنية. (DSM-5)

التفسيرات:

1. التفسير التحليلي (التحليل النفسي) للوسواس القهري:

من منظور التحليل النفسي، يُعتبر الوسواس القهري نتيجة لصراعات لاواعية نشأت خلال مراحل التطور النفسي للطفل، وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. وفقاً لفرويد، تُعتبر هذه الصراعات منبثقة عن الصراع بين الهو (الغرائزية)، والأنا (الذات الواعية)، والأنا العليا (الضمير الأخلاقي). الوسواس القهري يظهر عندما لا يستطيع الفرد تحقيق توازن صحي بين هذه المكونات النفسية، ويُظهر سلوكيات قهرية وسواسية كاستجابة لهذه الصراعات الداخلية.

الصراعات اللاواعية: يُعتقد أن الوسواس القهري يتشكل عندما يكون لدى الشخص رغبات لاواعية أو دوافع مكبوتة لا يمكن التعبير عنها بشكل مباشر. على سبيل المثال، قد يشعر الشخص برغبات غير مقبولة أو محظورة، مثل العدوانية أو الرغبة في السيطرة على الآخرين. بسبب الرفض أو القمع من الأنا العليا (التي تمثل الضمير الأخلاقي والمعايير الاجتماعية)، تظهر هذه الرغبات في شكل أفكار وسواسية وسلوكيات قهرية. يتخذ السلوك القهري شكل طقوس أو أفعال متكررة بهدف كبح هذه الرغبات أو تخفيف القلق الناتج عنها.

الدور الدفاعي للوسواس القهري: في التحليل النفسي، يُعتبر الوسواس القهري آلية دفاعية تستخدمها النفس لحماية الذات من القلق أو من المشاعر غير المقبولة. على سبيل المثال،

قد تظهر السلوكيات القهرية كطريقة لإعادة تنظيم الحياة وفرض النظام على الأوضاع الفوضوية، ما يُحسن الشعور بالأمان. يعتبر "إعادة التنظيم" طريقة للعقل اللاواعي لكي يتحكم في الشعور بالعجز أو الفوضى، كما أن الطقوس القهرية تتيح للفرد أن يشعر بأنه قادر على منع حدوث أشياء سيئة أو غير مرغوب فيها، مثل الحوادث أو الكوارث.

العلاقة بين الأبناء والوالدين: من خلال التحليل النفسي، يُعتقد أن العلاقة بين الطفل ووالديه تلعب دورًا أساسيًا في تطور الوسواس القهري. على سبيل المثال، قد تؤدي رقابة الوالدين المفرطة أو التوقعات العالية إلى تعزيز الشعور بالذنب أو القلق عند الطفل، مما يدفعه إلى إظهار سلوكيات قهرية كوسيلة للتكيف مع هذه الضغوط. علاوة على ذلك، قد يؤدي الشك أو العدوان المكبوت نحو الوالدين إلى تعزيز ظهور هذه الأنماط السلوكية.

المرحلة الشرجية: وفقًا لنظرية فرويد في مراحل النمو النفسي الجنسي، يرتبط الوسواس القهري أحيانًا بالصراعات غير المحلولة في المرحلة الشرجية من النمو، والتي تحدث بين عمر 18 شهرًا إلى 3 سنوات. في هذه المرحلة، يُعزى إلى الطفل الشعور بالتحكم أو فقدانه، ويتعلم أن يخضع لإرادة الوالدين أو المجتمع. إذا كانت هذه المرحلة تتميز بالرقابة الصارمة أو الانضباط المفرط، قد يطور الطفل لاحقًا سلوكيات قهرية تتمثل في "النظام" و"الترتيب" كرد فعل لهذه الصراعات النفسية. (عبد الستار ، 2008 ، ص 253)

2. التفسير المعرفي :

يُعتبر التفسير المعرفي الوسواس القهري نتيجة لتفسير غير مناسب للأفكار والأحداث. الشخص المصاب قد يُبالغ في تقدير تهديدات أو مخاطر غير حقيقية، وبالتالي يشعر بالحاجة إلى القيام بسلوكيات قهرية كاستجابة لتلك الأفكار. يُعتقد أن الأشخاص المصابين بالوسواس القهري لديهم انحرافات معرفية مثل:

- **الشك المفرط:** حيث يعتقد الشخص أنه إذا لم يقوم بالسلوك القهري، سيحدث شيء سيئ.

• الإفراط في التقدير :حيث يعتقد الشخص أن قدرتهم على منع أو التحكم بالأحداث هي أكبر من الحقيقة.(عماد عبد الرحمن ،2013، ص 150)

3. التفسير السلوكي :

من وجهة النظر السلوكية، يعتبر الوسواس القهري نتاجًا للتعلم الشرطي. حيث يتم تعزيز السلوكيات القهرية من خلال التخفيف من القلق الذي يشعر به الشخص بعد القيام بها. على سبيل المثال، إذا شعر الشخص بالقلق الشديد من التلوث وبدأ بغسل يديه، فإن تكرار هذا السلوك سيؤدي إلى تخفيف القلق في تلك اللحظة، مما يُعزز السلوك ويساهم في استمراره.(فحري ،1997، ص 65)

4. التفسير البيولوجي :

يشير التفسير البيولوجي إلى أن هناك استعدادًا وراثيًا للإصابة بالوسواس القهري، بالإضافة إلى الاختلالات في المواد الكيميائية في الدماغ مثل السيروتونين والدوبامين. كما أظهرت الدراسات وجود تغييرات في نشاط الدماغ، وخاصة في المناطق المرتبطة بالتحكم في السلوك والتفاعل مع البيئة المحيطة.(عكاشة ،2003، ص330)

5. التفسير النسقي :

من منظور النسق العائلي والاجتماعي، يُعتبر الوسواس القهري قد يتأثر بالبيئة المحيطة، مثل الأسرة. في بعض الأحيان، يمكن أن تنشأ الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية نتيجة لضغوط اجتماعية أو أسرية مفرطة، مثل السيطرة أو الانضباط الشديد. الأسرة قد تلعب دورًا في تعزيز هذه الأنماط السلوكية من خلال ردود أفعالها أو تجنبها للمواقف المثيرة للقلق.(تركي ،2009، ص 137)

6. التفسير الإنساني :

من المنظور الإنساني، يُنظر إلى الوسواس القهري كاستجابة نفسية لتحديات الحياة التي قد تكون غير قابلة للحمل. قد يعكس الشخص المصاب رغبة غير واعية في تحقيق الأمان أو

النظام في عالم يشعر فيه بعدم السيطرة. يمكن أن يكون الوسواس القهري ردًا على فقدان الذات أو الشعور بالعجز عن التحكم في العواطف أو الأحداث.

7. التفسير الثقافي :

في بعض الثقافات، يُعتقد أن الوسواس القهري قد يكون نتيجة لضغوط ثقافية أو دينية. بعض التقاليد قد تشدد على النظافة أو الطهارة بشكل مبالغ فيه، مما قد يعزز ظهور السلوكيات القهرية المتعلقة بالتنظيف أو التحقق من الأشياء. في سياقات ثقافية معينة، قد يُفهم الوسواس القهري بشكل مختلف بناءً على المعتقدات الدينية أو القيم المجتمعية. (محفوظ، 2005، ص 71)

2. الذهان المبكر:

– ذاتوية:

مفهومه :

الذاتوية هي اضطراب تطوري عصبي يتميز بالصعوبة في التواصل الاجتماعي، ومحدودية الاهتمامات، وأنماط سلوكية متكررة أو محدودة. أما الذهان المبكر فهو ظهور أعراض ذهانية في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ويتضمن اضطرابًا في التفكير والوعي، مثل الهلاوس والأوهام، ما يغير القدرة على التفاعل مع الواقع بشكل طبيعي. (شعلان، 2001، ص 23)

الارتباط بين الذاتوية والذهان المبكر:

بينما تعتبر الذاتوية اضطرابًا تطوريًا مبكرًا، فإن الذهان المبكر يشير إلى ظهور أعراض ذهانية في وقت أبكر من المعتاد، ويشمل اضطرابات مثل الفصام في الأطفال والمراهقين. قد تتداخل هذه الاضطرابات في بعض الحالات، مما يؤدي إلى صعوبة تشخيص حالة الطفل أو المراهق بشكل دقيق. وعند الحديث عن الذاتوية و الذهان المبكر، هناك بعض النقاط التي يمكن أن تشير إلى التداخل بين هذين الاضطرابين:

1. السمات المشتركة :

يمكن أن يظهر لدى الأطفال المصابين بالذاتوية بعض الأعراض التي قد تذكرنا بالأعراض الذهانية، مثل الهلوس أو الأفكار الغريبة. مع ذلك، تختلف الهلوس في الذاتوية عن الذهان المبكر في أن الأخيرة تشمل تصورات غير حقيقية قد تكون مرتبطة بحالة القلق أو الخوف الشديد، بينما تكون الهلوس في الذاتوية مرتبطة بتفسيرات غير دقيقة لما يراه الطفل.

2. الخلل في التواصل الاجتماعي :

يعاني الأطفال المصابون بالذاتوية من صعوبة في بناء علاقات اجتماعية، ويمكن أن يؤثر ذلك في قدرتهم على التعامل مع الواقع، ما قد يؤدي إلى ظهور أعراض تشبه الذهان المبكر.

3. المعتقدات والتفسيرات الغريبة :

في حالات معينة من الذاتوية، قد يطور الطفل معتقدات أو تفسيرات غير منطقية حول بيئته أو حول الأشخاص المحيطين به، ما يشبه إلى حد ما الأوهام الذهانية، ولكن هذه الأفكار غالبًا ما تكون مرتبطة بقدرة الطفل على المعالجة الاجتماعية وليس باضطراب عقلي متطور كما في الذهان المبكر.

4. الفصام في الطفولة :

يعتبر الفصام في الطفولة نوعًا من الذهان المبكر الذي قد يظهر في سياقات ذاتوية. تشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بالفصام في الطفولة يمكن أن يعانون من مشاكل مشابهة لتلك التي تظهر في اضطرابات الطيف التوحدي، مثل صعوبة التواصل مع الآخرين وفهم السياقات الاجتماعية، لكن لديهم أيضًا أعراض إضافية مثل الهلوس والأوهام.(حسن

مصطفى، 2007، ص 39)

معايير التشخيص :

معايير التشخيص وفقاً للنسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: (DSM-5)

الذاتوية (اضطراب طيف التوحد):

يتضمن DSM-5 معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) في ثلاث فئات رئيسية تشمل العجز في التواصل الاجتماعي والسلوكيات المتكررة والاهتمامات المحدودة. يتم التشخيص إذا كانت الأعراض مستمرة وتتداخل مع الحياة اليومية للطفل أو المراهق.

1. العجز في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر عدة سياقات:

- عجز ملحوظ في استخدام السلوكيات التفاعلية مثل التواصل البصري، والتعبيرات الوجهية، والإيماءات.
- عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مناسبة لعمر الطفل، مثل عدم القدرة على التفاعل مع أقرانه.
- صعوبة في فهم مشاعر الآخرين أو التعبير عن المشاعر بشكل مناسب.
- نقص في التواصل اللفظي أو غير اللفظي (مثل الصمت في المواقف الاجتماعية).

2. السلوكيات والاهتمامات المتكررة أو المقيدة:

- أنماط سلوكية متكررة: مثل الحركات المتكررة (الهز أو الحركة الدائرية) أو استخدام نفس الألعاب بنفس الطريقة.
- التركيز المفرط على موضوع معين أو الاهتمام بأشياء معينة دون تغيير، مثل التركيز على أشياء غير معتادة.
- الحساسية المفرطة أو نقص الحساسية للمثيرات الحسية: مثل الاستجابة المفرطة للأصوات أو الضوء أو حتى عدم الإحساس بالألم.

3. الأعراض يجب أن تكون موجودة منذ الطفولة المبكرة:

- يجب أن تظهر الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة، رغم أنه قد يصعب تشخيصها في البداية.

- الأعراض تؤثر بشكل كبير على الأداء الاجتماعي، الأكاديمي، أو المهني.

4. تأثير الأعراض على الحياة اليومية:

- التأثير الكبير للأعراض على القدرة الوظيفية اليومية في مجالات متعددة من الحياة مثل الدراسة، العمل، أو العلاقات: (DSM-5) .

الذهان المبكر (مثل الفصام في الأطفال):

DSM-5 يميز بين الذهان المبكر واضطرابات طيف التوحد من خلال الأعراض المرتبطة بالعقل أو الإدراك.

1. وجود الهلوس أو الأوهام:

- هلاوس سمعية أو بصرية قد تحدث مع اضطرابات الفهم الذهني، مثل سماع أصوات غير موجودة أو رؤية أشياء لا يمكن رؤيتها من قبل الآخرين.

- الأوهام: قد يتوهم الشخص أن الآخرين يتآمرون ضده أو يمتلكون نوايا ضارة تجاهه.

2. اضطرابات التفكير:

- يحدث شذوذ في التفكير أو اضطراب الكلام، حيث يمكن أن يكون الكلام غير مترابط أو صعب الفهم.

- صعوبة في متابعة المواضيع أو الربط بين الأفكار، ويعاني المريض من شذوذ في اللغة.

3. تغيرات في الإدراك العقلي:

- الأعراض قد تظهر على شكل تغيير في الإدراك الشخصي للعالم المحيط أو تداخل مع الواقع المعاش.

4. مدة الأعراض وتأثيرها على الحياة اليومية:

- يجب أن تستمر الأعراض لفترة زمنية محددة (غالبًا أكثر من 6 أشهر) لتكون مؤشرًا على اضطراب ذهاني.
- تؤثر الأعراض بشكل جوهري على أداء الشخص في الأنشطة اليومية الأساسية مثل الدراسة، والعمل، والعلاقات (DSM-5).

