



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية



محاضرات في مقياس علم النفس المرضي للفصل والمراهق موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس مدربي

من اعداد:
الدكتور إسماعيل بن خليفة

السنة الجامعية: 2025 - 2026

فهرس المحتويات

المحاضرة الأولى: مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل والمراهق.....	1
مقدمة:.....	1
1- لمحة تاريخية.....	1
2 - النظريات المرجعية في علم النفس المرضي.....	2
3 - مفهوم السواء واللاسواء:.....	4
4 - معايير السواء واللاسواء:.....	4
5 - إشكالية السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق:.....	7
قائمة المراجع:.....	9
المحاضرة الثانية : اضطرابات التغذية.....	10
مقدمة:.....	10
1 - تعريف اضطرابات التغذية:.....	10
2 - تصنيف اضطرابات التغذية.....	11
3- عوامل مسببة ومتداخلة:.....	16
قائمة المراجع:.....	18
المحاضرة الثالثة: اضطرابات الإخراج عند الأطفال.....	19
مقدمة:.....	19
أولاً: التبول اللاإرادي.....	19
1- التعريف:.....	19
2- أنواعه.....	20
6- أشكاله.....	20
4- الأسباب.....	20
5- الأعراض حسب DSM-5.....	21
6- التفسير.....	21

21	ثانياً: التبرز اللاإرادي.....
21	1- التعريف
22	2- الانتشار
22	3- الأسباب
22	4- الأعراض حسب DSM-5
24	قائمة المراجع
26	المحاضرة الرابعة: اضطرابات النوم عند الأطفال
26	مقدمة:
26	1- تعريف اضطرابات النوم
28	2- أسباب اضطرابات النوم
29	3- اضطرابات النوم عند الرضيع:
30	4- أشكال اضطرابات النوم عند الطفل:
31	5- التقييم والتشخيص
32	6- التدخلات العلاجية والوقائية:
33	قائمة المراجع
35	المحاضرة الخامسة: الاضطرابات النفسية الجنسية
35	مقدمة:
35	1- تنظيم وتطور الوظيفة الجنسية لدى الطفل:
36	2- تصنيف الاضطرابات الجنسية لدى الطفل والمراهق:
36	3- الهوية الجنسية (Gender identity) :
36	4- تعريف اضطراب الهوية الجنسية:
37	5- أنماط سلوكية مفصلة
38	6- الآليات النفسية والتكوينية:
39	7- عوامل الخطر والسببية المرضية:
39	8- الأعراض المصاحبة والاختبارات النفسية:

39	9- العلاجات المقترحة:
40	10- الوقاية:
41	قائمة المراجع:
42	المحاضرة السادسة: الاضطرابات المعرفية: الصعوبات المدرسية
42	مقدمة:
42	أولاً- صعوبة القراءة أو عسر القراءة:
42	1- تعريفه:
43	2- عوامل صعوبة القراءة:
45	3- أعراض صعوبة القراءة:
46	ثانياً- صعوبات الكتابة (Dysgraphia):
46	1- تعريف صعوبة الكتابة (Dysgraphia):
46	2- عوامل صعوبات الكتابة:
48	3- أعراض صعوبة الكتابة:
49	ثالثاً- صعوبة الحساب (Dyscalculia):
49	1- تعريف صعوبة الحساب (عسر الحساب):
50	2- عوامل صعوبة الحساب (عسر الحساب):
52	قائمة المراجع:
54	المحاضرة السابعة: العصابات والذهانات والحالات الحدية عند الطفل والمراهق
54	أولاً: العصابات (Anxiety Disorders)
62	ثانياً: الذهانات (Psychotic Disorders)
66	ثالثاً- نموذج 1 للذهان عند الاطفال: الفصام (Schizophrenia)
	رابعاً- نموذج 2 للذهان عند الاطفال: الاضطراب ثنائي القطب الأول (Bipolar I Disorder)
67	خامساً- أهم الفروق بين الذهان والعصاب
69	سادساً- الحالات الحدية (Borderline States)

1-	تعريف الحالات الحدية أو البينية:	70
2-	الخصائص المميزة للحالات الحدية:	71
3-	الوصف الإكلينيكي للحالات الحدية:	72
	سابعاً- الأمراض النفسية الناجمة عن البنية الحدية:	73
	قائمة المراجع:	76
	المحاضرة الثامنة: الاضطرابات العصبية النمائية: اضطرابات طيف التوحد.....	80
	مقدمة:	80
I-	مدخل إلى الاضطرابات العصبية النمائية:	81
II-	ماهية اضطراب طيف التوحد:	84
III-	لأسباب والعوامل المؤثرة في نشأة اضطراب طيف التوحد:	88
IV-	النماذج النظرية المفسرة لاضطراب طيف التوحد:	90
V-	التشخيص والتقييم الإكلينيكي والمعايير المستخدمة:	93
VI-	الاتجاهات العلاجية الحديثة لاضطراب طيف التوحد:	97
VII-	آفاق التكفل والرعاية النفسية والتربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:	99
VIII-	حوصلة:	102
VIII-	توجيهات علمية وعملية:	104
	قائمة المراجع:	106

المحاضرة الأولى: مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل والمراهق

مقدمة:

يُعد علم النفس المرضي أحد الفروع الأساسية لعلم النفس السريري، إذ يدرس الظواهر النفسية اللاسوية من منظور تشخيصي، تفسيري وعلاجي. ورغم أن هذا الحقل العلمي تطور أساساً في دراسة الراشد، إلا أن الاهتمام بالطفل والمراهق جاء متأخراً لأسباب متعددة، من بينها غموض الأعراض في هذه المراحل العمرية وصعوبة التمييز بين ما هو سلوك نمائي عابر وما هو مرضي. ومع تعاظم الاهتمام بالدور الحاسم للطفولة والمراهقة في التأسيس للبنية النفسية للشخصية، برزت الحاجة إلى علم نفس مرضي موجه لهذه الفئة.

(Ajuriaguerra, 1980)

تهدف هذه المحاضرة إلى استعراض الأسس التاريخية والنظرية لعلم النفس المرضي عند الطفل والمراهق، مع تحليل موسع لمفهوم السواء واللاسواء، ومعايير التمييز بينهما، وتوضيح الإشكالات المرتبطة بالتشخيص في هذه الفئة العمرية.

1- لمحة تاريخية

مع بداية القرن التاسع عشر، ركزت الدراسات السيكولوجية على المراهق أكثر من الطفل. لكن نقطة التحول كانت سنة 1905، حين قدم "بينييه" أول اختبار للذكاء، بالتوازي مع نشر فرويد مقالاته الثلاث حول النظرية الجنسية التي سلطت الضوء على الحياة النفسية للطفل واضطراباتة. (Freud, 1905/2000)

لاحقاً، مع بياجيه وفالون، توسعت الأبحاث في النمو النفسي-المعرفي واضطرابات الطفولة. ثم منذ أربعينيات القرن العشرين، ومع انتشار المدارس التحليلية والمعرفية والسلوكية، بدأ يُنظر إلى الطفل ككيان نفسي مستقل عن الراشد. (Piaget, 1964)

التطور التاريخي سار في اتجاهين:

- اتجاه عام يركز على الراشد، ويعتمد مفاهيم التحليل النفسي حول تطور الشخصية عبر مراحل العمر. (Reicherts, 2008)
- اتجاه آخر يعنى بمراحل محددة (الطفولة، المراهقة)، معتبراً أن لكل مرحلة أنماطاً خاصة من الاضطرابات.

وتجدر الإشارة إلى أن بروز علم النفس المرضي للأطفال تأخر لاعتبارين: أولاً، غموض الأعراض وصعوبة التمييز بينها وبين المظاهر النمائية؛ وثانياً، هيمنة الرؤية الطبية التي كانت تضع الاضطرابات العقلية للطفل ضمن الطب العقلي العام. (Rousseau, 1762/1979)

2 - النظريات المرجعية في علم النفس المرضي

أ. النظرية التحليلية:

ترى هذه النظرية أن الأعراض المرضية عند الراشد جذورها في الطفولة، خصوصاً في عقدة الأوديب. فالسواء يتمثل في تجاوز العقدة وتنظيم النزوات بشكل صحي، بينما المرضية تعني تثبيتها أو فشلاً في حل هذه الصراعات. (Freud, 1905/2000)

التحليل النفسي أضاف بعداً دينامياً لفهم الطفل: العرض عنده ليس مجرد ظاهرة سطحية بل هو ترجمة رمزية لصراع داخلي. وتكمن قوة هذه النظرية في تفسيرها العميق، لكنها عرضة للنقد بسبب صعوبة التحقق التجريبي من فرضياتها. (Reicherts, 2008)

ب. النظرية السلوكية:

انطلقت مع واطسون وسكينر معتبرة أن السلوك مكتسب عبر التعلم الشرطي. المرضية هنا لا تعني اضطراباً داخلياً بل سلوكاً غير متكيف نتيجة لتعزيزات غير مناسبة. العلاج السلوكي ركز على إزالة السلوكيات غير المرغوبة عبر التعزيز أو الإطفاء. (Skinner, 1953)

إيجابياتها: الاعتماد على الملاحظة والتجريب. سلبياتها: إهمال العمليات العقلية الداخلية، مما جعلها غير كافية وحدها لتفسير التعقيدات النفسية للأطفال.

ج. النظرية المعرفية:

قدم Beck (1967) تصوراً مغايراً، مفاده أن الاضطرابات النفسية تتبع من "مخططات معرفية" مشوهة. الطفل الذي يطور مخططات سلبية يرى العالم والذات بطريقة سوداوية، مما يقوده إلى الاكتئاب أو القلق.

تعد هذه النظرية أكثر قرباً من التربية والعلاج المعرفي السلوكي، لأنها تسمح بتعديل أنماط التفكير وبالتالي تعديل السلوك.

د. المقاربة اللانظرية (الوصفية):

من خلال DSM، وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تصنيفات معيارية للاضطرابات، قائمة على الوصف الموضوعي للأعراض بدل التفسيرات. هذه المقاربة سهلت التشخيص والتواصل بين المختصين، لكنها تُنتقد لإهمالها الجوانب الدينامية للشخصية. (APA, 2013)

هـ. المقاربة النسقية:

تتنظر إلى الطفل كجزء من نسق عائلي واجتماعي، حيث العرض ليس مشكلة فردية بقدر ما هو تعبير عن خلل في التوازن الأسري. مثلاً: قلق الطفل قد يكون انعكاساً لصراعات الوالدين. (Minuchin, 1974)

3 - مفهوم السواء واللاسواء:

السوي هو الفرد المتوافق مع ذاته ومجتمعه، بينما اللاسوي يشير إلى الانحراف أو الاختلاف غير المقبول عن المعايير.

أ. السواء:

• السواء يعني الصحة النفسية والتوافق مع الذات والمجتمع. من المنظور الاجتماعي، السوي هو السلوك المعتدل والمتماشي مع القيم والمعايير. ومن المنظور النفسي، هو السلوك الذي يواجه المواقف بفعالية وواقعية. (Maher & Maher, 1985)

• ويرى فرويد أن السوي هو من يستطيع الحب والعمل (Freud, 1930/1961) ، بينما يرى ماسلو أن السواء يتحقق بتحقيق الذات. (Maslow, 1943)

• المعاصرون: السواء ليس حالة ثابتة بل قدرة دينامية على التكيف مع التغيرات (Maher & Maher, 1985)

ب. اللاسواء:

• اللاسوي هو الانحراف عن المعايير المقبولة، ويقترن غالباً بالاضطراب النفسي. ويُعتبر مرادفاً للشذوذ أو المرض النفسي. (Eysenck, 1972)

4 - معايير السواء واللاسواء:

أ. المعيار الإحصائي

يُعرف الشذوذ بأنه انحراف كمّي عن المتوسط. فالسلوك النادر يُعد شاذاً.

نقد:

1. هذا المعيار لا يميز بين الإبداع (كالذكاء العالي) والاضطراب (كالذكاء المنخفض)، فكلاهما نادر إحصائياً. (Eysenck, 1972)
2. بعض السلوكيات شائعة لكنها غير سوية، مثل التدخين، في حين توجد سلوكيات نادرة لكنها سوية، مثل ممارسة الرياضة اليومية.

3. يختزل السواء في الكم دون النظر إلى القيمة النوعية للسلوك.

نقد موسع: رغم وضوحه الكمي، إلا أنه يساوي بين النبوغ والاضطراب، كما أن بعض السلوكيات الشائعة (التدخين) ليست سوية رغم انتشارها. (Eysenck, 1972)

ب. المعيار الاجتماعي الثقافي

يُعرّف السواء بالالتزام بالمعايير الاجتماعية والثقافية، بينما يُعتبر الانحراف عنها شذوذاً.

نقد:

1. ما يُعتبر سويًا في ثقافة ما قد يُعد شذوذاً في ثقافة أخرى. (Berry et al., 2002)

2. يخلط بين المرض النفسي والانحراف الاجتماعي.

3. يتغير عبر الزمان والمكان، مما يجعله معياراً نسبياً غير ثابت.

4. يهمل مشاعر الفرد الذاتية، ويركز فقط على حكم الجماعة.

نقد موسع: نسبته الثقافية تجعله غير صالح كمعيار عالمي. مثال: الخجل عند الطفل يُعد فضيلة في الصين، لكنه اضطراب في الغرب. (Berry et al., 2002)

ج. معيار سوء التوافق

يركز على مدى قدرة السلوك على مساعدة الفرد في تحقيق أهدافه والتكيف مع حياته اليومية.

نقد:

• السلوك غير التوافقي قد يكون نتيجة الفرد أو نتيجة ظروف البيئة. فقد يكون السلوك ملائماً لكن البيئة لا تدعمه، أو العكس.

نقد موسع : يُغفل تأثير العوامل البيئية. (Davison & Neale, 2001)

د. معيار التعاسة الشخصية

يرى أن اللاسواء يتمثل في شعور الفرد بالقلق والتوتر والمعاناة التي تدفعه لطلب المساعدة.
نقد:

1. بعض المرضى (كالذهانيين) يفتقرون إلى الاستبصار، فلا يشعرون بالمعاناة رغم مرضهم. (Davison & Neale, 2001)

2. بعض الأفراد المضطربين (كالسيكوباتيين) لا يشعرون بالكرب، بل يستمتعون بإيذاء الآخرين.

3. يبالغ في الاعتماد على تقييم الفرد الذاتي لحالته.

نقد موسع: بعض المرضى (كالسيكوباتيين) لا يشعرون بالكرب رغم خطورة سلوكهم.

هـ. معيار عدم التوقع

يرى أن السلوك اللاسوي هو الاستجابة غير المتوقعة للضغوط البيئية.

نقد:

• لا يميز بين السلوك غير المتوقع الإيجابي (كالطفل الذي يحل مسائل صعبة) والسلوك المرضي.

نقد موسع: التميز الإيجابي قد يُعتبر شذوذاً وفق هذا المنظور.

و. المعيار الإكلينيكي

يركز على التشخيص الطبي-النفسي من خلال الأعراض البيولوجية أو الزمر السريرية.

نقد:

• بعض الاضطرابات لا توجد لها تفسيرات بيولوجية واضحة.

• الأعراض قد تكون متغيرة وغير ثابتة عبر الزمن.

نقد موسع: بعض الاضطرابات النفسية (كالعصاب) لا تترافق مع علامات بيولوجية محددة.

خلاصة: جميع المعايير بها نقائص، ومن هنا تبرز الحاجة إلى منظور تكاملي يدمجها (Maher & Maher, 1985).

5 - إشكالية السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق:

أ. عند الطفل

الأعراض قد تكون عابرة وتعبيراً عن النمو الطبيعي. يرى (1980) Ajuriaguerra أن المهم ليس العرض بل تنظيم الشخصية العام. ويضيف (1970) Diatkine أن التشخيص لا يتم بناءً على عرض منفرد. بينما يرى (1974) Bergeret أن المرضية هي فشل في التكيف والابتكار.

ب. عند المراهق:

المراهقة مرحلة انتقالية، يختلط فيها السوي بالمرضي. قد تكون "أزمة المراهقة" طبيعية، لكنها قد تأخذ طابعاً مرضياً إذا استمرت أو رافقتها اختلالات وظيفية. (Erikson, 1968)

المناقشة:

يتضح أن دراسة السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق معقدة، بسبب التداخل بين المظاهر النمائية والمرضية. فالمعايير التقليدية (إحصائية، اجتماعية، سريرية) لا تكفي لوحدها، ما يستدعي تبني منظور تكاملي يجمع بين البيولوجي، النفسي، الاجتماعي والثقافي. كما أن النظريات المرجعية تقدم تفسيرات مختلفة: التحليلية ركزت على الصراع الداخلي، السلوكية على التعلم، المعرفية على الأفكار، النسقية على النسق العائلي، واللائظرية على الوصف. الجمع بينها قد يقدم إطاراً أكثر شمولية للتشخيص.

إن علم النفس المرضي للطفل والمراهق لا يزال مجالاً غنياً بالأسئلة والإشكالات. فالمشكلة الأساسية تكمن في تحديد الحدود بين النمو الطبيعي والاضطراب المرضي. وتبقى الحاجة ماسة إلى منظور تكاملي يدمج بين النظريات المختلفة، ويأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الثقافية والاجتماعية لكل مجتمع.

قائمة المراجع:

- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2001). *Abnormal psychology* (8th ed.). New York: Wiley.
- Diatkine, R. (1970). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Eysenck, H. J. (1972). *Psychology is about people*. Harmondsworth: Penguin.
- Freud, S. (1905/2000). *Three essays on the theory of sexuality*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1930/1961). *Civilization and its discontents*. New York: W. W. Norton.
- Maher, B. A., & Maher, W. B. (1985). Clinical psychology and abnormal psychology: Two sides of the same coin. *American Psychologist*, 40(8), 873–880.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Piaget, J. (1964). *Six psychological studies*. New York: Random House.
- Reicherts, M. (2008). *Psychopathologie: Fondements et modèles théoriques*. Bruxelles: De Boeck.
- Rousseau, J. J. (1762/1979). *Émile ou De l'éducation*. Paris: Garnier.

المحاضرة الثانية : اضطرابات التغذية

مقدمة:

يُعتبر تناول الطفل للطعام والتمتع به من الدلائل التي تشير إلى الصحة الجسمية والنفسية، فالاضطرابات المتعلقة بالأكل تنتم بتغيرات نفسية وسلوكية اتجاه الطعام، مما يحدث اضطرابات تؤثر على شهية الطفل للأكل، وتنتج عادات سلوكية غير مرغوب فيها مثل التقيؤ أو ترجيع الطعام. (WHO, 1992; American Psychiatric Association, 2013)

إن تغذية الطفل ليست مجرد احتياج جسماني بل عملية متعددة الأبعاد تتقاطع فيها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛ أي اضطراب في هذه العملية قد يعكس خللاً في أحد هذه الأبعاد أو تفاعلاتها (APA, 2013). حيث أن تقييم اضطرابات الأكل لدى الأطفال يتطلب فحصاً متعدد الجوانب: نمو الطفل، نمط النوم، علاقات الأهل، تاريخ التغذية، والفحص الطبي لاستبعاد أسباب عضوية.

1 - تعريف اضطرابات التغذية:

وفقاً للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والاضطرابات (ICD-10) طبعته عام 1992، فإن اضطرابات التغذية عبارة عن اضطرابات غذائية ذات مظاهر متنوعة تشمل رفض الطعام والإفراط الطارئ في الطعام، وقد يكون اضطراب التغذية مصحوباً باجترار الطعام (الترجيع المتكرر) دون دلالة للأمراض معوية (WHO, 1992؛ ملحم، 2013)

وتتمثل اضطرابات التغذية في الإخفاق المستديم في تناول الطعام بدرجة كافية أو الاجترار المستديم للطعام، وفشل في المحافظة على الوزن أو إظهار مشكلات صحية لمدة شهر على الأقل، ويُشترط أن يكون الاضطراب قبل سن السادسة مع عدم وجود مرض عضوي كافٍ يبرره (ملحم، 2013).

ومن المهم التفريق بين: (أ) أعراض عابرة مرتبطة بمرحلة نمو طبيعية، و(ب) اضطراب مرضي يتطلب تدخلاً. المعايير التشخيصية الحديثة—الموجودة في—DSM-5

تتطلب توفر خصائص زمنية ووظيفية (تأثير على النمو، الصحة، أو الأداء الوظيفي) لاستبعاد الحالات العابرة. (American Psychiatric Association, 2013).

وكذا، في الممارسات السريرية يجب استبعاد الأسباب الطبية (التهابات، حساسية غذائية، اضطرابات بلع أو هضم) قبل تأكيد الطابع النفسي للعرض.

2 - تصنيف اضطرابات التغذية

تُصنّف اضطرابات التغذية إلى قسمين رئيسيين:

1. اضطرابات التغذية التي تُشخص في مرحلتَي الرضاعة والطفولة.

2. اضطرابات التغذية التي تُشخص في مرحلتَي المراهقة والرشد.

(هذا التصنيف يعكس اختلاف الصور الإكلينيكية وعوامل التسبب والمسارات التطورية بين الطفولة والمراهقة) (ملحم، 2013؛ الدسوقي، 2007).

وعليه فإن التصنيف العمري مهم لأن التدخلات تختلف: في الطفولة المبكرة يكمن التركيز على تعديل بيئة التغذية وتدريب الآباء، بينما في المراهقة يضاف إليها تدخلات نفسية معرفية وسلوكية وعلاج طبي متكامل عند الضرورة. (APA, 2013)

2-1- اضطرابات التغذية التي تُشخص في مرحلتَي الرضاعة والطفولة

أ. اضطراب اشتهاً أطعمة شاذة Pica :

المظهر الأساسي لهذا الاضطراب هو تناول الأطفال الصغار مواد لا تصلح للأكل وذلك لمدة شهر على الأقل مثل: الدهانات، الصلصال، الورق، الطين، الجير، قطع القماش، الخيوط، الشعر، الحجارة... ويفسر الاضطراب أكثر شيوعاً لدى صغار الأطفال وخصوصاً ذوي التخلف العقلي، وتقدر بعض الدراسات نسب انتشار بين 10-32% للأطفال من عمر سنة إلى ست سنوات (ملحم، 2013).

معايير التشخيص مقتبسة عن DSM-5 :

- A. أكل مستمر لمواد غير غذائية وغير طعامية لمدة شهر على الأقل.
- B. السلوك غير مناسب للمرحلة التطورية.
- C. السلوك ليس ممارسة ثقافية مدعومة.
- D. إذا حدث ضمن اضطراب عقلي آخر، يجب أن يكون شديداً بما يكفي ليستدعي انتباهاً سريرياً مستقلاً ؛ (الحمادي، 2013، American Psychiatric Association)
- آليات وحَدِسات بيولوجية: يُعتقد أن بعض حالات الـ *Pica* قد ترتبط بنقص في معادن (كالحديد أو الزنك) أو اضطرابات حسية عند بعض الأطفال (Bryant-Waugh et al., 2010). لذا يتطلب الفحص المخبري لاستقصاء أنيميا نقص الحديد أو اختلالات تمثيل غذائي.
- العوامل النفسية والسلوكية: قد يكون تناول غير الغذاء كآلية لتنظيم الانفعالات أو بحثاً عن تحفيز حسي (sensory seeking) عند بعض الأطفال ذوي اضطرابات النمو العصبي.
- (American Psychiatric Association, 2013)

- التدخل العلاجي: يتضمن تصحيح النواقص الغذائية إن وجدت، تعديل السلوك (تعزيز سلوكيات بديلة)، حماية البيئة (منع الوصول لمواد خطيرة)، وبرامج تثقيف الوالدين. في حالات مرتبطة بطيف التوحد أو الإعاقة الذهنية تُستدعى استراتيجيات سلوكية متقدمة.

