

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

محاضرات في

علم النفس المرضي للطفل والمراهق

مقدمة لطلبة علم النفس العيادي

إعداد :

د. خياط خالد

2014 / 2013

الفهرس

1	مقدمة
2	المحاضرة الأولى - علم النفس المرضي للطفل والمراهق
5	المحاضرة الثانية - الذهان عند الطفل والمراهق
9	المحاضرة الثالثة - عصاب الطفل و المراهق
11	المحاضرة الرابعة - الاضطرابات النفسية عند الرضيع
13	المحاضرة الخامسة - الحرمان الأمومي
17	المحاضرة السادسة - اضطرابات النوم
21	المحاضرة السابعة - النفسية الحركية واضطراباتها
25	المحاضرة الثامنة - اضطرابات الإخراج
28	المحاضرة التاسعة - الكذب
32	المحاضرة العاشرة - السرقة
35	المحاضرة الحادية عشر - العدوان
39	خاتمة
40	المراجع

مقدمة :

الطفل أب الرجل. بهذه العبارة البليغة اختصر العلماء بيان أهمية الطفولة في كيان المجتمع البشري. تعد الطفولة نقطة الانطلاق الرئيسي للحياة برمتها، العضوية الجسمية والنفسية الانفعالية والعقلية المعرفية والاجتماعية. لذلك توجب على البشرية جمعاء، وعلى العلماء بالخصوص الاهتمام بهذه المرحلة، والسعي إلى فهمها وإدراك مكنوناتها، من أجل معرفة وطرح والحرص على توفير ضمانات النمو السليم لأفراد الجنس البشري، حتى نضمن سلامة المجتمعات والأمم.

في المقابل، إن حدثت اختلالات في هذه المرحلة الحساسة من تاريخ كل عضو من أعضاء المجتمع البشري، فسوف تكون لها عواقب وخيمة على الفرد الذي تعرض لها. وكلما مست الاختلالات عدداً أكبر كلما تفاقمت عواقبها على المحيطين الصغير والواسع لهؤلاء الأفراد (الأطفال).

من هذا المنطلق انصبت جهود العلماء على دراسة الطفل بمختلف جوانب حياته، الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية. وكان علم النفس المرضي أحد التخصصات التي اعتنت بدراسة الاضطرابات التي يتعرض لها الطفل. والحقيقة أن الطالب الدارس لعلم النفس العيادي لا يكتمل تكوينه الأكاديمي إلا بتحكمه في المعارف المتعلقة بمرحلتى الطفولة والمراهقة، وعلى رأسها علم النفس المرضي للطفل والمراهق.

هذه المطبوعة هي خلاصة موجزة للمحاضرات المقدمة طيلة أعوام عدة من تدريس مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق. وقد حاولنا إيجازها بما يمكن الطالب من الإحاطة بمختلف الاضطرابات في زمن وجيز.

د. خياط خالد

المحاضرة الأولى - علم النفس المرضي للطفل والمراهق

1- لمحة عن علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

حظي المراهق منذ بداية القرن التاسع عشر باهتمام كبير - مع الدراسات على الخرف - لكن الطفل و اضطراباته بقيا تقريبا غائبين عن دراسات علم النفس المرضي إلى أن قدم بينيه اختبار الذكاء سنة 1905 . في نفس السنة قدم فرويد " ثلاث مقالات في النظرية الجنسية " لفتت أنظار الباحثين إلى نفسية الطفل واضطراباتها ، وتوجه الاهتمام تدريجيا من فحص الذكاء إلى تكوين الطفل ونموه واضطرابات النمو (خاصة مع بياجي و فالون). انطلاقا من أربعينات القرن العشرين تطورت الدراسات على الأطفال المضطربين عقليا ونفسيا وأخذ الطفل مكانة معتبرة ككائن قائم بذاته ، منفصل عن الراشد له مميزاته وخصائصه الصحية والمرضية.

ساعدت الملاحظة المباشرة للطفل والمراهق على معرفة مراحل نموها والآليات التي تسيروها والعوامل المؤثرة فيه ، وأصبحت النظرة للطفل على أنه وحدة نفسية جسمية تعيش في محيط يؤثر عليها و تتأثر به ، هذه التأثيرات تفتح المجال لتطور إمكانات الطفل أو قمعها أو تعطيلها أو تشويشها (ميموني - 2005 - ص ص 22- 24) .