التفسيرات :

1. التفسير التحليلي :

من وجهة نظر التحليل النفسي، يُعتبر الذهان المبكر في الأطفال اضطرابًا ناتجًا عن صراعات لاواعية تتعلق بتطور النمو العاطفي والاجتماعي. بالنسبة للأطفال المصابين بالتوحد، يمكن أن يُفسر التوحد كنوع من الانسحاب الذاتي الناجم عن صراعات داخلية بين رغبات الطفل ومطالبات البيئة المحيطة، مثل علاقة الطفل بالأم أو الإحساس بعدم الأمان في محيطه. في حالة الذهان المبكر، يعبر الطفل عن هذه الصراعات من خلال الهلوسة أو الأوهام، حيث تكون هذه الصراعات شديدة لدرجة أنها تؤدي إلى انفصال الطفل عن الواقع بشكل مفرط. بالنسبة للذاتوية، يمكن أن تكون هذه الانعزالية هي نتيجة لردود فعل لاواعية على الضغوط الاجتماعية أو العاطفية. (فهيم، 2002، ص213)

2. التفسير المعرفي:

من الناحية المعرفية، يُعتبر الذهان المبكر اضطرابًا مرتبطًا بعدم قدرة الطفل على معالجة وتنظيم المعلومات بشكل سليم. الأطفال المصابون بالتوحد يعانون غالبًا من صعوبة في معالجة المعلومات الاجتماعية، وهذا قد يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف والتفاعلات الاجتماعية. أما بالنسبة للذهان المبكر، فقد يعاني الطفل من ضعف في القدرة على تنظيم المعلومات الحسية والإدراكية، مما يؤدي إلى الهلوسة أو الأوهام. في حالة الذهان المبكر المصاحب للتوحد، قد تزداد صعوبة فهم العالم المحيط، ويزيد ذلك من عزل الطفل عن بيئته الاجتماعية. (محمد كمال، 2009، ص 96)

3. التفسير السلوكي:

من خلال التفسير السلوكي، يُفترض أن الذهان المبكر قد يحدث بسبب ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها تجاه مواقف مقلقة أو غير مفهومة. الأطفال المصابون بالتوحد قد يظهرون سلوكيات متكررة أو مقاومة للتغيير في بيئتهم. في بعض الحالات، يمكن أن يتطور هذا إلى ردود فعل ذهانية، حيث تصبح هذه السلوكيات وسيلة لتفادي القلق أو التعامل مع المواقف غير المألوفة. بالنسبة للذاتوية، يُحتمل أن تكون العزلة الاجتماعية نتيجة لتعزيز سلوكي غير مناسب، مثل تجنب المواقف الاجتماعية التي تثير القلق أو الفشل في التعرف على رمزية سلوك الآخرين. (محمد فوزي، 2010، ص 86)

4. التفسير البيولوجي :

من منظور بيولوجي، يُعتبر التوحد اضطرابًا ناتجًا عن تشوهات في التكوين العصبي، مما يؤدي إلى ضعف في مناطق الدماغ المسؤولة عن التواصل الاجتماعي والتفاعلات الحسية. التغيرات في نشاط الدماغ يمكن أن تؤدي إلى اضطراب في معالجة المعلومات الاجتماعية، وهو أمر يلاحظ بشكل رئيسي في حالات التوحد. أما بالنسبة للذهان المبكر، فقد يرتبط بالتغيرات العصبية في الدماغ، مثل خلل في التوازن بين المواد الكيميائية العصبية مثل الدوبامين. في بعض الحالات، يمكن أن يؤدي الاختلال العصبي إلى تطور الذهان، حيث يفقد الطفل القدرة على التمييز بين الواقع والتخيلات. (القيروني، 2007، ص 128)

5. التفسير النسقي:

وفقًا للنظرية النسقية، يتم فهم الذهان المبكر والتوحد في سياق العوامل الاجتماعية والعائلية. على سبيل المثال، يمكن أن تلعب البيئة العائلية دورًا في تفاقم الذهان المبكر، حيث تساهم الضغوط العائلية أو التفكك الأسري في زيادة معاناة الطفل. بالنسبة للأطفال المصابين بالتوحد، غالبًا ما يُلاحظ تأثير البيئة على تطور مهارات التواصل الاجتماعي. بالإضافة إلى

ذلك، قد تؤدي الضغوط الاجتماعية والاضطرابات العائلية إلى تعزيز الانسحاب الاجتماعي لدى الطفل، وهو ما يلاحظ في حالات الذاتوية. (خليل احمد، 2014، ص121)

6. التفسير الإنساني :

من خلال المنظور الإنساني، يُنظر إلى الذهان المبكر والتوحد على أنهما استجابات لاحتياجات الطفل الأساسية مثل الحاجة للأمان والانتماء. الأطفال المصابون بالتوحد قد يعانون من نقص في الشعور بالانتماء أو في تحقيق الذات بسبب صعوبة التواصل مع الآخرين. بالنسبة للذهان المبكر، يمكن أن يكون السبب في الانفصال عن الواقع هو البحث عن الأمان الداخلي في مواجهة عالم يشعر الطفل أنه مهدد أو مقلق. في الذاتوية، قد يعكس السلوك الانعزالي رغبة الطفل في خلق عالم داخلي يشعر فيه بالراحة والأمان. (العيسوي، 2010، ص207)

7. التفسير العصبي:

من الناحية العصبية، يُعتبر التوحد اضطرابًا مرتبطًا بتغيرات في تكوين الدماغ، خاصة في المناطق المرتبطة بالوظائف الاجتماعية والعاطفية. الدراسات العصبية تشير إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد قد يكون لديهم توازن غير سليم في الإشارات العصبية التي تنظم السلوك الاجتماعي والتفاعلات الحسية. في حالة الذهان المبكر، تشير الأبحاث إلى أن هناك اختلالات في النواقل العصبية مثل الدوبامين والسيروتونين، مما يؤدي إلى خلل في إدراك الواقع. في الذهان المرتبط بالتوحد، قد تكون هذه الاضطرابات العصبية أكثر تعقيدًا، حيث تؤدي إلى تفاعل غير مناسب مع البيئة وتطور أعراض ذهانية. (محمد فتحي، 2011، ص198)

8- التفسير الثقافي :

من وجهة نظر ثقافية، يمكن أن يُفهم الذهان المبكر والتوحد في سياق تأثيرات المجتمع والعادات الاجتماعية. في بعض الثقافات، قد يُنظر إلى التوحد على أنه اضطراب ثقافي نادر أو غريب، مما قد يزيد من العزلة الاجتماعية لدى الطفل. قد يتعرض الطفل الذي يعاني من التوحد لرفض أو استبعاد من المجتمع بسبب عدم القدرة على تلبية معايير التواصل الاجتماعي. أما بالنسبة للذهان المبكر، فيمكن أن تؤثر ضغوط الثقافة والمجتمع على إدراك الطفل للعالم، مما يعزز من شعوره بالاغتراب. (سامي، 2006، ص218)

- ذهان المراهقة (الفصام):

مفهومه :

ذهان المراهقة، والذي يُطلق عليه أحيانًا الفصام أو الشيزوفرينيا، هو اضطراب نفسي خطير يُميز بفقدان الاتصال بالواقع، ويظهر عادةً في فترة المراهقة أو في بداية مرحلة البلوغ. يتصف الفصام بوجود أعراض هوسية أو هلوسة (مثل سماع أصوات غير موجودة أو رؤية أشياء غير موجودة) أو أوهام (مثل الاعتقاد بأن هناك مؤامرة ضد الشخص أو أن شخصًا ما يمكنه التحكم في أفكاره). يعاني المصابون بالفصام أيضًا من صعوبة في التفكير المنظم، والتفاعل الاجتماعي، والقدرة على التمييز بين الواقع والخيال. الفصام يمكن أن يؤثر على جميع جوانب حياة الفرد، بما في ذلك الأداء الأكاديمي والاجتماعي والعاطفي. (زهران، 2005، ص 68)

معايير التشخيص :

للتشخيص الفصام وفقًا لدليل التشخيص DSM-5 ، يجب أن تتوافر مجموعة من المعايير التي تشمل:

1. أعراض إيجابية: مثل الهلوسة والأوهام، التي تعد من أبرز مظاهر الفصام.

2. أعراض سلبية: مثل الانسحاب الاجتماعي، انخفاض القدرة على التعبير العاطفي، وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية.
3. أعراض غير منظمة: مثل ضعف التفكير، الكلام غير المنطقي أو الفوضوي، وصعوبة في تنظيم الأنشطة اليومية.
4. مدة الأعراض: يجب أن تكون الأعراض موجودة لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ويجب أن تؤثر على حياة الفرد بشكل كبير.
5. التأثير على الأداء الاجتماعي والوظيفي: يجب أن تتسبب الأعراض في تدهور كبير في قدرة الفرد على الأداء في العمل أو في العلاقات الاجتماعية.(DSM-5)

التفسيرات :

التفسير التحليلي:

من منظور التحليل النفسي، يُنظر إلى الفصام كأحد الاضطرابات الناجمة عن تعارضات نفسية عميقة. وفقًا لهذه النظرية، يمكن أن يكون الفصام نتيجة للصراع بين قوى اللاوعي والواقع، حيث يعجز المراهق عن التكيف مع ضغوط الحياة الاجتماعية والأسرية، مما يؤدي إلى انفصال عن الواقع كطريقة للدفاع عن الذات ضد صدمات نفسية قد تكون عميقة. يُعتقد أن الفصام يمثل فشلًا في إعادة تكامل الأجزاء المختلفة من الشخصية، ما يخلق حالة من الانفصال بين الذات والواقع.(فهيم، 2002، ص 81)

التفسير المعرفي :

وفقًا للنموذج المعرفي، يُعتبر الفصام نتيجة لأخطاء في معالجة المعلومات. المراهقون المصابون بالفصام قد يعانون من صعوبة في تنظيم وتفسير البيانات الحسية، مما يؤدي إلى تجارب غير منطقية مثل الهلوسة أو الأوهام. يُعتقد أن الأشخاص المصابين بالفصام لديهم نمط غير سليم في التفكير، حيث يقومون بتفسير المواقف بطرق مشوهة، مثل التفكير بأن

الناس يتآمرون ضدهم أو أنهم تحت المراقبة المستمرة. هذا النمط المعرفي يمكن أن يساهم في تطور الأعراض الهذيانية (بيك، 1987، ص 282).

التفسير السلوكي :

من خلال التفسير السلوكي، يُعتبر الفصام نتيجة لتعلم سلوكيات غير مناسبة استجابة للبيئة. على سبيل المثال، قد يظهر المراهق المصاب بالفصام سلوكيات غريبة أو غير منطقية لأنها تعتبر استجابة لتجارب سابقة أو من خلال محاكاة سلوكيات سلبية شاهدها في البيئة المحيطة به. قد يتم تعزيز هذه السلوكيات في البداية من خلال الاهتمام أو من خلال الهروب من القلق، مما يؤدي إلى استمرار أو تفاقم الأعراض مع مرور الوقت. (مرسي، 2009، ص 103)

التفسير البيولوجي :

من الناحية البيولوجية، يعتبر الفصام اضطرابًا ناتجًا عن اختلالات في الكيمياء العصبية، وخاصة في النواقل العصبية مثل الدوبامين والسيروتونين. يشير البحث العصبي إلى أن هناك مناطق معينة في الدماغ، مثل الفصوص الجدارية والفصوص الأمامية، التي تتأثر بشكل غير طبيعي لدى الأشخاص المصابين بالفصام. هذه الاضطرابات العصبية تؤدي إلى ضعف في الوظائف الإدراكية، مثل التفكير المنظم، والتواصل الاجتماعي، والتفاعل مع البيئة المحيطة. الدراسات البيولوجية تؤكد أن الفصام له أساس جيني، حيث تكون العوامل الوراثية جزءًا مهمًا في تطوره. (محمد فتحي، 2011، ص 53)

التفسير النسقي :

من خلال التفسير النسقي، يُنظر إلى الفصام على أنه اضطراب مرتبط بتفاعل الشخص مع محيطه الاجتماعي والعائلي. قد تكون الضغوط العائلية أو الاجتماعية جزءًا من مسبب الفصام، حيث يساهم التوتر العائلي أو الصراعات العائلية في تطور الأعراض. من الممكن أن يسهم أيضًا ضعف الدعم الاجتماعي أو الاستجابة غير الصحية من قبل الأسرة إلى تفاقم

الحالة. لذا، يتم التركيز في هذا التفسير على أهمية دعم الأسرة والمجتمع في علاج الفصام وتحسين النتائج العلاجية. (مينوشين ،1974،ص34)

التفسير العصبي :

من الناحية العصبية، يُعتقد أن الفصام يحدث نتيجة لتفاعلات معقدة بين العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على التطور العصبي للدماغ. يُعتقد أن هناك توازنًا غير طبيعي بين النواقل العصبية، مثل الدوبامين، مما يؤدي إلى تقلبات في المزاج والسلوك. بالإضافة إلى ذلك، قد تؤدي التغيرات الهيكلية في الدماغ، مثل التضاؤل في مناطق معينة من الدماغ مثل الفص الأمامي، إلى ظهور الأعراض الذهانية مثل الهلوسة والأوهام. (محمد فتحي ،2011،ص112)

التفسير الثقافي :

من الناحية الثقافية، يمكن أن يكون الفصام متأثرًا بالعوامل الثقافية والاجتماعية. على سبيل المثال، يمكن أن تختلف الطريقة التي يتم بها تصنيف وتشخيص الفصام من ثقافة إلى أخرى. في بعض الثقافات، قد يُعتبر الفصام نتيجة لعوامل خارقة للطبيعة أو روحانية، في حين أن ثقافات أخرى قد تراها نتيجة لفشل في التكيف الاجتماعي أو العائلي. تأثير هذه المفاهيم الثقافية يمكن أن يؤثر على الطريقة التي يتم بها تشخيص المرض، وكذلك على كيفية توفير العلاج والدعم للمراهقين المصابين بالفصام. (سامي ،2006،ص223)

المحور الثالث: بعض الأساليب العلاجية في عيادة الطفل والمراهق

1- تعريف العلاج النفسي:

هو نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق واساليب نفسية لعلاج المشكلات او الاضطرابات او الامراض نفسية المنشأ بهدف حل المشكلات وازالة الاعراض والشفاء من المرض ونمو شخصية وتحقيق افضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية. (اجلال محمد سرى، 2000، ص84).

بمعناها العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه اية طريقة نفسية لعلاج مشكلات او اضطرابات او امراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا بالعمل على ازالة الاعراض المرضية الموجودة او تعديلها او تعطيل اثرها مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال امكانياته على خير وجه، ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي بحيث يصبح المريض اكثر نضجا واكثر قدره على التوافق النفسي في المستقبل (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص183).

تعريف جمعية الأمريكية لعلم النفس APA العلاج النفسي بأنه عملية تهدف إلى مساعدة الأفراد نحو تغلب على معيقات نموهم الشخصي التي تعترضهم وكذلك مساعدتهم نحو تحقيق النمو الأفضل لمصادرهم الشخصية (مريم جوايبية، حميدة بوتقنوشات، 2022، ص229).

2- العلاج بالتحليل النفسي

كان لإسهامات علماء التحليل النفسي في علاج الأطفال والمراهقين دورا بارزا شهد هذا العلم تطورا كبيرا بفضل إسهامات علماء بارزين مثل سيغموند فرويد، آنا فرويد، ميلاني كلاين، ودونالد وينيكوت بحيث ركز هؤلاء العلماء على فهم التفاعلات النفسية العميقة التي تحدث

في مراحل الطفولة المبكرة وتأثيرها على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. وفيما يلي تفصيل إسهامات كل عالم:

1. سيغموند فرويد (Sigmund Freud):

سيغموند فرويد يُعد المؤسس الأول للتحليل النفسي، وقد أسهم بشكل كبير في فهم تطور الأطفال نفسيًا من خلال نظرياته حول المراحل النفسية الجنسية (Psychosexual Stages). ركز فرويد على أهمية الطفولة المبكرة في تشكيل الشخصية الإنسانية، حيث أشار إلى أن تجارب الطفولة تؤثر على تكوين النفس البشرية والاضطرابات النفسية لاحقًا. حيث ساهم بوضع مراحل النمو النفسية الجنسية (Psychosexual Stages)، وأكد أن الطفولة هي المرحلة الأكثر حساسية في تكوين الشخصية.

وطرح فرويد مفهوم المراحل النفسية الجنسية التي تمر بها الشخصية أثناء الطفولة:

-المرحلة الفموية (Oral Stage): من الميلاد إلى عمر سنة، حيث يعتمد الطفل على الرضاعة ويُطور ارتباطًا عاطفيًا بالأم.

-المرحلة الشرجية (Anal Stage): بين عام و3 أعوام، تتشكل خلالها صراعات بين الرغبة في التحكم وال ضبط.

-المرحلة القضيبية (Phallic Stage): بين 3 و6 أعوام، يظهر خلالها مفهوم عقدة أوديب/إلكترا، وهي صراع داخلي ينشأ بسبب تعلق الطفل بأحد الوالدين وتتافسه مع الآخر.

(p22/45، 1920، Sigmund Freud)

وقدم فرويد مفهوم عقدة أوديب كجزء أساسي في تطور الطفل، مشيرًا إلى أن الطفل يعيش صراعًا بين الحب والتنافس مع الوالدين. وأوضح أن الفشل في حل هذا الصراع يؤدي إلى اضطرابات نفسية لاحقًا.

كذلك تطرق إلى ذكر الصراعات اللاواعية وركز على كيفية تأثيرها، والتي تتكون في الطفولة، على سلوك الطفل والمراهق.