ب. اضطراب الاجترار : Rumination Disorder

- المظهر الأساسي هو الاسترجاع المتكرر للطعام المهضوم جزئياً وإعادته مضغاً دون حدوث غثيان أو تقيؤ أو اشمئزاز، ويشترط أن يستمر لمدة شهر على الأقل بعد فترة تغذية طبيعية. يظهر هذا الاضطراب لدى الرضع والأطفال وقد يؤدي إلى نقصان وزن وقد تصل الحالة إلى وفاة في حالات شديدة (الجمعية الأمريكية، APA، 1994)

معايير التشخيص مقتبسة عن DSM-5 :

- A. استرجاع أو ارتجاع متكرر للطعام لمدة شهر على الأقل.
- B. لا يُعزى الارتجاع إلى حالة طبية عامة مرافقة (مثل الارتجاع المريئي).
- C. لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء اضطرابات أكل أخرى كفقدان الشهية العصبي.
- D. إذا حدث ضمن اضطراب عقلي آخر، يجب أن يكون شدته كافية للانتباه السريري المستقل . (American Psychiatric Association, 2013)

- تمييز طبي: يجب استبعاد الارتجاع المريئي المعدي (GERD) أو اضطرابات بلع أو مشاكل تنفسية أو متلازمات عضوية أخرى عبر الفحص الطبي والغذائي.

- العوامل النفسية: في بعض الحالات يُنظر إلى الاجترار كآلية لتنظيم الانفعالات أو كرد فعل على صدمات مبكرة أو علاقة إرضاع غير متناسقة.

- تداعيات ونماذج علاجية: نقص الوزن ونقص المغذيات قد يتطلبان تدخلاً طبياً عاجلاً (تغذية أنبوبية مؤقتة أحياناً) ، إلى جانب تدخلات سلوكية (تعليم الطفل والوالدين استراتيجيات بديلة) والعلاج العائلي عندما يكون لسلوك الأسرة دور مؤثر.

ج. فقدان الشهية عند الأطفال (انخفاض الشهية)

قد تظهر حالة فقدان الشهية عند الطفل في صور مختلفة: انعدام الرغبة في الأكل، العزوف عن أصناف، أسباب جسمية (أمراض فموية، لوز، إمساك) أو نفسية (خوف، قلق، حزن، فقدان والد)، أو نتيجة اشمئزاز من الطعام (ملحم، 2013).

- نهج تقييم متعدد المصادر: تقييم فقدان الشهية لدى الطفل يتطلب فحصاً طبياً دقيقاً (فم، أسنان، جهاز هضمي) ومتابعة نمو (مخططات الطول/الوزن) ، وتقييماً نفسياً لسلوكيات الأكل وعلاقات الأسرة.

- التفريق التشخيصي: يجب التمييز بين فقدان الشهية التطوري المؤقت (مثل رفض غذاء محدد في أعمار معينة) والأنماط المرضية الدائمة التي تؤثر على نمو الطفل.
- التدخل: تعديل بيئة التغذية، تقديم برامج تعليمية للوالدين حول التعامل مع رفض الأكل، استخدام تقنيات التعزيز السلوكي، واستشارة اختصاصي تغذية و/أو طبي عند نقص وزن ملحوظ.

2-2- اضطرابات التغذية التي تُشخص في مرحلتها المراهقة والرشد:

1- فقدان الشهية العصبي: *Anorexia Nervosa*

1-1- التعريف:

اضطراب نفسي فيزيولوجي يتميز بالتجوع الذاتي أو الإحجام عن تناول الطعام، وفقدان شديد في الوزن، مع خوف شديد من السمنة، وأكثر شيوعاً في مرحلة المراهقة لدى الإناث (الدسوقي، 2006؛ الدسوقي، 2007).

2-1- المميزات:

- إنقاص إرادي للغذاء، نظام غذائي مقيد.
- هزال وخوف شديد من السمنة.
- عند النساء: انقطاع الدورة الشهرية.
- نقش أكبر في الأوساط الاجتماعية الميسورة.

1-3- معايير التشخيص DSM-5 :

- A. قيود على الوارد الطاقى تؤدي إلى انخفاض ملحوظ في الوزن.
- B. خوف شديد من كسب الوزن أو سلوك يمنع اكتسابه.
- C. اضطراب في طريقة تجربة الوزن أو الشكل أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم على التقييم الذاتي. (American Psychiatric Association, 2013)

- البعد البيولوجي والنفسي والاجتماعي: فقدان الشهية العصبي اضطراب متعدد العوامل: استعداد جيني/بيولوجي؛ آليات معرفية (تشوه صورة الجسم، المثالية الذاتية) ؛ وعوامل ثقافية (معايير جمالية تؤكد النحافة). (Treasure, Schmidt & Van Furth, 2005)

-المخاطر الطبية: التهاب الكهارل، هبوط نبض القلب، هبوط ضغط الدم، هشاشة عظمية، فشل وظائف متعددة في الحالات الشديدة. لذلك التقييم الطبي المستمر أساسي. (APA, 2013)

- المآل والعلاج: العلاج متعدد التخصصات (تغذية، طب نفسي، علاج عائلي — خصوصاً في المراهقين)، وقد يتضمن الاستشفاء عندما يكون انخفاض الوزن تهديداً للحياة. نتائج العلاج أفضل عندما يبدأ التدخل مبكراً.

2- الشره العصبي *Bulimia Nervosa* :

2-1-التعريف:

زمرة أعراض تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل تليها سلوكيات للتخلص من السعرات (تقيؤ عمدي، ملينات، صيام، تمرينات مفرطة). وتتشابه في الاهتمام بشكل/وزن الجسم مع فقدان الشهية (يوسف، 2000؛ مخيمر وآخرون، 2006).

2-2أعراض:

- الانشغال الدائم بالأكل.
- نوبات التهام سريعة وكمية كبيرة خلال فترة قصيرة.
- شعور بفقدان السيطرة أثناء النوبة.
- سلوكيات تق (compensatory تقيؤ، ملينات، صيام، تمرين مفرط.
- قد يكون الوزن ضمن الطبيعي لدى البعض.

2- 3 معايير التشخيص: DSM-5

- A. نوبات معاودة من الشراهة (التهام كمية كبيرة خلال ساعتين).
- B. تلازم النوبات مع ثلاثة أو أكثر من علامات السلوك التعويضي (الأكل السريع، الأكل حتى الامتلاء غير المريح، الأكل على أفراد، الشعور بالذنب الشديد، ...).
- C. الشعور بالانزعاج تجاه هذه النوبات (APA, 2013).
- توزيع وانماط: الشره العصبي غالباً ما يظهر في المراهقين والشباب؛ تكرار النوبات وممارسات التعويض تؤدي إلى آثار طبية (إصابات مريئية، عدم توازن إلكتروليات، تسوس الأسنان).
- عوامل إمرضية: عوامل بيولوجية ونفسية (اضطرابات في ضبط الشهية/المكافأة)، عوامل اجتماعية وثقافية، وعوامل عائلية. بعض الأدلة تشير إلى وجود استعداد وراثي جزئي (Bulik, 2002).
- العلاج: العلاج السلوكي-المعرفي يُعد الأساس لعلاج البالغين؛ العلاج العائلي فعال في المراهقين؛ ومدى الاستجابة العلاجية يتوقف على التشخيص المبكر وشدة الأعراض.

3- عوامل مسببة ومتداخلة:

العوامل البيولوجية:

- غياب برهان قاطع على عامل وراثي أو خلل وظيفي محدد في بعض المراجع (عبد الخالق، 1997). التعقيب: الأدلة الحديثة تشير إلى وجود إسهام وراثي معتدل في اضطرابات الأكل (Heritability estimates) متغيرة حسب النوع، بالإضافة إلى اختلالات في نظم المكافأة والهرمونات المتعلقة بالشبع والامتلاء تُساهم في القابلية للإصابة. (Kaye et al., 2009)

العوامل النفسية:

وهي تشير إلى الخوف، الإحباط، الشعور بالذنب، الانشغال بصورة الجسم، والميكانيزمات الدفاعية (الدسوقي، 2007؛ Freud) مذكور التعقيب: النماذج النفسodynamic والمعرفية تسلط الضوء على تشوهات إدراكية في صورة الجسم، وحاجات تحكم/قيمة ذاتية، واضطرابات تنظيم الانفعالات كآليات محافظة على السلوك المرضي. (Beck, 1967; Bruch, 1973)

العوامل الاجتماعية:

تشير إلى التأثير الإعلامي، عادات الأسرة، النظام الاجتماعي والاقتصادي، ونمط الأسرة المختل. التعقيب: الأدلة تدعم دور المعايير الثقافية والجمال المثالي السائد في زيادة مخاطر الاضطرابات. (Stice, 2002) كما أن الديناميكيات العائلية (تفوق الصرامة أو الانخراط المشكوك فيه) قد تعيق قدرة الفرد على الاعتماد الذاتي وتنظيم الأكل.

العادات السلوكية والجسمية:

تشير إلى عدة ممارسات (تناول غير منظم، استخدام الأكل كمكافأة، أدوية). التعقيب: مثل هذه العادات تساهم في تشكيل أنماط تغذية غير صحية تترسخ مع مرور الوقت؛ التنقيف الغذائي وتعديل السلوك أساسيان للوقاية والعلاج.

قائمة المراجع:

1. ملحم، س. م. (2013). *علم نفس الشوان*. عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع .
2. الدسوقي، م. م. (2007). *اضطرابات الأكل* (سلسلة الاضطرابات النفسية، مجلد 6). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
3. عبد الخالق، أ. م. (1997). *فقدان الشهية العصبي*. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
4. يوسف، ج. س. (جمعة سيد يوسف) (2000). *الاضطرابات السلوكية وعلاجها* . القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
5. مخيمر، ع. م. (2006). *علم النفس المرضي* (أو علم النفس المرضي — الاسم ورد بصيغة قريية في سجلات النشر). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
7. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
8. Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York, NY: Basic Books.
9. Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98–111. <https://doi.org/10.1002/eat.20795>.
10. Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573–584. <https://doi.org/10.1038/nrn2682>.
11. Treasure, J., Schmidt, U., & van Furth, E. (Eds.). (2003). *Handbook of eating disorders* (2nd ed.). Chichester, England: John Wiley & Sons.
12. Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201–218. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(01\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(01)00004-9).
13. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>.

المحاضرة الثالثة: اضطرابات الإخراج عند الأطفال

مقدمة:

تعد اضطرابات الإخراج من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً عند الأطفال، وهي تمثل مصدراً للقلق لدى الوالدين وللمربين نظراً لتأثيراتها السلبية على ثقة الطفل بنفسه، علاقاته الاجتماعية، ومساره الدراسي. وينظر إليها على أنها حالات متعددة الأبعاد تتقاطع فيها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ما يجعل تشخيصها وعلاجها معقداً (American Psychiatric Association, 2013).

أولاً: التبول اللاإرادي

1- التعريف:

التبول اللاإرادي هو الإفراغ المتكرر وغير الإرادي للبول في الفراش أو الملابس، ليلاً أو نهاراً، عند طفل تجاوز الخامسة من عمره، في غياب أي سبب عضوي أو عصبي يبرر ذلك (عكاشة، 2001). ويُعتبر اضطراباً عندما يحدث بوتيرة مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر متتالية، أو عندما يسبب ضائقة سريرية أو قصوراً وظيفياً (American Psychiatric Association, 2013).

إن التبول اللاإرادي يندرج في DSM-5 ضمن فئة اضطرابات الإخراج، ويشترط لاعتباره اضطراباً أن يكون خارج السياق الثقافي أو التربوي، وأن لا يكون نتيجة تعاطي دواء أو مادة مؤثرة على الجهاز البولي. الدراسات العصبية أظهرت أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم نشاط دماغي مختلف أثناء النوم العميق فيما يتعلق بالتحكم في المثانة. (Butler et al., 2005).

2- أنواعه

- التبول الأولي (Primary) : الطفل لم يتمكن قط من التحكم في البول منذ ولادته. يمثل معظم الحالات ويُفسر غالباً ببطء نضج الجهاز العصبي المركزي.
- التبول الثانوي (Secondary) : يظهر بعد فترة لا تقل عن سنة من التحكم في البول، وغالباً ما يكون مرتبطاً بصدمة نفسية أو تغيير بيئي كالانتقال أو ولادة أخ جديد (ميموني، 2003).

6- أشكاله

- النهاري: يرتبط بالإهمال أو الانشغال باللعب.
- الليلي: الأكثر شيوعاً ويحدث في المراحل الأولى من النوم العميق.
- النكوصي: عودة التبول بعد فترة من الانقطاع.
- الموقفي: يرتبط بمواقف ضاغطة كرسوب دراسي أو فقدان أحد الوالدين.
- غير المنتظم: يتناوب بين الحدوث والانقطاع (سليمان، 2005).

4- الأسباب

أ. الأسباب العضوية

تشمل العوامل الوراثية، حيث تشير الدراسات إلى أن وجود أحد الوالدين ممن عانى من التبول اللاإرادي يزيد من احتمال إصابة الأبناء. (Eapen et al., 2013) كما قد تعود لأضرار في الجهاز البولي، أو اضطرابات هرمونية خاصة بنقص إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول ADH ، أو أمراض أخرى مثل السكري، الإمساك المزمن، تضخم اللوزتين (عكاشة، 2001).

ب. الأسباب النفسية

منها الغيرة نتيجة ميلاد طفل جديد، أو القلق المرتبط بالتغيرات الأسرية، إضافة إلى الإحباط والشعور بالنقص. تشير الدراسات إلى ارتباط التبول اللاإرادي بارتفاع معدلات القلق والاكتهاب عند الأطفال (Von Gontard et al., 2016) كما أن التوبيخ المستمر من الوالدين يعزز المشكلة بدل أن يحلها. (فهيم، 1993؛ الخالدي وآخرون، 1998).

5- الأعراض حسب DSM-5

- التبول مرتين أسبوعياً على الأقل ولمدة 3 أشهر.
- عمر الطفل ≤ 5 سنوات.
- ليس نتيجة مرض عضوي أو تأثير مادة. (American Psychiatric Association, 2013)

6- التفسير

• التحليل النفسي: يرى أن التبول اللاإرادي يمثل نكوصاً إلى مرحلة نمائية سابقة ورغبة لا شعورية في الاعتماد على الوالدين، أو تعبير عن عدوانية مكبوتة.

(Freud, 1905/2000 العيسوي، 2004؛).

• النظرية المعرفية-السلوكية: تعتبره سلوكاً متعلماً نتيجة ضعف التعزيز الإيجابي وتحتاج إعادة تشكيل عبر برامج تدريب المثانة والإنذارات الليلية. (Houts et al., 1994)

ثانياً: التبرز اللاإرادي

1- التعريف

التبرز اللاإرادي هو التخلص المتكرر للبراز في أماكن غير مناسبة كالملابس أو الأرض بعد سن الرابعة، سواء بشكل إرادي أو غير إرادي، ويستمر على الأقل لمدة ثلاثة أشهر (American Psychiatric Association, 2013؛ الشربيني، 2002)

2- الانتشار

تشير الدراسات إلى أنه يصيب حوالي 2.3% من الذكور و0.7% من الإناث بعد سن الثامنة، مع تناقص تدريجي حتى سن المراهقة (سعيد حسني، 2002).

3- الأسباب

- عضوية: تشمل الإمساك المزمن أو الأمراض العصبية التي تعيق التحكم في الإخراج.
- نفسية: التدريب المبكر أو القاسي على استعمال المرحاض، الصراعات الأسرية، الغيرة من الأشقاء (مصطفى، 2003).
- دينامية نفسية: يرى التحليل النفسي أن الطفل يثبت عند المرحلة الشرجية ويستخدم البراز كوسيلة للتعبير عن العدوان أو السيطرة. (Freud, 1908/1962)

4- الأعراض حسب DSM-5

- إفراغ متكرر للبراز في أماكن غير ملائمة مرة واحدة شهرياً على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.
- العمر ≤ 4 سنوات.
- لا يُعزى لمرض عضوي أو مادة. (American Psychiatric Association, 2013)
- وعليه تُظهر الأدلة أن اضطرابات الإخراج هي نتيجة لتفاعل معقد بين الوراثة، العوامل البيولوجية، التوترات الأسرية، والتجارب الانفعالية المبكرة. كما أن لها آثاراً بعيدة المدى على النمو النفسي والاجتماعي للطفل إن لم تُعالج في وقت مبكر. التدخلات الناجحة غالباً ما تكون متعددة التخصصات وتجمع بين العلاج السلوكي، الدعم الأسري، والعلاج الدوائي عند الحاجة. (Joinson et al., 2019؛ Butler et al., 2005).

وتؤكد الأبحاث العصبية الحديثة بينت وجود فروق في دوائر الدماغ المسؤولة عن تنظيم المثانة والتحكم في الأمعاء لدى الأطفال المصابين بهذه الاضطرابات (Joinson et al.,

(2019 كما أن النماذج الأسرية العلاجية أبرزت أهمية دور الوالدين في تعزيز الثقة وتخفيف الضغوط الانفعالية المصاحبة للطفل).

وخلاصة القول يمكن ان نقول أن اضطرابات الإخراج من الاضطرابات النمائية التي تجمع بين المظاهر الجسدية والنفسية والاجتماعية، ويتطلب التعامل معها رؤية شمولية. التشخيص المبكر والتدخل السلوكي والدوائي المتكامل يمثلان حجر الزاوية في العلاج، بينما يبقى التنقيف الأسري والوقاية عوامل حاسمة في الحد من الانتكاس والآثار السلبية طويلة المدى.

قائمة المراجع

- الحمادي، أ. (2014). ملخص معايير *DSM-5*. دبي: دار النهضة.
- الخالدي، وآخرون. (1998). علم النفس المرضي عند الطفل. عمان: دار الفكر.
- الشربيني، م. (2002). اضطرابات النمو عند الأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سعيد حسني. (2002). علم النفس النمائي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سليمان، ع. (2005). الأمراض النفسية والعقلية عند الأطفال. القاهرة: دار غريب.
- عكاشة، أ. (2001). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- العيسوي، ع. (2004). التحليل النفسي للأطفال. القاهرة: دار غريب.
- فهيم، م. (1993). الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ميموني، ع. (2003). علم نفس النمو. الجزائر: الدار الوطنية.
- مصطفى، م. (2003). سيكولوجية الطفل غير العادي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Butler, R. J., Golding, J., Northstone, K., & the ALSPAC Study Team. (2005). Nocturnal enuresis: A survey of parental coping strategies at 7½ years. *Child: Care, Health and Development*, 31(6), 659–667. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00559.x>
- Eapen, V., Mabrouk, A., & Bin-Othman, S. (2013). Nocturnal enuresis in children: Prevalence, risk factors and management. *World Journal of Urology*, 31(6), 1381–1386. <https://doi.org/10.1007/s00345-013-1105-0>
- Freud, S. (1905/2000). *Three essays on the theory of sexuality*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1908/1962). Character and anal erotism. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 167–176). London: Hogarth Press.

- Houts, A. C., Berman, J. S., & Abramson, H. (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 737–745. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.737>
- Joinson, C., Heron, J., & von Gontard, A. (2019). Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 691–701. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1238-8>
- Von Gontard, A., Baeyens, D., Van Hoecke, E., Warzak, W. J., & Bachmann, C. (2016). Psychological and psychiatric issues in urinary incontinence in children: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(7), 689–699. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0775-9>

المحاضرة الرابعة: اضطرابات النوم عند الأطفال

مقدمة:

تُعد اضطرابات النوم من المشكلات الشائعة في مرحلة الطفولة، إذ تشير الدراسات إلى أن نسبة معتبرة من الأطفال يعانون من صعوبات متكررة في النوم سواء عند الاستغراق فيه أو خلاله أو عند الاستيقاظ. (Mindell & Owens, 2015) هذه الاضطرابات ليست مجرد إشكاليات عابرة، بل يمكن أن تكون لها آثار سلبية على النمو الجسمي، التطور المعرفي، التكيف النفسي والاجتماعي للطفل. فالطفل الذي لا ينام ساعات كافية وبجودة جيدة قد يُظهر تراجعاً في التحصيل الدراسي، صعوبة في الانتباه والتركيز، إضافة إلى السلوكيات الانفعالية مثل التهيج والعدوانية. (Meltzer, 2014)

لقد عُرِفَت اضطرابات النوم منذ القدم، وارتبطت بأسباب متعددة ومتداخلة: بيولوجية، نفسية، بيئية واجتماعية. ويكتسب تناولها أهمية خاصة في مجال علم النفس المرضي عند الطفل، إذ يمكن أن تشكل علامة إنذار مبكر لاضطرابات أخرى أشد خطورة كالاكتئاب أو القلق أو حتى الاضطرابات النمائية العصبية. (Von Gontard et al., 2016)

1- تعريف اضطرابات النوم

عرّف عبده وآخرون (1986) اضطرابات النوم بأنها "مجموعة الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الأفراد أو سوء نظامه وما إلى ذلك، وهي إما أن تظهر في بداية النوم أو أثناءه". بينما عرفها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) بأنها "الصعوبات التي يلاقيها الفرد أثناء نومه، وقد تكون اختلالاً في كمية أو كيفية النوم وتسمى اضطرابات إيقاع النوم، أو تكون اختلالاً في النوم لوقوع أحداث بارزة وتسمى اختلالات النوم (American Psychiatric Association, 1994)

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) فقد صنف اضطرابات النوم ضمن فئة مستقلة تتضمن الأرق، اضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم، اضطرابات إيقاع النوم - يقظة، اضطرابات فرط النعاس، اضطرابات الحركة المرتبطة بالنوم، والباراسومنيات (APA, 2013)

وفي التصنيف الدولي لاضطرابات النوم (ICSD-3) يتم التأكيد على أن هذه الاضطرابات لا بد أن تُدرس من خلال تأثيرها على الأداء النهاري وعلى الصحة النفسية والجسمية (Sateia, 2014)

ويتضح أنّ اضطرابات النوم لم تعد تُفهم فقط على أساس قلة ساعات النوم، بل يتم تقييمها من منظور نوعية النوم، انتظامه، أثره على الأداء الوظيفي، وارتباطه بالاضطرابات الأخرى. وهذا ما يبرز أهمية التشخيص التفريقي بين حالات الأرق البسيط العابر وبين الاضطرابات المزمنة أو المرتبطة بأسباب عضوية كاضطراب التنفس أو اضطرابات الغدد الصماء. (Locci et al., 2023)

2- أسباب اضطرابات النوم

أ- الأسباب الجسمية

تشمل الأمراض المزمنة، الاضطرابات الهرمونية، آلام النمو، مشاكل التنفس كالربو أو تضخم اللوزتين، إضافة إلى العوامل الفيزيولوجية الطبيعية مثل الجوع أو الشبع المفرط أو الشعور بالحرارة والبرودة (الدسوقي، 2006). هذه العوامل تؤدي إلى استيقاظات متكررة أو صعوبة في الاستمرار بالنوم.