1-2- السواء و اللاسواء عند الطفل المراهق :

السواء و اللاسواء مسألة معقدة و يمكن تناولهما كمفهومين متناقضين مثل الخير و الشر أو دراستهما على أساس جدلية الأضداد . يمكن حصر التعاريف المختلفة للسواء ضمن أربع فئات السواء كصحة ، أو كطوبيا ، أو كمتوسط أو كعملية . إذ يمكن الحديث عن السواء كقيمة إحصائية و نطاق بين السوي و الشائع و يتوزع الأشخاص حسب منحى قوس و نتحدث كذلك عن - السواء القيمي - أي ما يجب أن يكون و السواء المثالي يتغير حسب المجتمعات.

و نتحدث أيضا عن السواء الوظيفي حسب مميزات كل فرد إذا أمكن تعريف السواء بالنظر إلى التكيف - وفق بعض المعايير البيولوجية - ليس فقط أحداث بعض التوازن إنما هو قدرة رد الفعل لإعادة التوازن المفقود عقب موقف مجهود و من الزاوية النفسية الاجتماعية لا يجدر بنا فهم التكيف كمجرد قبول ما أعطانا إياه العالم الخارجي أو المجتمع بل هو كما قال نوتين (J.Nuttin) " المبدأ الدينامي الأساسي ليس التكيف مع العالم بل هو تحقيق الذات في هذا العالم " (-1980-pp152- De Ajuriaguerra . (153) .

أما تريلات E.Trillat فيرفض معيار التكيف و يعوضها بمفهوم قابلية التكيف إذ بالنسبة إليه " الفرد السوي لا يتكيف أبدا بصفة تامة ، لكن المعتل النفسي غير قابل للتكيف " .

ويمكن تناول مسألة السواء مرتبطة بمسألة الصحة والمرض، فالمرض هو حياة جديدة تميزها ثوابت فيسيولوجية جديدة ؛ أن تكون سليما ليس فقط أن تكون سويا في موقف معين ، بل هو أيضا أن تكون سويا في هذا الموقف كما في مواقف أخرى محتملة ، لهذا قيل : الصحة الجيدة هي القدرة على النهوض من المرض أي الرفاهية البيولوجية. غير أن مصطلح " اللا سواء " قد يصبح في وضع متناقض لأننا يمكن أن ندرج ضمنه مختلف مخلفات المرض أو العيوب الثابتة كالتشوهات ، لهذا يفضل بعض المؤلفين تعويض مصطلح "اللا سواء" بمصطلح "الانحراف" أو "السلوك المنحرف" أو "الشخص المنحرف" .

يمكن فهم السوي و المرضي - كذلك - بناء على السلوك ، و الفرق بين السلوك السوي و السلوك المرضي ليس فرقا في الطبع إنما في الشكل ، السلوك المتسق هو السلوك الملائم للظروف الخصوصية الفردية للعضية وللظروف الموضوعية للمحيط الخارجي معا. (DeAjuriaguerra-1980-pp153-154)

أول من وضع فروقا بين السوي واللاسوي -عند الطفل- هو العالم **كنقلهاين Kenghelhein** حيث وضع أربع معايير لتحديد هما، لكن فرويد انتقد هذه المعايير، وأردف أننا كلنا عصابيين لأن لكل فرد إما بنية عصابية أو بنية ذهانية، وكل فلرد يعيش صراعات أو أزمات يحلها بواسطة آليات الدفاع . ساندت **ملاني كلاين** فكرة فرويد - هذه - لكن بنوع من الاعتراض فلا ينبغي - حسبه - الحديث عن العصاب كضرورة في بنية كل شخص بل يجب البحث عن العصاب الحقيقي لدى الطفل فلا يمكن اعتبار الخوف - مثلا - كحالة عصابية يمر بها الطفل.

عند الأطفال الكثير من المشكلات العصابية هي في الحقيقة محصورة في اضطراب وظيفي واحد ، والمسار من الصراع إلى العرض غالبا أقصر مما هو عليه في عصاب الراشد. ويرى هارتمان أنه لا يمكن فهم النمو العصابي إذا لم نعتد على تحليل مفصل جدا ومعرفة مدققة لما هو " نمو طبيعي " ، بينما حاليا الأسئلة التي تطرح حول العصاب الطفلي أكثر من الأجوبة التي تقدم و هذا مع تقدم على نفس النمو عموما .

حسب **كريس Kris** تبين الملاحظات أن الصراعات والأزمات لا يمكن تفاديها خلال عملية نمو الطفل يجب النظر إلى هذه الأزمات كأنوية مهمة لهذا النمو، منها ما هو منبع لهذه القابليات وما هو منبع لضعف الأنا (DeAjuriaguerra-1980-p158) .