اما بالنسبة للتقنيات والاساليب العلاجية فقد انتهج فرويد اهم ما أسس به التوجه التحليلي في علم النفس ونلخصها في:

-التحليل باستخدام التداعي الحر

-تحليل الأحلام لفهم الدوافع اللاواعية.

-اللعب واللغة في التحليل النفسي بحيث أكد فرويد أن الأطفال، من خلال اللعب والتعبير عن أنفسهم، يُظهرون رغباتهم المكبوتة وصراعاتهم اللاواعية، مما يمكن المُعالج من فهم جذور مشكلاتهم.

(Sigmund Freud, 1918/05, 120)

ويمكننا القول ان التحليل النفسي كعلاج للأطفال والمراهقين كان وبالرغم أن فرويد لم يركز بشكل مباشر على علاج الأطفال مقارنة بخلفائه مثل ميلاني كلاين وأنا فرويد، فإن نظرياته شكلت الأساس الذي بُني عليه العلاج التحليلي للأطفال ومثلت إسهامات فرويد أساس التحليل النفسي للأطفال، حيث ربط بين التجارب النفسية المبكرة وتكوين الشخصية، وأكد على أهمية فهم الصراعات اللاواعية لتحليل السلوك الإنساني.

2. آنا فرويد (Anna Freud):

قامت آنا فرويد بتأسيس هذا المجال، مستندةً إلى أعمال والدها سيغموند فرويد، مع تعديلها لتتناسب احتياجات الأطفال. ساهمت في تطوير تقنيات علاجية متخصصة للأطفال والمراهقين، وافتتحت مركز وعيادة هامبرسيد لعلاج الأطفال في لندن عام 1941، حيث قدمت الرعاية والدعم لمئات الأطفال والمراهقين على مدى عقود.

كذلك ساهمت في تطوير مفهوم الدفاعات النفسية عن طريق التركيز على دراسة آليات الدفاع النفسي لدى الأطفال والمراهقين وكيفية تأثيرها على سلوكهم وتطورهم النفسي وسنلخص ذلك فيما يلي:

-آليات الدفاع (Defense Mechanisms):

آنا فرويد كانت أول من صاغ دراسة تفصيلية عن آليات الدفاع لدى الأطفال فرأت أن الأطفال يستخدمون آليات مثل الإنكار، الكبت، والإسقاط لحماية أنفسهم من مشاعر القلق والتهديدات النفسية.

وصفت كيف تختلف هذه الدفاعات باختلاف المرحلة العمرية وطبيعة الصراعات التي يواجهها الطفل. Freud Anna، 1946، (p20/50)

-تحليل السلوك العلني (Overt Behavior):

أكدت آنا فرويد على أن تحليل الأطفال والمراهقين يختلف عن تحليل البالغين، حيث يجب على المحلل النفسي مراقبة السلوك الظاهري للطفل مثل اللعب والتفاعل الاجتماعي لفهم الدوافع اللاواعية، وطورت مفهوم اللعب التحليلي كوسيلة للكشف عن الصراعات النفسية الداخلية للأطفال. Freud Anna، 1965، (p95/120)

- ملاحظة التفاعلات بين الطفل والبيئة المحيطة:

شددت على الدور الحاسم للبيئة المحيطة، خاصة العلاقة مع الوالدين، في تكوين شخصية الطفل، كانت من أوائل من أكدوا على أهمية التعاون بين المحلل النفسي والوالدين لضمان التغيير الإيجابي في حياة الطفل.

-المراهقة كمرحلة انتقالية:

تناولت آنا فرويد مرحلة المراهقة كمرحلة انتقالية مليئة بالصراعات النفسية التي تنشأ نتيجة التغيرات البيولوجية وإعادة تنظيم الهوية النفسية، ورأت أن المراهقين يعيدون استخدام آليات الدفاع التي طوروها في الطفولة للتعامل مع التحديات الجديدة.

(Freud Anna, 1958, p30/60)

أما بالنسبة للأدوات العلاجية فذهبت الى استخدام اللعب لفهم ديناميكيات الصراعات الداخلية.

وتُعد إسهامات آنا فرويد حجر الزاوية في التحليل النفسي للأطفال والمراهقين، حيث ركزت على دور الدفاعات النفسية، أهمية البيئة، وفهم السلوك الظاهري. قدمت نموذجًا عمليًا لتطبيق التحليل النفسي بما يتناسب مع احتياجات الأطفال والمراهقين.

3. ميلاني كلاين:

كانت ميلاني كلاين من الرواد في تطوير التحليل النفسي للأطفال، حيث أعادت صياغة العديد من مفاهيم التحليل النفسي التقليدية وأكدت على أهمية العلاقات المبكرة بين الطفل ومقدمي الرعاية. ركزت أعمالها على مفهوم علاقات الكائن (Object Relations Theory) الذي يفسر كيف تؤثر العلاقات المبكرة في تكوين الشخصية والصراعات النفسية. وكان لديها العديد من المساهمات نشير إليها في السطور التالية:

- تقنية اللعب: طورت ميلاني كلاين تقنية اللعب كوسيلة لفهم نفسية الأطفال وتحليلها، معتبرة أن اللعب يعكس الصراعات الداخلية والمشاعر اللاواعية لدى الطفل.

- نظرية العلاقات بين الكائنات: ركزت كلاين على العلاقة بين الأم والطفل في السنة الأولى من عمره، وأثر هذه العلاقة على التطور النفسي للطفل، مما ساهم في فهم أعمق لديناميكيات العلاقات المبكرة.

- علاقات الكائن طورت كلاين نظرية علاقات الكائن، مؤكدة أن تجارب الطفل مع الشخصيات الأولى في حياته، خاصة الأم، تُشكل الأساس لتطوير العلاقات المستقبلية. كذلك رأت أن الطفل لا يدرك الأشخاص ككيانات كاملة في البداية، بل يراهم منقسمين إلى "جيد" و"سيئ"، في عملية تُعرف بالانقسام (Splitting).

(Klein Millani)، 1948، (p45/65)

- تحليل اللعب: ومن خلال تحليل أنماط اللعب، كشفت عن الصراعات النفسية المكبوتة والمخاوف التي يعاني منها الطفل. - مفهوم الانقسام: أوضحت أن الأطفال يمرون بحالة انقسام (Splitting) بين "الجيد" و"السيئ"، مما يعكس صراعاتهم الداخلية.

(Klein Millani، 1932، p75/100)

ولجأت الى تحليل الرمزية في اللعب والتفاعل العاطفي مع الطفل.

-مراحل التطور العاطفي:

اقترحت كلاين مرحلتين أساسيتين في التطور العاطفي للطفل وهي:

الوضعية البارانويدية-الفصامية (Paranoid-Schizoid Position): حيث يشعر الطفل

بالخوف من الكائن "السيئ" والانقسام بين الجيد والسيئ.

الوضعية الاكتئابية (Depressive Position): حيث يبدأ الطفل في إدراك أن الشخص

"الجيد" و"السيئ" يمكن أن يكونا جزءًا من نفس الكائن.

- تأثير الصراعات اللاواعية في الطفولة:

أكدت أن الصراعات النفسية اللاواعية التي تنشأ في الطفولة المبكرة تؤثر بشكل كبير على

الصحة النفسية لاحقًا، مثل مشاعر الذنب والقلق. (Segal. H, 1973, p30/50)

ومن بين الأدوات العلاجية التي انتهجتها ميلاني كلاين هي:

-تحليل الرمزية في اللعب.

-استخدام التفاعل العاطفي بين الطفل والمحلل النفسي لفهم ديناميكيات الصراعات الداخلية.

قدمت ميلاني كلاين نقلة نوعية في التحليل النفسي للأطفال من خلال استخدام اللعب كأداة

تحليلية وتطوير نظرية علاقات الكائن. ركزت على أهمية التجارب المبكرة وتأثيرها على

تكوين الهوية والعلاقات المستقبلية، مما جعل إسهاماتها حجر أساس في التحليل النفسي

الحديث.

وتعد هذه الإسهامات أساسية في تطوير فهمنا للعمليات النفسية لدى الأطفال والمراهقين،

وتوفير أسس نظرية وعملية للعلاج النفسي الموجه لهذه الفئات العمرية.

4. دونالد وينيكوت (Donald Winnicott):

دونالد وينيكوت (Donald Winnicott) كان واحدًا من أبرز الأطباء النفسيين البريطانيين الذين قدموا إسهامات كبيرة في مجال التحليل النفسي للأطفال والمراهقين. تميزت نظريته العميقة بتأكيد أهمية البيئة المحيطة والعلاقات الأولية في تطوير صحة الطفل النفسية. فيما يلي أبرز إسهاماته:

- التحليل النفسي للأطفال: كان وينيكوت أحد أوائل الذين أدخلوا التحليل النفسي بشكل مباشر للأطفال. وكانت رؤيته تركز على فهم العلاقات بين الطفل ووالديه (وبالأخص الأم) وكيفية تأثير هذه العلاقات على نمو الطفل النفسي. يرى وينيكوت أن الأم "الجيدة بما فيه الكفاية" (Good Enough Mother) هي حجر الزاوية في نمو الطفل النفسي. على الرغم من أنه لا يتطلب من الأم أن تكون مثالية، فإن قدرة الأم على الاستجابة لاحتياجات طفلها بشكل مرن وداعم هي ما يساعد الطفل على الشعور بالأمان النفسي والتكيف مع بيئته.

- الأم الجيدة بما يكفي: أطلق مفهوم "الأم الجيدة بما يكفي" (Good Enough Mother)، مشيرًا إلى أن الأم ليست بحاجة لأن تكون مثالية لتلبية احتياجات طفلها. (Winnicott, D. W, 1965, p19/45)

- اللعب الانتقالي: قدم مفهوم "المساحة الانتقالية" (Transitional Space) حيث يستخدم الطفل اللعب لتطوير إحساسه بالذات.

- البيئة الحاضنة: أكد أهمية البيئة الآمنة في دعم الطفل خلال مراحل تطوره النفسي.

- الانتقال من مرحلة "اللاوعي الجماعي" إلى "الوعي الفردي": كان وينيكوت مهتمًا بدور اللعب في العلاج. وفقًا له، يوفر اللعب للطفل وسيلة للتعبير عن مشاعره وتفاعلاته غير الواعية. وكان يعتقد أن هذه الأنشطة تمثل أرضية خصبة لتطور "الذات الحقيقية" للطفل.

- "الشيء الانتقالي": في عمله الشهير حول "الأشياء الانتقالية" (Transitional Objects)، أكد وينيكوت على أهمية الأشياء المادية التي يستخدمها الأطفال مثل الدمى أو البطانيات،

والتي تساعدهم في الانتقال من مرحلة الاعتماد الكامل على الأم إلى مرحلة الاستقلالية الذاتية. اعتبر أن هذه الأشياء تمثل روابط بين الطفل وواقعه الداخلي والعالم الخارجي.

(Winnicott.D. W, 1971, p332/55)

-الأبوة والعلاقة الأم-الطفل: ركز وينيكوت أيضًا على العلاقات بين الأبوين والطفل في سياق العلاج. واعتبر أن الفهم العميق لهذه العلاقة هو جزء أساسي من العلاج النفسي للأطفال، حيث يمكن أن يكون للوالدين دورًا كبيرًا في مساعدة الطفل في تجاوز تحديات النمو النفسي.

أما بالنسبة للأساليب العلاجية فقد اقدم على استخدام اللعب كوسيلة لفهم نمو الطفل النفسي وتحليل التفاعل بين الطفل والمُعالج. (Winnicott.D. W, 1960, p585/595)

من خلال هذه الأعمال، يظل وينيكوت أحد الأسماء الكبيرة في مجال العلاج النفسي للأطفال والمراهقين، وله تأثير كبير على مفاهيم التحليل النفسي المعاصرة.

اسهامات علماء النفس في التحليل النفسي للأطفال والمراهقين:

العلماء	الأمراض النفسية الرئيسية لدى الأطفال والمراهقين	
سيغموند فرويد	1.مراحل التطور النفسي :تقدم نظرية المراحل النفسية التي تشمل الشفاه، والتناسلية، بالتأكيد أن تجربة الشخصية تبدأ في الطفولة وتؤثر على حياة الفرد لاحقًا . 2.الصراعات اللاواعية :اعتقد أن الأطفال يعانون من صراعات نفسية في مراحل غالبا ما تكون غير واعية . 3.التحليل النفسي للأطفال : التحليل النفسي للأطفال لتفسير	-مراحل النمو الفموية، الشرجية، والتناسل. -صراعات اللاواعية :نزاعات بين الرغبات الداخلية والقيود الاجتماعية . -التحليل عبر اللعب :استخدام اللعبة لاستخراج الصراعات النفسية عند الأطفال.

	الصراعات الداخلية التي تتم في المرحلة النهائية.	
آنا فرويد 1. دور الدفاع النفسي :اهتمت مفهوم الدفاع النفسي لدى الأطفال، مثل الإنكار والإزاحة، وكيفية تخفيف القلق الناتج عن الصراعات النفسية الداخلية . 2.التطبيق في التحليل النفسي : مجموعة خاصة لتحليل الأطفال، حيث استخدمت اللعبة كأداة لفهم الصراعات الداخلية عند الأطفال . 3.المرحلة التطوعية الشاملة : ركزت على أن الدفاعات النفسية تبدأ في مرحلة طويلة حتى يبدأ تأثيرها على الشخصية.	-الدفاعات النفسية :مثل الإنكار، والإزاحة، والرجوع إلى مراحل سابقة من التطور . -التحليل عبر اللعب :استخدام اللعب لفهم اللاوعي عند الأطفال . -المرحلة الطفولية حتى النهاية : تأثير الدفاعات على شخصية الطفل منذ البداية	
دونالد وينيكوت أشياء الانتقالية :فكرة الأشياء الانتقالية (مثل الألعاب أو الدمى) التي تساعد الأطفال في التفاعل مع الواقع وفهم الذات ومن حولهم . النهاية النهائية والزائفة :تحدث عن كيفية تطوير الطفل "ذاتًا زائفة" كآلية دفاعية عندما لا تطلب له الدعم الكافي من البيئة المحيطة.	-الأشياء الانتقالية :أشياء تساعد الطفل على التفاعل مع الواقع وتخفيف المسائل النفسية . -الأم كافية بما فيه التوجيه :دور الأم في تأمين بيئة آمنة للأطفال . -الجوهر الدائم والزائفة :إمكانية ظهور التخصص النهائي أو الزائفة لظروف البيئة المحيطة.	
ميلاني كلاين 1.الصراعات النهائية :اقترحت أن الأطفال، منذ بداية الألفية الجديدة، سوف يمنعون صراعات نفسية تمامًا من لعبهم وسلوكلهم . 2.مرحلة الشبيهة بالشفافية : اختارت أن الأطفال في مراحل تجرية	-الصراعات النهائية حتى النهاية :الصراعات الداخلية تبدأ من مرحلة البداية حتى النهاية . -المرحلة الشبيهة بالشفافية : تداخل مع الواقع في المراحل المبكرة الأولى .	

مشوشة بين الذات والواقع . 3.الدفاعات النفسية :تركز على أنواع الدفاعات النفسية التي يستخدمها الأطفال مثل الإنكار والإسقاط لمشاعر الغضب والخوف الناشئة عن الصراعات الداخلية	-الدفاعات النفسية :الدفاعات مثل الإسقاط والإنكار والتخيل.
--	--

الملخص:

- **فرويد** :يعتبر أن الصراعات اللاواعية والمراحل حتى من الفم والشرجية هي أساس الشخصية.
- **آنا فرويد** :مفهوم الدفاع النفسي وكيفية استخدام الأطفال لها لمواجهة صراعاتهم الداخلي.
- **وينيكوت** :بعد ذلك طوعا من خلال مفهوم "الأشياء الانتقالية" وبالألم في توفير الدعم الكافي لنمو الطفل.
- **ميلاني كلاين** :ركزت على السياسات النقدية الداخلية لدى الأطفال وكيفية الصراعات التأثير النقدي المستمر على التحكم بهم.