ب- الأسباب النفسية

غالباً ما ترتبط بالقلق الليلي، المخاوف المرضية، الاكتئاب، أو الصدمات النفسية. كما أن مشاهدة الطفل لأفلام الرعب أو استماعه للقصص المخيفة قبل النوم قد تُثير الكوابيس واليقظة المتكررة (ملحم، 2013).

ج- أخطاء التنشئة الأسرية

يُعتبر التدليل الزائد عاملاً أساسياً في بقاء الطفل معتمداً على والديه عند النوم، بينما تؤدي القسوة الزائدة أو العقاب البدني إلى زيادة القلق الليلي. وتشير الأبحاث إلى أن الخلافات الزوجية المزمنة وفقدان أحد الوالدين أو التهديد بالانفصال ينعكس مباشرة على نوم الطفل (سليمان، 2005).

د- العوامل البيئية

الضوضاء، التغير المتكرر لمكان النوم، الحرارة الشديدة أو البرودة، كلها عوامل بيئية تؤثر في نوم الطفل (بويازين، 1998).

هـ- العادات الغذائية والنشاط البدني

يُعتبر تناول الأطعمة الثقيلة أو الغنية بالكافيين (مثل الشوكولاتة) قبل النوم، وممارسة نشاط بدني شديد قبل وقت قصير من النوم، من الأسباب الشائعة للأرق واضطراب النوم عند الأطفال (الدسوقي، 2006).

وتؤكد الدراسات الحديثة أنّ اضطرابات التنفس أثناء النوم، خاصة انقطاع النفس الانسدادي الناتج عن تضخم اللوزتين واللحمية، تُعد من أبرز الأسباب المؤثرة على نوم الأطفال وعلى سلوكهم النهاري. التدخل الجراحي في هذه الحالة يؤدي غالباً إلى تحسن كبير في نوعية النوم والأداء النهاري. (Tran-Minh et al., 2022)

3- اضطرابات النوم عند الرضيع:

من الطبيعي أن يستيقظ الرضيع مرات عديدة خلال الليل بسبب قصر دورة نومه (تدوم نحو ثلاث ساعات). إلا أن استمرار هذه الصعوبات بعد الشهر السادس قد يشير إلى عوامل أخرى كالألم الناتج عن التسنين، اضطرابات التغذية، أو القلق المرتبط بعلاقة الطفل مع الأم (بويازين، 1998).

وتشير الدراسات إلى أن تحسين روتين النوم (تثبيت وقت محدد للنوم، تقليل المثيرات قبل النوم، إرساء طقوس تهدئة) يساعد على تقليل عدد اليقظات الليلية بشكل ملحوظ. التدخل السلوكي المبكر أكثر فعالية من الاعتماد على المهدئات أو التدخلات الطبية

(Mindell & Owens, 2015)

4- أشكال اضطرابات النوم عند الطفل:

أ- الأرق (Insomnia)

يُعد الأرق أكثر اضطرابات النوم شيوعاً لدى الأطفال، ويظهر في صعوبة البدء في النوم أو تكرار الاستيقاظ الليلي أو الاستيقاظ المبكر دون العودة للنوم. قد يرتبط الأرق بالأحداث الضاغطة أو التغيرات البيئية كالسفر أو تغيير مكان النوم (ملحم، 2013).

حيث العلاج المعرفي السلوكي للأرق (CBT-I) يُعتبر الأسلوب الأكثر فاعلية لعلاج الأرق المزمن لدى الأطفال والمراهقين، ويتضمن تعليم الطفل استراتيجيات للاسترخاء وإعادة ضبط الروتين اليومي (Mindell & Owens, 2015)

ب- إفراط النوم (Hypersomnia)

يتميز بالنوم لفترات طويلة والخمول الشديد خلال النهار. قد يكون عرضاً ثانوياً لاضطرابات أخرى مثل انقطاع النفس النومي أو قصور الغدة الدرقية أو فقر الدم (الدسوقي، 2006).

وفي بعض الحالات، يتم إجراء اختبار متعدد المكونات للنوم (MSLT) لتشخيص فرط النعاس المرضي وتفريقه عن قلة النوم المزمنة. وقد وُجد أن معالجة السبب الأساسي تؤدي عادة إلى تحسن ملحوظ. (Sateia, 2014)

ج- مخَلَّات النوم (Parasomnias)

تتضمن الكوابيس، رُعب الليل، المشي أثناء النوم، الكلام أثناء النوم، وشلل النوم.

- الكوابيس: تبدأ عادة من سن ثلاث سنوات، وتزداد مع الضغوط النفسية أو مشاهدة أفلام رعب (سليمان، 2005).

• رُعب الليل: يظهر عادة بين عمر 4-12 سنة، ويتميز بالاستيقاظ المفاجئ مع صراخ وخوف شديد دون تذكر لاحق للحادثة. تقدر نسبة انتشاره بين 1-6.5 % (Leung & Robson, 2020).

• المشي أثناء النوم: يحدث غالباً في الثلث الأول من الليل أثناء نوم الموجة البطيئة، ويرتبط أحياناً بتاريخ عائلي مشابه. (Haberlandt et al., 2023)

• الكلام أثناء النوم: ظاهرة شائعة لا تستدعي التدخل إلا إذا ارتبطت باضطرابات أخرى.

• شلل النوم: يتصف بفقدان القدرة على الحركة عند الاستغراق أو الاستيقاظ من النوم، ويُعد أكثر شيوعاً في المراهقين، وقد يرتبط باضطراب النوم القهري. (American Psychiatric Association, 2013).

وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات مؤقتة وتختفي تدريجياً مع تقدم العمر، لكنها قد تصبح خطيرة إذا ترافقت مع سلوكيات تهدد سلامة الطفل (مثل المشي أثناء النوم في أماكن خطرة). لذلك يُنصح بتأمين بيئة النوم ومعالجة أي اضطرابات مرافقة كالحمى أو الحرمان من النوم.

5- التقييم والتشخيص

تقييم اضطرابات النوم عند الأطفال يتطلب منهجية متعددة المستويات:

1. أخذ التاريخ المرضي الكامل: يشمل نمط النوم، الروتين اليومي، تناول المنبهات، والعوامل الأسرية.

2. الفحص الطبي: للكشف عن الأمراض العضوية مثل اضطرابات الغدة الدرقية أو مشاكل التنفس (عكاشة، 2001).

3. الفحوص الخاصة: مثل تخطيط النوم (Polysomnography) لتشخيص انقطاع النفس النومي أو اضطرابات الحركة الليلية. (Tran-Minh et al., 2022)

4. التقييم النفسي: للكشف عن القلق أو الاكتئاب أو الصدمات النفسية (Von Gontard et al., 2016).

6- التدخلات العلاجية والوقائية:

- تعديل السلوك ونظافة النوم: تحديد وقت ثابت للنوم والاستيقاظ، تقليل الشاشات، توفير بيئة هادئة ومظلمة. (Mindell & Owens, 2015)
 - التدخل الطبي: يشمل علاج انقطاع النفس الانسدادي بالاستئصال الجراحي للوزتين أو باستخدام أجهزة التنفس المساعدة. (Locci et al., 2023)
 - العلاج النفسي: يعتمد على العلاج السلوكي المعرفي وتقنيات الاسترخاء.
 - التدخل الأسري: يركز على تثقيف الوالدين حول أساليب التعامل مع اضطرابات النوم، وتقادي العقاب أو التهديد. (Meltzer, 2014)
- وتؤكد الدراسات أن الجمع بين التثقيف الأسري والتدخلات السلوكية يقدم أفضل النتائج على المدى الطويل مقارنة بالاعتماد على الأدوية وحدها، إذ أن العلاج الدوائي غالباً ما يكون محدود المدى ولا يعالج السبب الجذري.
- ونخلص في الأخير الى أن اضطرابات النوم عند الأطفال ليست مجرد ظاهرة مؤقتة، بل قد تعكس تفاعلات معقدة بين العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية. التشخيص المبكر والتدخل متعدد التخصصات يساعدان في تحسين جودة النوم والوقاية من آثارها السلبية على الأداء المدرسي والصحة النفسية والنمو الجسدي.

قائمة المراجع

- عبده، ع.، وآخرون. (1986). *مدخل إلى طب نفس الطفل*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الدسوقي، م. م. (2006). *اضطرابات النوم وعلاجها عند الطفل*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سليمان، ع. (2005). *الأمراض النفسية والعقلية عند الأطفال*. القاهرة: دار غريب.
- عكاشة، أ. (2001). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ملحم، س. م. (2013). *علم نفس الشوان*. عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع.
- بويازين، ج. (1998). *النوم واضطراباته*. باريس: منشورات ماسون.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Haberlandt, E., et al. (2023). Parasomnia in children and adults: Differential diagnosis. *Sleep Medicine Reviews*, 67, 101745. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101745>
- Leung, A. K. C., & Robson, W. L. M. (2020). Sleep terrors in children: An updated review. *Current Pediatric Reviews*, 16(1), 33–39. <https://doi.org/10.2174/1573396315666191227102424>
- Locci, C., et al. (2023). Adenotonsillectomy in children with obstructive sleep apnea: Outcomes and quality of life. *Children*, 10(3), 526. <https://doi.org/10.3390/children10030526>
- Meltzer, L. J. (2014). Future directions in sleep and developmental psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 251–262. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.863055>
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2015). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders—third edition. *Chest*, 146(5), 1387–1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>

- Tran-Minh, D., et al. (2022). Efficacy of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in children. *Sleep Medicine*, 91, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.11.018>
- Von Gontard, A., Baeyens, D., Van Hoecke, E., Warzak, W. J., & Bachmann, C. (2016). Psychological and psychiatric issues in urinary incontinence in children: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(7), 689–699. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0775-9>

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات النفسية الجنسية

مقدمة:

تُعدّ الاضطرابات النفسية الجنسية من الموضوعات الحساسة والمعقدة في علم النفس العيادي والتربوي، إذ تتداخل فيها الأبعاد النفسية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية. إن دراسة هذه الاضطرابات لدى الطفل والمراهق تكتسب أهمية خاصة بالنظر إلى ارتباطها بمسار النمو النفسي والاجتماعي وإمكانية تحولها إلى مشكلات سلوكية وانحرافات مرضية في حال غياب التدخل المبكر والفعال (عبيد، 2015). إن المعالجة العلمية الدقيقة لهذه الظاهرة تستدعي توظيف المناهج النفسية المختلفة، مع الاستناد إلى الأدبيات الأجنبية والعربية على السواء، لتحقيق رؤية شمولية تسهم في بناء استراتيجيات التدخل والوقاية.

1- تنظيم وتطور الوظيفة الجنسية لدى الطفل:

تبدأ ملامح الوظيفة الجنسية بالتشكل منذ السنوات الأولى من الحياة، حيث يمر الطفل بمراحل نمائية متعاقبة تحددها عوامل بيولوجية ونفسية. أشار فرويد (1905/1953) إلى أن النمو الجنسي يمر بمراحل فمية وشرجية وعضوية تتشكل فيها أنماط الإثارة واللذة. وقد بينت الدراسات الحديثة أن التفاعل بين الطفل وبيئته العائلية والاجتماعية يعد عاملاً محورياً في بلورة الهوية الجنسية وتنظيم السلوكيات المرتبطة بها (غانم، 2006).

تؤكد الأبحاث العربية كذلك أن التربية الأسرية المتوازنة، وضبط العلاقات التفاعلية داخل الأسرة، يلعبان دوراً وقائياً ضد اضطرابات الهوية أو السلوكيات الجنسية المبكرة (الموسوي، 2012).

2- تصنيف الاضطرابات الجنسية لدى الطفل والمراهق:

وفق الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يتم التفريق بين الاضطرابات المتعلقة بالهوية الجنسية وبين الاضطرابات البارافيليا مثل التلصص، الاستعراضية، الفيتيشية وغيرها. (American Psychiatric Association, 2013) وفي السياق العربي، أكد كل من منصور (2018) والبيطار (2014) أن هذه التصنيفات تحتاج إلى مراجعة ضمن الأطر الثقافية العربية، بما يراعي الخصوصية الاجتماعية والدينية.

3- الهوية الجنسية (Gender identity) :

الهوية الجنسية هي إدراك الفرد لانتمائه الجندري وتبنيه للأدوار المرتبطة به. تبدأ ملامحها بالتشكل منذ السنوات المبكرة وتتعزيز بالتنشئة الاجتماعية والتفاعل مع الأقران والمؤسسات التربوية. وقد أوضحت دراسات عربية أن اضطراب الهوية الجنسية قد يرتبط بعدم الاستقرار الأسري أو التعرض للرفض الاجتماعي (الحسيني، 2011).

4- تعريف اضطراب الهوية الجنسية:

يظهر اضطراب الهوية الجنسية في صورة رفض الطفل أو المراهق لأعضائه التناسلية أو تبنيه سلوكيات تتعارض مع جنسه البيولوجي. ويتطلب التشخيص التمييز بين التنوع الطبيعي في التعبير الجندري وبين الحالات التي تؤدي إلى معاناة نفسية أو خلل وظيفي.

(Association American Psychiatric, 2013)

أما في السياق العربي، فقد أشار العاني (2016) إلى أن فهم هذه الحالات يتطلب مراعاة البعد الديني والثقافي في عملية التشخيص والتدخل.

5- أنماط سلوكية مفصلة

- التلبس (Travestissement) :

يمثل ارتداء ملابس الجنس الآخر عند الأطفال في كثير من الأحيان مرحلة استكشاف طبيعية، لكنه يصبح مؤشراً على اضطراب إذا ترافق مع رفض شديد للهوية البيولوجية أو تسبب في معاناة وظيفية ونفسية (فرويد، 1953/1905؛ العاني، 2016).

- التحول الجنسي: (Transgender identification)

قد يعبر بعض المراهقين عن رغبة في التحول إلى الجنس الآخر، ويتطلب الأمر تقييماً دقيقاً لتحديد ما إذا كان هذا مجرد استكشاف عابر أو يعكس اضطراب الهوية الجنسية (American Psychiatric Association, 2013). في العالم العربي، يواجه هؤلاء الأفراد تحديات اجتماعية وقانونية إضافية (البيطار، 2014).

- الجنسية المثلية: (Same-sex attraction)

التوجه نحو الجنس نفسه قد يكون جزءاً من الاستكشاف النمائي. ومع ذلك، يثير الموضوع حساسية بالغة في المجتمعات العربية، حيث ترتبط المثلية بوصم اجتماعي وديني. أشارت دراسات محلية إلى ضرورة التمييز بين التجارب العابرة والميول المستقرة، مع تجنب الوصم والتمييز (منصور، 2018).

- التلصص والاستعراضية: (Voyeurism & Exhibitionism)

رغم أن الفضول الجنسي طبيعي في مرحلة الطفولة، إلا أن ممارسته في شكل تلصص أو استعراض عدواني يعد مؤشراً على اضطراب يحتاج إلى تدخل علاجي. وقد ربطت أبحاث عربية هذه الأنماط بسوء التنشئة والإهمال الأسري (غانم، 2006).

- الفيتيشية (Fetishism):

تمثل الفيتيشية تركيز الإثارة على أشياء غير جنسية، وقد تتطور لدى بعض الأطفال نتيجة تعرض مبكر لمثيرات محددة. في السياق العربي، نبه الباحثون إلى دور غياب التربية الجنسية السليمة في تعزيز هذه الانحرافات (الحسيني، 2011).

6- الآليات النفسية والتكوينية:

• النموذج التحليلي: يرى فرويد أن تثبيت الطاقة الليبيدية في مرحلة مبكرة يؤدي إلى ظهور اضطرابات لاحقة. (Freud, 1905/1953)

• النموذج السلوكي: يبرز دور التعلم بالملاحظة والتعزيز. (Finkelhor, 1994)

• النموذج البيولوجي: يتناول العوامل الوراثية والهرمونية المؤثرة في الاستعداد الجنسي.

- النموذج العائلي: يوضح تأثير التفكك الأسري وسوء المعاملة (غانم، 2006؛ (WHO, 2017

7- عوامل الخطر والسببية المرضية:

- العوامل العائلية: ضعف الرقابة، غياب أحد الوالدين، العنف الأسري (الموسوي، 2012).

- الاعتداء الجنسي المبكر: يعد عاملاً رئيسياً في اضطرابات السلوك الجنسي (Finkelhor, 1994)

- التعرض للإباحية: يرفع من احتمالية تبني سلوكيات مضطربة.
- العوامل الفردية: مثل الاضطرابات النمائية أو الذهنية.

8- الأعراض المصاحبة والاختبارات النفسية:

قد تترافق الاضطرابات الجنسية مع أعراض قلق، اكتئاب، اضطرابات سلوكية. ويستلزم التشخيص اعتماد أدوات مقننة ومقابلات سريرية شاملة. (Seto, 2008)

9- العلاجات المقترحة:

- العلاج السلوكي المعرفي. (CBT)
 - العلاج الأسري.
 - العلاج الدوائي في الحالات الخاصة.
 - العلاج متعدد التخصصات.
- وقد بينت دراسات عربية أن العلاج الأسري والتربوي يمثل محوراً أساسياً للتدخل في السياق العربي (العاني، 2016).

10- الوقاية:

- تشمل الوقاية تعزيز التربية الجنسية العلمية، مراقبة المحتوى الإعلامي، تعزيز التعلق الأسري، وتطوير برامج توعية مجتمعية. في الدراسات العربية، أكد الباحثون على أهمية التوفيق بين الثقافة المحلية ومتطلبات التربية الوقائية (الموسوي، 2012؛ منصور، 2018).
- ان الاضطرابات النفسية الجنسية لدى الطفل والمراهق تتطلب معالجة شمولية تراعي الخصوصية الثقافية والاجتماعية، مع دمج المقاربات العالمية والمحلية. التدخل المبكر والتربية الوقائية يمثلان ركيزة أساسية للحد من هذه الاضطرابات.
- وعليه يجب إرشاد الوالدين للممارسة أدوارهم كل حسب مهامه المناسبة له وعدم التسلط والصراع والعنف وإبداء الطفل بدنيا أو جنسيا.
- عدم تعريض الطفل المشاهد الجنس ومراقبة وسائل الإعلام والانترنت المتاحة له.
 - توفير التعلق الأمن وتقديم الحب والرعاية الكافية بأساليب تربوية ملائمة ومستقرة وعدم ترك تربيتهم للغير.
 - التربية الجنسية في البيت والمدرسة بأسلوب علمي مناسب.
 - تنمية الوازع الديني عند الأطفال والقيم الروحية.
 - متابعة الطفل والمراهق وتوجيههم مع الحرص على مراقبة الحدود داخل المنزل وعموما التواجد في حياتهم من دون شروط.
 - شغل وقت الفراغ عن طريق ممارسات الهوايات وخاصة الرياضة.
 - توجيه الطفل والمراهق نحو العمل الخيري...
 - تعليم الطفل ضرورة احترام جسده وعدم السماح للغير المساس به مهما كانت درجة قرابتهم.

قائمة المراجع:

- الحسيني، س. (2011). علم النفس الجنسي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- العاني، م. (2016). الاضطرابات الجنسية في ضوء علم النفس العيادي. بغداد: دار الشروق.
- البيطار، ع. (2014). المثلية الجنسية: مقارنة علمية ونفسية. بيروت: المركز الثقافي العربي.
- الموسوي، ك. (2012). التنشئة الاجتماعية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. عمان: دار وائل.
- منصور، ه. (2018). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- غانم، أ. (2006). الانحرافات السلوكية الجنسية: دراسة نفسية اجتماعية. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.

-American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

-Freud, S. (1905/1953). *Three essays on the theory of sexuality*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123–246). London: Hogarth Press.

-Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409–417.

-Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

-World Health Organization. (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. Geneva: World Health Organization.

المحاضرة السادسة: الاضطرابات المعرفية: الصعوبات المدرسية

مقدمة:

يعتبر سوء الأداء الدراسي من المشاكل الهامة التي تواجه بعض الأسر التي تطمح أن يكون أبنائها من المتفوقين. فهناك عدة أسباب لسوء الأداء الدراسي للأطفال والمراهقين، مثل المشكلات الأسرية أو المجتمع الذي يعيشون فيه أو ربما المدرسة أو جماعة الرفاق. وهناك أيضاً من يرجعها إلى انخفاض معدل الذكاء أو وجود اختلال بالجهاز العصبي. ويرجع سوء الأداء الدراسي إلى ما يعرف بصعوبات التعلم، والتي تعني وجود مشكلة في التحصيل الأكاديمي، أي صعوبة في تعلم التهجّي والقراءة والكتابة أو الحساب، بما أنها الأساسيات أو المستويات الأولى للتعلم. وهذا ما سنحاول إلقاء الضوء عليه من خلال هذه المحاضرة.

أولاً- صعوبة القراءة أو عسر القراءة:

1- تعريفه:

[يفهم عسر القراءة على أنه مجمل الصعوبات المحددة التي تعترض التلميذ في تعلم القراءة. فهو اضطراب ذو أسس لغوية يتسم بصعوبات في فك شفرة الكلمات المفردة، والذي يعكس دوماً عدم كفاءة المعالجة الصوتية. وتلك الصعوبات لا تكون متوقعة تبعاً للعمر والقدرات المعرفية والأكاديمية الأخرى (عبد الغفار، 2000، ص 36). ويتميز عسر القراءة بوجود صعوبة في اكتساب مهارة القراءة في السن العادي والضروري لذلك في غياب تخلف ذهني أو حسي. وحسب الباحثون في هذا الميدان، فإنه يوجد من 5% إلى 10% من الأطفال يعانون من هذا الاضطراب (بويازين، ص 180). وتشير الأبحاث العصبية الحديثة إلى أن عسر القراءة يرتبط بخلل في المناطق الدماغية المسؤولة عن المعالجة الصوتية للغة، خاصة في الفص الصدغي والجبهى الأيسر .

2- عوامل صعوبة القراءة:

1-2-1- العوامل الجسمية:

تشير العوامل الجسمية إلى تلك العوامل التي تعزى إلى التراكيب الوظيفية والعضوية أو الفيزيولوجية التي تشيع بين الأطفال ممن يعانون من صعوبات التعلم بصفة عامة وصعوبات القراءة على وجه الخصوص. حيث يرى الاتحاد الأوروبي لعلم الأعصاب عام 1975 أن صعوبة القراءة تحدث نتيجة اضطرابات معرفية ذات أصول في البنية المخية. وتدعم الدراسات الحديثة مثل دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) وجود اختلافات في نشاط ونمو المادة الرمادية في المناطق اللغوية بالدماغ لدى المصابين بعسر القراءة. (Norton, Beach, & Gabrieli, 2015).

1-2- العوامل المعرفية:

وتتمثل فيما يلي:

- اضطراب الإدراك السمعي البصري: إن عملية الإدراك تبدأ باستثارة حواس الفرد من خلال السمع أو البصر أو بهما معاً. وإن القراءة ترتبط بالخصائص أو العمليات الإدراكية. فالأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة تظهر لهم صعوبات في هذه الخصائص، وهي: ضعف في الإدراك البصري والسمعي، تمييز الحروف والكلمات، التعميم وغيرها. ويعزى هذا الضعف إلى خلل في المعالجة البصرية للمعلومات الرمزية (Vellutino, Fletcher, Snowling, & Scanlon, 2004).