إن بعض الأعراض وليدة ظروف معيشية إذ تكون انعكاسا لها و تزول بزوالها أو خفتها أو تحسنها، مثلا : المراهق في نمو سريع على جميع الأصعدة و يعيش أزمة جسمية نفسية اجتماعية تجعله يتصرف بشكل غريب قد يأخذ أشكالا مرضية أحيانا لكنه لا يندرج ضمن إطار مرضي نظرا لكونه يدخل ضمن خصائص هذه المرحلة ، و يزول هذا السلوك بعد مرور هذه الأزمة (ميموني - 2005- ص 38) .

ويرى دأجورياقيه أن المرض يشكل لا تكيفا مع المقتضيات الحميمية و مع مقتضيات العالم الخارجي، مترافقا مع عجز عن القلب Réversibilité واستحالة اللاتمرکز، لكن لا يمكن اعتبار العرض أو السلوك مرضيا إلا بمقارنته بمستوى النمو والموقف الراهن ونظام الحوافز. وعن طريق مجموع منظومة الطفل والمميزات العلائقية نستطيع التفريق بين الاضطرابات المهيكلة ذات الطابع العصابي الصريح و الاضطرابات الانعكاسية العابرة أو الأشكال الانتقالية أو إعادة التنظيمية (-1980-DeAjuriaguerra) . (pp158-159)

المحاضرة الثانية - الذهان عند الطفل والمراهق

إن الطفل يعاني صراعات نفسانية في حياته اليومية ، هذه الصراعات و المشكلات إذا ما واجهها وتمكن من حلها فإنه يبقى في حالة سوية ، أما إذا لم يستطع حلها أو التغلب عليها دخل في حالة اضطرابية قد تكون وظيفية أو سلوكية ...أو غيرها. الاضطرابات الوظيفية هي اضطرابات الأكل واضطرابات الطرح واضطرابات النوم و اضطرابات الكلام والاضطرابات الجنسية ... الخ ، وكل هذه الاضطرابات تجدها عند الرضيع وعند الطفل وعند المراهق. ليس من اليسير طرح وشرح موضوع أمراض الطفل النفسية واضطراباته السلوكية، ولا من اليسير تفسيرها علميا ولغويا، غير أننا سنعمل على تقديم ما تيسر لنا جمعه من تصنيفات وشروح للاضطرابات الوظيفية التي تظهر عند الطفل والمراهق .

يمكن تقسيم الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق إلى:

- اضطرابات نفسية وظيفية .

- اضطرابات نفسية ذات مظهر عضوي .

- اضطرابات نفسية جسمية .

قد تتطور الاضطرابات الوظيفية إلى إصابات عضوية أو وظيفية للعضو المعني، (الخليدي.

وهبي - 1997- ص ص 93-100)

في الحقيقة، من الصعب تشخيص اضطرابات الطفل، ويغدو الأمر أيسر في وجود أعراض وتظاهرات عضوية لذلك ينبغي علينا تقييم حالة الطفل الجسدية فضلا عن التقييم المتكامل لحالاته النفسية والاجتماعية، وإضافة إلى ذلك لابد من تقييم نمو شخصيته ومستواه الانفعالي وطريقته في مواجهة حالاته الوجدانية المختلفة (قلق وضيق وغضب...) لأنها قد تتطور إلى اضطرابات حشوية .

تصيب الأمراض النفسية الوظيفية مختلف أجهزة الجسم ووظائف أعضائه، بينما، الجهاز الهضمي والجهاز الإخراجي، والوظائف التناسلية والنومية ... الخ .

فيما يلي سنستعرض أهم الاضطرابات العقلية والنفسية لدى الطفل .

1- مفهومي البنية و التنظيم :

في علم النفس المرضي تعرف البنية أنها تنظيم ثابت و نهائي لمكونات ميتانفسية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية . في هذا الصدد يقول س . فرويد : " إذا سقط بلور من الكريستال فإنه لا يتكسر بأي حال من الأحوال بل حسب خطوط الضعف و القوة التي حدثت أثناء تكوينه ، و هي خاصة بكل جسم هذه الخطوط تبقى خفية إلى أن ينكسر البلور أو يفحص بجهاز خاص ، بنية الشخصية تسلك نفس المدرج " .