3- العلاج السلوكي المعرفي:

يقوم العلاج المعرفي اساسا على النموذج المعرفي والذي يفترض ان مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث انه ليس موقفا بذاته هو الذي يحدد كيف يشعر الناس ولكنها الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف بيك 1964 ايليس 1962 (جوديث بيك، 2008، ص36)

هذا ما يطلق عليه الافكار التلقائية وهكذا ترتبط مشاعر الناس بالطريقة التي يفكرون بها ويفسرون بها المواقف ان الموقف نفسه لا يحدد كيف يشعرون ولكن استجابتهم الشعورية تحدد بإدراكهم للموقف. (جوديث بيك، 2008، ص37)

بداية من الطفولة تتكون لدى الناس معتقدات عن انفسهم وعن الآخرين وعن العالم وان اكثر المعتقدات عمقا هي مفاهيم اساسيه وراسخه وعميقه بحيث انهم غالبا لا يعبرون عنها في كلمات حتى لا انفسهم ان هذه الافكار ينظر اليها من شخص كحقيقه مطلقه كما هي (جوديث بيك، 2008، ص38)

وخلال العلاج المعرفي يقوم المعالج بالتركيز على الافكار التلقائية تلك الاقرب الى الوعي فيعلم المعالج المتعالج القدرة على التعرف عليها وتقييمها وتعديلها من اجل التخلص من الاعراض الناجمة عنها (جوديث بيك، 2008، ص40)

فهذه الافكار والمعتقدات ان لم يتم علاجها وتصحيحها من طرف المعالج السلوكي المعرفي ستؤثر سلبا على سلوك الفرد وغالبا ما تؤدي الى استجابة فيزيولوجيه.

وبالطبع اذا استطاع ان يقيم او يتحكم في افكاره فانه يمكن لمشاعره وسلوكه وفيزيولوجية ان تتغير بطريقه ايجابية (جوديث بيك، 2008، ص41)

وكذلك تتعدل طريقه استجابته للمواقف والمشاكل التي يمر بها.

الموقف ← الافكار (المعتقدات) ← ردود الافعال ← عاطفية - سلوكية - فيزيولوجية (تأليف جوديث بيك، 2008، ص44)

ولا نتوقف هنا فكما تؤثر الافكار والمعتقدات على المشاعر والسلوك تؤثر كذلك المشاعر والسلوك على الافكار بطريقه مباشره او غير مباشره، كذلك تؤثر السلوك على المشاعر وتؤثر المشاعر على السلوك وتؤثر.

فنجند انفسنا هنا نقف امام الثلاث افكار ومشاعر والسلوك حيث يحدث بين هذه الثلاث عناصر تأثير وتأثر حسب الحالة وحسب الاضطراب وحسب التكوين البنيوي لا الفرد.

وهنا نجد انفسنا نتوجه الى الشق الثاني من العلاج المعرفي السلوكي وهو العلاج السلوكي.

فنجند انفسنا هنا نقف امام الثلاث افكار ومشاعر والسلوك حيث يحدث بين هذه الثلاث عناصر تأثير وتأثر حسب الحالة وحسب الاضطراب وحسب التكوين البنيوي لا الفرد

بحيث يقوم هذا العلاج على تبني تعديل السلوك الانساني ويعتقد العلماء السلوكيين ان تعديل السلوك يؤدي بالضرورة الى تعديل الافكار وكذلك المشاعر والاستجابات الحسية والفيزيولوجية ايضا.

ويمكننا الإشارة الى طريقه جوزيف ولبي في العلاج السلوكي والاعراض السلوكية التي تحدث في الوقت الراهن ومهمه العلاج كما يراها هي اطفاء الروابط بين استجابات الاضطراب غير المناسبة والاحداث التي تثيرها او تجرها وكذلك الاستجابات الغير متوافقة المترتبة عنها والانجاز ذلك يجب تحديد المواقف المثيرة للقلق والتي يشير اليها المريض وكذلك الظروف المعينة التي يترتب عنها حاله من القلق ومع تكرار كافي للموقف المثير للقلق دون اي ان يحقق الفرد من هذا الموقف الغرض المطلوب يتم اطفاء الروابط وبالتالي توقف السلوك المضطرب عن الظهور ويمكن ان يحل هذا السلوك المسقط سلوك سوي وطريقه ولبي في تعديل السلوك تعتمد على مبدا اساسي هو مبدا الكف بالنقيض. (فيصل محمد خير الزاد، ، 2005، ص73)

كما يرى البرت ايليس 1976 الى انه لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير والجوانب الانفعالية التي يتعرض لها الانسان وبين السلوك الذي يقوم به الفرد سواء كان هذا السلوك سويا او غير سوي وهذه الجوانب الثلاثة التفكير والانفعال والسلوك متفاعله مع بعضها البعض ويؤثر كل منها بالآخر لهذا فان من المتوقع علميا ان يؤدي تعديل الافكار الخاطئة الى تعديل السلوك غير السوي مثل الادمان او الوسواس او الخوف او الانحراف وقد اكد. (فيصل محمد خير الزاد، ، 2005، ص307)

تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج المعرفي السلوكي يعرفه عبد الستار 1993 هو اسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل اسلوب تفكير المنتفع وادراكاته لنفسه وبيئته. (هدير عز الدين صلاح الاسي، 2014، ص28)

ويعرفه ستيفن وبيك 1995 بأنه تلك المداخل التي تسعى الى تعديل او تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة او العمليات المعرفية ويرى ايزنيك 2000 ان العلاج المعرفي السلوكي وتطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير واعاده بناء القناعات من خلال الاجراءات المعرفية (هدير عز الدين صلاح الاسي، 2014، 28)

الاساليب السلوكية المعرفية في عيادة الطفل والمراهق والمشكلات التي تعالجها:

الأساليب العلاجية	المشكلات التي تعالجها
التحصين التدريجي	المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الاجتماعي، التعامل الاجتماعي مع العداوة الخارجية، ومواقف التهديد
التدعيم الذاتي/ التدعيم الإيجابي	مشكلات النطق واللغة، المشكلات الحركية، المشاكل الاجتماعية، العدوانية، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادي، واكتساب النظافة....)
التصحيح المتكرر	السلوك الفوضوي
لعب الأدوار	القصور في السلوك الاجتماعي، المشاكل الاسرية والمشكلات العلائقية
الدعم الاجتماعي	الفصام، مشكلات الأكل
النمذجة/ الاقتداء/ محاكاة النماذج	المخاوف، السلوك التجنبي او الهروب، جوانب القصور في السلوك الاجتماعي (الخلل، التعبيرات البدنية، مشكلات التواصل، مشكلات الحركة، مشكلات الجنوح...)
الوسيط المنبه	اضطرابات التعلم، اضطرابات التغذية، العناد

محاضرات علم النفس المرضي للطفل والمراهق.....د.بن زطة بلدية

الإطفاء (سحب التدعيم الاجتماعي)	المشكلات السلوكية المدرسية، الصراخ، العدوان، البكاء، لفت الانتباه، التفاخر، المواقحة، الإفراط في اللبس او المظهر
مناهج ضبط الذات (الحوار الداخلي مع الذات)	الصراع الاجتماعي، الاندفاع، الخوف، التراجع الدراسي، فرط النشاط، ضعف الدافعية للعمل والنشاط، تدني تقدير الذات، الخجل
الإسترخاء	التبول اللاارادي، السرقة، السلوك الفوضوي، زيادة السلوك الايجابي، الهروب من المدرسة، القلق، نوبات الغضب، صعوبة النوم، اضطراب ما بعد الصدمة *حالات القلق عند الطفل. *الحالات الهستيرية *فقدان الشهية العقلية و ذلك من أجل تسمية صورة الجسم *حالات الأرق * التأثأة * التبول اللاإرادي * عدم النضج الانفعالي * عدم التوجه المكاني و الزماني *حالات الاكتئاب
إعادة الهيكلة المعرفية/ تعديل المعتقدات الخاطئة	التفكير السلبي، تدني تقدير الذات، الأفكار التلقائية السلبية
تدريبات التعاطف	التنمر، قلة الوعي بمشاعر الآخرين
الواجب المنزلي	صعوبات التعلم، التأخر العقلي، التوحد،

(عبد الستار ابراهيم، دس، ص 396/397)

تعريف بعض الاساليب العلاجية السلوكية المعرفية:

الواجب المنزلي:

ويمكن وصف الاسلوب كما يلي يتم مساعده العميل على عمل قائمه من الافكار التي تدعم المعتقد السلبي ويقوم المعالج مع العميل بشكل تعاوني بعمل قائمه مقابلته مضادة من الافكار الإيجابية ويبدأ اداء الدور بتبني العميل للأفكار غير المساعدة وهي التي يتبناها العميل حالياً ويقوم المعالج بتنفيذ كل من الافكار ودحضها باستخدام الافكار المساعدة المقابلة لها والتي تم توليدها مسبقاً ويسمى يونج 1990 هذا الاسلوب النقطة والنقطة المقابلة ووفقاً لهذا الاسلوب يقوم المعالج بنمذجة الدور المقابل حيث يقوم هو والعميل بتبادل الادوار ويبدو وصف هذا الاسلوب كأصوات جوفان ولكن عند الممارسة العلمية يمكن ان يصبح الاسلوب اداء الادوار اكثر سهوله لو اتقنه المعالج بشكل جيد ويسمى درايدن 1995 هذا الاسلوب باسم الجدال دفاعاً عن الشيطان ويسميه بيك اداء الدور العقلاني الانفعالي.

حيث يقوم العميل في البداية بتمثيل دور تنبيه للمعتقدات السلبية وتقبله لها وفي المقابل يقوم المعالج بأداء دور تنبيه للمعتقد الايجابي لنقطته مقابل لها ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذي قام المعالج بنمذجته ويتم استخدام اسلوب الكرسي الفارغ من قبل العميل للتعامل مع بقيه افكاره مستقلاً عن المعالج وهنا يقوم المعالج بأداء الدورين المتقابلين معا بتحركه من وإلى الكرسي الفارغ.

(بيرني كورويل وآخرون، 2008، ص144/145)

النمذجة:

النمذجة جزء اساسي من برامج كثيره لتعديل السلوك وهي تستند الى افتراض ان الانسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظه سلوك الاخرين وتعرضهم بصوره منتظمة للنماذج ويعطي الشخص فرصه لملاحظه نموذج ويطلب منه اداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج و الميكانيزمات الفعالة في هذا النوع من التعلم غير واضح كما انه لا يوجد اتفاق نظري

عام عن كيفية عملها الا انه في التحليل الاجرائي قد تعمل النمذجة على اساس تدعيم الشخص نتيجة تقليده لسلوك الآخرين غير ان هذا التفسير يتسع احيانا ليغطي الاكتساب المبدئي لاستجابات جديده حيث لا توجد استجابة ظاهره لتدعيمها او مواقف لا يوجد فيها تدعيم ظاهر او ان التدعيم يتأخر مده طويله ويقدم باندورا نفس على اساس نظريه تعلم الاجتماعي فيرى ان النمذجة تقدم معلومات يكتسبها الشخص بوصفها تمثيلات رمزيه للحدث المنمذج ويرى بندوره ان هناك اربع عمليات متضمنه في النمذجة وهي اولاً العمليات الانتباهية والتي تنظم المدخل الحسي وادراك الحدث المنمذج عمليات الاحتفاظ عمليات اعاده الانتاج الحركي واخيراً.

وقد اوضحت الخبرات الكثيرة انه يمكن تعديل السلوك عن طريق النمذجة في مواقف متنوعه منها تغيير الاستجابات للمنبهات في المخاوف المرضية اكتساب السلوك الاجتماعي والمعرفي تحديد محاكاة ذاتيه لسلوك الفرد والتحدث في صراحه عن الذات وقد تكون النماذج اشخاصا احياء ولكن يمكن استخدام الافلام او اشرطه الفيديو لهذا الغرض او حتى الكتب او مواد اخرى ومن الافضل ان يكون النموذج مشابها للعميل الا في حالات معينه كان يكون النموذج طفلاً يمسك بثعبان والعميل راشداً وقد يكون في من الافضل ان لا يكون النموذج ظاهر الضوء تماماً عند اقترابه من موضوع الخوف لان ذلك يبدو غير واقعي بالنسبة للعميل كما انه يزيد من قلقه لشعوره بالعجز وتزداد فاعليه النمذجة اذا جمع بينها وبين اجراءات اخرى.

ونقول ان النمذجة الاجتماعية مواقف يمكن فيها للعميل تعلم سلوك جديد او الاقلال من سلوك مشكل دون حاجه الى الممارسة او التدعيم المباشر كما انها ذات فعالية في عرض السلوك الانساني المعقد ويمكن استخدامها في العلاجات الفردية وحتى العلاجات الجماعية. ورغم ان الاجراءات النمذجة قد تختلف من موقف لأخر الا انها تبدأ عادة بان يقدم المعالج في خطوات سلسله نماذج حيه او رمزيه مثل تسجيلات الصوتية او المرئية او اوصاف

مكتوبه لعرض السلوك المعين الذي يحتاج العميل الى اكتسابه لحل مشكلته ويستخدم المعالج الممارسة الموجهة والتدعيم المنتظم بالإضافة الى المتابعة والتدعيم حين يستخدم العميل السلوك الجديد خارج موقف العلاج ومن اوائل التجارب في هذا المجال تلك التي قام بها كروم تولز وثوريسين واستخدام فيها الاسلوب الذي سمي العلاج عن طريق النموذج او التدعيم وفيه يقدم.

(لويس كامل مليكة، 1990، ص104-105-106)

المراقبة الذاتية:

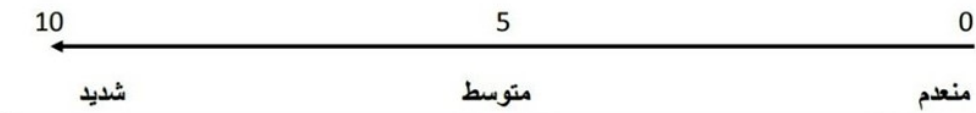
يتضمن التنظيم الذاتي بوصفه استراتيجية علاجية المواقف التي يكون فيها الفرد نفسه اداة تغيير سلوكه وفي هذه الاستراتيجية العلاجية يرتب المعالج التدعيم بسرعه ينتقل فيها العميل من الضبط الخارجي لسلوكه الى الضغط الداخلي لهذا السلوك وهو موقف اختياري كما يحدث بالنسبة لفتاه الخجولة التي تبادئ بمحادثه الآخرين بدلا من تجنب الموقف ومن اساليب الضبط الذاتي الملاحظة الذاتية تخطيط البيئة والبرمجة السلوكية وهي تتضمن السلوك الداخلي مثل الافكار والصور والاستجابات الفيزيولوجية كما تتضمن السلوك الخارجي ويشتمل أسلوب التنظيم الذاتي عامه على قيام المعالج بتعليم العميل المبتدئ ببعض الاستجابات الضبط الذاتي مع تدعيم خارجي في المواقف التي يحدث فيها عادة سلوك غير المرغوب وقبل ان ونجد ان تنظيم الذاتي منهج مفيد بخاصه في التعامل مع من يصعب استخدام المناهج الاخرى معهم لا سباب عمليه وخلقية ومع من يتوفر لديه الدافع قوي لتعديل سلوكه ويتضمن المنهج التعلم عدد من الاساليب يستخدمها الشخص بنفسه في توجيهه التغيير في سلوكه وحيانا للتحكم في هذا السلوك وبحيث يستطيع ان يقوم تقويما دقيقا افعاله وان يقارنها بالمعايير التي يقيمها بالاتفاق مع المعالج وان يستعين بتدعيم ذاتي موجب او سالب للاحتفاظ بالاستجابة الجديدة المكتسبة.