- الاضطرابات اللغوية: فالحصيلة اللغوية للطفل وقاموسه اللغوي يؤثران بشكل مباشر على تعلمه وتفسيره للمادة المطبوعة أو المقروءة وفهمه لها. فقد يفهم بعض الأطفال اللغة المنطوقة، ولكنهم لا يستطيعون استخدام اللغة في الكلام والتعبير وتنظيم الأفكار. وهذا يعكس بالضرورة انفصالاً ملموساً بين الفكرة واللغة، بالإضافة إلى استخدام الكلمات والمفاهيم. وغالباً

ما يرتبط عسر القراءة بضعف في الوعي الصوتي (Phonological Awareness) ، أي القدرة على التعرف على مقاطع الكلمات وأصواتها وتفكيكها. (Snowling, 2000)

- اضطراب الانتباه: حيث تؤثر كفاءة وفاعلية عملية الانتباه على كافة عمليات النشاط العقلي المصاحبة للقراءة. فهي تؤثر على كل من الإدراك بنوعيه السمعي والبصري، والفهم اللغوي والفهم القرائي. وبالتالي فإن اضطراب عمليات الانتباه يؤثر سلباً على النشاط الوظيفي المعرفي لهذه العمليات. وغالباً ما يتزامن عسر القراءة مع اضطرابات الانتباه مثل فرط الحركة ونقص الانتباه. (Willcutt & Pennington, 2000) .

- اضطراب الذاكرة: أوضحت الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة يجدون صعوبة في الاسترجاع التابعي للمثيرات المرئية. كما أنهم يحققون درجات منخفضة على اختبارات الذاكرة البصرية، وذلك نتيجة لعدم كفاءة عملية الانتباه. وتتميز اضطرابات الذاكرة في نوعين كلاهما يؤدي إلى صعوبات القراءة، وهما اضطرابات الذاكرة البصرية واضرابات الذاكرة السمعية. وتشير الأبحاث إلى أن ضعف الذاكرة العاملة (Working Memory)، وخاصة الحلقة الصوتية (Phonological Loop) ، هو عامل مركزي في عسر القراءة. (Gathercole & Alloway, 2008)

2-2- العوامل الاقتصادية والاجتماعية:

إن العوامل الاقتصادية والاجتماعية غالباً مرتبطة ارتباطاً وثيقاً. ومن بينها نذكر المستوى الاجتماعي والاقتصادي للفرد، تواجد الآباء مع الأبناء لفترات كافية، بالإضافة إلى نوع العلاقة بينهما، الاهتمام بالجانب التحصيلي للأطفال، العلاقة مع الإخوة وغيرها. حيث تتفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض لتؤثر في القدرة على القراءة. فقد أظهرت الدراسات أن الحرمان الاقتصادي والاجتماعي يقلل من فرص التعرض للغة غنية ومحفزة، مما يؤخر النمو اللغوي ويزيد من خطر صعوبات القراءة. (Noble, McCandliss, & Farah, 2007)

2-3 العوامل التربوية:

يذكر كثير من الباحثين أن هناك عدداً من العوامل التربوية التي تكون سبباً من أسباب صعوبات القراءة، منها: طرق تدريس القراءة، شخصية المعلم، شعور التلميذ بالفشل نتيجة لعدم ملائمة العمل لقدراته، الابتداء الفجائي في تعليم اللغة الفصحى دون مراعاة الصلة بينها وبين الكلام الدارج (العامي) ودون مراعاة التدرج في ذلك، استهزاء المدرس أو التلاميذ بالتلميذ الذي يتعثّر في القراءة، المشكلات العاطفية، فرط النشاط، اتجاه الوالدين نحو التعليم وغيرها (ملحم، 2002، ص 96، 98). وتؤكد النظريات التربوية الحديثة على أهمية استخدام طرق تدريسية قائمة على التدخل الصوتي المباشر والمنهجية متعددة الحواس لتعليم القراءة للأطفال المعرضين للخطر. (Torgesen, 2005)

3 أعراض صعوبة القراءة:

- خلط في شكل الحروف المتشابهة أو التي لها رسوم متشابهة (مثل: ب، ت، ث).
- إهمال الحروف أو المقاطع الصوتية.
- ترك السطور أو ترك عدة كلمات.
- الحذف: حيث يميل إلى حذف الكلمات في القراءة، وأحياناً يحذف أجزاء من الكلمة المقروءة.
- الإدخال: أحياناً يدخل التلميذ إلى السياق كلمة ليست موجودة به.
- الإبدال: أثناء القراءة يقوم الطفل بإبدال كلمة بأخرى.
- التكرار: بعض الأطفال يلجؤون إلى تكرار كلمات أو جمل ناقصة حيث تصادفهم كلمة لا يعرفونها.
- القراءة السريعة وغير الصحيحة: يميل الأطفال ذوو صعوبات التعلم إلى القراءة بشكل سريع وغير صحيح، محاولة منهم لتجاوز الكلمات التي لا يستطيعون قراءتها.

- القراءة البطيئة: يقرأ بعض الأطفال ببطء على شكل كلمة-كلمة، وذلك نتيجة للتركيز على الرموز ومحاولة فك شفرتها (سالم وآخرون، 2006، ص 155).

ثانياً- صعوبات الكتابة (Dysgraphia) :

1- تعريف صعوبة الكتابة (Dysgraphia) :

هي الشكل الثاني من أشكال صعوبات التعلم الأكاديمية التي تتعلق باللغة المكتوبة. وتوصف هذه الحالات بأنها الفشل في إنتاج لغة مقبولة وقابلة للفهم والقراءة بشكل يعكس المعرفة بالموضوع الذي كتب عنه. فصعوبة التعلم تتشكل سواء في مجال الإملاء أو التعبير الكتابي. وترجع مشكلات التعبير إلى القلق، ضحالة المعرفة، وعدم القدرة على صياغة جمل مترابطة تراعي القواعد النحوية والتنقيط (وضع النقاط في مكانها). ويكثر فيها عكس الحروف وعدم الالتزام بالسطور في الكتابة (كوافحة، 2004، ص 128). وتعرف الديسغرافيا أيضاً على أنها اضطراب في الكتابة يتجاوز الخط الرديء ليشمل صعوبات دائمة في تركيب الجمل وتماسك النص، حتى مع وجود تعليم مناسب وذكاء طبيعي (Berninger & Wolf, 2009)

2- عوامل صعوبات الكتابة:

لكي يتعلم الطفل الكتابة يجب أن يكون ناضجاً بدرجة كافية ولديه الرغبة والاهتمام في تعلم كيف يكتب. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يطور الطفل التناسق الحركي وصورة الجسم وضبطه بما يخدم الكتابة وتحديد اليد المفضلة. ولذلك فإن الصعوبات التي يواجهها الطفل في الكتابة ترتبط بالكثير من العوامل، ويمكن تحديدها في النقاط التالية:

1-2 عوامل متعلقة بالطفل:

وتعرف بالعوامل الفردية وتشمل:

- العوامل المعرفية العقلية: تشير إلى مستوى ذكاء التلميذ وقدراته واستعداداته العقلية، وكفاءة العمليات المعرفية المتمثلة في الانتباه والإدراك والذاكرة. حيث أن افتقار الطفل إلى

القدرة النوعية الخاصة التي ترتبط بالكتابة، كالذاكرة البصرية والقدرة على الاسترجاع من الذاكرة، تؤثر على هذه العملية. وتلعب الوظائف التنفيذية (Executive Functions) مثل التخطيط والمراقبة دوراً محورياً في التعبير الكتابي. (Hooper et al., 2002)

• **العوامل الانفعالية:** فافتقار الأطفال للتركيز الحسي الحركي واستخدام اليد والأصابع، والعلاقة بين الحروف والرموز والكلمات تترك بصمة على النواحي الانفعالية. فيبدو الطفل مكتئباً ومحبطاً ويميل إلى الانسحاب من موقف التنافس التحصيلي القائم على استخدام الكتابة والتعبير الكتابي.

• **اضطراب الإدراك البصري:** فتعلم الكتابة يتطلب من الطفل أن يعرف ويميز بصرياً بين الأشكال والحروف والأعداد والكلمات على نماذجها. وكل هذا إذا لم يتعلمه الطفل فإنه يؤدي إلى صعوبات تعلم الكتابة.

• **اضطراب الذاكرة البصرية:** إن الأطفال الذين لا يستطيعون تذكر الأشكال والحروف والكلمات بصرياً قد تكون لديهم صعوبات في تعلم الكتابة، وتسمى هذه العملية بفقدان الذاكرة البصرية. وقد يعود ذلك إلى ضعف استخدام التخيل والتصور لدى هؤلاء الأطفال.

• **نقص الدافعية:** يعتبر نقص الدافعية من الأسباب الهامة في صعوبة تعلم الكتابة. حيث يبدو الطفل في الفصل الدراسي محبطاً. والملاحظ على الطفل كثرة الغياب في حصص الإملاء والتعبير وتظهر عليه علامات الاضطراب الانفعالي اتجاه عملية الكتابة. وقد يرجع هذا إلى دور كل من المعلمين والوالدين المنعدم، وذلك في تشجيع الطفل واستشارته ومكافأته وتعليمه خطوة، فضلاً عن ميله للعب واللهو.

2-2- العوامل المتعلقة بنمط التعليم وأنشطته وبرامجه:

حيث تشير الدراسات والبحوث إلى أن دور المدرس ونوعية التدريس يظان العاملان الرئيسيان المدعمان لتعلم التلميذ. فنوعية وفعالية التدريس يتيحان الفرصة للتلميذ في تحصيل أكاديمي جيد. وتشمل الممارسات الفعالة التدريس الصريح والمباشر لمهارات الكتابة، والتغذية الراجعة الواضحة والمستمرة، وتوفير وقت كافٍ للممارسة الموجهة (Graham & Perin, 2007).

2-3- العوامل الأسرية والاجتماعية:

فكل منها يلعب دوراً في تنمية وتطوير عملية التعلم للطفل، كاختفاء دور الأسرة مثلاً في متابعة الطفل. فالكتابة مهارة تتطلب التدريس المستمر والمتابعة الدائمة. فلا شك أن وقت الحصة في المدرسة لا يكفي لتدريب الطفل على الكتابة الصحيحة. لذلك يجب أن يتابع من طرف الأسرة على إتقان وتحسين الكتابة اليدوية. فالإهمال يؤثر على عملية اكتساب الطفل لمهارة الكتابة (عوض، ص ص 170، 171).

3- أعراض صعوبة الكتابة:

بشكل عام توجد عدة أشكال من الصعوبات يواجهها الأفراد ذوو الصعوبات التعليمية في كتابة الموضوعات التعبيرية، تتمثل في:

- عدم تنظيم الكتابة (الأفكار أثناء الكتابة).
- مشكلة في التعبير عن الأفكار الجيدة على الورقة.
- يفتقر التلميذ إلى العرض الواضح للكتابة (عدم تجانس الكتابة بخلط الحروف وإدخالها في بعضها).
- مسك القلم بصورة خاطئة يجعل خط اليد مشوهاً وغير واضح.

• حجم الأحرف وتباعدها غير ملائم، ككتابة الحروف المتصلة في الكلمة بصورة منفصلة.

• ضعف القابلية للرسم (فالكتابة هي عبارة عن رموز ترسم).

• التنظيم السيئ لل فقرات (كوافحة، ص 131).

• تباين كبير بين جودة الأفكار المنطوقة والمكتوبة.

• صعوبة في تطبيق قواعد النحو والإملاء حتى بعد تعلمها.

ثالثاً- صعوبة الحساب (Dyscalculia) :

1- تعريف صعوبة الحساب (عسر الحساب):

تعتبر صعوبة الحساب من أشكال الصعوبات التعليمية الشائعة بين ذوي صعوبات التعلم . حيث تعرف على أنها: "عدم قدرة التلميذ على التعامل مع الأرقام وكذلك المعادلات الرياضية، بالإضافة إلى وجود مشكلات في إجراء العمليات الحسابية وفي حل المسائل، والتي تكون ناتجاً لمشكلات في تطبيق المهارات الحسابية" (سالم وآخرون، ص 160).

الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يجدون صعوبة في إعادة رسم الأشكال الهندسية، ويمكن أن تلاحظ مع كل هذا بعض الصعوبات في القراءة والتعبير (بوبازين، ص 179).

ويعرف عسر الحساب بشكل أعمق على أنه اضطراب خاص في تعلم الرياضيات يتجلى في صعوبات شديدة ومستمرة في الفهم العددي، واستدعاء الحقائق الرياضية، وإجراء العمليات الحسابية بدقة وطلاقة (Butterworth, 2010)

2- عوامل صعوبة الحساب (عسر الحساب):

• إصابات المخ: لقد أوجد بعض الباحثين أن المنطقة الصدغية والجدارية هي المسؤولة عن إجراء العمليات الحسابية. وأن أي خلل في هذه الأجزاء سوف يؤدي إلى ضعف في المهارات الرياضية. وأن الأداء الرياضي الجيد يتطلب سلامة هذه المناطق. وتعكس مشكلات الحساب الخلل الوظيفي. وتحديداً، ترتبط الصعوبات في معالجة الأعداد بخلل في التلفيف داخل الجداري (Dehaene, 1997) (Intraparietal Sulcus).

• نسبة الذكاء: فقد أشار العديد من العلماء إلى أن تعلم الرياضيات يرتبط بنسبة ذكاء لا تقل عن المتوسط، وما يرتبط بها من قدرات رياضية مثل القدرة العددية أو القدرات الهندسية أو القدرة الاستدلالية. رغم أن التسليم بأن ذوي صعوبات التعلم لا يدخلون ضمن فئات المتخلفين عقلياً، وإنما هم أقرب إلى المتأخرين دراسياً وبطيئي التعلم.

• الصعوبات اللغوية: اللغة ضرورية لتعلم الحساب حيث أنها تؤثر فيه وفي فهم الألفاظ الموجودة بالمسألة وفهم المفردات اللغوية. وتؤثر أيضاً على القدرة على قراءة المسألة. ويبدو أن الكفاءة في اللغة ذات تأثير مهم على الإنجاز الحسابي عموماً. فالعيوب اللغوية التي تعيق القراءة قد تعيق الحساب.

• اضطراب الذاكرة:

◦ صعوبة التذكر البصري: والمتعلقة باستدعاء الأرقام والأشكال والتعرف عليها.

◦ صعوبة التذكر السمعي: والمتعلقة بالشروح المتعلقة بالدروس واسترجاع مضمونها عند حل المسائل الحسابية.

• القصور الإدراكي: الإدراك الحسي هو العملية التي يتم بواسطتها التعرف على المعلومات المستمدة من المحيط الخارجي عن طريق الأعضاء الحسية. إذا كانت هذه الأعضاء سليمة ولا تزال المعلومات غير قادرة على الانتقال، فمن المفترض أن يكون هناك اختلال

وظيفي في الجهاز المركزي. وتنتشر مشاكل الإدراك الحسي بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم. فيحدث تحريف للرموز والعلامات والكلمات. فعلى سبيل المثال يخلط الأطفال بين علامتي (+، -) ويخلط الآخرون بين الرقمين (9، 6) ، ومنهم من يعجز عن قراءة الأعداد المركبة بصورة صحيحة مثل (71، 17) (كوافحة، ص 140-141). وهذا يشير إلى ضعف

في تمثيل الكميات العددي. (Von Aster & Shalev, 2007) (Mental Number Line)

• ضعف في المهارات الأساسية: مثل الوعي العددي (Number Sense) ، أي الفطرة البديهية لفهم الكميات والمقارنة بينها وتقديرها، والذي يعتبر حجر الأساس لتطور المهارات الحسابية الأكثر تعقيداً. (Mazzocco, 2007)

قائمة المراجع:

- عبد الغفار، ع. (2000). صعوبات التعلم. القاهرة: دار الغريب.
- بوبازين، ج. (بدون تاريخ). علم النفس المرضي للطفل (ترجمة غير مذكورة)
- ملحم، س. (2002). صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية. عمان: دار المسيرة.
- سالم، ع.، وآخرون. (2006). مدخل إلى صعوبات التعلم. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- كوافحة، ي. (2004). صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. عمان: دار حنين.

سيكولوجية الأطفال غير العاديين. عوض، ع. (بدون تاريخ)

-Berninger, V. W., & Wolf, B. J. (2009). *Teaching students with dyslexia and dysgraphia: Lessons from teaching and science*. Paul H. Brookes Publishing.

-Butterworth, B. (2010). *Foundational numerical capacities and the origins of dyscalculia*. Trends in Cognitive Sciences, 14(12), 534–541.

-Dehaene, S. (1997). *The number sense: How the mind creates mathematics*. Oxford University Press.

-Gathercole, S. E., & Alloway, T. P. (2008). *Working memory and learning: A practical guide for teachers*. SAGE Publications.

-Graham, S., & Perin, D. (2007). *Writing next: Effective strategies to improve writing of adolescents in middle and high schools*. Carnegie Corporation of New York.

-Hooper, S. R., Swartz, C. W., Wakely, M. B., de Kruif, R. E., & Montgomery, J. W. (2002). *Executive functions in elementary school children with and without problems in written expression*. Journal of Learning Disabilities, 35(1), 57–68.

-Mazzocco, M. M. (2007). *Defining and differentiating mathematical learning disabilities and difficulties*. In D. B. Berch & M. M. M. Mazzocco (Eds.), *Why is math so hard for some children? The nature and origins of mathematical learning difficulties and disabilities* (pp. 29–48). Paul H. Brookes Publishing.

-Noble, K. G., McCandliss, B. D., & Farah, M. J. (2007). *Socioeconomic gradients predict individual differences in neurocognitive abilities*. Developmental Science, 10(4), 464–480.

-Norton, E. S., Beach, S. D., & Gabrieli, J. D. (2015). *Neurobiology of dyslexia*. Current Opinion in Neurobiology, 30, 73–78.

- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2005). *Dyslexia (specific reading disability)*. Biological Psychiatry, 57(11), 1301–1309.
- Snowling, M. J. (2000). *Dyslexia* (2nd ed.). Blackwell Publishing.
- Torgesen, J. K. (2005). *Recent discoveries on remedial interventions for children with dyslexia*. In M. J. Snowling & C. Hulme (Eds.), *The science of reading: A handbook* (pp. 521–537). Blackwell Publishing.
- Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scanlon, D. M. (2004). *Specific reading disability (dyslexia): What have we learned in the past four decades?* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(1), 2–40.
- Von Aster, M. G., & Shalev, R. S. (2007). *Number development and developmental dyscalculia*. Developmental Medicine & Child Neurology, 49(11), 868–873.
- Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). *Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype*. Journal of Learning Disabilities, 33(2),

المحاضرة السابعة: العصابات والذهانات والحالات الحدية عند الطفل والمراهق

أولاً: العصابات (Anxiety Disorders)

يعد العصاب اضطراباً وظيفياً في الشخصية، وهو حالة مرضية تجعل الفرد أقل تكيفاً مع الحياة العادية. بالإضافة إلى أن الاضطرابات العصابية هي أكثر الاضطرابات حدوثاً، ومما يلاحظ أن هناك عدداً من الناس لديهم اضطرابات عصابية ويعيشون بها طوال حياتهم ولا يفكرون أبداً في استشارة معالج نفسي. ويوجد العصاب في كل الثقافات وكل الطبقات الاجتماعية ويحدث أكثر لدى الإناث منه لدى الذكور. (Kessler et al., 2005)

تتميز الاضطرابات العصابية بقلق شديد، فالقلق هو محور المرض العصابي أو أساسه، كما أن الفرد العصابي يدرك ما يعانيه من اضطرابات ولكن تنقصه القدرة في السيطرة عليها والتخلص منها. والفرد المضطرب نفسياً يعاني من الصراع النفسي، ويتصف سلوكه بالتناقض والمغالاة لمختلف أوجه النشاط الذي يصدر عنه. والعصاب ليس له علاقة بالأعصاب حيث المرض العصبي اضطراب جسدي هو ينشأ عن تلف عضوي يصيب الجهاز العصبي.

ويصنف العصاب إلى: قلق عام، وتوهم المرض، والضعف العصبي (النوراستانيا)، الفوبيا، والهستيريا، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب. ويضاف إلى ذلك أنواع أخرى من العصاب مثل عصاب الحرب وعصاب السجن، وغيرها (عبد الخالق، 2003)

- الشخصية العصابية: العصاب هو أصل الشخصية العصابية، وتنتمى الشخصية العصابية بعدد من الخصائص أهمها: القلق، نقص النضج، العجز عن العمل بكفاءة، عدم تحمل الضغط، ونقص تقدير الذات، والخوف، والتوتر، والتهيج، والاعتماد، والتمركز حول الذات، والأنانية، والسلوك الجامد المتكرر، الشكاوي الجسمية، اضطراب العلاقات الاجتماعية،

ونقص البصيرة، ووجود المشكلات وعدم الرضا وعدم السعادة، والحساسية النفسية (وخاصة في مواقف النقد والإحباط). (Millon, 2011)

والشخصية العصابية تؤدي بصاحبها إلى سوء التوافق النفسي مما يؤثر تأثيراً سيئاً على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة، ويعوقه عن أداء واجبه كاملاً، ويعوقه عن الاستمتاع بالحياة. وعلى الرغم من هذا فإن السلوك العام للمريض وإن كان مضطرباً فإنه يظل في حدود العادي، أو أن تكون غرابته معقولة لأنه يساير المعايير الاجتماعية. والمريض يحافظ على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته، ويشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج والشفاء ويتعاون مع المعالج.

- الأعراض العامة للعصاب:

- اختلال جزئي في جانب معين من جوانب شخصية الفرد العصابي، إذ يمكنه مساعدة نفسه، ويطلب مساعدة الآخرين له.
- استمرارية الاتصال بالواقع دون انقطاع، ويسعى الفرد العصابي لأن يتكيف مع الحياة قدر الإمكان لكنه يشعر بتشاؤم كبير عندما يعجز عن تحقيق حياة سعيدة لنفسه.
- محاولات مستمرة لممارسة الدور الاجتماعي والاتصال مع غيره من أفراد المجتمع، إلا أن هذه المحاولات غالباً ما تكون مصحوبة بمشاعر القلق والضيق والتوتر، إذ يسعى الفرد العصابي للتخلص من هذه الأعراض النفسية القاسية.
- اضطراب في العمليات العقلية العليا، وتأخذ أشكالاً متعددة منها: تفكير لا منطقي وغير منظم، والبطيء في الفهم والإدراك، وضعف القدرة على التذكر وكثرة النسيان، والرتابة في الأداء، ونقص في الإنجاز، والشعور بالقصور وعدم إمكانية تحقيق أهداف الحياة.

- الجمود والسلوك التكراري (الإصرار على الرتبة)، وقصور الأساليب التوافقية.
 - الإحساس الدائم بالاضطرابات العضوية، وتأخذ أشكالاً متعددة منها: هضمية، تنفسية، فقدان الشهية للطعام، صعوبات النوم... إلخ.
 - اضطرابات انفعالية واضحة تأخذ أشكالاً متعددة كسرعة الغضب والاهتياج.
- أسباب العصاب:

- النظرية التحليلية: ترد النظرية التحليلية العصاب إلى عقدة أوديب غير المحلولة، وكذلك فشل الأنا في التوفيق بين الهو والانا الأعلى. وقد ركز التحليل النفسي أيضاً على الآليات العقلية في تجنب الصراع واعتبر أن أهم آلية هي الكبت، ومن الكبت ومحاولة رفع الكبت تنشأ مختلف أمراض العصاب. والتحليل النفسي الذي يحول عملية الكبت إلى إفشاء وتذكر واعتراف وتفرغ (Catharsis) ما في اللاشعور من عقد. (Freud, 1915)

- كارل يونغ: قسم كارل يونغ الشخصيات إلى نوعين:
- النوع المنبسط (Extravert): الميال إلى الخارج، المفتوح على العالم، المتفائل النشط.
- النوع المنطوي (Introvert): المرتد إلى الداخل المنغلق على نفسه أو على عالمه الداخلي، يكون خجولاً، هادئاً وبطيئاً، حساساً.