عند الطفل لا نتكلم عن بنية عصابية أو ذهانية بل عن تنظيمات عصابية أو ذهانية قابلة للتغيير تحت تأثير العوامل الداخلية والخارجية. لا تكتمل البنية إلا عند المراهقة لذلك يطرح التشخيص لاضطرابات الطفل والمراهق مشكلا معتبرا . فإذا ظهرت عند الطفل أعراض ذات طبع عصابي فهي لا تعني - بالضرورة - وجود عصاب أو بنية عصابية لأن الطفل الذي أبدى هذه الأعراض يمكن أن يشفى خلال صيرورة نموه نظرا للإمكانيات التطورية الداخلية والخارجية التي يملكها بالمقابل . يمكن أن ينقص أكثر إذا ساءت الظروف الداخلية و الخارجية مطورا بذلك اضطرابات نفسية . أما في المراهقة فيقول برجرية أنه يمكن لتنظيم ذهاني أن ينقلب إلى تنظيم عصابي بفضل معالجة معمقة ، كما أن عددا كبيرا من الاضطرابات تأخذ طابعها النهائي كالفصام (الذي هو ذهان المراهقة والشباب) . يجدر القول أن مفهوم التنظيم في الطفولة والمراهقة يساعد على التبصر بخطورة الاضطرابات وأهمية التشخيص المبكر و العلاج كي لا تترسخ ولا تتعمق الاضطرابات (ميموني.2005. ص ص 57- 61).

2- ذهان الطفل و المراهق :

- يعرف الذهان دوشي كتتنظيم غير موافق للأنما ، يتسبب في :
- تلف و تشوه في فهم و تكوين الواقع رغم سلامة وظائف الإدراك .
- تشوه معرفة الطفل لنفسه و للغير مما يولد اضطرابات سلوكية معتبرة .
- كما يضيف دأجورياقيره بعض الأعراض الأساسية، هي :
- تلف في معرف الجسم وصورته ووعيه رغم تقدم العمر .
- اهتمام شاد بالأشياء أو بعض خصائصها لا يتعلق بحقيقة استعمالها (ميموني. 2005. ص 67) .

2-1- التوحد (الذهان المبكر) :

- صنفه كانر (1943) ضمن الذهانات ، وفرقه عن التخلف العقلي وعن الاضطرابات الدماغية المبكرة ووصفه بالأعراض التالية :
- الانطواء على الذات .
 - ضعف الانتماء إلى الآخر .
 - ميل قوي للمحافظة على رتبة الأشياء .
- ثم قدمت الجمعية الأمريكية للطب العقلي (1973) الأعراض الأساسية للتوحد فيما يلي:
- ظهور الأعراض قبل 30 شهرا .
 - غياب مستمر للاستجابة و الانتماء إلى الغير .
 - اضطراب خطير في نمو اللغة .
 - في حال نمو اللغة تظهر اضطرابات خاصة منها المضادات و تشوش استعمال الضمائر .

- رد فعل مضطرب تجاه المحيط ، مقاومة التغيير و التعلق و استعمال الشاديين لبعض الأشياء .
- غياب الهلوسات و الخلط الموجودين في الفصام (ميموني . 2005 . ص 68) .

2-2- ذهان المراهقة :

يكتسي ذهان المراهقة أعراض ذهان الراشد و لا ننسى أن الفصام يعتبر ذهان الشباب . يشير **Porot** إلى ما يدعى شبه الذهان الذي يتطابق مع بعض خصائص مرحلة المراهقة حيث نجد الأعراض التالية :

- صعوبة الاتصال بصفة معقولة مع المحيط .
 - تثبيط يفتي ورائه قلق .
 - اضطرابات الأداء اللغوي .
 - اضطرابات نفسية حركية غالبا ما تتطور إلى فصام .
- يحدث ذهان المراهقة بصفة مفاجئة أو تدريجية و بأعراض مختلفة منها مخاوف أو أفعال جانحة أو هوس ... إلخ. ويؤكد **دوشي** على أهمية تشخيص هذه الحالات على اعتبار احتمال أن تكون سلوكياتها المضطربة مؤقتة مرتبطة بالمراهقة فحسب ، و احتمال أن تكون سلوكيات ذهانية لا تزول بل يرافقها تغيرات تدريجية في الشخصية تعلن عن التفكك (ميموني . 2005 . ص 79) .

2-3- أسباب ذهان الطفولة و المراهقة :

الذهان تشكيلة من الاضطرابات متعددة الأشكال والسببيات ، نجد - في أغلبية المراجع - اهتماما بأسباب الذهان المبكر (التوحد المبكر) و الذهان المتأخر (أي ذهان الطفولة الثانية والثالثة). درس **جايسمان و جايسمان** تطور الذهانين و لاحظا أن الأول يمكن أن يتطور في شكل الثاني ، والثاني يمكن أن يتطور و يأخذ سمات التوحد المبكر عن طريق النكوص . في هذه المحاضرة سنستعرض أسباب الذهان المبكر و الذهان المتأخر معا مع الإشارة إلى الأسباب الخاصة بكل واحد على حدى إذا كان .