(لويس كامل مليكة، 1990، ص113-118)

في العلاج السلوكي المعرفي هناك العديد من أشكال جداول مراقبة الذات و متابعة الأعراض لكل الإضطرابات الاكلينيكية، إن عملية مراقبة و تسجيل تجاربك يمكنها في حد ذاتها أن تحسن من حالتك النفسية ، و التي تبدأ في التحسن عادة بعد الحصة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي

يقدم لك الجدول رقم 04 مثالا حول جدول متابعة و تسجيل اعراض لحالة نوبة الهلع، إن هذا الجدول يسمح لك بتسجيل جميع الأعراض التي يشعر بها المتعالج خلال نوبة الهلع التي حدثت له خلال اسبوع المتابعة والعلاج
(نيل ريكتور، دس، ص31)

قم بتقييم شدة قلقك :



ضع علامة على جميع الأعراض التي أحسست بها :

- | | |
|--|--|
| ☐ تسارع نبضات القلب | ☐ جفاف الفم |
| ☐ ألم أو ضيق في الصدر | ☐ عدم القدرة على الهدوء |
| ☐ دوار | ☐ الإنهاك |
| ☐ شعور بالتخدير | ☐ الهيجان |
| ☐ شعور بقصر التنفس | ☐ الشعور بعدم الإرتياح |
| ☐ إرتعاش | ☐ مشاكل في النوم |
| ☐ إحمرار الوجه | ☐ نوبات الغضب |
| ☐ التعرق | ☐ صعوبة في التركيز |
| ☐ الغثيان | ☐ يقظة مفرطة إستعدادا للخطر |
| ☐ تصلب في العضلات | ☐ إستجابة خوف مفرطة |

(نيل ريكتور، دس، ص32)

الاسترخاء :

الاسترخاء لغة:

استرخي، استرخاء، رخي، بمعنى صار رخوا، وتسترخي به حالة يعني حسنت وتسهلت بعد الشدة والضيق

ب-الاسترخاء اصطلاحا:

هو الشعور باستقرار النفس عن طريق ارخاء العضلات واعصاب الجسم تماما.

(عليوي فتيحة، 2022، ص 30)

تقنيات الإسترخاء :

أ-الاسترخاء العضلي:

عندما تنقبض كل عضلة من الجسم و ينتج من الانتقاض والانبساط آلام من الشحنات الكهربائية ، وهذه الشحنات تنتقل إلى جزء في المخ وهو الهيپوتالاميس مسؤول عن تقديم الاستجابات المناسبة للضغوط سواء كانت هذه الاستجابات نفسية أو سلوكية بينما تقوم الأجهزة الفيزيولوجية بنقل الشحنات الكهربائية إلى الهيپوتالاميس فيصبح الهيپوتالاميس في توتر شديد ، فأى تغير جديد في حياة الإنسان تحول إلى عامل من عوامل الضغوط ، والاسترخاء يعمل على تقليل هذه الشحنات المتتالية من الكهرباء يرجع الجسم و الهيپوتالاميس إلى حالة الاتزان ، ولهذا يقوم الفرد بعملية الاسترخاء بعد مواجهة ضغوط الحياة بأنواعها .

ب-الإسترخاء التدريجي :

ويسمى أيضا الاسترخاء التصاعدي ، أو تقنية جاكوبسون Jacobson ابتدعه عام 1929م، ويعرف على أنه التوقف شبه الكامل لكل الانقباضات والتقلصات العصبية المصاحبة للتوتر النفسي .

حيث استعمل "جاكوبسون" هذه التقنية لأول مرة لعلاج عدم قدرته على النوم ، يعتبر الاسترخاء التدريجي طريقة علاجية يستعمل فيها الضغط العضلي ثم الاسترخاء ، إذ يقوم المفحوص بشد العضلات ثم يريحها مع مراقبة الإحساسات الجديدة في كل أنحاء الجسم . لهذه الطريقة مستويين:

أ- يهدف الأول: إلى البحث عن أماكن الإحساسات بتقلص العضلات أي تقلص داخلي ثم تعميم هذا الإحساس

ب- أما الثاني : فيسعى إلى البحث عن إحساسات استرخاء عضلات لم تتقلص. تكمن فعالية هذا الأسلوب في التعامل مع التوتر العضلي ، القلق ، الأرق ، الاكتئاب ، التشنج العضلي ، ضغط الدم العالي ، والمخاوف غير الطبيعية ، و كما يوحي الاسم فإنه عبارة عن استرخاء تدريجي للمجموعات العضلية بالجسم - اليدين والذراعين والعضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع الرأس والوجه والرقبة ، الصدر ، البطن والجزء السفلي من الظهر والفخذ والأرداف والساق والقدمين .

ج-الاسترخاء الذاتي:

الأخصائي النفسي الأمريكي ، "ج ، شولتز"، Shultz هو من أسس هذه الطريقة ، وأول محاولاته سمحت له بالعمل على التنويم المغناطيسي وقد أسس تقنية الاسترخاء الذاتي بداية القرن 09م ، تهدف هذه

التقنية إلى تحرير الجسم عن طريق تمارين فيزيولوجية محددة مما يسمح بتحقيق الحالات الايجابية كبح الانفعال ومنعه من أن يصبح مرضا وإحداث عمليات الاستراحة خلال الأزمات النفسية الفيزيولوجية .

د-الاسترخاء التخيلي:

يقوم هذا الأسلوب على تخيل مشهد يبعث على الهدوء و السكينة ، و يرتبط هذا الشعور بالراحة والاسترخاء ، ثم يمارس الاسترخاء لتحقيق أهدافه وفق مبادئ محددة ، ويعرف

بالتخيل الاسترخائي ، كما عرف بطريقة" ديفيد كايوس " للإسترخاء. تهدف هذه التقنية إلى تغيير المكان داخل العقل حينما لا يمكن تغيير البيئة المحيطة بالفرد واستخدام قدرة العقل البشري على التخيل للأحداث الماضية أو المستقبلية

هـ-الاسترخاء الذهني* التأمل و التفكير* :

معظم حالات التأمل يصاحبها أو ينجم عنها حالة من الاسترخاء ويمكن وصف هذه الحالة بأنها شبه ما تكون بحالة الراحة الفيزيولوجية للجسم وفيه يكون الجسم في حالة راحة عميقة مع هبوط في فعالية الجهاز العاطفي وانخفاض في مستوى الانفعالات الحسية والعاطفية وفي التوتر العضلي وغيرها من التغيرات الفيزيولوجية الظاهرة أو الداخلية في الجسم بما في ذلك الدورة الدموية ، والتنفس ، الجهاز الهرموني والحركة الدماغية .

و-الاسترخاء بالتنفس العميق :

تمرين التنفس العميق يوفر كمية الأكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم في إخراج أكبر قدر من الفضلات و ثاني أكسيد الكربون وينقل العقل والجسم إلى حالة استرخاء ويحسن من الدورة الدموية في منطقة البطن.

ز-الاسترخاء بسماع القرآن :

تلاوة القرآن وهي أهم طرق الاسترخاء وأفضلها ، فإن سماع القرآن وتلاوته يحدثان شعورا عميقا بالراحة والطمأنينة ، فيهدأ القلب وتتنخفض سرعة التنفس وترتخي عضلات الجسم ، وهذا كله يساعد على هدوء النفس واسترخائها

ولأنه فيه شفاء لما في الصدور ، و لقوله تعالى " أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ"(الرعد)

(خليف،2017، ص 25-31)

ان تحديد وتغيير الافكار الانية السلبية المرتبطة بالانفعالات العنيفة يتضمن ايضا تحديد التشوهات او اخطاء التفكير التي تمر بها اين تكون في ختام الوضعيات المحبطة او عندما تكون تقوم بإعادة التفكير فيها.

تشوهات التفكير تظهر بشكل كبير عندما تشعر بالإحباط والاضطراب وهذا لان الاحباط الانفعالي يجعلك منهمكا والشعور بالانهماك يجعل الاشخاص اكثر انجذابا الى الطرق المختصرة او الطرق الاكثر سجاده سذاجة في التفكير ان جميع الاشخاص لديهم ان جميع الاشخاص لديهم تشوهات تفكير تظهر من حين الى اخر .

ومن بين التشوهات المعرفية او تشوهات التفكير نضع بعض الأمثلة التوضيحية مثل التهويل مثل عندما تفكر في اسوا سيناريو ممكن ان يحصل اي عندما تتصور ان وضعيه معينه هي اكثر بشاعة وسوءا مما هي عليه في الواقع مثلا استيقظت سوزان ذات صباح ولاحظه وجود طفح جلي على ساقها وبدلا من التفكير في كل العوامل من الممكن ان تكون قد ساهمت في هذا طفح الجندي تستنتج بسرعه انها مصابه بسرطان الجلد وتذهب الى الطبيب مسرعة كذلك لدينا فرط التعميم مثل عندما ترى حدثا واحدا على انه على انه شيء لا نهاية له مثل شعرت سوزان بالقلق خلال الاجتماع العمل وهي الان تفكر انها لن تكون ابدا قادره على التفاعل مع زملائها خلال الاجتماعات المقبلة بشكل مريح. (نيل ريكتور، دس، ص21/20)

وهنا يقوم الباحث بعمل جدول تسجيل الافكار الخاص بالمفحوص لتحديد الوضعيات الخاصة التي تسبب له الاضطراب الانفعالي ويقوم بالبحث عن الوضعيات المتكررة والمتشابهة يمكن المعالج يمكن للمعالج المعرفي السلوكي مساعدتك على اختبار وتقييم هذه الافتراضات والمعتقدات وعلى التشكيل اخرى بديله اكثر ملائمه لمواجهةها حين تظهر خلال الوضعيات المحبطة. (نيل ريكتور، دس، ص22)

الوضعية	الأفكار الآلية	الإنفعالات
التفكير في قيادة السيارة باتجاه المنزل	سوف تحدث لي نوبة هلع بينما أقود السيارة الجميع سوف يكونون منز عجين مني لن أكون قادرة على مواجهة هذه الوضعية	الخوف بنسبة 80 %

(نيل ريكتور، دس، ص 23)

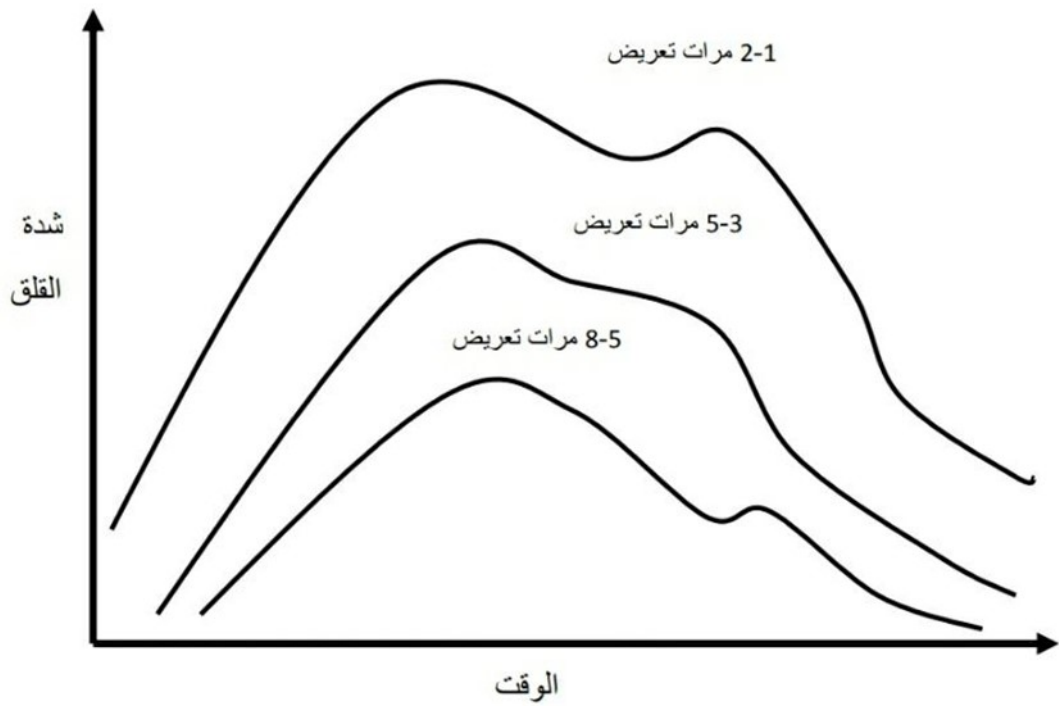
وهناك طريقه اخرى لاستهداف وتغيير الافتراضات والمعتقدات في العلاج المعرفي السلوكي وهي كتابه المعتقد الجوهري السلبي على جانب واحد من الصفحة مثلا انا شخص غير محبوب وكتابه معتقد بديل اقل اثاره للإحباط تفصيل تفضل ان يكون هو معتقدك عن نفسك مثلا انا شخص محبوب على الجانب الاخر من الصفحة وسيكون عليك بعدها مراقبه موقفك مواقفك خلال الاسبوع وملاحظه المواقف التي يبدو لك انها تدعم المعتقد الايجابي او السلبي في الوضعيات لكي تحصل فيها على ادله تدعم المعتقد السلبي عليك ايضا مراجعه الوضعية يتمتعون بحثا عن الأدلة المضادة وذلك لكي تخرج بتصور اكثر توازنا للوضعية.

(نيل ريكتور، دس، ص 24)

التعريض:

العلاج بالتعريض ان العلاج بالتعريض هو احد العناصر الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي للقلق ان العلاج بالتعريض يعمل على التقليل من الخوف من بعض الاشياء مثل الحشرات والافاعي او بعض الوضعيات مثل الاماكن المغلقة والمرتفعات وذلك من خلال تعريض العميل بشكل متزايد الشده تدريجيا الى الاشياء التي يخاف منها لتبدا في هذا عليك ان تتخيل او تنظر الى صورته للشيء او الوضعية التي تخاف منها تعريض غير مباشر تعريض يتم دون اتصال مباشر مع الموضوع الخوف ثم تستمر في القيام بتعريض نفسك

لهذه العناصر بشكل متزايد تدريجيا الى ان تصبح قادرا على لمس ذلك الشيء او معاشه تلك الوضعية دون خوف التعريض المباشر هو تعريض يتضمن اتصالا مباشرا مع موضوعي الخوف من خلال تعريض التدريجي لمخاوفك فان شدة قلقك سوف تنخفض وسوف تتعلم ان مخاوفك ومبالغ فيها وغير عقلانية ان هذه العملية تسمى التعود. (نيل ريكتور، دس، ص33/34)



(نيل ريكتور، دس، ص34)

ويبدأ العلاج بالتعريف في العادة بالتعريض للوضعية التي تسبب شدة خوف متوسطة ثم يتطور الى الوضعيات التي تسبب مستوى مرتفعا من الخوف والقلق قبل البدء في العلاج بالتعريف سيكون عليك ان تملا جدولا ترتب فيه مخاوفك حسب شدتها حيث عليك ان ترتب الوضعيات حسب درجة اثارها للقلق والخوف لديك.