وتنشأ الأمراض النفسية من الاندفاع والإلحاح على تلك الطباع أو من محاولة مقاومتها وتبني الطباع الأخرى غير الملائمة لطبيعة الفرد. (Jung, 1921)

- ألفريد أدلر: يرى أن شعور الإنسان بالنقص يدفعه إلى التعويض بالحصول على القوة أو الجاه أو الشهرة، فإذا استطاع التعويض زال شعوره بالنقص وأصبح التعويض وسيلة لطمأنة وتعزيز النفس. أما إذا فشلت الميكانزمات الدفاعية في إيجاد تعويض مناسب، يتحول الشعور بالنقص إلى "عقدة النقص"، وهذه هي مصدر الأمراض النفسية والعصاب حسب أدلر (Adler, 1927).

- النظرية السلوكية: يرى أصحاب هذه النظرية أن الأمراض العصابية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان من أجل تخفيض درجة قلقه وتوازنه أو مخاوفه، وبالتالي فإن ذلك يؤدي إلى نوع من الارتباطات تمت بصورة مرضية. (Watson & Rayner, 1920)
- النظرية المعرفية: يتحدد السلوك حسب المعرفيين بأفكار ومعتقدات وتوقعات الفرد، ومن ثم فإن سلبية أو خطأ هذه الأفكار يؤدي إلى استجابة الفرد بسلوكات سلبية أو مرضية (Beck, 1976).

علاج العصاب:

- تتعدد الاتجاهات العلاجية اليوم وتصل من 300 إلى 400 علاج، نذكر منها: العلاج التحليلي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الاسنادي، العلاجات القصيرة... إلخ. (Norcross & Goldfried, 2005)
- العلاج التحليلي: يعتمد العلاج التحليلي الكلاسيكي بالدرجة الأولى على العلاقة العلاجية الدينامية واستعمال طرق كالتفريغ أو تطهير انفعالي والتداعي الحر، بالإضافة إلى تحليل تحويل المريض ومقاومته، وكذا تحليل الأحلام من أجل اكتشاف الدوافع اللاشعورية المسؤولة عن العصاب. (Freud, 1917)
- العلاج السلوكي: يقوم هذا العلاج على إطفاء المنعكسات المرضية الشرطية (أي الأعراض المكتسبة) والعمل على بناء منعكسات شرطية جديدة وسوية عوضاً منها، ويؤدي ذلك إلى تخلص المريض من مرضه. (Wolpe, 1958)
- العلاج المعرفي: تنحصر مهمة المعالج المعرفي في البحث عن أفكار المريض واعتقاداته والتحديد الدقيق لها ثم تحليلها، وبالتالي دحضها أو نفيها، وفي الأخير استبدالها بأفكار أكثر منطقية، وهذا ما يؤدي حتماً إلى القضاء على معاناة المريض. (Beck, 1976)

• العلاج المعرفي السلوكي (CBT) : نتج هذا العلاج نتيجة التزاوج الذي وقع بين التناول المعرفي والتناول السلوكي، وظهرت فنيات علاجية جمعت بين الطرق السلوكية والطرق المعرفية أثبتت فعاليتها في علاج الأمراض النفسية. (Beck, 2011)

- مآل العصاب: يعتبر مآل العصاب أفضل بكثير من مآل الذهان أو الاضطرابات عضوية المنشأ. ويلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسين والشفاء إلى 90% أو أكثر. وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائياً (حوالي 40% إلى 70% من الحالات) حيث يحدث تغير في حياة المريض. (Lambert, 2013)

نموذج للعصاب عند الأطفال والمراهقين: قلق الانفصال (Separation Anxiety Disorder)

تشير حالات قلق الانفصال إلى تزايد معدلات القلق إلى الحد المرضي إذا حدث أن ابتعد الطفل عن منزله أو انفصل عن الأشخاص الذين يتعلق بهم. حيث تبدو عليه مظاهر الانسحاب الاجتماعي، والتبدل، والحزن، وصعوبة في التركيز سواء في الواجبات المنزلية أو المدرسية واللعب. وطبقاً لمستوى عمر الطفل يمكن للطفل أن يعاني من الخوف من الحيوانات، والأشباح، والظلام، والتماسيح، والسفر بالطائرة، واللصوص، والاختطاف، وكل المواقف التي تستدعي الشعور بالخطر. كما يشيع في هذه الحالة التفكير في أو الخوف من الموت. وقد يرفض الذهاب إلى المدرسة نتيجة شعوره بالقلق، مما يؤدي إلى صعوبة تعليمه، وتدهور مستواه الدراسي نتيجة قصور القدرة على التركيز. وقد تتزايد حالات الغضب لدى الأطفال نتيجة شعورهم بالخوف. وإذا كان الطفل وحيداً يصاب بتشوش في الإدراك، فقد يرى أن شخصاً يتسلل إلى حجرته، ويتسلل إليه الرعب من أن عيوناً تحقق أو تحمق ناظرة إليه. وفي هذه الحالة يكون الطفل كثير المطالب والإلحاح، مما يؤدي إلى إزعاج الأهل وتزايد مستويات الإحباط. وقد يشكو الطفل من مشاكل بدنية مع مزاج مكتئب، ويمكن أن تتطور

الحالة لتصل إلى اضطراب الذعر والخوف من الأماكن المفتوحة (Agoraphobia) (American Psychiatric Association, 2013).

معايير التشخيص طبقاً لـ: DSM-5

- أ - خوف أو قلق زائد وغير مناسب لمستوى النمو يتعلق بالانفصال عن أولئك الذين يرتبط بهم الفرد، كما يتجلى بثلاثة (أو أكثر) من الحالات التالية:
 1. ضيق مفرط ومتكرر عند حدوث أو توقع الانفصال عن المنزل أو عن أشكال الارتباط الرئيسية.
 2. قلق مستمر ومفرط بشأن فقدان أشكال الارتباط الرئيسية أو عن احتمالية تعرضهم لأذى، مثل المرض أو الإصابة أو الكوارث أو الموت.
 3. قلق مستمر ومفرط بشأن وقوع حدث سيء (مثل، الضياع أو الاختطاف) الذي قد يؤدي إلى الانفصال عن شكل الارتباط الرئيسي.
 4. مقاومة أو رفض مستمر للذهاب إلى المدرسة أو أي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال.
 5. خوف مستمر ومفرط أو مقاومة للبقاء وحيداً أو بدون أشكال الارتباط الرئيسية في المنزل أو في الأماكن.
 6. مقاومة أو رفض مستمر للذهاب إلى النوم بدون وجود شكل ارتباط رئيسي قريب، أو البقاء خارج المنزل.
 7. كوابيس متكررة حول موضوع الانفصال.

8. شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل، الصداع، آلام المعدة، الغثيان، القيء) عند حدوث أو توقع الانفصال عن أشكال الارتباط الرئيسية.
- ب - يستمر الخوف أو القلق أو التجنب لمدة أربعة أسابيع على الأقل لدى الأطفال والمراهقين، وعادة ستة أشهر أو أكثر لدى البالغين.
- ج - يسبب الاضطراب ضيقاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في المجالات الاجتماعية أو الأكاديمية أو Occupational أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.
- د - لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال حالة نفسية أخرى، مثل رفض الذهاب إلى المدرسة بسبب الخوف من التمر في اضطراب القلق الاجتماعي، أو الهلوسة أو الضلالات حول الانفصال في اضطرابات الذهان، أو رفض الخروج بسبب الحاجة إلى الإجراءات في اضطراب الوسواس القهري، أو أعراض التوحد في طيف التوحد (American Psychiatric Association, 2013).

مدى انتشار قلق الانفصال: لدى الأطفال والمراهقين:

يشيع انتشار قلق الانفصال لدى الأطفال الصغار عنه لدى المراهقين، وخاصة في السن ما قبل المدرسة، ولكنه يشيع بصفة أكثر في الأعمار بين السابعة إلى الثامنة. ويقدر بنسبة 3 إلى 4% بين تلاميذ المدارس. (Shear, Jin, & Ruscio, 2006)

الأسباب:

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

طفلها بعيداً. كما يؤدي الوسط الثقافي الاجتماعي إلى حدوث هذه الحالات إذا كانت الأسرة تعيش في عزلة. كما تؤثر أحداث الحرب والضغوط التي يعيشها سكان المدن الكبرى على عزل الطفل وعدم مشاركته في الأنشطة الاجتماعية خارج إطار الأسرة، مما يسبب له قلق الانفصال. كما قد تسبب الأقدار حدوث هذه الحالة بموت الشخص الذي يتعلق به الطفل، أو نتيجة للتغير في السكن والوسط مثل حالات الهجرة التي يضطر فيها الأهل للعيش في عزلة. وتتزايد هذه الحالة إذا ما كان لدى الطفل مشاكل فسيولوجية مثل الكف العصبي، مما يجعله أكثر عرضة لقلق الانفصال. (Bowlby, 1973)

• **عوامل القلق المتعلم (Learned Anxiety) :** يمكن أن يكتسب الطفل قلق الخوف نتيجة لوجود أبوين يعانون من الخوف، فيكون النموذج الذي يتلقاه الطفل ويتعلمه هو الخوف. ويقبل بعض الآباء على تعليم أبنائهم القلق والحرص الزائد لحماية أنفسهم من المخاطر. وعلى نحو آخر فإن زيادة الغضب من الطفل الذي يخاف من الحيوانات مثلاً وتحفيزه بشدة على عدم الخوف فإنه يدفع الطفل إلى الخوف بصورة أكبر. (Bandura, 1977)

• **عوامل سيكودينامية:** لا يشكل القلق في حد ذاته بنية إكلينيكية وفقاً للتوجهات التحليلية المعرفية، وإنما يشكل القلق حالة ملازمة لكل الأبنية الإكلينيكية الأخرى وفقاً لمستوى الصراع النفسي المعاش. وتعود اضطرابات القلق إلى سيطرة النظام الخيالي الذي تبقى فيه عناصر مترسبة من الواقع النفسي الطفلي الأولى الذي تسيطر عليه أخايل التمزق والتشطر البدني. ومع دخول الطفل إلى العالم الخيالي، حيث يعمل العقل من خلال المديرات الصورية المدركة من خلال النظر أو التصور العقلي للمديرات الأخرى، كالألم وما إلى ذلك من إحساسات سمعية ولمسية، فإن صور الخوف في الخارج تنتقل إلى الداخل. حيث يكون العالم الخيالي للطفل مليء بكل أشكال الرعب والتفسخ والخوف نظراً لعدم قدرته على السيطرة على المثيرات الخارجية، وفشله الرمزي أو العقلي في تفسير مثيرات الخوف. فالعين

الشريرة الناضرة إليه، غير عين الأم الحنونة من شأنها أن تستدعي حالات القلق والخوف. ومع قصور التطور الطبيعي للطفل للانتقال من عالم الصورة والأشباح والأوهام إلى عالم اللغة والتفسير المنطقي وانتظام الحياة حول الكلام، يكون القلق والخوف هما المسيطران على المسرح السلوكي للطفل حيث تعجز الصورة الأبوية المستدخلة عن تحقيق الأمان الرمزي، وإكساب الطفل هويته، فيظل تائهاً في دروب خياله النرجسي الذي لا يعرف سوى الفتنة أو الغواية للصورة المرئية ووجه الأم، ويصبح تعلقه بهذه الصور هو السبيل لطمأنته. حتى إذا ابتعد عن هذه الصور لا يرى في النماذج الرمزية الأخرى سوى صور معادية مخيفة، ومجرد الابتعاد أو التخلي عن موضوعاته الطفلية يطارده القلق والتهديد. وتبدو هذه الصورة أكثر عنفاً في المراحل المتقدمة من الطفولة، وفي بداية الرشد، حيث تطارد الفرد نوبات من الذعر مجهولة المصدر لكونه قد تاه في دروب الخيال وفشل في تحسس دربه وسط الوجود الاجتماعي مع الآخرين. ويصبح الخوف أبعد من موضوعاته حيث يأخذ الخوف أبعاداً رمزية أخرى لا وجود لها في العالم الواقعي، وقد تصل الحالات إلى الهلوس والهواجس (Klein, 1945).

ثانياً: الذهانات (Psychotic Disorders)

يعد المرض العقلي (الذهاني) اضطراباً خطيراً في الشخصية ككل، يظهر في شكل اختلال شديد في القوى العقلية والإدراك والحياة الانفعالية، بالإضافة إلى العجز في ضبط النفس والتعاملات الشخصية والأسرية والعمل. كما أن المريض الذهاني لا يعترف بأعراض وأسباب مرضه ولا تقوم عمليات الكف والمقاومة لديه بعملها، مما يجعله خطيراً على نفسه والآخرين ويستدعي إدخاله إلى المستشفى وخضوعه للعلاج الطبي وكذا النفسي. (Andreasen, 1984)

- تصنيف الذهان:

يصنف الذهان إلى نوعين هما:

1. **الذهان العضوي (Organic Psychosis):** هو مرض عقلي ذو أصل عضوي فسيولوجي، ويحدث نتيجة تلف في الجهاز العصبي ووظائفه تؤدي إلى اضطرابات حادة في الوظائف النفسية (مثل وظيفة التفكير المجرد والكلام والحركة). مثال: الأورام المخية، وجنون الشيخوخة (الخرف)، وجنون الإدمان على الخمر والمخدرات (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

2. **الذهان الوظيفي (Functional Psychosis):** هو مرض عقلي ذو أصل نفسي ولا يرجع إلى أي سبب عضوي. مثال: الفصام، ذهان الهوس والاكتئاب (الاضطراب ثنائي القطب)، البارانونيا... إلخ. (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009).

- أعراض الذهان:

يتصف الذهان بأعراض هي:

1. **التفكك (Disorganization):** لا يستطيع المريض أن يربط بين أفكاره في كل متماسك، كما لا يمكنه الحكم أو التمييز أو التفكير بوضوح. ويقبل المريض دون نقد أفكاراً غير متلائمة مع الظروف. فإذا وصل التفكك إلى درجة عميقة جداً يبدو على المريض الارتباك وعدم القدرة على إدراك أي شيء بوضوح، فلا يشعر بالحوادث الخارجية إلا بصورة مبهمّة غامضة. (Bleuler, 1950).

2. **التبدل الانفعالي والانسحاب الاجتماعي (Emotional Blunting & Social**

Withdrawal): فالمريض قد يبدو متبدل المشاعر تماماً، حيث لا يحزن ولا يفرح ولا يظهر أي نوع من أنواع الانفعال مهما كانت الظروف أو المواقف. فسطحية المشاعر تشير إلى انحراف في الاستجابة الانفعالية (أي التعبير عن الانفعال). ويميل كثير من مرضى الذهان

إلى الانسحاب من المجتمع، ويبدو أن السبب في ذلك يرجع إلى قدر كبير من التبدل الانفعالي والبعد عن الناس وتجنب الحديث معهم. والانسحاب يساعدهم على الاستمرار في الانفصال عن الواقع. (Andreasen, 1979)

3. سوء التوافق الشخصي والعائلي والاجتماعي بصفة عامة: إذ يتصف سلوك الفرد الذهاني بالسلوك اللا اجتماعي وميله إلى عدم إعطاء المعايير الاجتماعية أي اعتبار لعدم إدراكه لقيمتها. وغالباً ما يكون في بدء إصابته في صراع معها، فضلاً عن رغبته في البقاء بمفرده وتفضيل العزلة عن الناس.

4. الخبل (Dementia) : ويعني انحلال السلوك الذهني للشخص، ويبدو في صورتين: الأولى: عدم مقدرة المريض على التذكر، حيث ينسى المعلومات العامة التي تعلمها من قبل كتلك التي تعلمها في عمله، وقد يصل في عدم تذكره هذا إلى نسيان اسمه أو أسماء والديه أو أبناءه. أما الصورة الثانية فتظهر في عجز المريض عن التعلم وعن حل المشكلات الجديدة.

5. سوء التوجه الزماني المكاني (Disorientation) : أي عجز المريض عن معرفة الوقت أو المكان الذي هو فيه.

6. وجود هذات وهلاوس وأوهام: (Delusions, Hallucinations, & Illusions)

- الهذات (Delusions) : أفكار خاطئة يعتقد المريض بصحتها رغم عدم وجود أي أساس لها في الواقع، ولا جدوى من إقناع المريض بخطئها. ومن أهم الهذات:
 - هذات الاضطهاد (Persecutory Delusions) : وهي الأكثر شيوعاً لدى مرضى الفصام. فقد يعتقد المريض أن بعض الأشخاص يتآمرون عليه، أو أن المخابرات تحاول خطفه أو قتله، أو أنه مضطهد من زملاءه أو رؤسائه.
 - هذات العظمة (Grandiose Delusions) : يعتقد المريض أنه مخترع كبير أو واسع الثراء أو يعتقد أنه ملك أو نبي... الخ.

◦ الهلوس (Hallucinations) : وهي اضطرابات في الإدراك الحسي تحدث في غياب المثير الخارجي. فيرى المريض أشياء أو أشخاصاً، ويسمع أصواتاً، ويشم روائح لا وجود لها فعلاً. أما في حالة هلوسة اللمس فيشعر المريض أن حشرات تمشي على جسمه مثلاً. كما تحدث أحياناً هلوسات المذاق الحلو أو المر.

◦ الأوهام (Illusions): وهي شبيهة بالهلوسة إلى حد ما، وتعرف أيضاً بالخداع البصري. وهي تختلف عن الهلوسة لأنها تصدر عن منبه خارجي بخطأ في تأويله، كأن يؤول المريض ربطة العنق الموجودة فوق كرسي على أنها ثعبان.

- أسباب الذهان: يرجع الذهان الوظيفي إلى العوامل الوراثية بالدرجة الأولى، بالإضافة إلى أسباب أخرى كإحباطات البيئة، والصدمات العنيفة، والحرمان في الطفولة المبكرة، بالإضافة إلى العلاقات الأسرية المضطربة، وتأخر النمو، واضطراب الشخصية خاصة في جوانبها الاجتماعية والانفعالية مما يؤدي إلى سوء التوافق (Tsuang, Stone, & Faraone, 2001) أما بالنسبة للذهان العضوي فأسبابه عضوية بحتة.

- علاج الذهان: يكون علاج الذهان بالمركبات الكيميائية (مضادات الذهان)، وحينما يصبح الاتصال ممكناً يمكن استخدام العلاج النفسي (الداعم، المعرفي السلوكي للأعراض الذهانية) (Leucht et al., 2012)

- مآل الذهان: تكون نتائج العلاج غير مؤكدة وغير مضمونة في أحوال كثيرة، والنكسات محتملة، والتدهور شائع خاصة إذا تأخر العلاج. (Jääskeläinen et al., 2013)

ثالثاً- نموذج 1 للذهان عند الاطفال: الفصام (Schizophrenia)

الفصام من الاضطرابات الذهانية التي تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر تتضمن مظاهر الهلوس والهواجس والتخريف أو الكلام المفكك والسلوك التحلي أو التخشي .ويشيع حدوث الفصام في الثلاثينات من العمر، ولكن الفصام قد يحدث قبل خمس أو ست سنوات من العمر. وعلى الرغم من أن خصائص الفصام تبدو متشابهة لدى الأطفال والراشدين، إلا أن تشخيص الفصام عند الأطفال يواجه صعوبات عديدة .فالهواجس والهذات والهلوس عند الأطفال عادة ما تسهم بشكل ضعيف أو أقل في التشخيص بينما تشيع الهلوس البصرية (Remschmidt, 2002)

ولم يكن تشخيص الفصام لدى الأطفال قبل عام 1960 شائعاً، وإنما كان يوصف ذهان الأطفال للحالات التي تعاني من اضطراب نمائي منتشر أو نوع فرعي من الاضطراب الثانوي أو التوحد. ولكنه بعد عام 1980 أمكن فصل اضطراب الفصام عن اضطرابات التوحد الذاتوية. ولا توجد أية مظاهر تشخيصية للفصام عند الأطفال قبل سن الخامسة بأي حال من الأحوال، بينما يحدث الاضطراب الذاتي (الأوتيزم) فيما قبل الثالثة. وفي حالة الفصام تكون القدرة العقلية في معدلاتها الطبيعية بينما تنخفض في حالات الأوتيزم (Volkmar, 2001)

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

وتحدث الهواجس أو الهذات لدى أكثر من نصف الأطفال المصابين بالفصام، وتدور الهواجس أو الضلالات حول الاضطهاد والعظمة والدين. وتتزايد الهواجس بتزايد الأعمار. ويمكن أن ينطلق الطفل في ضحكة أو صرخة بلا سبب. كما يصابون باضطراب التفكير وتوقف عمليات التداعي والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر، ويكون كلامهم أقل من العاديين، مع اضطراب التواصل الاجتماعي وعدم متابعة الحوار في النقطة التي ينتهي عندها المتحدث. (Asarnow & Kernan, 2008)

علاج فصام الأطفال: يتم علاج حالات فصام الأطفال عن طريق مضادات الذهان التي ربما تفيد في عدد من الحالات. ولكن العلاج التأهيلي يكون في غاية الأهمية، وخاصة التوعية النفسية للأسرة لتدعيم العلاج، والتدخل بالعلاج النفسي للتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، وتحسين الانتباه، والتغلب على صعوبات التعلم، وحث الطفل على اختبار الواقع. ويمكن إجراء البرامج العلاجية الحديثة للتدخل بالعلاج المعرفي لتخفيف الهالوس السمعية وتحسين الأداء المعرفي. (McClellan & Stock, 2013)

رابعاً- نموذج 2 للذهان عند الاطفال: الاضطراب ثنائي القطب الأول (Bipolar I Disorder)

وهذا النوع من الاضطرابات ثنائية القطب التي يتناوب فيها الهوس مع الاكتئاب . والاضطراب الثنائي الأول تظهر ملامحه الأساسية في معاودة نوبة أو أكثر من الهوس مع نوبات اكتئابية كبرى، ونوبات مختلطة هوسية اكتئابية مرتبطة بحالات تعاطي المنشطات. والمهم أن هذا النوع من الاضطراب الثنائي يبدأ بحدوث نوبة هوس يتبعها نوبة من الاكتئاب. أما النوع الثاني من الاضطراب الثنائي (Bipolar II) فتبدأ بالنوبات الاكتئابية ثم يتلوها نوبات من الهوس الخفيف (Hypomania) والمهم أن الاضطراب الدوري من النوع الأول نادر الحدوث لدى الأطفال، ويمكن تشخيصه على نحو ما لدى المراهقين. ويمكن

ملاحظة نوبات كلاسيكية من الهوس لدى الأطفال الذين يولدون لآباء لهم تاريخ من اضطراب الهوس الاكتئابي، حيث تبدو عليهم مظاهر التغير الشديد في المزاج مع السلوك العدواني، وتزايد مستوى الذهول أو الخبل، مع قصور في الانتباه. وقد تتشابه هذه الأعراض مع حالات اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط، ولكنه في الحالة الثانية (ADHD) تزيد الأعراض وتستمر لفترات أطول. (Geller & DelBello, 2003)

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

العلاج: في حالة شدة الأعراض الاكتئابية أو النوبات الهوسية ينصح بأن يتم العلاج داخل المستشفيات، وخاصة إذا كانت هناك أفكار حول الانتحار أو إيذاء الذات.