2-3-1- الأسباب العضوية :

الدراسات على عائلات الذهانين لم تبرز علاقة دالة بين الوراثة والذهان . أما الدراسات الجينية فأوضحت أن العوامل الجينية لا تورث الذهان إنما تورث حساسية و قابلية كبيرة للذهان و أن المحيط يلعب دورا في تعزيز الحساسية هذه أو أن يصلحها . كما أشار العديد من الباحثين إلى اضطراب المنقبليات الحسية إذ أن ارتفاع أو ضعف العتبة الحمايية ضد المثيرات ، في الحالتين يفشل المحيط

العائلي في حماية الطفل من المثيرات أو بتوفير المثيرات الكافية له وقد لاحظ ريمبو Rimbaud تشابه أعراض الذهان وأعراض الأطفال المصابين بحرمان حسي ونفسي .

2-3-2- الأسباب العائلية :

حاول الباحثون إيجاد ترابط بين اضطراب الأم و اضطراب علاقاتها بالطفل و بين الذهان ، من بينهم كانر الذي أشار إلى أن الأم تتسم بالبرودة العاطفية حيث تكون عقلانية يقتصر اهتمامها بطفلها على الواجب خاليا من العواطف مما يقلل عمق العلاقة و يعرقل الاطمئنان المتوقع ، وتساؤل كانر هل سلوك الأم هذا يمكن أن يكون رد فعل عن اضطراب الطفل . لاحظ العديد من الباحثين أن الأم انهيارا خلال السنوات الأولى من ميلاد الطفل ، جعل الأم عاجزة عن الاهتمام بوليدها و استثماره وجدانيا مما جعلها تتعامل معه ك "شئ" لا فرد حساس .

ركز فينيكوت على اضطراب المحيط إذ يرى أن في البداية لا نجد رضيعا - فحسب - لأن الرضيع لا يعتبر " وحدة " لوحده ، بل الوحدة هي الثنائية " رضيع - محيط " فإذا كان المحيط ناقصا أو عاجزا اضطرب نمو الطفل . أما لافيك Lawick فأدخل مفهوم " الصلة المزدوجة " فأفراد العائلة هم أطراف النسق الإتصالي إذ أن كل فرد يؤثر و يتأثر بالآخرين و لاحظ في عائلات الفصاميين نوعا خاصا من الاتصال يتمثل في كون المثير له " معنى مزدوجا " و متناقضا يجعل المستجيب يخضع لازدواجية و تناقض المثير و يجبره على استعمال نفس الطريقة في الإجابة لذا يقول Ling أن الفصامي ليس مريضا لكن عائلته ذات علاقة مرضية و علاجه يكون مع عائلته ، هذا الرأي أنتج العلاجات العائلية و النسقية (ميموني 2005 - ص ص 82-85) .

2-4- التنبأ:

تدخل عدة عوامل في التنبأ من بينها سن الإصابة ونوع الإصابة والمحيط... غالبا لا يشفى الذهان المبكر، لكن هذا لا يمنع التكفل به وتوفير تربية خاصة ومكيفة على إعاقته تساعده على التوصل إلى استقلالية حسب إمكانياته أو تسمح له -على الأقل- بتلبية حاجاته الأساسية والاندماج في محيطه الأسري والمجتمعي . توجد بأوروبا مراكز محمية يعمل فيها الذهانيون كل حسب إمكانياته ، وهذا له إيجابيات عدة منها :

- العمل يخرج الذهاني من قوقعة الفراغ والوحدة والضجر .
 - يتعامل مع أقرانه ومع أفراد عادييين مما ينمي اجتماعيته .
 - العمل يلبي الحاجة إلى القيمة والتقدير ويكسب المكانة الاجتماعية .
 - بالعمل يتحمل مسؤولية نفسه ويزيل العبء عن الآخرين ويتخلص من الشعور بأنه عالة على الغير .
- هذه الفوائد تساعده على الاتزان والاندماج وهذا نوع من الشفاء (ميموني 2005 - ص 91).

المحاضرة الثالثة - عصاب الطفل و المراهق

1- مفهوم العصاب :

يعرف العصاب بأنه "إصابة نفسية المنشأ تكون فيها الأعراض تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص و يشكل تسوية بين الرغبة و الدفاع" (لابلانث و بونتاليس. ص 329).

يتطلب تشخيص العصاب عند الطفل حذراً كبيراً لأن الطفل مازال في نمو متواصل و ظهور أعراض ذات شكل عصابي لا يعني بالضرورة وجود عصاب. بل هذه الأعراض شائعة عند الأطفال مما دفع فرويد إلى اعتبارها عصاباً عادياً لأنها تظهر وتزول في مرحلة ما من النمو دون أن تسجل قلقاً مرضياً، بل يتسم فيها الأنا بالتوازن و الدفاعات بالمرونة و الوظائف العقلية بالأداء الطبيعي . أما ما يعرف بالعصاب الطفلي فهو هام و حتمي لأنه ينظم نمو الطفل (كقلق الشهر الثامن)، رغم أنه عصاب منظم إلا أنه يبقى مفتوحاً و قابلاً للتغيير دون علاج نفسي حقيقي ، خاصة إذا صادف محيطاً مرناً غير عصابي ، و يتغير شكله خلال مرحلة الطفولة حيث يظهر الطفل رهابياً ثم هستيرياً ثم وسواسياً ... (ميموني 2005 - ص 93) .