(نيل ريكتور، دس، ص34)

شدة القلق و الخوف (من 10 - 100)	الوضعيات المخيفة (من الأقل إثارة للخوف إلى الأكثر إثارة)
10	رؤية صورة مرسومة لخنفساء ، ثم لمسها
20	رؤية صور حقيقية للخنفساء ، ثم لمسها
30	البقاء في غرفة واحدة مع الخنافس الصغيرة ، المشي على أرضية بها عدد قليل من الخنافس الصغيرة
40	المشي على أرضية فيها عدد كبير من الخنافس الصغيرة
50	البقاء في غرفة واحدة مع الخنافس الكبيرة ، المشي على أرضية بها خنافس قليل من الخنافس الكبيرة
60	المشي على أرضية بها عدد كبير من الخنافس الكبيرة
70	لمس الخنافس الصغيرة بالإصبع
80	السماح للخننافس الصغيرة بالصعود و المشي على ذراعه
90	لمس الخنافس الكبيرة بالإصبع
100	السماح للخننافس الكبيرة بالصعود و المشي على ذراعه

(نيل ريكتور ، دس ، ص35)

بداية يتم تطبيق التعريض لجميع الوضعيات بمساعدة المعالج، ثم وكإضافة للحصص العلاجية التي تتم داخل العيادة يمكن ان يبدأ المتعالج بتطبيق تقنيه التعريض كواجبات منزليه بين الحصص العلاجية اي تقييم حجم تقدم المتعالج في العلاج يعتمد على مدى قدرته على التحكم في قلقه وخفضه في كل وضعيه على التوالي ويجب عليه تكرار تمارين التعريض وإطاله مده تعريف في كل وضعيه الى الحد الكافي لتحقيق التحسن المرغوب.

(نيل ريكتور ، دس ، ص36)

الدعم النفسي الاجتماعي:

ويعرف الدعم النفسي الاجتماعي بأنه مجموع العلاقات التي تجعل الفرد يشعر بأهميته لدى الأفراد الذين يشعر هو بأهميتهم، ويمكن اعتباره مجموع العلاقات الاجتماعية والانفعالية

والسلبية المتبادلة التي يشارك الفرد فيها والتي يرى نفسه خلالها موضوعا ذا قيمة مستمرة في أعين الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة له

وتقول هيلر Heller أن الدعم يشير إلى معلومات أو أفعال حقيقية أو محتملة تقود الفرد، إلى الاعتقاد بأنه يتلقى عناية أو اهتماما أو أنه في موقف يتلقى فيه المساعدة من الآخرين حينما يكون في حاجة إليه. (سهاد سمير بدرة، دس، ص32)

ويؤدي الدعم الاجتماعي دورا هاما في خفض الضغوط النفسية لدى الطفل والمراهق ويمكن للمعالج النفسي استعمال هذا الأسلوب في حالات: القلق، الاكتئاب، التئمر، الخجل والرهاب الاجتماعي، الفصام وغيرها من المشكلات النفسية الأخرى.

وتبين بعض المراجع أن الدعم النفسي الاجتماعي يقوم بوظيفتين أساسيتين وهما: الوظيفة الوقائية تجابه الآثار السلبية للضغوط النفسية، ووظيفة علاجية تلعب دورها حينما تقع الخبرات السلبية. (سهاد سمير بدرة، دس، ص36)

وتختلف مصادر المساندة وتتنوع حسب الظروف، كما أن أهم مصادر الدعم هي الأسرة والأصدقاء ، وغيرها مثل الزملاء والجيران والاساتذة والتجمعات الدينية... ، ما يسمى بالشبكات الاجتماعية، وهي التجمعات الواقعية التي ينتمي إليها الفرد ويعتمد عليها من أجل الحصول على الدعم النفسي الاجتماعي. (سهاد سمير بدرة، دس، ص41)

العلاج باللعب:

اللعب: هو عبارة عن جميع الأنشطة التي يقوم بها الطفل لإشباع حاجاته النفسية الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وتفرغ طاقاته بحيث يجد فيها متعة ولذة وهو في اللعب يكون مدفوعا بدوافع كثيرة مثل حب الاستطلاع والاستكشاف.

ويقوم خلاله بتنمية سلوكه وقدراته العقلية والجسمية والوجدانية ويحقق في نفس الوقت المتعة والتسلية وأسلوب التعلم وهو استغلال للأنشطة في اكتساب المعرفة وتقريب مبادئ التعلم للأطفال وتوسيع آفاقهم المعرفية .

وعرفه بياجيه : بأنه عملية التمثيل لمعطيات البيئة من خلال النشاط والحركة وهو وسيلة فعالة لتسهيل عملية التمثيل لمحتوى التعلم .

وحسب النظرية المعرفية فان اللعب هو النشاط الحركي الذي يعمل على نمو الفرد العقلي فاللعب والنشاط الذي يقوم على الحركة والتمثيل الرمزي والتمثيل الخيالي والتصور الذهني والرسم يعتبر عملية اساسية لانماء العقل والذكاء عند الاطفال . يكون على شكل حركة ،ومن المتفق عليه ان اللعب نشاط حر موجه او غير موجه او عمل يمارس فرديا او جماعيا ويستغل طاقة الجسم الحركية والذهنية .وهو نشاط تعليمي ووسيط فعال يكسب الاطفال الذين يمارسونه ويتفاعلون مع انواعه المختلفة دلالات تربوية انمائية لابعاد شخصيتهم العقلية والوجدانية والحركية. (هاني العسلي، دس، ص5/4)

وتعتبر مواقف اللعب بمثابة خبرات حسية عملية وتمثل بعدا مهما في عملية التعليم وتنظيم البيئة المتحدية لإمكانيات الطفل وقدراته فالطفل يتعلم ويتذكر المعلومة التي ترتبط بالخبرة الحسية والممارسة العلمية والتداول مع الخبرة ذاتها في حين أنه يصعب عليه تذكر أو استيعاب المعلومة التي تقدم له بصورة شفوية أو مجردة وهو يستمتع بالخبرة عندما يتعامل معها مباشرة ويتداولها ويسهل عليه تخزينها في الذاكرة ويسهل عليه استدعائها عند الحاجة إليها.

(هاني العسلي، دس، ص7/6)

تعتبر نظريه تحليل النفسي اللاعب نشاطا ميسرا للتنفيس عن الطاقة المكبوتة وهو يساعد الاطفال في التعبير والسيطرة عن المواقف الصعبة وقد اشار فرويد الى ان اللاعب هو الوسيلة التي يستطيع الطفل ان يحقق بها انجازاته الاولى الثقافية والنفسية العظيمة فاللاعب هو لغة الطفل في التعبير ووسيله ايضا في الاتصال بالآخرين. (شيماء صبحي أبو شهدان، 2010، ص63)

الأساليب العلاجية باستخدام الألعاب:

أشار كاتسون وشايفر (2001) إلى عدد من الأساليب التي تُستخدم في العلاج باللعب، وهي:

1. الأساليب القائمة على رواية القصص

الوصف: استخدام القصص للتعرف على مشكلات الأطفال.

الأهداف: علاجية، نمائية، أو تشخيصية.

2. الأساليب القائمة على الفنون التعبيرية

الوصف: تشمل أنشطة متنوعة مثل: الرسم، لعب الدور، الدراما، التشكيل بالعجين، الأقنعة، الموسيقى، الرقص.

الاستخدام: بشكل منفرد أو مجتمع حسب متطلبات العلاج.

3. الأساليب القائمة على استخدام الدمى

الوصف: استخدام الدمى المتحركة كوسيلة:

تشخيصية

علاجية

الآلية: تقمص أدوار الشخصيات باستخدام الدمى.

4. الأساليب القائمة على الألعاب المعبرة عن موضوعات

الوصف: استخدام ألعاب بلاستيكية تعبر عن:

أدوات الحياة اليومية (مثل أدوات المطبخ أو الطبيب).

أدوار الأفراد (الجندي، المزارع، الأم، الأب، الابن).

وسائل المواصلات أو الحيوانات (الأليفة أو المتوحشة).

5. الأساليب القائمة على ألعاب التسلية والمرح

الوصف: توظيف الألعاب الشعبية والترفيهية المنتشرة بين الأقران.

الأهداف: تحقيق غايات إرشادية وعلاجية.

(شيماء صبحي أبو شهدان، 2010، ص76/77)

اللعب الحر يتمثل في برامج النشاط الحر التي تتيح للأطفال اختيار الأنشطة التي يرغبون فيها بحرية، حيث يحدد الطفل إيقاع العمل بشكل عام وينساق نحو الأنشطة التي تعكس مستوى نموه. تهدف هذه البرامج إلى تلبية حاجات الأطفال الانفعالية والاجتماعية والعقلية، ويُعد اللعب الحر نشاطاً أساسياً فيها. يتميز هذا النوع من اللعب بقدرته على توسيع خبرات العقل من خلال الأنشطة المختلفة، حيث تُعتبر كل خبرة جديدة ذات فائدة، بغض النظر عن وجود معايير محددة. بذلك، يُفسح اللعب الحر المجال للإبداع والتجريب، مما يُسهم في تطوير شخصيات الأطفال ونموهم الشامل. (شيماء صبحي أبو شهدان، 2010، ص78)

اللعب الحر: والذي يعتمد على برامج النشاط الحر حيث تحاول هذه البرامج تلبية حاجات الأطفال الانفعالية والاجتماعية والعقلية ويحدد الطفل فيها إيقاع العمل بشكل عام أو يختار الأنشطة بنفسه وينصرف إلى اللعب الذي يعكس مستوى نموه ويعد اللعب الحر هو النشاط السائد في هذه البرامج حيث يتضمن الاتجاه العام لها توسيع خبرة العقل من خلال الأنشطة المختلفة وينظر فيها إلى كل خبرة جديدة على أنها تحمل بعض الفائدة ولا توجد فيها معايير واضحة محددة بالإنجاز وبديل من ذلك يشجع الأطفال على المشاركة في الأنشطة والتفاعل بشكل تعاوني وبعضهم مع بعض ومتابعة حبهم للإطلاع عن طريق الانخراط في الأنشطة التي تثير اهتمام أشد الإثارة أكثر أنواع اللعب إسهاما في تحقيق هذا المضج هو اللعب الحر

فيه يتاح للطفل إنشاء علاقات واختبار قدراته ومهاراته الاجتماعية وفي اللعب يطور الطفل نظاما جديدا ويبدأ في ذلك فيما يشترك فيه من ألعاب وما يمارسه من مواقف انتظار للدور والالتزام بمعايير وقوانين اللعب وتحمل نتائج الفوز والهزيمة كما يتعلم المعايير المرتبطة بسلوك الصواب والخطأ والمسموح والممنوع والمرغوب والمكرر (شيماء صبحي أبو شهدان، 2010، ص72)

وقد استخدمت (ميلاني كلاين) الدمى المصغرة في اللعب الإسقاطي وكانت هذه الدمى تمثل في غالبية الأحيان أشخاص الأسرة ويمكن أن يلعب الطفل بطريقة تظهر أن وحدات تلك الشخصيات تمثل مجموعة من الناس ربما كانوا من أسرة الطفل ففي هذه الحال قد يوافق الطفل أو ينكر ما يقوله له المحلل النفسي أو قد يستمر في اللعب فإذا كانت الموافقة مصحوبة بقلق شديد حيال التفسير الذي يقترحه المحلل فقد يحتمل أن تتعارض هذه الموافقة مع تفسير المحلل تماما تعبيرا عن موقف الإنكار من جانب الطفل

اعد (سيغموند فرويد، 1922) دراسة عن مراحل اللعب كأداة أساسية تطور العلاقات الاجتماعية، علاج الخوف المرضي عند طفل عمره خمس سنوات والتي أطلق عليها حاله (هانز الصغير) لتأييد نظريته، والآن يعتبر هذا التقرير أول تطبيق للتحليل النفسي لمشكلات الأطفال، ومنذ ذلك الوقت بدأ الكثير من علماء نفس الطفل المتخصصين في علاج الأطفال باستخدام العلاج باللعب (فاطمة صالح الغامدي، 2018، ص2)

تشير الأدبيات المرتبطة بالعلاج عن طريق اللاعب أن له ثلاث وظائف أساسية تبدو مهمة في العملية العلاجية وهذه الوظائف هي أن اللاعب نشرات تعبيرية طبيعي فالأطفال يستخدمون اللاعب للتعبير عن العواطف والإنفعالات واللاعب ينبثق من حياة الأطفال الداخلية لينعكس على عالمهم الخارجي كذلك يعد اللاعب نشاط تواصلية ومن الضروري أن يفهم المعالج هذا التواصل لتطوير العلاقة العلاجية مع الطفل وأيضا يعد اللاعب وسيلة لخلق الاستكثار والوعي (فاطمة صالح الغامدي، 2018، ص7)

ومن أهم الأهداف الأساسية التي يمكن أن نستخلصها من تقنية العلاج باللعب مع الأطفال أو حتى مع المراهقين هي التشخيص والفهم الجيد لنفسية وحياة الطفل النفسية ومعتقداتهم وكيف يعبرون عن مشاعرهم وأفكارهم. أيضا نسعى إلى بناء علاقة مهنية جيدة مع الحالات في حين أن بعض الحالات من الأطفال والمراهقين يظهرون مقاومة أثناء الجلسات العلاجية. والبعض الآخر لا يستطيعون التعبير اللفظي أو التفاعل. كذلك يسهل اللعب الكلام مع حالات الدراسة أو حالات العلاج. شكرا على المشاهدة. (فاطمة صالح الغامدي، 2018، ص9/8)

ومن بين المشكلات التي يجد معها العلاج باللعب نذكر الأطفال الانسحابيين أو الانطوائيين الذين يعجزون عن التعبير عن مشاعر الحب والاندماج مع الآخرين مثل هذا النوع يحتاج إلى جماعة اللعب لتخرجه عن خجله وعزله ومن خلال ممارسة الألعاب الجماعية يتعرف على ذاته وعلى الآخرين كذلك الأطفال الذين يتمتعون بحماية زائدة يكونون غير قادرين على مواجهة الإحباط أو المشاركة في الألعاب وينقصهم التعاون وأيضا الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية وأطفال الذين يعانون من الخوف والمشكلات خاصة الاجتماعية والتواصلية (فاطمة صالح الغامدي، 2018، ص10)

4- العلاج النسقي العائلي

يعتبر العلاج العائلي من أهم العلاجات النفسية المقدمة للطفل والمراهق. وذلك لأن العائلة هي الجماعة الأولية التي ينشأ فيها الفرد نتيجة الزواج أو التبني أو صلة الدم وتكون المسؤولية الأولى لهذه الجماعة هي التنشئة الاجتماعية الأولى. وعرفت أيضاً بأنها : وحدة المجتمع البنائية والوظيفية والأسرة التي في حالة متوازنة هي القادرة على القيام بدورها في أداء وظيفتها الاجتماعية إلا أن الأسرة كوحدة لها حالتها الصحية المرتبطة بها من النواحي النفسية والاجتماعية شأنها شأن الفرد فمتى تصبح الأسرة سليمة نجد أن أفرادها أصحاء. (محمد بن مسفر علي القرني، 2004م، ص 99/96).

تعريف العلاج العائلي:

يعرف العلاج العائلي بأنه: عملية يقوم بها الأخصائي النفسي وغيره من المعالجين لمشكلات العائلة حيث يتعامل الشخص المعالج مع أفراد العائلة الواحدة كنسق أو كوحدة واحدة من خلال التعرف على طبيعة العلاقات التي تجمع بين أفراد وأعضاء هذه الخلية وكذلك طرق الاتصال بينهم وصوره وأنماطه، وكذلك التعرف على الأدوار والمكانات داخل العائلة، وهناك كثير من الحالات تتطلب التعرف على تاريخ العائلة والتركيز هنا يكون على العائلة كنظام موحد وأنماط العلاقات والاتصالات بين أفرادها.