ويستخدم العلاج النفسي على مدى واسع مع اكتئاب الأطفال، ويؤدي استخدام العلاج السلوكي المعرفي والعلاج التدعيمي والعلاج الأسري نتائج تصل إلى 70% من الشفاء.

وفي الحالات الشديدة يمكن التدخل الدوائي بمضادات الاكتئاب كخط دفاع أولى ضد الاكتئاب وخاصة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) ، مع مركبات الليثيوم التي تعطى نتائج مفيدة مع حالات الاكتئاب المصحوب بنوبات هوسية والسلوك العدواني والجناح

(Kowatch et al., 2005).

خامسا- أهم الفروق بين الذهان والعصاب

المرض النفسي- العصاب	المرض العقلي - الذهان
المرض النفسي يصيب جانبا معينا من الشخصية ومن السلوك	المرض العقلي يصيب الشخصية كلها بالتفكك والانحلال وتضطرب العلاقة.
الأسباب الوراثية نادرة	الأسباب الوراثي مهمة
يصيب الأفراد في مختلف الأعمار	قليلا ما يصيب الأطفال
العوامل النفسية المنشأ السائدة	العوامل النفسية المنشأ تلعب دورا هاما جدا مع البيئة
يظل المريض في حدود العادي أو يظهر بعض الغرابة	يبدو المريض غريبا شاذا ويضطرب اضطرابا واضحا
يدرك المريض وضعه ويسعى للمساعدة	يدرك المريض وضعه ويسعى للمساعدة
- يسأل المريض قانونا	- يسأل المريض قانونا
يسأل المريض قانونا	المريض غير مسؤول قانونا
يهتم بنفسه وبيئته	لا يهتم بنفسه ولا بيئته
لا يبدي تأخر في الوظائف العقلية بوضوح	يظهر تأخر واضح في الوظائف العقلية
لا يتغير الكلام بشكل ملحوظ	يتشتت الكلام ويكون غير متماسك
يساير المريض المعايير الاجتماعية	لا يساير المريض المعايير الاجتماعية
يمكن التفاهم معه بسهولة	يكون التفاهم معه صعبا
الاكتئاب العصابي منشؤه الواقع	الاكتئاب الذهاني منشؤه ذاتي أو خيالي
لا يحتاج إيداع بمستشفى الأمراض النفسية	ضرورة إيداعه بمستشفى الأمراض العقلية
العلاج النفسي هو العلاج الفعال	العلاج النفسي الطبي الاجتماعي هو العلاج الفعال
علاج الأمراض النفسية أكثر سهولة ونتائجه فعالة	علاج الأمراض العقلية أكثر صعوبة ونتائجه غير مضمونه

سادسا- الحالات الحدية (Borderline States)

يبحث مفهوم الحالة البينية (Borderline) أو « état limite » إلى مفاهيم الحدود بين السوي والمرضي، بين العصاب والذهان، وتشير إلى تنظيم خاصة للشخصية. وما زالت وجهة النظر السيكودينامية قائمة ليومنا هذا. كما أن المعايير التشخيصية الأكثر استعمالاً هي معايير

التصنيف الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM-5 والتصنيف الدولي للأمراض ICD-11 (Gunderson, 2011).

1- تعريف الحالات الحدية أو البينية:

الحالات الحدية أو البينية هي فئة مرضية تقع بين العصاب والذهان، تشكل حداً فاصلاً بين الاضطراب النفسي الخفيف والاضطراب النفسي الحاد. والتنظيم الحدي غير مستقر، إلا أنه أكثر تطوراً من البنية الذهانية لأن الأنا لديه متطور مقارنة بالذهاني. فالتنظيم الحدي قد تجاوز انفجار الأنا ويسير وفق التبعية الاتكالية للموضوع. (Rannou-Dubas & Gohier, 2002)

يمثل هذا المصطلح مركزاً تتجمع حوله كل الاختلالات ذات البناء النفسي غير المنتظم، وهو مصطلح يتناسب جيداً مع مفهوم "الحيز البيني" أو الانتقالي الذي اقترحه وينكوت (Winnicott) وقد ساهمت أعماله في فهم تشكلات البنية المسماة "التنظيمات الحدية" (سي موسى، 2010، ص3). ويشير إلى التآرجح السيكولوجي الذي يتمثل في عدم استقرار صورة الذات (راشد/ طفل، سعيد/ حزين، قد ينجح/ قد يفشل) (عمارجية، 2010، ص20) كان فرويد قد ميز بين العصاب والذهان. ثم في وقت لاحق، انتبه الأطباء إلى أن عدداً من مرضاهم يقدمون اضطرابات لا تنتمي للسجل العصابي ولا الذهاني، بل في الحدود بين العصاب والذهان. وعليه فإن الحدود بين الأنا والواقع تكون غامضة. فليس هناك حدود واضحة بينه وبين العالم الخارجي، ولا بين الداخل والخارج. لا ينفي الواقع بالكامل، ولكن الأنا يحدث لها تقلبات وتشوش حتى تتكيف مع هذا الواقع. فالأنا يضحى بنفسه ووحدته الخاصة، قد يصل إلى تمزقه، تصدعه وتجزئته. لذا فغالباً ما يظهر قلق التجزئة بكثرة في المجال النفسي للفرد البيني. وهذا التشويه هو ما يؤدي إلى اضطراب الهوية، اضطراب الفكر، اضطراب العلاقة، اضطراب في الفضاء والزمان. (Kernberg, 1975)

2- الخصائص المميزة للحالات الحدية:

أوضح (Rannou-Dubas & Gohier, 2002) خصائص الفرد الحدي تتمثل في أن:

1. الحالات الحدية تتميز أساساً وبالدرجة الأولى بفقدان السيطرة على انفعالاته، والتي يعبر عنها "بالفيضان الانفعالي" بآتم معنى الكلمة بحيث يكون خاضعاً لها .لأن الحدي جد حساس لما يأتيه من الخارج، فإن الخاصية الأساسية الثانية له تتمثل في: عدم التوازن سواء كان في علاقته مع الآخر (كونه يسعى للتكيف مع مزاج الآخر، ومزاجه الخاص الذي لا يمكنه التحكم به)، وفي صورة الذات، وفي التعبير عن عواطفه (كأن يكون منفتحاً وجد معبر في بعض الأوقات ومنطوي في أوقات أخرى) (Linehan, 1993)

2. يحتاج الحدي للآخر وفي الوقت ذاته يخشاه. فهو من جهة يبحث عن المساعدة المساندة وعن الدعم الخارجي لأجل ملء فراغاته والتخفيف من قلق الهجر لديه وخوفه من الفراغ. وبسبب نفاذية حدوده من جهة أخرى، فهو يخاف من الاختراق أو أن يتعرض للتهديد في تكامله ووحدته. يعيش في عالم منضبط إن صح التعبير، فإما أن يكون العالم أسوداً أو أبيضاً الانشطار (Splitting) - غير انه يمكن أن ينتقل ويتأرجح من طرف إلى آخر بسرعة كبيرة. (Masterson, 1981)

3. في علاقاته الاجتماعية والعاطفية يكون الآخر مثالياً وممجداً لمدة من الزمن (Idealization)، ثم يرى الخطأ وعدم الكمالية ويحدث زوال الوهم (Devaluation)، فإما أن تتعمق مثاليته للموضوع أكثر فأكثر إن وجد ما يغذيها، أو تتأرجح نحو الرفض وفقدان القيمة والتحقير التام له. غالباً ما تؤدي هشاشة الاحتواء النفسي للعبور إلى الفعل (Acting out) ، قد تكون عنيفة وعدوانية نحو الذات (كايداء الذات، محاولات انتحار) أو الآخر (Gunderson & Links, 2008).

3- الوصف الإكلينيكي للحالات الحدية:

يمكن أن يظهر لدى هؤلاء المرضى أي عرض عقلي. وتتمثل أعراضيتهم كما ذكرها (Chaine & Guelfi, 1999, pp.5-4) فيما يلي:

1. القلق: يكون منتشرًا وعائماً، يتميز بسهولة غزو المريض. وبالنسبة لبارجوري، فإنه يوازيه بقلق فقدان الموضوع (الهجر)، يتعلق بفقدان المعنى المعطى للحياة أو الشعور بانعدام التناسق الداخلي حسب تعبيره. ويعبر القلق عن عجز الفرد على الربط بطريقة فعالة في دفاعاته والتحكم بها.

2. أعراض بمظاهر عصابية: تكون غير مستقرة ومتقلبة عبر الزمن، ترتبط بطريقة متغيرة. ربعها (1/4) تكون الأعراض ذات مظهر وسواسي، وربعها (4/1) تأتي بمظهر هستيري (قد تأتي على الشكل التحويلي غير النمطي، هروب تفككي، فقدان الذاكرة...)، والربع المتبقي (4/1) من الأعراض تأخذ المظهر الهيبوكوندري (توهم المرض).

3. اضطرابات المزاج: 40-50% من الحالات الحدية يعانون من التناذر الاكتئابي. ويعتبرها عدد من الباحثين أنها العنصر المركزي لنمط التنظيم البنائي للفرد الحدي، وهو ما يؤكد عليه بارجوري بقوة. يتعلق الأمر غالباً بحالة اكتئابية دون بطء سيكوحركي ودون تأنيب للضمير. وفي مقابل ذلك هناك فقدان الأمل، العجز العام، الشعور بالفراغ خاصة، وكذا شعور بالغضب والعدوانية. (Zanarini et al., 1998)

4. اضطرابات السلوك من النمط الاندفاعي: يمس مجمل حياة الفرد (غياب الاستقرار العاطفي، المهني...). يظهرون عجزاً في الترميز والعبور إلى الفعل كجزء لا يتجزأ من النموذج العلائقي لديهم، تشير لهشاشة الأنا، والتناوب بين التبعية / الاكتفاء الذاتي، التمجد / خفض القيمة، الاندماج / الهروب، مطالب مكثفة / قلق الهجر. ويعتبر التلاعب العدوانية

بالآخر هو ما يميز نموذجهم العلائقي. يمتازون بسلوكات العبور إلى الفعل، سلوكات التبعية والخضوع، وسلوكات ضد اجتماعية. (Paris, 2005)

5. الحالات العقلية الحادة نوبات ذهانية عابرة (Micropsychotic episodes) تأتي على شكل انفكاكات تظهر بشدة في أوقات القلق الشديد ويمكنها أن تكتسب طابع اضطرابات الشعور ذو المظهر الغموضي. ويتعلق الأمر كذلك بحلقات وجيزة من الأمراض العقلية مع موضوعات هذيانية غالباً ذات نمط اضطهادي غالباً ما تعبر هذه الحالات عن رغبة جامحة لطلب المساعدة الطارئة، يكون فيها الشفاء سريعاً. قد تأتي من نمط المحاولات الانتحارية، من نمط هجمات الذعر والهلع، تجارب هذيانية عابرة تستجيب للاستشفاء: بارانويا غير هلاوسي، أفكار غريبة. (Zanarini, Gunderson, & Frankenburg, 1990)

سابعاً- الأمراض النفسية الناجمة عن البنية الحدية:

تنقسم كما جاءت في (عمارجية، 2015، ص43) كالآتي:

1. الاكتئاب: عبارة عن حزن مرضي مع بطء في التفكير، في الحركات وعدم حب الذات. هناك عدة أنواع للاكتئاب من مجرد ضجر بسيط إلى التعاسة الشاملة، ومن بطء التفكير إلى تثبيت تام، ومن عدم حب الذات إلى الشعور بالذنب الهذائي، أي من اكتئاب عصابي إلى الميلانخوليا.

2. الاكتئاب البيني: هو حزن مرضي مع بطء في التفكير، في الحركات وعدم حب الذات، نتيجة لسبب داخلي بنائي (قلق، فقدان الموضوع) للتنظيم البيني وليس خارجي، انفجاري أي فقدان الموضوع جمالي.

3. الميلانخوليا (Melancholia) : يصاب الملونخولي بالخمول، جالس لا يتحرك، الرأس منحني، وجهه مصفر وحزين، نظره ثابت، غير قادر على أي جهد عقلي، كلامه قليل، حزن عميق، لا يشعر بالتشجيعات الخارجية، يتألم في صمت، بدون عاطفة، له أفكار تعيسة والشعور بالذنب، لا يأمل في المستقبل ويكره نفسه.

4. اكتئاب عصابي الاستجابي (Reactive Depression) : متجاوز النسبة المعقولة ولكن يفهم لأنه مرتبط بأحداث وصراعات يعيشها المريض فعلياً (إحباطات، طموحات في خيبة، حداد، حالة ترك، إرهاق، فشل)، أي عكس الميلانخوليا التي تظهر بدون أسباب خارجية تفهم.

5. الهوس (Mania) : فرح وهوس مرضي، فيه سرعة الوظائف النفسية والحركات، أي الشخصية بكل أوجهها في نشاط كثيف. الشعور بالنشوة والسهولة، يتكلم وينتقل كثيراً من موضوع إلى آخر، يصرف النقود كثيراً، لباسه مبعثر وله سهولة في إقامة العلاقات فلا يتعب ولا يخل.

6. الإدمان على المخدرات: يحاول المدمن الهرب من الضغوطات المقلقة التي تثيرها صعوبات الحياة اليومية، كما أنه يبحث عن ملذات جديدة. ويخلف استهلاك المخدرات تبعية نفسية لأجل الهروب من الواقع والبحث عن الانفعالات السهلة والسريعة، والتبعية الجسمية وعبودية نحو المخدرات. هذه الأخيرة التي تشوه الوظائف السليمة للفرد (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000).

وفي الأخير يمكن أن نقر بأن الاضطرابات النفسية والذهانية تُشكّل عند الأطفال والمراهقين تحدياً كبيراً لنموهم وتكيفهم مع متطلبات الحياة، حيث تتراوح هذه الاضطرابات بين العصابات التي تتميز بالقلق والصعوبات الانفعالية، والذهانات التي تنطوي على انفصال

عن الواقع وهلاوس واضطرابات شديدة في التفكير، بالإضافة إلى الحالات الحدية التي تقع في المنطقة الرمادية بينهما.

تؤثر هذه الاضطرابات سلباً على الأداء الأكاديمي والاجتماعي والعاطفي للفرد، وقد تستمر إلى مرحلة البلوغ إذا لم تُعالج بشكل مناسب. وتكمن أهمية التشخيص المبكر والتدخل العلاجي المناسب في تحسين سيرورة هذه الاضطرابات ومساعدة الأطفال والمراهقين على استعادة توازنهم النفسي.

ولا يمكن التعامل مع هذه الاضطرابات بمعزل عن السياق البيئي المحيط، فالدعم الأسري والبيئة المدرسية الإيجابية يلعبان دوراً محورياً في تعزيز قدرة الفرد على التكيف. كما أن التكامل بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي والتدخلات الاجتماعية يعد أمراً ضرورياً لتحقيق نتائج علاجية مستدامة.

في النهاية، فإن فهم طبيعة هذه الاضطرابات والتعامل معها بمنهجية علمية وإنسانية يسهم في تخفيف المعاناة عن الأطفال والمراهقين ويمنحهم فرصة لحياة أكثر استقراراً وإنتاجية، مما ينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية وجودة حياتهم بشكل عام.

قائمة المراجع:

- عبد الخالق، أ. م. (2003). اضطرابات الشخصية. عالم الكتب.
- عمارجية، أ. (2010). الحالات الحدية بين العصاب والذهان. دار المعرفة.
- عمارجية، أ. (2015). الاضطرابات النفسية: التشخيص والعلاج. دار الفكر.
- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Greenberg.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Andreasen, N. C. (1979). Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 136(7), 944-947.
- Andreasen, N. C. (1984). *The broken brain: The biological revolution in psychiatry*. Harper & Row.
- Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063–2071.
- *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.
- Klein, M. (1945). The Oedipus complex in the light of early anxieties. **International Journal of Psycho-Analysis*, 26*, 11-33.
- Asarnow, J. R., & Kernan, C. L. (2008). *Childhood-onset schizophrenia*. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 737-747). Blackwell Publishing.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International Universities Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.
- *British Journal of Psychiatry*, 178(Suppl 40), s18–s24.

- Chaîne, F., & Guelfi, J. D. (1999). *Psychopathologie de l'adulte*. Masson.
- Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1–23.
- Freud, S. (1915). The unconscious. *Standard Edition*, 14, 159-215.
- Freud, S. (1917). Introductory lectures on psycho-analysis. *Standard Edition, 15-16*.
- Geller, B., & DelBello, M. P. (Eds.). (2003). *Bipolar disorder in childhood and early adolescence*. Guilford Press.
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037–2042.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia.
- Jung, C. G. (1921). *Psychological types*. Harcourt, Brace.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
- Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L., & Hellander, M. (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 213–235.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Wiley.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. Brunner/Mazel.

- McClellan, J., & Stock, S. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976–990.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal* (3rd ed.). Wiley.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Paris, J. (2005). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(3), 179–185.
- Rannou-Dubas, K., & Gohier, B. (2002). *Les états limites*. Presses Universitaires de France.
- Remschmidt, H. (2002). Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: Evidence from child psychiatry. *Journal of Neural Transmission*, 109(1), 101–117.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306.
- Shear, K., Jin, R., & Ruscio, A. M. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074–1083.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235–253.
- Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2001). Genes, environment and schizophrenia.
- Volkmar, F. R. (2001). *Schizophrenia and other psychotic disorders*. In F. R. Volkmar (Ed.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (3rd ed., pp. 1002-1015). Wiley.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14.

- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 57–63.

المحاضرة الثامنة: الاضطرابات العصبية النمائية: اضطرابات طيف التوحد

(Neurodevelopmental Disorders: Autism Spectrum Disorders)

مقدمة:

تُعدّ الاضطرابات العصبية النمائية (Neurodevelopmental Disorders) من أهم الإشكالات النفسية والطبية التي شهدت اهتماماً متزايداً في العقود الأخيرة، نظراً لما تطرحه من تحديات معقّدة تمسّ النمو المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي للأطفال، منذ المراحل المبكرة لحياتهم. وهي تمثل فئة من الاضطرابات التي تنشأ نتيجة خلل في تطور الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System) أثناء الطفولة، مما ينعكس على الأداء الوظيفي العام في مجالات التواصل، والسلوك، والتعلم، والقدرات التنفيذية (Thapar et al., 2017).

تتدرج ضمن هذه الفئة مجموعة من الاضطرابات ذات الطابع المزمن والمعقد، مثل اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder - ASD)، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، والإعاقة الذهنية (Intellectual Disability)، واضطرابات التعلم الخاصة (Specific Learning Disorders)، واضطرابات التواصل (Communication Disorders)، وغيرها كما ورد في التصنيف الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2013).

لقد أصبح اضطراب طيف التوحد على وجه الخصوص، من أكثر الاضطرابات العصبية النمائية إثارة للجدل والبحث في ميادين علم النفس العصبي، والتربية الخاصة، وعلم الأعصاب، نظراً لتزايد نسب انتشاره عالمياً، وصعوبة تحديد أسبابه الدقيقة، وتنوع مظاهره السريرية. فحسب تقارير منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2022)،

يقدر أن طفلاً واحداً من بين كل 100 طفل يعاني من شكل من أشكال اضطراب طيف التوحد، مع اختلافات في النسبة حسب السياقات الجغرافية والثقافية.

إنّ فهم اضطراب طيف التوحد لا يقتصر على تشخيصه الإكلينيكي فحسب، بل يتطلب تحليلاً شاملاً لبنيته العصبية والنمائية، وآلياته النفسية والاجتماعية، وطرق دعمه تربوياً وعلاجياً. كما أن مقارنة هذا الاضطراب في السياق العربي، والجزائري خاصة، تطرح إشكالات مضاعفة تتعلق بضعف التشخيص المبكر، ونقص الكوادر المتخصصة، ومحدودية مراكز التكفل والتأهيل.

من هذا المنطلق، تهدف هذه المحاضرة إلى تقديم قراءة تحليلية معمقة لاضطرابات طيف التوحد بوصفها نموذجاً رئيساً للاضطرابات العصبية النمائية، من خلال عرض المفاهيم الأساسية، والخصائص السلوكية، والنماذج المفسرة، والأساليب التشخيصية والعلاجية المعاصرة، مع الإشارة إلى التحديات البحثية والميدانية في البيئة العربية والجزائرية على وجه الخصوص.

1 - مدخل إلى الاضطرابات العصبية النمائية:

1- تعريف الاضطرابات العصبية النمائية:

تُعرف الاضطرابات العصبية النمائية بأنها مجموعة من الحالات التي تبدأ في مراحل النمو المبكرة للطفل، وتؤدي إلى اختلالات ملحوظة في الوظائف الإدراكية (Cognitive Functions) والسلوكية والاجتماعية. ويرى (Thapar & Rutter, 2017) أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة خلل في بنية أو وظيفة الجهاز العصبي أثناء فترة النمو، مما ينعكس على اكتساب المهارات الأساسية في التواصل، والانتباه، والتعلم، وضبط السلوك.

وقد أدرج الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) فئة الاضطرابات العصبية النمائية في قسم خاص بها ضمن تصنيفاته الرئيسية، محدداً معايير دقيقة لتشخيصها (American Psychiatric Association, 2013) وتشمل هذه الفئة ما يلي:

- اضطراب النمو الفكري. (Intellectual Developmental Disorder).
- اضطرابات التواصل. (Communication Disorders).
- اضطراب طيف التوحد. (Autism Spectrum Disorder - ASD).
- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - ADHD).
- اضطرابات التعلم الخاصة. (Specific Learning Disorders).
- اضطرابات الحركة النمائية. (Motor Disorders).

ويتميز هذا النوع من الاضطرابات بأنه يظهر خلال فترة النمو المبكر، وغالباً ما يكون مصحوباً بصعوبات في الأداء الأكاديمي والاجتماعي، وفي بعض الحالات يمتد إلى مرحلة المراهقة والبلوغ.

2 - السمات العامة للاضطرابات العصبية النمائية:

تتشترك الاضطرابات العصبية النمائية في مجموعة من الخصائص الأساسية، يمكن تلخيصها فيما يلي:

- أ. البداية المبكرة: تظهر العلامات الأولى عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وغالباً ما يلاحظها الوالدان أو المعلمون.
- ب. الطابع المزمن: هذه الاضطرابات لا تُشفى تماماً، بل تستمر بدرجات متفاوتة مدى الحياة، وإن أمكن تحسين الأداء عبر التدخل المبكر.
- ج.

د. الخلل في الوظائف العصبية المعرفية: مثل ضعف الانتباه، واللغة، والتخطيط، والتفاعل الاجتماعي.

ه. الارتباط بالعوامل الجينية والبيئية: إذ تشير الأبحاث الحديثة إلى أن التفاعل بين الجينات والعوامل البيئية يشكل الأساس في نشوء هذه الاضطرابات (Kendler & Eaves, 2005).

و. تداخل الأعراض: قد تتقاطع أعراض اضطراب طيف التوحد مثلاً مع اضطراب فرط الحركة أو اضطرابات اللغة، مما يزيد من تعقيد التشخيص.