لتشخيص العصاب عند الطفل تشترط أنا فرويد مراعاة النقاط التالية (التساؤلات) :

- هل الأعراض زائلة أم طائلة ؟ وهل هي انعكاسات لظروف معينة ؟
 - هل آليات الدفاع مرنة أم صلبة ، و دائمة الاستعمال ؟ وما مدى تغلب القوى التقدمية على القوى النكوصية ؟ وما مستوى عتبة الإحباط ؟
 - ما مدى تكيف الطفل مع الواقع و المحيط ؟
- وتعتبر أنا فرويد الطفل عصابياً إذا كون صورة خاطئة عن الواقع لا تناسب سنه و لا ذكاه ، وعندما تصبح انفعالات غريبة عنه ولا يتحكم فيها ، وعندما يبدي نسياناً كبيراً .
- عموماً، يشير مختصو دراسة الأطفال أن للعصاب الطفلي خصائصه المميزة وهي مرتبطة بالنمو وبالظروف التي يعيش فيها .

2- أسباب العصاب :

2-1- الأسباب العضوية :

تلعب الوراثة دوراً في توفير القابلية للعصاب حيث يرث الفرد حساسية للإصابة به يدعمها المحيط بظروفه الخاصة وبالصرعات التي تثيرها القيم والقوانين الاجتماعية الثقافية. يقول أيسنك أن الانطوائى

والمتوتر يشكلان النسبة الغالبة المعرضة لعصابات القلق والوساوس والخواف والاكتئاب أي ما يسمى باضطرابات الطبع والانفعال، أما المتفتح المتوتر فيصاب عموماً بالهستيريا والاعتلال النفسي والإجرام... إلخ.

أما الأمراض الجسمية فقد تزعزع ثقة الطفل بنفسه و تنقص من قيمته و تقديره لذاته و هذا يؤدي في بعض الحالات إلى اضطرابات عصابية إذا صادف ظروفًا محيطية غير ملائمة كاضطراب العلاقات و عدم تفهم ولا تقبل المحيط لمرضه و لشخصه .

2-2- العوامل البيئية و النفسية :

تلعب البيئة دوراً معتبراً في توليد وتعزيز الاضطرابات العصابية - خاصة الطفالية - وتشير الدراسات إلى العديد من العوامل أهمها :

- التربية غير السليمة و العناية الشاذة (إفراط أو تفريط) .
- تفكك الأسرة و اضطرابها حيث يشير فينيكوت إلى ضعف الحماية الأمومية للطفل من المثيرات سواء كانت داخلية (القلق و الحيرة و الألم) أو خارجية ، فإذا فاق المثير قدرة الطفل التحملية دفع به إلى ردود الأفعال السلبية أو الشاذة (العصابية) .
- اللأمن و اللااستقرار و غياب الثوابت المتينة ، مما يجعل الطفل في حالة تهديد دائم و قلق متواصل و خوف من الحاضر و من المستقبل ، و هذا ما يزعزع أسس شخصيته و نضرتة لمحيطه ، نحن نعلم أن أساس الاضطراب النفسي هو غياب أو ضعف الثقة بالذات و بالمحيط والإحساس بالأمن .
- الصدمات حيث توقف الإحباطات والقلق الداخلي (ميموني 2005 - ص ص 95-96) .

المحاضرة الرابعة - الاضطرابات النفسية عند الرضيع

يظهر اللارتيح النفسي للرضيع بصفات جد متعددة، قد يتجلى في أعراض عضوية أو أعراض نفسية جسمية، أو في اضطرابات نمائية، أو تظاهرات سلوكية ونفسية. الجسم غالبا ما يكون طرفا في اللعبة، من خلاله يكشف الرضيع معاناته الداخلية. إذا كانت القاعدة الذهنية تنص على ضرورة إزالة أي إصابة جسمية فورا لأن تطور الأمراض في هذه السن جد سريع، فإن هناك قاعدة أخرى هي ضرورة القدرة على قراءة المعاناة النفسية للرضيع من خلال التظاهرات الجسمية غير المبررة عضويا. لا ينبغي الاكتفاء بالعبارة التملصية "هذا سيزول مع السن". كما لا يجدي التطبيب المفرط لأن الكثير من الاضطرابات ليست سوى علامات على التضايق وأن نظرة حاذقة تستطيع تأويلها وشفاءها بسهولة. أمام اضطراب نفسي للرضيع ينبغي علينا طرح الأسئلة التالية :