ويركز المعالج على الإجراءات الشفهية وغير الشفهية وعلى أسلوب هنا والآن أكثر من التركيز على تاريخ العائلة والاختلافات في ممارسة الأساليب الفنية للعلاج العائلي تختلف طبقاً للتوجهات المقترحة في العلاج سواء نفسي اجتماعي أو سلوكي أو نسقي أو أي توجهات أخرى وكان من بعض مدارس العلاج العائلي الأكثر تأثيراً هي :

* سلفادور مينوشن (العلاج الأسري البنيوي)

* جاي هالي (العلاج الأسري الاستراتيجي)

* فيرجينيا ساتير ومجموعة بالو ألتو (العلاج الإتصالي)

وقد عرف العلاج العائلي أيضاً Family therapy بأنه هو علاج نفسي نسقي يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء العائلة كنسق ومحاولة التغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء العائلة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل العائلة

وبناء على ذلك فإن العلاج العائلي يعطى نظرة أوسع وأشمل للسلوك الإنساني والمشاكل الاجتماعية عن الاتجاه الفردي.(محمد بن مسفر علي القرني، 2004م، ص 111/112). وفي هذا الصدد يؤكد (J.Haley، 1881): أن العلاج العائلي ليس فقط طريقة علاجية ولكنه على الأخص اتجاه عيادي يتضمن اعتماد منطلقات علاجية مختلفة.

(محمد احمد النابلسي، 1988، ص10)

كما أن من أهم الصعوبات التي يمكن أن تستدعي تطبيق العلاج العائلي هي رفض أحد الوالدين لعلاج الطفل بشتى أنواعه مثل ما يحدث لدى أطفال التوحد وذلك لعدم اقتناع الوالدين بإصابة ابنهما مكتفين بوضعهم في المدرسة محاولين التخلص من الجرح النرجسي الذي يسببه لهما.(محمد احمد النابلسي، 1988، ص21)

كما أن وجود السوابق الذهانية أو العصابية في عائلة ما يعتبر عامل خطر يعرض أفراد هذه العائلة للإصابة بهذه الإضطرابات، قد تصل أحيانا إلى 80% من المنحدرين من هذه العائلة.(محمد احمد النابلسي، 1988، ص19)

تشجيع المرض النفسي لدى الأطفال والمراهقين في هذه العائلة. ويمكننا أن نرد هذه العوامل بناءً على الدراسة التي قام بها البروفيسور ميشيل روتر (Michael Rutter)، أستاذ الطب النفسي للأطفال في معهد لوندون للطب النفسي على عينة من الأطفال في أبحاثه ضمن مدينة لندن وجزيرة رايت. فتوصل إلى تحديد ستة عوامل يعتبرها مؤثرة في إحداث الاضطراب النفسي لدى الأطفال ذوي العشر أعوام. وهذه العوامل هي

1. الخلافات الحادة بين الأهل

2. المستوى الاجتماعي المتدني
3. اكتظاظ المنزل
4. اضطرابات نفسية لدى الأم
5. الأب المجرم أو المدان في المحاكم
6. وضع الطفل في ملجأ أو في رعاية حاضنة ومن خلال دراسته لمئات الأطفال يخرج روتر بالنتائج التالية إن تعرض الطفل لعامل واحد من هذه العوامل لا يزيد في احتمال تعرضه للاضطراب النفسي قياسا للأطفال الذين يعانون من أي من هذه العوامل. وهذه الدراسة المعروضة بأشد اختصار ممكن أن تدفعنا للتفكير ولتأييد وجهة النظر القائلة بأن العلاج العائلي الهدف إلى تحسين الظروف المحيطة بالطفل والمراهق هو علاج من شأنه أن يلعب دورا وقائيا من الدرجات الأولى. كما أن علاج أو تخفيف من هذه العوامل يخفف من احتمال تعرض هؤلاء الأطفال للاضطرابات النفسية. (محمد احمد النابلسي، 1988، ص53/54)

تعتبر فيرجينيا ساتير (Virgini Satir، 1967) عن نظره المعالج العائلي بقولها: (ان سلوك الشخصي هو بمثابة رد على مجموعه معقده من القواعد المحددة والموجية التي تحكم جوا عائلته حتى ولو كانت هذه القواعد غير مخططة أو حتى معروفة أو واعي من قبل المريض أو من قبل عائلته) مما تقدم نلاحظ ان العلاج العائلي هو بمثابة عرض شامل لمختلف العوامل التي يمكن ان تساعدنا في فهم الأسباب المؤدية للاضطراب النفسي وهذا العرض يراعي المظاهر العلائقية القائمة بين الشخص ومحيطه ويسهرها في نظره موحد و متكاملة ومن هذا المنطلق يقول اكرمان (Ackerman Behreus، 1974): (يعتمد العلاج العائلي على تحليل عدد من العناصر المتداخلة المؤدية للاضطراب النفسي ويعامله على انه ظاهره عائلية ناجمه عن مجموعه من المنغصات المتداخلة والعلائقية المتراكمة مع مرور الوقت)، ومن هذا المنطلق فان معالجي العائلة يعتبرون ان هذه المنغصات تؤثر في كافة افراد الأسرة

ولكن بطرق مختلفة وهي تؤثر بشكل خاص بالمرضى الذي يطلب العلاج لكونه الأكثر تأثراً والذي نسميه بالمرضى الأولي أو الأساسي (محمد احمد النابلسي، 1988، ص57/58) سلوك الأسرة يؤثر على الحالة النفسية للطفل، أو كما نقول، الحياة النفسية والنمو النفسي للطفل والمراهق. يبدو وكأن الطفل يصبح، على سبيل المثال، ضحية أو وسيلة لتحقيق رغبات الوالدين، أو حتى وسيلة للتعبير عن العداء تجاه الطرف الآخر. أو وسيلة لتفريغ التوتر والقلق. أو حتى وسيلة لتحقيق رغبات أحد الوالدين أو تحقيق ما لم يتمكنوا من تحقيقه في حياتهم. فيجبرون الطفل على أن يكون كما يريدون أو كما يتخيلونه في أذهانهم.

هذا له تأثير سلبي على ردود أفعال الطفل وحالته النفسية وعلى حياته العاطفية داخل الأسرة، بل وحتى على علاقته بوالديه وأفراد الأسرة الآخرين. وعندما يصبح الطفل مكتئباً جداً، تظهر عليه أعراض لا يمكن إخفاؤها أو التستر عليها داخل الأسرة. وحيثما ذهب، يواجه الاكتئاب، ولا يتمكن الطفل من القيام بما هو صحيح.

وذلك لأنه قد يطور سلوكيات متناقضة أو غير متساوية، أو حتى بسبب تطويره قواعد متناقضة لتحقيق أهدافه، وهي تلك القواعد التي يعبر عنها للوالدين معاً. ويمكن أن يعوض الطفل بشدة عن سلوكه المتناقض، وقد يقلل هذا التعويض من اكتأبه بشكل عام.

كما ذكر بيل وفوجيل، في جميع الحالات، قد ينتقد الطفل والديه علناً، أو قد يعاقبونه، ومع ذلك يدعمون سرّاً إصرار الطفل على السلوكيات المتناقضة التي سبق أن انتقدوها. ويظهر تسامح الطفل بطرق مختلفة، مثل عدم تنفيذ التهديد، أو تأخير العقاب، أو اللوم المفرط، أو قبول الاعتراض، أو عدم الانتباه للطفل الذي يقود هذا السلوك، أو الرضا أو الاستسلام للطفل بسبب سلوكه.

يُعطى إحباط الطفل تغذية راجعة إيجابية، وهي مشكلة يجب على الوالدين مواجهتها. وفي النهاية، قد تتولى المجتمع العلاجي الاهتمام بأسرة معينة، أو توصي وتصر على العلاج

الأسري، وهذا يمثل تحديًا لتوازن وصلاحية الوالدين، كما قال هالي عن المريض النفسي المحدد. (فيرجينيا ساتير، 2016، ص 54/50)

العلاج بالفن

يقول (Arnheim، 1967) إن الفن هو تلك الخاصية التي تصنع الفروق بين مجرد القيام بالمشاهدة للأشياء أو مجرد الأداء لها فحسب من ناحية، وبين اللمس لها أو التماس معها والاهتزاز انفعاليا متأثرين بها، والتغير نتيجة لتلك القوة المتأصلة في كل نشاط نمحه أو نتلقاه من ناحية أخرى. وهكذا تعني التربية والتعليم بالفن وكذلك العلاج بالفن أن نكون على ثقة بأن ذلك الوعي الحي المعاش هو ما ينتج أيضا عندما نرسم اللوحات. (جوديث ارون روبن، 2021، ص 65)

إننا نجد في معظم الأحوال خلال معالجتنا الأطفال والمراهقين ذلك النوع من التقييد والضبط الذي يفرض على نزعتهم أو ميلهم الطبيعي نحو اللعب والموسيقى والرسم والتصوير بالألوان والكثير من أشكال عمليات التناول أو الإمساك أو الاستيعاب الحسي غير اللفظي للأشياء والتعبيرات الرمزية الخاصة بهم الذي جعل من الصعب بالنسبة لنا أن نزود الأطفال بفرصة ما نتركهم خلالها يذهبون بحرية ويعبرون عن أنفسهم على نحو صريح من خلال الشكل والمضمون الخاص هنا بفنهم (Brron1966) (جوديث ارون روبن، 2021، ص 66)

بالنسبة لكثير من الأطفال، سواء من ذوي النشاط الزائد أو الناقص، فإن القيام بالتجريب من خلال شكل من الإبداع يكون أكثر حرية وأكثر انضباطا وأمانا أيضا. قد يكون أمرا جوهريا كي يقتنعوا بأنه من خلال هذا الشكل الرمزي يمكنهم بالفعل أن يتركوا كي يذهبوا وينطلقوا، وأن يعبروا عن مشاعرهم القوية من خلال حركات حرة، وأن يظلوا أيضا في حالة تحكم في اندفاعاتهم التي تثبت لهم أنها ليست اندفاعات تدميرية ولا فوضوية غير منظمة كما توقعوا. وإنه فحسب بعد عملية السماح المطلق الرمزية هذه لهم، يمكن أن تنمو ألفتهم مع تلك

الخبرات التي كانوا يخشونها. (جوديث ارون روبن، 2021، ص 68)

مثلاً يرجع الأمر للطفل في أن يقرر ما الذي يستخدمه من مواد وكيف يستخدمه ومتى كذلك يكون الأمر بالنسبة للطفل فيما يتعلق بأمور كثيرة أخرى حيث يمكنه أن يتحدث تلقائياً عن عمله أو أن يعمل في صمت وإذا لم يكن هناك أي تعبير لفظي تلقائي من جانب الطفل حتى منتصف ساعة الجلسة فإنه قد يكون من الفعال بالنسبة لنا أن نشجعه على التحدث حول أفكاره ومشاعره في أثناء استخدامه الوسيط الفني وقد يكون بعض الأطفال أكثر خجلاً بحيث يكون إجراء حوارات عابرة معهم خلال هذه العملية الطريقة الوحيدة لعدم حدوث قلق حاد أو غلق ذهني ونزع دفاعية لديهم ومثلاً قالت مراهقة لي ذات مرة بينما كنا ننظر إلى كهف قد صنعته من الصلصال إنه كان من السهل بالنسبة لها أن تتحدث إلي لأنني لم أكن أنظر في عينيك وذلك لأنني لو كنت أنظر في عينيك لم أكن أستطيع أن أقول ما قلته لكن كذلك يعطى للأطفال خيار أن يقرعوا ما إذا كانوا يفضلون أن يتم سؤالهم حول كل منتج ينتجونه عقب أن ينتهوا منه مباشرة أم في نهاية الجلسة وعلى الرغم من أن بعضهم كان يعتبر لفظياً بحرية وتلقائية في أثناء عمله إلا أنه قد يمكن مساعدتهم للقيام بعمليات ترابطات أو تداعيات للأفكار المرتبطة بالمنتج الفني الخاص بهم وذلك مع منتجهم من خلال بعض الأسئلة مفتوحة النهاية في أثناء المقابلة بعد أن يكتمل العمل الذي يقومون به (جوديث ارون روبن، 2021، ص 215)

ويفيد (Bontensky، 1995/2001) ويكون مفيداً في الغالب أن نشجع الطفل على أن يحظى بالحصول على بعض المسافة الجمالية والنفسية بينه وبين منتجه الفني من خلال وضع هذا المنتج في مكان محدد بحيث يستطيع أن يراه من خلاله بسهولة من غير تشتت كأن نعلقه على الحائط أو نطعه فوق مكتب معين ويمكننا أن نقوم بسؤاله سؤالاً بسيطاً مثل ما الذي تراه؟ يمكنه أيضاً أن يستثير الكثير من الإجابات المفيدة المتكررة (جوديث ارون روبن، 2021، ص 216) وذلك يمكننا أن نطرح أسئلة تسمح بوجود الحد الأقصى من الفردية في الاستجابة ومنها تمثيلاً لا حصراً أن نقول هل يمكنك أن تخبرني حول رسمتك هذه؟ هل

لديك قصة تتفق مع هذه الرسمة؟ وما الذي يأتي إلى ذهنك عندما تنتظر إلى عمل فني؟ أو هل تذكر هذه اللوحة بأي شيء؟ (جوديث ارون روبن، 2021، ص216)

الموضوع الثاني ويكون مفيدا أحيانا أن تسأل أسئلة توضحية فقط حول ما الذي يمكن عرضه أن تمثله مثل العمر، الجنس والطابع المميز للشخصيات أو الموضع أو النشاط الخاص بها سواء ظهر هذا النشاط واضحا أو كان خاصة في الإنتاج الفني إن الأسئلة التي تساعد الطفل على أن يربط نفسه بالتمثيل المعرف للأشياء أسئلة مفيدة جدا تمثيلا حرفيا كأن نقول لو كنت موجودا في ذلك المكان فأين ستكون موجودا فيه؟ أو لو كنت موجودا في هذه القصة فأني الشخصيات سوف تكون؟ ويمكن أن نسأل أيضا حول ما حدث أو ما سيمكن أن يحدث لاحقا يقوم الأطفال غالبا بشكل تلقائي بالكلام مع أعمالهم وبخاصة عندما تكون تلك الأعمال منتجات صغيرة بحيث يكون من السهل بالنسبة للطفل أن يستخدمها كدومة مثلا في حالة عدم حدوث ذلك على كل حال لن يكون من قبيل الصعوب الكبيرة أن تقوم باستشارة لمثل هذا النشاط من خلال أسئلة مثل إنني أتسأل عما يمكن أن يقوله هذا الكلب أو هذا الشخص في الإنتاج الفني إذا استطاع أن يتكلم أو هل تستطيع أن تتحدث إلى تمثالك هذا كما لو كان دمية وتعد مثل هذه الطلبات سبيلا آخر لحدوث عملية الإسقاط فأيا كان السؤال فوظيفة المعالج بالفن تتمثل في أن يشجع الأطفال على توضيح تداعياتهم العقلية والفكرية والعاطفية والامتداد بها كذلك وتوسيعها من غير أن يقوم بفرض إسقاطاته الخاصة على الأطفال أو إقحامها إن ذلك يمثل تحديا كبيرا بالنسبة له لكن يمثل أيضا نوعا من المهمة الإبداعية المشبعة التي تمثل مكافأة له بل إن الأطفال الأكثر صمتا يمكنهم أن يتكلموا بفصاحة من خلال الفن (جوديث ارون روبن، 2021، ص217)

كما بالنسبة لأطفال ذوي الإعاقات، قد يشعرون في أغلب الأحوال أنهم خارجون عن السيطرة بدنيا ونفسيا، ويبدو أنهم من المهم هنا على نحو خاص بالنسبة لهم أن تتوفر لهم المواد والوسائل التي يشعرون من خلالها بأنهم أصحاب المسؤولية، وأنه يمكنهم أن يكونوا أيضا

القادة أو المديرين. وتتمثل إحدى القيم الكبرى الخاصة بالعلاج بالفن بالنسبة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أنهم يمكنهم أن يكونوا من خلال الفن مجموعة الأفراد الأكثر إيجابية وفاعلية، ولأنهم الأفراد الذين يمكنهم القيام بأشياء تحدث للمواد التي يستخدمونها من خلال هذه المواد أيضاً، وذلك على نحو خاص. لأنهم في أغلب الأحيان تتيم قيادتهم وإلباسهم ملابسهم، والذهاب بهم إلى الطبيب وعلاجهم وهل لما جرى. على نحو سلبي بعبارة أخرى، فإنهم هكذا يستطيعون من خلال الفن أن يكونوا قادرين على تحقيق التمكن والسيطرة من خلال اللاعب بالمواد الفنية وفي بعض المواقف الصدمية التي يعيشها الأطفال الأميان. فإنهم يقومون في أغلب الأحيان باتخاذ أو تقمص دور الشخص القوي والأكثر قدرة على السيطرة والتحكم، بدل من ذلك الدور الأصلي الذي كان غالباً هو دور الشخص العاجز. (جوديث ارون روبن، 2021، ص490)

لا يختصر العلاج بالفن فقط على الأشخاص ذوي الإعاقة، بل يمكننا الذهاب به إلى ذهان الطفولة والمراهقة، وحتى القلق مثل قلق الانفصال والحدادات، والشجارات الأخوية والغضب الموجه نحو الكبار أيضاً، كذلك قضايا الانفصال والطلاق والصدمات النفسية والضغط الطبية الحادة والمزمنة، كذلك اضطرابات إساءة المعاملة واضطرابات الضغط مع بعض في الصدمة، وحتى الإساءات الجنسية والفقدان الوالدي.