3 - أهمية دراسة الاضطرابات العصبية النمائية:

تتبع أهمية دراسة هذه الفئة من الاضطرابات من كونها تمس الجوانب الحيوية لنمو الطفل، وتشكل تحدياً للأسرة والمدرسة والنظام الصحي معاً. فهي لا تؤثر فقط على التحصيل الدراسي أو العلاقات الاجتماعية، بل تمتد إلى بناء الهوية الشخصية والتكامل الانفعالي. كما أن الكشف المبكر عنها يساهم في توجيه التدخل العلاجي الفعال وتقليل الأعراض السلوكية المستقبلية. (Zwaigenbaum et al., 2020)

في السياق الأكاديمي، تمثل دراسة الاضطرابات العصبية النمائية مجالاً خصباً للبحث في علم النفس العصبي التطوري (Developmental Neuropsychology)، حيث تتيح فهم العلاقة بين تطور الدماغ والسلوك الإنساني، وتساعد في بناء استراتيجيات تعليمية وعلاجية أكثر دقة.

أما في السياق المجتمعي العربي، فإن الحاجة ماسة إلى دراسات ميدانية تكشف عن مدى انتشار هذه الاضطرابات، خاصة في ظل محدودية المراكز التشخيصية المتخصصة وضعف الوعي المجتمعي، مما يؤدي إلى تأخر التدخل العلاجي وارتفاع العبء النفسي على الأسرة.

4- التطور التاريخي لمفهوم الاضطرابات العصبية النمائية:

ظهر الاهتمام بالاضطرابات العصبية النمائية منذ القرن التاسع عشر، حين كانت تُصنّف ضمن الاضطرابات العقلية أو السلوكية دون تمييز واضح. ومع تطور علم الأعصاب السريري وعلم النفس التطوري، برزت مقارنة جديدة تربط هذه الاضطرابات بتشوهات أو خلل في نمو الدماغ.

وقد أسهمت الأبحاث الحديثة في تحديد الأسس العصبية لهذه الاضطرابات باستخدام تقنيات التصوير العصبي (Neuroimaging) مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، مما أتاح فهماً أعمق للعلاقة بين البنية الدماغية والسلوك. (Happe & Frith, 2014)

إنّ هذا التحول المفاهيمي مهّد الطريق للاعتراف بالاضطرابات العصبية النمائية ك فئة مستقلة في التصنيفات النفسية الحديثة، خصوصاً بعد صدور DSM-5 عام 2013، الذي جمعها تحت مظلة واحدة تميزها عن الاضطرابات النفسية المكتسبة في مراحل لاحقة من الحياة.

II - ماهية اضطراب طيف التوحد:

1 - التعريف الإكلينيكي والمفاهيمي:

يُعدّ اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder - ASD) من الاضطرابات العصبية النمائية المعقدة، يتميز بعجز مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي، مع وجود أنماط سلوكية واهتمامات مقيدة ومتكررة. (American Psychiatric Association, 2013)

يظهر الاضطراب عادة في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتتفاوت شدته بين حالات خفيفة إلى شديدة، ما جعله يُصنّف كـ "طيف" نظراً لتنوع مظاهره السريرية ومستويات الأداء المرتبطة به. (Lord et al., 2018)

ويرى Wing وGould (1979) أن التوحد هو اضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل والخيال، وهو ما أطلقوا عليه لاحقاً "ثالث العجز" (Triad of Impairments) "الذي يشكل الإطار الأساسي لفهم أعراض الاضطراب".

وقد تبني الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5) الصادر عام 2013 رؤية موحدة، فجمع تحت مسمى "اضطراب طيف التوحد" مجموعة من الاضطرابات التي كانت تصنف سابقاً مستقلة، مثل:

- التوحد الطفولي (Childhood Autism)
 - متلازمة أسبرغر (Asperger Syndrome)
 - الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified)
- وهذا التوحيد جاء استجابةً لاكتشاف تداخل الأعراض وتفاوت شدتها بين الأفراد (Volkmar & McPartland, 2014).

2 - المعايير التشخيصية الأساسية في DSM-5 :

حدد DSM-5 معيارين أساسيين لتشخيص اضطراب طيف التوحد، هما:

أ. العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة:

ويتجلى في ثلاث مجالات رئيسية:

1. قصور في التفاعل الاجتماعي العاطفي: مثل صعوبة بدء أو تبادل المحادثة، ضعف التعبير الوجداني، وانخفاض الاستجابة العاطفية المتبادلة.
2. قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية: مثل ضعف استخدام الإيماءات، التواصل البصري، وتعبيرات الوجه.
3. صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها: كالعجز عن فهم الأدوار الاجتماعية أو تكوين صداقات.

ب. أنماط سلوك أو اهتمامات أو أنشطة متكررة ومقيدة:

وتظهر من خلال:

- الحركات أو الكلام النمطي (مثل ترديد الكلمات أو التلويح المتكرر).
 - التمسك الصارم بالروتين أو مقاومة التغيير.
 - الاهتمامات الشديدة والمحدودة بمواضيع معينة.
 - فرط أو نقص الاستجابة للمثيرات الحسية (كالأصوات أو الأضواء).
- ويُشترط أن تظهر الأعراض منذ مراحل النمو المبكر، وأن تسبب خللاً وظيفياً ملحوظاً في مجالات الحياة الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية (American Psychiatric Association, 2013).

3- مظاهر اضطراب طيف التوحد:

يمكن تصنيف المظاهر السلوكية للاضطراب إلى ثلاث فئات رئيسية:

أ. المظاهر الاجتماعية:

- ضعف القدرة على مشاركة الآخرين العواطف أو الاهتمامات.
- صعوبة في تفسير الإشارات الاجتماعية كالنظرات أو تعابير الوجه.
- العزلة الاجتماعية أو الانسحاب من المواقف التفاعلية.

ب. المظاهر اللغوية والتواصلية:

- تأخر تطور اللغة أو غيابها في بعض الحالات.
- استخدام غير نمطي للغة (كالترار أو الصدى اللفظي) Echolalia –
- ضعف القدرة على استخدام اللغة بطريقة وظيفية في الحوار.

ج. المظاهر السلوكية والمعرفية:

- حركات نمطية متكررة (كالدوران أو الررفة).
- اهتمام مفرط بأشياء محددة أو تفاصيل غير جوهرية.

- مقاومة التغيير في البيئة أو الروتين اليومي.
 - استجابات حسية غير معتادة (حساسية مفرطة أو منخفضة تجاه الأصوات أو اللمس).
- هذه المظاهر لا تظهر دائماً بنفس الدرجة، مما يجعل عملية التشخيص معقدة وتتطلب فحصاً شاملاً متعدد التخصصات. (Lord & Bishop, 2015)

4- الفروق الفردية والطبيعة الطيفية للاضطراب:

تتفاوت حالات اضطراب طيف التوحد تفاوتاً واسعاً من حيث شدة الأعراض ومستوى الأداء العقلي والاجتماعي، فبعض الأفراد يمتلكون قدرات معرفية عالية ويؤدون مهاماً متقدمة في مجالات محددة (كالرياضيات أو الحاسوب)، بينما يعاني آخرون من إعاقات شديدة في التواصل والسلوك.

وهذا ما جعل Frith (2003) تصف التوحد بأنه "اضطراب ذو ملامح طيفية متعددة الأوجه"، يتداخل فيه البيولوجي بالمعرفي والسلوكي.

إن إدراك الطبيعة الطيفية للتوحد يساعد الأخصائيين في وضع خطط تدخل فردية تتناسب مع قدرات واحتياجات كل حالة على حدة، بدلاً من اعتماد نماذج علاجية نمطية.

5- التوحد في السياق العربي والجزائري:

تشير الدراسات العربية الحديثة إلى تزايد ملحوظ في تشخيص حالات اضطراب طيف التوحد خلال العقدین الأخيرین، نتيجة لتحسن أدوات الكشف والوعي الأسري (عبد العزيز الشخص، 2018).

وفي الجزائر، ما تزال البحوث الميدانية محدودة، لكن بعض التقديرات تشير إلى انتشار يقارب 1 لكل 120 طفلاً، مع تفاوت حسب المناطق (بن زينة، 2020).

تواجه الأسر الجزائرية صعوبات كبيرة في الوصول إلى التشخيص المبكر بسبب قلة المراكز المتخصصة وضعف تكوين الأخصائيين، مما يؤدي إلى تأخر التدخل التربوي والعلاجي.

III- لأسباب والعوامل المؤثرة في نشأة اضطراب طيف التوحد:

يُعد البحث في أسباب اضطراب طيف التوحد من أكثر مجالات علم النفس العصبي تعقيداً، إذ لا يوجد سبب واحد محدد يفسر ظهوره، بل تتفاعل عوامل متعددة بيولوجية ووراثية وبيئية ونمائية.

1 - العوامل الجينية والوراثية:

تشير الأبحاث إلى أن للعوامل الوراثية دوراً قوياً في نشأة اضطراب طيف التوحد، حيث تُقدّر الدراسات أن الوراثة تفسر حوالي 70% إلى 90% من حالات الإصابة (Tick et al., 2016).

كما أظهرت دراسات التوائم (Twin Studies) أن احتمال الإصابة يكون أعلى بكثير في التوائم المتماثلة مقارنة بغير المتماثلة.

وقد حددت عدة جينات مرشحة (Candidate Genes) مرتبطة بعمليات نمو الدماغ والتواصل العصبي، من بينها الجينات SHANK3، MECP2، وNRXN1، التي يُعتقد أنها تؤثر

في تكوين المشابك العصبية (Synaptogenesis) ووظائفها (Gaugler et al., 2014).

ومع ذلك، لا يمكن لأي جين بمفرده أن يفسر ظهور الاضطراب، مما يدعم فرضية “التعدد الجيني المتفاعل” (Polygenic Interaction)، حيث يتفاعل عدد كبير من الجينات مع عوامل بيئية محددة لإحداث الخلل النمائي.

2 - العوامل العصبية والبيولوجية:

تشير دراسات التصوير العصبي إلى وجود اختلافات هيكلية ووظيفية في أدمغة الأفراد المصابين بالتوحد، خاصة في المناطق المسؤولة عن التواصل الاجتماعي، مثل:

• القشرة أمام الجبهية (Prefrontal Cortex)

• الدماغ الصغير (Cerebellum)

• اللوزة الدماغية (Amygdala)

• الفص الصدغي العلوي (Superior Temporal Sulcus)

وتُظهر هذه المناطق نشاطاً غير نمطي أثناء المهام الاجتماعية والانفعالية (Ecker et al., 2015).

كما أن الدراسات البيوكيميائية كشفت عن اضطرابات في النواقل العصبية (Neurotransmitters) مثل السيروتونين (Serotonin) والدوبامين (Dopamine)، مما يؤثر في معالجة المعلومات الحسية والانفعالية.

وقد وُجد أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد لديهم زيادة في حجم الدماغ خلال السنوات الأولى من النمو، تليها تباطؤ في نموه لاحقاً، ما يشير إلى خلل في التنظيم العصبي المبكر (Courchesne et al., 2011).

3 - العوامل البيئية قبل وأثناء الولادة:

رغم أن الوراثة تلعب دوراً أساسياً، إلا أن العوامل البيئية تساهم في رفع خطر الإصابة. ومن أبرز هذه العوامل:

• التعرض للمواد السامة أثناء الحمل مثل الزئبق أو المبيدات.

• التهابات الفيروسية أو المناعية لدى الأم خلال الحمل.

• نقص الأوكسجين أو الولادة المبكرة.

• العمر المتقدم للأبوين عند الحمل (Durkin et al., 2008).

إضافةً إلى ذلك، فإن العوامل النفسية والاجتماعية مثل التوتر المزمن لدى الأم قد تؤثر بشكل غير مباشر في تطور الجنين العصبي عبر آليات هرمونية معقدة.

4- فرضية التفاعل بين الجينات والبيئة:

تتجه معظم الدراسات الحديثة إلى تبني نموذج تفسيري تفاعلي يعرف بـ (Gene-Environment Interaction Model)، يرى أن اضطراب طيف التوحد ينشأ نتيجة تفاعل معقد بين القابلية الوراثية والاستجابات البيئية.

فالأفراد الذين يمتلكون استعداداً وراثياً معيناً قد يُظهرون الأعراض فقط عند تعرضهم لعوامل بيئية محفزة في مراحل حرجية من النمو. (Modabbernia et al., 2017)

هذا النموذج يقدم رؤية أكثر واقعية لطبيعة الاضطراب، إذ يجمع بين الحتمية البيولوجية والديناميكية البيئية، ويُفسّر التباين الشديد في مظاهر التوحد بين الأفراد.

5- رفض الفرضيات القديمة:

من المهم الإشارة إلى أن بعض النظريات القديمة التي حاولت تفسير التوحد من منظور نفسي بحت، مثل فرضية "الأم الباردة" (Refrigerator Mother Hypothesis) "التي روجت لها Bettelheim في خمسينيات القرن الماضي، قد تم دحضها علمياً بالكامل، إذ أثبتت الأبحاث الحديثة أن التوحد ليس نتيجة لاضطرابات في العلاقة الوالدية، بل اضطراب نمائي عصبي له أسس بيولوجية واضحة. (Frith, 2003)

IV- النماذج النظرية المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

(Theoretical Models Explaining Autism Spectrum Disorder)

تُعدّ النماذج النظرية إطاراً مرجعياً لفهم الأسباب المحتملة والآليات النفسية والعصبية التي تفسّر ظهور اضطراب طيف التوحد (ASD) ورغم أنّه لا يوجد نموذج واحد قادر على تفسير كل أبعاد هذا الاضطراب المعقّد، إلا أنّ التقدّم في علم الأعصاب وعلم النفس المعرفي أتاح تطوير مجموعة من النماذج التي تسهم في فهم جوانب مختلفة من الاضطراب.

1- النموذج العصبي البيولوجي (Neurobiological Model)

يركّز هذا النموذج على الأسس العصبية والوراثية للاضطراب، ويُعدّ من أكثر النماذج مدعومة بالأدلة التجريبية.

تشير البحوث إلى أنّ اضطراب طيف التوحد يرتبط بخلل في البنى الدماغية المسؤولة عن التواصل الاجتماعي والانفعالي، مثل:

- اللوزة الدماغية: (Amygdala) المسؤولة عن معالجة الانفعالات الاجتماعية والخوف، حيث أظهرت الدراسات وجود زيادة مبكرة في حجمها تليها حالة من التراجع الوظيفي (Schumann et al., 2004).

- القشرة أمام الجبهية: (Prefrontal Cortex) المعنية بالتخطيط والتفاعل الاجتماعي واتخاذ القرار، وتُظهر أنماطاً من الاتصال غير المتوازن مع مناطق دماغية أخرى. (Just et al., 2007)

- منطقة الفص الصدغي العلوي: (Superior Temporal Sulcus) المسؤولة عن تحليل الإشارات الاجتماعية مثل نظرة العين وتعبيرات الوجه.

كما بينت الدراسات الجينية أنّ هناك ما يزيد عن 100 جين مرتبط بدرجات مختلفة من خطر الإصابة بـ ASD (Abrahams & Geschwind, 2008)، من أبرزها جينات SHANK3،

NRXN1، CNTNAP2، وهي مسؤولة عن تكوين المشابك العصبية. (Synaptogenesis)

يرى هذا النموذج أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن خلل في الاتصال العصبي الوظيفي (Functional Connectivity) بين المناطق المسؤولة عن الإدراك الاجتماعي والانفعالي، مما يؤدي إلى ضعف في معالجة المعلومات الاجتماعية وتكاملها. (Courchesne et al., 2011)

2 - النموذج المعرفي (Cognitive Model)

يركّز على العمليات المعرفية العليا التي تتأثر لدى الأفراد المصابين بالتوحد، ومن أبرز المقاربات ضمنه:

أ. نظرية العقل (Theory of Mind – ToM)

طرحها بارون-كوهين (Baron-Cohen, 1985) ، وتفترض أن الأفراد ذوي التوحد يعانون من صعوبة في فهم الحالات الذهنية للآخرين (beliefs, desires, intentions) ، أي عدم القدرة على إسناد العقل للآخرين.

هذه الصعوبة تؤدي إلى ضعف في تفسير سلوك الآخرين والتفاعل معهم اجتماعياً.

ب. فرضية الضعف في التماسك المركزي (Weak Central Coherence – WCC)

اقترحتها فرث (Frith, 1989) ، وترى أن الأشخاص المصابين بالتوحد يركزون على التفاصيل الجزئية بدلاً من الكلّيات، أي لديهم نمط معالجة معرفية جزئية (Local Processing Bias) يمنعهم من رؤية الصورة العامة في السياقات الاجتماعية واللغوية.

ج. نظرية العجز التنفيذي (Executive Dysfunction Theory) :

ترى أن المشكلة الرئيسة لدى الأفراد ذوي التوحد تكمن في خلل الوظائف التنفيذية (Executive Functions) مثل التخطيط، المرونة المعرفية، والمراقبة الذاتية، نتيجة اضطراب في الفص الجبهي (Prefrontal Cortex) (Ozonoff et al., 1991) .

هذه النماذج الثلاثة لا تتعارض بل تتكامل في تفسير الصعوبات السلوكية والمعرفية للتوحد.

3- النموذج السلوكي (Behavioral Model)

يُعدّ من أقدم النماذج التطبيقية في تفسير وعلاج التوحد. ويستند إلى مبادئ نظرية التعلم الشرطي (Classical and Operant Conditioning) ، حيث يُنظر إلى السلوكيات غير التكيفية على أنها نتيجة لتعلم غير مناسب أو تعزيز سلبي.

وقد أسهم هذا النموذج في تطوير برامج التدخل السلوكي المكثف مثل:

• تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis – ABA) الذي طوره لوفاس (Lovaas, 1987)، ويعتبر من أكثر الأساليب فعالية في تحسين المهارات الاجتماعية واللغوية. يركز هذا النموذج على تعديل السلوك عبر التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement) وإزالة التعزيز عن السلوكيات غير المرغوبة.

4 - النموذج العصبي المعرفي (Neurocognitive Integration Model)

هذا النموذج يجمع بين المقاربتين العصبية والمعرفية، ويرى أن اضطراب طيف التوحد هو ناتج عن خلل في الشبكات العصبية المسؤولة عن التكامل بين المعالجة الاجتماعية والانتباهية والمعرفية.

وفق هذا المنظور، فإن العجز في "نظرية العقل" أو "المرونة الإدراكية" هو انعكاس مباشر لخلل في الاتصالات العصبية بين الفصوص الجبهية والصدغية والجدارية.

(Pelphrey et al., 2011)

5 - النموذج البيئي التفاعلي (Bio-Psycho-Social Model)

يقدم رؤية شمولية تأخذ في الاعتبار التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فالعوامل الوراثية والعصبية توفر الاستعداد، بينما تؤدي البيئة الأسرية والتعليمية إلى تفاقم أو تخفيف الأعراض.

يشدد هذا النموذج على دور البيئة المحفزة والدمج الاجتماعي المبكر في تحسين النمو التواصل للأطفال ذوي طيف التوحد. (Bronfenbrenner, 1994)

V - التشخيص والتقييم الإكلينيكي والمعايير المستخدمة:

(Clinical Diagnosis and Assessment Criteria of ASD)

يُعتبر التشخيص الدقيق حجر الأساس في تحديد مستوى الاضطراب وتوجيه التدخلات المناسبة. وتوصي الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013) بأن يتم التشخيص وفق

منهج تكاملي يجمع بين الملاحظة السريرية، المقابلة، أدوات التقييم المعيارية، والتاريخ النمائي.

1- المعايير التشخيصية وفق: DSM-5

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الخامس (DSM-5, APA, 2013)، يُشخص اضطراب طيف التوحد إذا توفرت المعايير التالية:

أ. وجود عجز مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، ويتضمن:

1. عجز في تبادل المشاعر أو التفاعل الاجتماعي المتبادل.
 2. عجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية (إيماءات، تواصل بصري).
 3. صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها.
- ب. وجود أنماط سلوكية مقيدة ومتكررة في اثنين على الأقل مما يلي:

1. سلوكيات أو كلام متكرر (Echolalia ، رفرقة اليدين)
 2. التزام مفرط بالروتين ومقاومة التغيير.
 3. اهتمامات محدودة وغير مرنة.
 4. استجابات حسية غير نمطية (زيادة أو نقص التفاعل مع المثيرات الحسية).
- ج. يجب أن تظهر الأعراض في المراحل المبكرة من النمو (عادة قبل عمر 3 سنوات)
- د. أن تؤثر الأعراض بشكل واضح في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو الوظيفي.
- هـ. ألا تُفسر الأعراض بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر.

2 - أدوات التقييم الإكلينيكي (Clinical and Diagnostic Tools)

أ. مقابلة تشخيص التوحد المعدلة (Autism Diagnostic Interview – Revised, ADI-R)
أداة مقابلة شبه منظمة تُستخدم مع أولياء الأمور، تُقيّم ثلاث مجالات: التواصل، التفاعل الاجتماعي، والسلوك التكراري.

ب. جدول ملاحظة تشخيص التوحد (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS-2)
يُعدّ من أكثر الأدوات موثوقية، يعتمد على الملاحظة المباشرة لتفاعل الطفل عبر أنشطة محددة تقيس التواصل واللعب والسلوكيات النمطية. (Lord et al., 2012)

ج. مقاييس تقدير السلوك (Behavior Rating Scales)
مثل مقياس CARS – Childhood Autism Rating Scale، ومقياس Gilliam Autism Rating Scale (GARS) لتقدير شدة الأعراض بناءً على سلوك الطفل اليومي.

د. التقييم العصبي النفسي (Neuropsychological Assessment)
يهدف إلى قياس الوظائف التنفيذية، الذاكرة، الانتباه، والقدرات اللغوية لتحديد مواطن القوة والضعف الإدراكي.

3 - التقييم متعدد التخصصات (Multidisciplinary Evaluation)

يشمل فريقاً من الاختصاصيين:

- الطبيب النفسي (Psychiatrist) لتحديد الاضطرابات المرافقة.
 - الأخصائي النفسي الإكلينيكي (Clinical Psychologist) لإجراء المقاييس النفسية.
 - أخصائي النطق واللغة (Speech-Language Pathologist).
 - الأخصائي الاجتماعي والتربوي لتقييم البيئة الأسرية والتعليمية.
- هذه المقاربة التكاملية تسمح بتحديد شدة الاضطراب (Severity Level) وفق معايير DSM-5، التي تصنّف الحالات إلى:

- المستوى 1: يحتاج إلى دعم (Requires Support)
- المستوى 2: يحتاج إلى دعم كبير (Substantial Support)
- المستوى 3: يحتاج إلى دعم كبير جداً (Very Substantial Support)
- 4- الفحص المبكر والتشخيص التفريقي (Early Screening and Differential Diagnosis)
الفحص المبكر عنصر حاسم لتفادي التأخر في التدخل. ومن أبرز أدوات الفحص:
- M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers) للأطفال بين 16-30 شهراً.
- SCQ – Social Communication Questionnaire لقياس مهارات التواصل الاجتماعي.
أما التشخيص التفريقي فيتضمن التمييز بين ASD واضطرابات أخرى مثل:
- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)
- اضطراب اللغة النمائي (DLD)
- الإعاقة الذهنية (Intellectual Disability)
- اضطرابات القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorder)
- 5 - التحديات المرتبطة بالتشخيص (Diagnostic Challenges)
- التنوع الشديد للأعراض (Phenotypic Variability) يجعل التشخيص صعباً.
- تأثير العوامل الثقافية واللغوية على تفسير سلوكيات الطفل.
- قلة الموارد المتخصصة في البيئات التعليمية والصحية العربية، ما يؤدي إلى تأخر التشخيص. (Al-Salehi et al., 2009)
- لذلك توصي منظمة الصحة العالمية (WHO, 2021) بتعزيز برامج الكشف المبكر والتدريب المتخصص للمهنيين في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة.