- هل يتعلق الأمر بصعوبات بسيطة تدخل في إطار التغيرات النمائية السوية .
 - هل يتعلق باضطراب رد فعلي يمكن ربطه بحدث أو موقف محدد (مرض، تغيرات في حياة الرضيع..)؟
 - هل يتعلق باضطراب منظم، بإصابة نفسية ؟
- أسباب الاضطرابات النفسية جد ثرية بالمحتويات معرفتها تسمح بوصف التشوهات الجد متنوعة بشرط أن نجيد قراءتها، هذا يتطلب مقارنة وتكويننا خاصا. فيما يلي سوف نستعرض أهم الاضطرابات التي تصيب الرضيع.

1- اضطرابات التفاعل " أم- رضيع " :

تم الكشف عن هذه الصعوبات عن طريق دراسة التفاعلات "طفل-والدين" بواسطة الأجهزة التصويرية. وهي تظهر سوء تكيف أو لا تكيف لشخصية الأم وشخصية الرضيع قد يؤدي إلى إفلاس كفاءات أحدهما في بناء العلاقة الوجدانية بينهما، قد يتعلق الأمر - مثلا- برضيع ذي نشاط علائقي ضعيف يقود إلى تساؤلات الأم عن مدى كفاءتها لأن تكون " أم حسنة". في حال عدم تدخل طرف ثالث تتوضع الحلقة المفرغة التي تتميز بلا استثمار مع معاناة أو استثمار صراعي بين الأم ورضيعها (Canoui.Messerschmitt. 1994. pp299-300).

2- الاكتئاب عند الرضيع :

- وصفت عدة جداول عيادية لاكتئابات الرضيع. ويمكن حصر أهم الظروف المولدة لاكتئابات الرضيع في :
- حالة حرمان أمومي شامل (الاكتئاب الاستادي).

- أشكال من الحرمان الأمومي الجزئي (غيابات قصيرة لكن متكررة ...) .
- خلل في التفاعل " أم - رضيع" .
- اكتئاب أمومي ظاهر أو اكتئاب أمومي مستتر يتطور في شبه صمت ولم تتم معالجته. (Canoui & Messerschmitt.1994.p297).

2-1-1- الاكتئاب الاستنادي :

كلمة "استنادي" هي ترجمة للكلمة اليونانية Anaklinein التي تعني " استند على". اختار سبيتر هذا المصطلح ليقضي بأن هذه الحالة المرضية تظهر عندما لا يغدو الرضيع يستطيع الاستناد على أمه من أجل نماءه. يختص هذا الاكتئاب برضع أعمارهم بين 6 و9 أشهر فصلوا فجائيا عن أمهاتهم بعد أن نعموا بعلاقات طبيعية معهن. هذا الحرمان الأمومي الشامل دون بديل معوض يقود إلى رد فعل ضد هذا فقدان ويؤدي إلى حالة اكتئاب استنادي (Canoui & Messerschmitt.1994.p297).

2-1-1- أعراض الاكتئاب الاستنادي

- بعد فترة أولى من البكاء و الصرخات والتثبث بالبالغين تظهر فترة ثانية تطبعها بلادة شاملة مع رفض للتواصل أو لا اكتراث بالمحيط ونلاحظ ما يلي :
- غياب المناغاة، و غياب اللعب باليدين أو بأي شيء ، والغياب التام للفضول الاستكشافي .
- تظهر ظواهر الاستثارة الذاتية : تأرجح إلى وضعية ركببة-صدرية، وإبقاعات وحدانية ليلية - أو أثناء الخلود إلى النوم - للرأس أو الجسم ، إبقاعات نهائية . وفي الحد الأقصى ، تظهر سلوكيات عدوانية ضد الذات . حوصلة للأعراض نميز ثلاث مجموعات كبرى من العلامات :
- انسحاب ولا اكتراث .
- تراجع المكتسبات الحركية والعقلية .
- اضطرابات جسمية يطبعها نقض في الوزن وامتناع عن الأكل والأرق وحساسية كبيرة للالتهابات. في الحد الأقصى يصل الرضيع إلى حالة قريبة من الهزال.