قائمة مصادر المراجع :

1. أبو حطب، فؤاد، وصفوت، أمل (2001). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار النهضة العربية.
2. أبو زيد، 2005، "علم النفس المعرفي: مفاهيمه وتطبيقاته"، الطبعة الثانية، دار الشروق، القاهرة، مصر.
3. اجلال محمد سرى، عالم الكتب القاهرة ط2، علم النفس العلاجي، 2000
4. أحمد عكاشة، (2003)، الطب النفسي المعاصر، الطبعة الرابعة، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
5. احمد غريب، 2006، "التخلف العقلي: أسبابه وآثاره"، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، عمان، الأردن.
6. بيرني كورويل وآخرون، ترجمة محمود عيد مصطفى، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ط1، 2008، مصر، سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر الكتاب الخامس
7. بيك، آرون (1979). "العلاج المعرفي للأمراض النفسية" (ترجمة: صالح عبد الله). مكتبة الملك فهد الوطنية الرياض، مملكة العربية السعودية.
8. بيك، آرون (1979). العلاج المعرفي للاكتئاب. ترجمة: صالح عبد الله. الطبعة الأولى. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية.
9. بيك، آرون، وإيمري، غاري. (2005). اضطرابات القلق والفوبيا: منظور معرفي. الطبعة الثانية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
10. تأليف جوديث بيك ترجمة طلعت مطر، ط2008، 1، العلاج المعرفي: الاسس والابعاد، المركز القومي للترجمة، مصر

11.الجبالي، مصطفى (2015). "الفوبيا في الثقافات المختلفة: التفسير الاجتماعي والثقافي". الطبعة الثانية، دار الكتاب الحديث، بيروت، لبنان.

12.جمال التركي، (2009)، علم النفس الأسري، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.

13.جوديث ارون روبن ترجمة شاكر عبد الحميد، العلاج بالفن للأطفال، ط1 ، 2021، دار معنى للنشر والتوزيع

14.حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الرابعة ، 2005

15.حجازي، محمد عبد الستار (2004) .علم النفس المرضي للأطفال والمراهقين . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

16.حسن مصطفى عبد الفتاح، (2007)، علم النفس المرضي: نظريات وأبحاث، الطبعة الرابعة، دار المعرفة، الإسكندرية، مصر.

17.خاطري زهية (2020) .الفحص النفسي للأطفال والمراهقين .دار النشر الجامعي.الجزائر.

18. خالد العقيلي، 2008، "الأسرة والبيئة في تطوير القدرات العقلية"، الطبعة الثانية، دار الفكر، دمشق، سوريا.

19.خليف فاطيمة الزهراء ودراة فاتحة، 2017، أثر تقنية الاسترخاء الإيحائي في التخفيف من قلق الامتحان لدى التلاميذ المقبلين على امتحان البكالوريا دراسة ميدانية لثلاث حالات بثنائية الرائد سي زوبير تيارت، مذكرة ماستر عيادي، جامعة تيارت الجزائر

20.خليل أحمد عطاء الله، (2014)، النظرية النسقية والإرشاد النفسي الأسري، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

21.د. أحمد عكاشة، الطب النفسي للأطفال والمراهقين، 2005، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.

22. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية،(2013) الإصدار الخامس (DSM-5)

23. روجرز، كارل (1961). العلاج المتمركز حول الشخص .ترجمة: محمد نجيب الصبوة. الطبعة الأولى. القاهرة: دار المعارف، مصر.

24. روجرز، كارل. (2001). العلاج المتمركز حول العميل .الطبعة الأولى، دار الأمل، إربد، الأردن.

25. زهران، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي .القاهرة: عالم الكتب.

26. سامي عبد الحميد، (2006)، الثقافة والصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

27. السرياني، عبد القادر. (2011). التأثير الثقافي على الصحة النفسية .الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

28. سكينر، ب.ف. (1953). العلم والسلوك الإنساني .ترجمة: محمد نجيب الصبوة. الطبعة الثانية. القاهرة: دار المعارف، مصر.

29. سميث، جون (2019). اضطرابات الأكل: الأسباب والعلاج .الطبعة الثالثة. لندن: دار نشر أكاديمية، المملكة المتحدة

30. سهاد سمير بدرة ، الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بكل من الحاجات النفسية والرضا عن الحياة لدى المسنين، رسالة معدة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك، إربد

31. شيماء صبحي أبو شهدان، فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة لدى الأطفال المضطربين لغوياً، 2010، كلية علم النفس غزة، مذكرة لاستكمال متطلبات حصول على درجة الماجستير في تخصص إرشاد النفسي والتوجيه التربوي جميعات الإسلامية غزة

32. عبد الخالق، أحمد. (2000). الأسس البيولوجية للصحة النفسية. الطبعة الثانية، مكتبة النهضة، القاهرة، مصر.

33. عبد الرحمان الشقير، 2010، "النظريات الإنسانية في التربية وعلاج التخلف العقلي"، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.

34. عبد الرحمن العيسوي، (2010)، مدخل إلى العلاج النفسي الإنساني، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

35. عبد الستار إبراهيم، (2008)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة السادسة، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

36. عبد الستار ابراهيم، العلاج النفسي المعرفي الحديث، مطبعة الموسكى، مصر

37. عبد الفتاح محمد دويدار (1990)، "التخلف العقلي: أسبابه وخصائصه"، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

38. العصفور، مريم (2015). الهوية الجنسية والمجتمع العربي: التحديات الثقافية والتربوية. دار الثقافة، القاهرة، مصر.

39. علياوي فتيحة، 2022، دور الاسترخاء في تحقيق المرونة النفسية عند المراهق دراسة ميدانية لحالتين جمعية كافل اليتيم الولائية تيارت، مذكرة ماستر علن النفس العيادي، جامعة تيارت الجزائر

40. عماد عبد الرحمن عبد الله، (2013)، العلاج المعرفي السلوكي: الأسس والنظريات والتطبيقات، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

41. عمر مصطفى، 2012، "الثقافة والتخلف العقلي: دراسة مقارنة"، الطبعة الأولى، دار الأكاديميين، عمان، الأردن.

42. العياشي، سامي (2017). اضطرابات الهوية الجنسية: دراسة في علم النفس الإكلينيكي. دار المعارف، القاهرة، مصر.

43. فاطمة صالح الغامدي، فعالية العلاج باللعب لعلاج الأطفال المضطربين سلوكياً، 2018، العدد الثامن، المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة لمعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية

44. فخري الدباغ، (1997)، مدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد، العراق.

45. فرويد، 2001، "مقدمة في التحليل النفسي"، الطبعة الخامسة، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

46. فرويد، سيغموند (1923). "مقدمة في التحليل النفسي" (ترجمة: مصطفى صفوان). مكتبة النهضة المصرية. القاهرة، مصر.

47. فرويد، سيغموند (1923). الأنا والهو. ترجمة: مصطفى صفوان. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، مصر.

48. فرويد، سيغموند. (2009). قلق في الحضارة. الطبعة الثانية، دار الطليعة، بيروت، لبنان.

49. فيرجينيا ساتير ترجمة سهام اوعيطه، العلاج الاسري المشترك، دارالفكر، ط1، 2016، الاردن

50. فيصل محمد خير الزاد، العلاج النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، ط1، 2005، لبنان

51. القوسي، محمد شحاته. (1990). الأسس البيولوجية للسلوك. الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
52. كارتر، مايكل (2019). علم النفس العصبي واضطرابات النوم. الطبعة الأولى. لندن: دار نشر أكاديمية، المملكة المتحدة.
53. كامل، محمد. (2018). أسس علم النفس المرضي: اضطرابات القلق والعصاب. الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
54. لويس كامل مليكة، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط1، 1990، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع
55. محمد احمد النابلسي، العلاج النفسي العائلي، 1988 ، سلسلة علم النفس الطفل 06، دار النهضة العربية، لبنان
56. محمد بن مسفر علي القرني، 2004م ، العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية، ط01، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية اثناء النشر، الرياض، السعودية
57. محمد شعلان، (2001)، الاضطرابات العقلية والنفسية: التشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، دار الرشاد للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
58. محمد فتحي عبد العال، (2011)، علم النفس العصبي: مقدمة في الأسس والتطبيقات، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
59. محمد فوزي أبو شقرا، (2010)، العلاج السلوكي وتطبيقاته، الطبعة الثالثة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
60. محمد كمال مرسي، (2009)، الاضطرابات النفسية والعقلية: بين النظرية والتطبيق، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمان، الأردن.
61. محمود الحداد، 2009، "علم الأعصاب السلوكي: من الدماغ إلى السلوك"، الطبعة الأولى، دار علم النشر، بيروت، لبنان.

- 62.محمود، فؤاد .(2017)التوحد في الطفولة: نظريات وتطبيقات عملية، دار النشر الجامعي، القاهرة، مصر.
- 63.محمود، محمد .(2020)التوحد في المراهقة: استراتيجيات العلاج والدعم النفسي، دار الشروق للنشر، القاهرة، مصر.
- 64.مرسي، محمد كمال .(2009) .الاضطرابات النفسية والعقلية: بين النظرية والتطبيق . الطبعة الثانية. دار الفكر، عمان، الأردن.
- 65.مريم جوايبي، حميدة بوتفنوشات، مجلة دراسات انسانية واجتماعية، مجلد 11 العدد02، 2022، التصورات الاجتماعية حول طرق علاج الاضطرابات النفسية لدى الطالب الجامعي
- 66.مصطفى فهمي، (2002)، مدخل إلى الأمراض النفسية والعقلية، الطبعة الثانية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.
- 67.ميموني معتصم، بدره (2010) .سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة .الجزائر: دار الخلدونية للنشر.
- 68.مينوشين، س. (1974) .الأسرة وعلاج الأسري .ترجمة: أحمد عبد الخالق. الطبعة الأولى. القاهرة: دار الفكر العربي، مصر.
- 69.النبوي، أحمد (2015). "اضطرابات التحويل والهستيريا: دراسة تحليلية". الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، القاهرة، مصر.
- 70.النبوي، أحمد (2017). "دراسة تحليلية حول اضطرابات القلق والفوبيا: التشخيص والعلاج". الطبعة الثانية، دار العلوم للنشر، القاهرة، مصر.
- 71.نجيب محفوظ عبد الرحمن، (2005)، البيئة والثقافة النفسية، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر،

72. نيل ريكتور ترجمة فرحات بوزيان، العلاج المعرفي السلوكي معلومات اساسية، المركز

النفسي للصحة النفسية كندا

73. هانى العسلى، العلاج باللعب Play therapy ، القاهرة-[http://dr-](http://dr-banderalotaibi.com)

[banderalotaibi.com](http://dr-banderalotaibi.com)

74. هدير عز الدين صلاح الاسي، العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام دراسة

اكلينيكية لنيل درجه الماجستير في علم النفس كليه التربية، الجامعة الاسلامية غزه قسم

علم النفس كليه التربية، 2014

75. وثمان، سارة (2017). اضطرابات النوم: التشخيص والعلاج. الطبعة الثانية. نيويورك:

دار نشر العلوم النفسية، الولايات المتحدة الأمريكية.

76. وولبي، جوزيف. (2003). العلاج النفسي عبر التنشيط المتبادل. الطبعة الأولى، دار

الفكر العربي، القاهرة، مصر.

77. يوسف القريوتي، (2007)، علم النفس المرضي: الأسس البيولوجية، الطبعة الأولى،

دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

78. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). Washington, DC: APA

79. APA (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association

80. Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M., 1995, Autism as a Strongly Genetic Disorder: Evidence from a British Twin Study, Psychological Medicine, Volume 25, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

81. Baron-Cohen, S., 1995, Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind, 1st edition, MIT Press, Cambridge, USA.

82. Bettelheim, B., 1967, The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self, 1st edition, Free Press, New York, USA.

83. Bowen, M. (1978). Family Therapy in Clinical Practice. Jason Aronson, New York, USA.

84. Bronfenbrenner, U., 1979, The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design, 1st edition, Harvard University Press, Cambridge, USA.

85. Casanova, M. F., & Sokhadze, E. M., 2014, Neurobiological Foundations of Autism, 1st edition, Springer, New York, USA.

86. Freud Anna (1965)◦ Normality and Pathology in Childhood Assessments of Development
87. Freud Anna◦ (1946)◦ The Ego and the Mechanisms of Defense
88. Freud Anna◦ (1958)◦ The Psychoanalytic Study of the Child
89. Freud◦ S. (1917). Introductory Lectures on Psycho-Analysis. Standard Edition. Hogarth Press◦ London◦ UK.
90. Itard◦ J. (1801). The Wild Boy of Aveyron. Cambridge◦ MA: Harvard University Press.
91. Kanner◦ L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. Nervous Child.
92. Klein Millani◦ (1932). The Psychoanalysis of Children
93. Klein Millani◦ (1948)◦ Contributions to Psychoanalysis
94. Lovaas◦ O. I.◦ 1987◦ Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children◦ Journal of Consulting and Clinical Psychology◦ Volume 55◦ American Psychological Association◦ Washington◦ USA.
95. Mahowald◦ M. W.◦ & Schenck◦ C. H. (2005). Insights into Parasomnias. Cambridge University Press◦ Cambridge◦ UK
96. Nevéus◦ T.◦ & von Gontard◦ A. (2017). Management of Nocturnal Enuresis. Springer◦ Cham◦ Switzerland.
97. Pinel◦ P. (1801). Treatise on Insanity. Paris: Richard et Cie.
98. Rutter◦ M.◦ & Taylor◦ E. (2002). Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Science.
99. Segal◦ H. (1973)◦ Introduction to the Work of Melanie Klein
100. Sigmond Freud◦ The Interpretation of Dreams◦ 1905
101. Sigmond Freud◦ Three Essays on the Theory of Sexuality◦1920
102. Winnicott. D. W◦ (1960)◦ The Theory of Parent-Infant Relationship. International Journal of Psychoanalysis
103. Winnicott. D. W◦ (1965)◦ The Maturation Processes and the Facilitating Environment. Hogarth Press
104. Winnicott.D. W◦ (1971)◦ Playing and Reality Routledge