VI -الاتجاهات العلاجية الحديثة لاضطراب طيف التوحد:

يُعدّ العلاج المتعدد الأبعاد (Multimodal Treatment Approach) أحد أبرز الاتجاهات الحديثة في التعامل مع اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder - ASD) ، نظراً للطابع المعقد والمتداخل لأعراضه التي تشمل الجوانب المعرفية، اللغوية، السلوكية، والاجتماعية. وتتقاطع هذه الاتجاهات بين الإكلينيكي، التربوي، والسلوكي المعرفي، إضافةً إلى المداخل العصبية الداعمة.

1 - المقاربة السلوكية التطبيقية (Applied Behavior Analysis - ABA)

تُعدّ التحليلات السلوكية التطبيقية من أكثر المناهج فاعلية وموثوقية في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد، إذ تركز على تعديل السلوكيات غير التكيفية وتعزيز الأنماط السلوكية الإيجابية عبر مبادئ التعزيز (Reinforcement)، الإطفاء (Extinction)، والتشكيل (Shaping) (Lovaas, 1987)

وقد أثبتت الأبحاث اللاحقة فعالية برامج ABA المكثفة في تحسين التواصل، التفاعل الاجتماعي، والمهارات الاستقلالية للأطفال المصابين بالتوحد، خاصة في سنّ مبكرة. (Smith, 2013؛ Leaf & McEachin, 2019)

2 - نموذج دنفر للتدخل المبكر (Early Start Denver Model - ESDM)

يُعدّ نموذج ESDM من الاتجاهات المعاصرة التي تمزج بين مبادئ التحليل السلوكي والتفاعل الاجتماعي المبكر، بهدف تعزيز النمو المعرفي واللغوي والاجتماعي للأطفال دون سنّ الخامسة. (Rogers & Dawson, 2010)

يركّز هذا النموذج على التعلم في سياقات طبيعية، باستخدام اللعب الموجّه (Play-Based Learning)، مما يساعد الطفل على تطوير التواصل غير اللفظي والانتباه المشترك (Joint Attention).

3- العلاج المعرفي السلوكي المعدل للتوحد (Modified Cognitive Behavioral Therapy for ASD)

في السنوات الأخيرة، تزايدت فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المعدل لخصائص اضطراب التوحد، خصوصاً لدى المراهقين القادرين لغوياً. يهدف هذا التدخل إلى تحسين التنظيم الانفعالي، والمرونة المعرفية (Cognitive Flexibility)، ومعالجة القلق الاجتماعي المصاحب للتوحد. (Wood et al., 2009)

4 - العلاج اللغوي والنطقي (Speech and Language Therapy)

يُعدّ العلاج اللغوي من العناصر الأساسية في التكفل باضطراب طيف التوحد، إذ يُعنى بتطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتوسيع النية التواصلية (Communicative Intent)، وتدريب الأطفال على استخدام بدائل لغوية في حالات العجز اللفظي. (Paul, 2007) تتضمن البرامج الحديثة استراتيجيات مثل نظام التواصل عبر تبادل الصور (PECS) الذي أثبت فاعلية عالية في تحسين التفاعل الاجتماعي. (Bondy & Frost, 2001)

5 - العلاج الوظيفي والتكامل الحسي (Occupational Therapy & Sensory Integration)

يهدف العلاج الوظيفي إلى تمكين الطفل من أداء أنشطته اليومية باستقلالية، مع معالجة اضطرابات التكامل الحسي (Sensory Processing Disorders) التي يعاني منها كثير من الأطفال ذوي التوحد. (Baranek, 2002)

يتم تطبيق أنشطة تساعد على ضبط الاستجابات الحسية الزائدة أو المنخفضة، مما يُحسن من التنظيم الذاتي (Self-Regulation) والانتباه.

6 - العلاجات المساندة (Complementary Therapies)

تتجه العديد من الدراسات الحديثة إلى دعم التكفل الشامل عبر العلاج بالموسيقى (Music Therapy) والعلاج بالفن (Art Therapy) والعلاج بالحركة (Movement Therapy)، لما لها من أثر إيجابي على التفاعل الاجتماعي والتعبير الانفعالي. (Geretsegger et al., 2014)

كما برزت مقاربات حديثة مثل العلاج بمساعدة الحيوانات (Animal-Assisted Therapy) والتدخلات الرقمية (Digital Interventions)، التي توظف الواقع الافتراضي (Virtual Reality) والروبوتات الاجتماعية (Social Robots) في تدريب الأطفال على التواصل والانتباه . (Scassellati et al., 2018)

7 -العلاجات الدوائية(Pharmacological Interventions)

لا يُعتبر الدواء علاجاً مباشراً للتوحد، لكنه يُستخدم لمعالجة الأعراض المصاحبة مثل القلق، العدوانية، أو فرط النشاط.

من أبرز الأدوية الموصى بها:

• Risperidone: تقليل التهيج والسلوك العدواني. (McDougle et al., 2005)

• Aripiprazole: تحسين المزاج وتنظيم السلوك. (Owen et al., 2009)

يجب أن يُستخدم الدواء تحت إشراف طبيب نفسي مختص بالأطفال، وفي إطار خطة علاجية شاملة. (Comprehensive Care Plan)

VII - آفاق التكفل والرعاية النفسية والتربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

تُظهر الدراسات الميدانية أن التكفل الفعال بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتطلب رؤية تكاملية تجمع بين العلاج، التربية، والتأهيل الاجتماعي، في إطار منظومة متعددة المستويات تضم الأسرة، المدرسة، والمؤسسات الصحية والاجتماعية.

1 - التكفل التربوي(Educational Care)

يمثل الدمج التربوي (Inclusive Education) أحد الاتجاهات المستقبلية الأساسية، ويعني دمج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المدارس العادية ضمن فصول خاصة أو مشتركة، وفق مبدأ التعليم للجميع. (Education for All).

توصي منظمة اليونسكو (UNESCO, 2020) بتهيئة بيئة تعليمية دامجة تعتمد على التكيف الفردي للبرامج، وتوفير خدمات دعم نفسية وتربوية متخصصة (Individualized Educational Plans - IEPs). وتُبرز التجارب الأوروبية والعربية أن الدمج يسهم في تحسين التواصل الاجتماعي، وتقبل الذات، وتنمية مهارات التعاون لدى الأطفال ذوي التوحد (العززي، 2021).

2 - التكفل الأسري (Family-Based Intervention)

تُعد الأسرة محوراً مركزياً في كل برامج التدخل، إذ أن فاعلية العلاج ترتبط بدرجة مشاركة الوالدين في العملية التأهيلية. تشير الدراسات إلى أن تدريب الوالدين (Parent Training Programs) على استخدام مبادئ ABA وطرق التواصل البديلة يحسّن من النتائج السلوكية والمعرفية. (Koegel et al., 2014) كما أن الدعم النفسي للأسرة، خاصة للأمهات، ضروري لتخفيف الضغوط العاطفية ومساعدتهن على التكيف مع متطلبات الطفل.

3 - التكفل المؤسساتي (Institutional and Community Care)

يتطلب التكفل الشامل تطوير مراكز متعددة التخصصات (Multidisciplinary Centers) تضم مختصين في الطب النفسي، علم النفس الإكلينيكي، التربية الخاصة، العلاج الوظيفي، والنطق.

في الجزائر مثلاً، بدأت بعض المراكز النموذجية بتطبيق برامج تكاملية تجمع بين التقييم الإكلينيكي والتدخل التربوي الفردي، لكن ما تزال هذه المبادرات محدودة وتتطلب تعميماً مؤسسياً (بن زيدان، 2022).

4 - التحديات الراهنة:

- نقص التشخيص المبكر نتيجة محدودية الأدوات المعيارية.
- ضعف التنسيق بين القطاعات الصحية والتربوية.
- غياب برامج تكوين متخصص للأخصائيين في مجال التوحد.
- نقص التمويل والدعم الأسري.
- الوصمة الاجتماعية (Social Stigma) التي ما تزال تحدّ من الكشف المبكر والدمج المدرسي.

5 - الآفاق المستقبلية

تتجه السياسات الحديثة نحو:

- توظيف التكنولوجيا (الذكاء الاصطناعي والواقع المعزّز) في التشخيص والتدريب.
 - تطوير التشريعات الوطنية لحماية حقوق الأطفال ذوي التوحد وضمان حقهم في التعليم والصحة.
 - إنشاء قواعد بيانات وطنية لرصد الحالات وتوجيه السياسات العامة.
 - تعزيز التعاون الدولي في مجال البحث العلمي حول الاضطرابات العصبية النمائية.
- إن الاتجاهات العلاجية والتربوية الحديثة في التعامل مع اضطراب طيف التوحد تؤكد أن التكفل الفعال لا يتحقق إلا من خلال تضافر المقاربات النفسية، السلوكية، العصبية، والتربوية، ضمن منظومة متكاملة. وتبقى التحديات القائمة في المجتمعات العربية والجزائرية فرصة لتطوير استراتيجيات وطنية قائمة على البحث العلمي، التكوين المتخصص، والتشبيك المؤسسي.

VIII - حوصلة:

يُعد اضطراب طيف التوحد (ASD) من أكثر الاضطرابات العصبية النمائية تعقيداً وإثارة للبحث العلمي في العقود الأخيرة، نظراً لتعدد مظاهره السلوكية والمعرفية، وتنوع مسبباته البيولوجية والنفسية والاجتماعية. لقد أصبح هذا الاضطراب، في ضوء التزايد الملحوظ في معدلات تشخيصه عالمياً، تحدياً علمياً ومجتمعياً يتطلب فهماً متكاملًا ومتعدد الأبعاد.

1 - التحليل الإكلينيكي للاضطراب

تشير الدراسات العصبية إلى وجود اختلافات في البنية الدماغية (Brain Structure) ووظائف الاتصال العصبي (Neural Connectivity) لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد، خاصة في مناطق القشرة الجبهية الأمامية، المخيخ، والجهاز الحوفي (Amaral et al., 2017). هذه الفروقات تسهم في تفسير العجز في الانتباه المشترك، التواصل الاجتماعي، والمرونة المعرفية.

إلى جانب ذلك، تبين البحوث الوراثية أن الجينات المرتبطة بتكوين المشابك العصبية (Synaptic Genes) تلعب دوراً محورياً في نشأة هذا الاضطراب، مما يبرز الطابع العصبي الوراثي الموروث (Abrahams & Geschwind, 2008).

2 - المقاربة النفسية والاجتماعية:

من المنظور النفسي التحليلي والسلوكي، يُفسر التوحد كاضطراب في تطور الذات والعلاقة بالآخر، حيث يظهر خلل في بناء الرموز والتفاعل الانفعالي (Tustin, 1992). أما السلوكيون فينظرون إليه كنتيجة لعجز في التعلم الاجتماعي والتعزيز، مؤكدين إمكانية تعديله عبر برامج مكثفة من التدريب السلوكي (Lovaas, 1987).

أما المقاربات الاجتماعية المعاصرة، فتدعو إلى تجاوز النظرة المرضية الضيقة، نحو نموذج الفروق العصبية (Neurodiversity Model)، الذي يعتبر التوحد تنوعاً في البنية العصبية وليس عيباً، داعياً إلى قبول التنوع الإنساني كقيمة اجتماعية وأخلاقية. (Singer, 2016)

3 - التكامل بين النماذج النظرية والتطبيقية:

إنّ التحدي الحقيقي في فهم اضطراب طيف التوحد يكمن في دمج المقاربات: البيولوجية، الإكلينيكية، النفسية، والتربوية ضمن إطار نظري شامل. فلا يمكن تفسير هذا الاضطراب فقط من منظور عصبي، أو سلوكي، أو اجتماعي، بل من خلال تكامل النموذج الإكلينيكي الحيوي-النفسي-الاجتماعي (Bio-Psycho-Social Model) الذي يتيح فهماً أكثر واقعية لتعدد الأعراض والاختلافات الفردية. (Engel, 1980)

4 - الإشكالات التطبيقية:

- من أبرز الصعوبات في السياقات العربية والجزائرية:
- ندرة أدوات التشخيص المعيارية (Standardized Diagnostic Tools) باللغة العربية.
- غياب منظومة تكوين متخصص للأخصائيين في تحليل السلوك، والتشخيص الإكلينيكي العصبي.
- نقص مراكز التدخل المبكر، رغم ما يُثبتته هذا النوع من البرامج من فاعلية في السنوات الأولى للحياة. (Rogers & Dawson, 2010)
- ضعف التنسيق بين المؤسسات التربوية والصحية، ما يفقد الطفل المتوحد استمرارية التكفل. (Continuity of Care).

5 - الرؤية المستقبلية:

إنّ مستقبل التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتمد على تبني رؤية علمية ومجتمعية شاملة، تستند إلى:

- تطوير البحث العلمي في علم الأعصاب التطوري (Developmental Neuroscience).
- رقمته التشخيص والتدريب عبر الذكاء الاصطناعي (AI-Based Screening & Training Tools).
- توسيع نطاق التكوين الجامعي في ميادين الإرشاد العيادي والتربية الخاصة.
- دمج مقارنة الوقاية المبكرة (Early Prevention) في برامج الصحة المدرسية.
- تبني سياسات وطنية داعمة للأسر والأطفال ذوي التوحد، تعترف بحقوقهم التربوية والاجتماعية.

VIII- توجيهات علمية وعملية:

استناداً إلى ما تم تحليله من محاور نظرية وإكلينيكية وتربوية، يمكن اقتراح مجموعة من التوصيات العملية الموجهة للباحثين، والمهنيين، وصناع القرار:

1 - على المستوى العلمي والبحثي:

- ضرورة تكثيف البحوث العصبية والنفسية حول العوامل الوراثية والبيولوجية المسببة للتوحد في السياق العربي.
- تشجيع الدراسات المقارنة حول فعالية البرامج العلاجية المختلفة (ABA, ESDM, CBT) المعدل.
- إنشاء قواعد بيانات وطنية ترصد معدلات انتشار التوحد، وخصائصه الديموغرافية والسلوكية.
- إدماج المقاربات التحليلية والتفاعلية ضمن البرامج الجامعية في علم النفس الإكلينيكي والتربية الخاصة.

2 - على المستوى الإكلينيكي والعلاجي

- توفير برامج تكوين مستمر للأخصائيين في التحليل السلوكي التطبيقي، والعلاج الوظيفي، والتكامل الحسي.
- تكييف أدوات التشخيص مثل (ADOS-2 و CARS-2) لتتلاءم مع الخصوصية الثقافية واللغوية العربية.
- ضمان وجود فرق علاجية متعددة التخصصات (Multidisciplinary Teams) داخل المؤسسات المتخصصة.
- تشجيع تطوير برامج التدخل المبكر (Early Intervention Programs) في مرحلة الطفولة الأولى.

3 - على المستوى التربوي والاجتماعي

- توسيع برامج الدمج التربوي (Inclusive Education) ضمن المدارس العادية، مع تدريب المربين على استراتيجيات التعامل مع التوحد.
- دعم الأسر نفسياً ومادياً، باعتبارها الشريك الأساسي في التكفل بالطفل.
- نشر الوعي المجتمعي للحد من الوصمة الاجتماعية التي ما تزال تلاحق ذوي اضطراب التوحد.
- تشجيع التعاون بين المؤسسات الأكاديمية، والمجتمع المدني، والقطاع الصحي لتطوير نموذج وطني للتكفل المتكامل.

قائمة المراجع:

أولاً: باللغة العربية

- أبو زيد، م. (2019) مدخل إلى علم النفس العصبي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- أحمد، س & عبد الرحمن، ن. (2020). الاضطرابات النمائية العصبية: دراسة في الأعراض والتشخيص والعلاج. عمان: دار المسيرة.
- إسماعيل، خ. (2018). التوحد: المفهوم، التشخيص، والعلاج. الجزائر: دار الهدى للنشر والتوزيع.
- بلقاسم، ر. (2022). علم النفس الإكلينيكي واضطرابات النمو العصبي. الجزائر: دار المعرفة الجامعية.
- بن زيدان، س. (2022). التكفل المؤسساتي بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الجزائر: الواقع والآفاق مجلة علم النفس الإكلينيكي، 10. 85-103، (2).
- بوشارب، ع. (2017). الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال. الجزائر: منشورات جامعة الجزائر 2.
- جابر، م. (2016) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- حمدان، ع. (2015). الاضطرابات النمائية عند الأطفال: التشخيص والتقييم الإكلينيكي. عمان: دار صفاء للنشر.
- سعيد، ف. (2021). التربية الخاصة: أسسها النفسية والتربوية. بيروت: مكتبة لبنان ناشرون.
- العنزي، س. (2021). فاعلية برامج الدمج التربوي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مجلة البحوث التربوية والنفسية، 38-112، (4).

- فليف، ن. (2019). الإرشاد النفسي للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد. دمشق: دار الفكر.
- محمد، ط. (2023). المنظور العصبي في فهم اضطرابات النمو. القاهرة: دار العلوم الحديثة.
- وزارة التربية الوطنية الجزائرية. (2021). التقرير السنوي حول الإدماج المدرسي للتلاميذ ذوي اضطرابات التوحد. الجزائر: الديوان الوطني للإحصائيات التربوية.
- وزارة الصحة الجزائرية. (2022). التقرير الوطني حول اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في الجزائر. الجزائر العاصمة: المديرية العامة للصحة النفسية.
- ثانيا: باللغة الأجنبية:

- Abrahams, B. S., & Geschwind, D. H. (2008). Advances in autism genetics: On the threshold of a new neurobiology. *Nature Reviews Genetics*, 9(5), 341–355.
- Al-Salehi, S. M., Al-Hifthy, E., & Al-Hifthy, M. (2009). Autism diagnostic challenges in Arab countries. *Neurosciences Journal*, 14(4), 350–355.
- Amaral, D. G., Schumann, C. M., & Nordahl, C. W. (2017). Neuroanatomy of autism. *Trends in Neurosciences*, 40(1), 16–30.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., Text Revision; DSM-5-TR). Washington, DC: Author.
- Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 397–422.
- Baron-Cohen, S. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen-year review. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (2nd ed., pp. 3–20). Oxford University Press.

- Baron-Cohen, S. (2017). The pattern seekers: How autism drives human invention. Basic Books.
- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 1–11.
- Bondy, A., & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System (PECS). *Behavior Modification*, 25(5), 725–744.
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(2), 111–126.
- Christensen, D. L., Maenner, M. J., Bilder, D. A., Constantino, J. N., Daniels, J., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Kurzius-Spencer, M., Lee, L.-C., Pettygrove, S., Robinson, C., Schulz, E., & Wingate, M. S. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(3), 1–23.
- Courchesne, E., Campbell, K., & Solso, S. (2011). Brain growth across the life span in autism: Age-specific changes in anatomical pathology. *Brain Research*, 1380, 138–145.
- Dawson, G., & Bernier, R. (2013). Development of social brain circuitry in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(4), 287–300.
- Ecker, C., Bookheimer, S. Y., & Murphy, D. G. M. (2015). Neuroimaging in autism spectrum disorder: Brain structure and function across the lifespan. *The Lancet Neurology*, 14(11), 1121–1134.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Blackwell.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.). Blackwell.
- Frith, U., & Happé, F. (2005). Autism spectrum disorder. *Current Biology*, 15(19), R786–R790.
- Gaugler, T., Klei, L., Sanders, S. J., Bodea, C. A., Goldberg, A. P., Lee, A. B., Mahajan, M., Manaa, D., Pawitan, Y., Reichert, J., Ripke, S., Sandin, S., Sklar, P., Svantesson, U., Reichenberg, A., & Hultman, C. M., Devlin, B., Roeder, K.,

Buxbaum, J. D. (2014). Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nature Genetics*, 46(8), 881–885.

- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD004381.

- Happé, F., & Frith, U. (2014). Annual research review: Looking back to look forward — Changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 1–12. (See also: Happé & Frith, 2020 for extended introduction and review.)

- Happé, F., & Frith, U. (2020). *Autism: A new introduction to psychological theory and research*. Routledge.

- Just, M. A., Cherkassky, V. L., Keller, T. A., & Minshew, N. J. (2007). Functional and anatomical cortical underconnectivity in autism: Evidence from fMRI. *Cerebral Cortex*, 17(4), 951–961.

- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., & Volkmar, F. (2002). The enactive mind, or from actions to cognition: Lessons from autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 358(1430), 345–360.

- Koegel, R. L., Ashbaugh, K., & Koegel, L. K. (2014). Pivotal response treatment in communication intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2200–2212.

- Kuhl, P. K., Coffey-Corina, S., Padden, D., & Dawson, G. (2005). Links between social and linguistic processing of speech in preschool children with autism. *Developmental Science*, 8(1), F1–F12.

- Leaf, R., & McEachin, J. (2019). *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders*. Pro-Ed.

- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520.

- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.

- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3–9.
- Matson, J. L. (Ed.). (2016). *Handbook of autism spectrum disorders: Assessment and treatment*. Springer.
- McDougle, C. J., Scahill, L., Aman, M. G., McCracken, J. T., Tierney, E., & Vitiello, B. (2005). Risperidone treatment of children with autism: A double-blind, placebo-controlled study. *Neuropsychopharmacology*, 30(11), 1946–1953.
- Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2004). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer.
- Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: An evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 8, 13.
- Mundy, P., & Burnette, C. (2005). Joint attention and neurodevelopmental models of autism. *Autism*, 9(3), 271–289.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management (NICE guideline)*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2023). *Autism spectrum disorder overview*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov>
- Owen, R., Sikich, L., Marcus, R. N., Corey-Lisle, P. K., Manos, G., McQuade, R. D., & Carson, W. H. (2009). Aripiprazole in the treatment of irritability in children with autistic disorder. *Pediatrics*, 124(6), 1533–1540.
- Paul, R. (2007). *Language disorders from infancy through adolescence (3rd ed.)*. Mosby.
- Pelphrey, K. A., Shultz, S., Hudac, C. M., & Vander Wyk, B. C. (2011). Research review: Constraining heterogeneity: The social brain and its development in autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 631–644.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.
- Scassellati, B., Admoni, H., & Mataric, M. (2018). Robots for use in autism research. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 20, 275–294.

- Schumann, C. M., Barnes, C. C., Lord, C., & Courchesne, E. (2009). Longitudinal brain volume changes in autism spectrum disorder. *Journal of Neuroscience*, 29(2), 418–427. (See also Schumann et al., 2004 on amygdala findings in toddlers with autism.)
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- Singer, J. (2016). *Neurodiversity: The birth of an idea*. Judy Singer Publishing.
- Smith, T. (2013). What is evidence-based behavior analysis? *The Behavior Analyst*, 36(1), 7–33.
- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 339–346.
- Tick, B., Bolton, P., Happe, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 585–595.
- Tustin, F. (1992). *Autism and childhood psychosis*. Karnac Books.
- Volkmar, F. R., & Klin, A. (2005). Issues in the classification of autism and related conditions. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (3rd ed., pp. 5–41). Wiley.
- Volkmar, F. R., & Paul, R. (Eds.). (2019). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (4th ed.). Wiley.
- World Health Organization (WHO). (2021). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11): Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Autism spectrum disorders – Key facts*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Smith-Roley, S., Wetherby, A., & Natowicz, M. R. (2015). Early identification and interventions for autism spectrum disorder: Executive summary. *Pediatrics*, 136(Suppl. 1), S1–S9.