2-1-2- التنبأ :

إذا حضرت الأم أو بديل جيد عنها ومقبول عند الطفل قبل الفترة الحرجة (3-5 أشهر) فإن الحالة الاكتئابية تزول بسرعة، بينما يمكن أن يحتفظ الرضيع بحساسية كبيرة لأي انفصال محتمل لاحقا. أما في الحالة العكسية فإن التطور يغدو خطيرا: على المستوى البدني قد يصل إلى الوفاة نتيجة التهابات حاصلة (لا حظه سبيتر عند 30% من الحالات). وعلى المستوى النفسي رفقة اللاإحساس يتدهور التأخر النفسي الحركي، تاركا عللا لا تتمحي. هذا الجدول الكامل يشكل ما سماه سبيتر بـ داء المصحات (Canoui & Messerschmitt.1994.p298).

المحاضرة الخامسة - الحرمان الأمومي

يعد افتقاد الأم أو الحرمان من رعايتها ظرفاً مؤثراً على صحة الطفل النفسية سلباً وأحد أسباب الاضطرابات التي تعترى سلوك الطفل في سنينه الباكرة. يطلق الحرمان الأمومي على هذه الحال التي لا يحظى فيها الطفل بالعلاقة الحميمة مع الأم، وهو اصطلاح عام يطلق على درجات مختلفة من الحرمان (مجدي.2006. ص ص 208-209) سوف نستعرضها في هذا الفصل بناء على الدراسات المذكورة أعلاه.

1. تعريف الحرمان الأمومي:

يعرفه بولبي Bowlby بأنه "عدم وجود شخص واحد مخصص لرعاية الطفل بصفة مستمرة وشخصياً بحيث يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة والثقة، وغالباً ما تكون الأم هي ذلك الشخص". ويرى دأجوريياقيره De Ajuriaguerra أنه النقص في الحب والعطف والحنان والعناية من طرف الأم نظراً لغيابها أو موتها أو الانفصال عنها بسبب الطلاق أو الرفض (عزيز سمارة ومعاونوه.1999). فالحرمان الأمومي يشير - إذا - إلى مجموعة آثار تنتج عن انعدام أو قصور في العلاقة والعناية العاطفية الممنوحة للطفل من طرف الأم أو بديلها، وتشمل اضطرابات سلوكية ونفسية وعقلية متفاوتة الخطورة.

2. أسباب الحرمان الأمومي :

قدمت الدراسات ثلاث حالات يمكن أن ينتج عنها الحرمان الأمومي، وهي :

1.2. التفريق : أي فصل الطفل عن أمه (أو بديلها) لمدة طويلة دون توفير وجه أمومي ثابت ومطمئن له، يحدث هذا خاصة في حالات الاستشفاء (للطفل أو للأم)، وفي حالات أخرى كالطلاق أو وفاة الأم أو لأسباب قضائية (ميموني.2005. ص ص 166-167). بإمكان هذا التفريق أن يؤدي إلى اضطراب الطفل غير أن آثاره - في الحالات الخفيفة- تزول تدريجياً بعودة الأم (أو بديلها). التفريق لا يؤدي بالضرورة إلى الحرمان، خاصة إذا كانت العلاقة بالأم سيئة أو إذا وجد الطفل بديلاً مكافئاً ومطمئناً.

2.2. الوضع بالمؤسسات : أي وضع الطفل بمؤسسات (كالحضانه أو المؤسسات الاجتماعية الأخرى) لأسباب مختلفة. تحدث حالات الحرمان الخطيرة بالمؤسسات وتؤدي إلى اضطرابات وخيمة العواقب إذ تعتبر المؤسسات المحيط الأكثر خطورة على صحة الطفل النفسية والجسمية.

إن وضع الطفل بمؤسسة والتخلي عنه بعد ستة أشهر بعدما كوّن علاقة تعلق مع أمه (أو بديلها) يجعل الطفل في حالة حداد حاد يشكل خطراً على صحته النفسية وحتى على حياته لأن بعض الأطفال يموتون لأنهم لم يجدوا قوة لمتابعة الحياة. أما وضع الطفل بعد ميلاده فلا يعتبر تفريقاً بل انعداماً

للموضوع الثابت الذي يتعلق به ويوظف معه طاقاته. زيادة على هذا تعاني المؤسسات من مشاكل عدة منها نقص العناية والتربية والتحفيز بكل أنواعهم (حسباً وحركياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً...)

3.2. حرمان أمومي في حضور الأم : يحدث نتيجة الحياة مع أم (أو بديلة عنها) ذات اتجاه غير ودي نحو الطفل (سمارة و آخ.1999.ص...). تشير أينسوورث إلى خلل يصيب العلاقة مع الأم : قد لا تبالي بطفلها أو تقسو عليه أو تفرط في حمايته. هذا النوع من الحرمان سماه هارلو بـ "الحرمان الكامن" وهو نوع خطير لأنه مخفي ومتستر في كنف الوالدين (ميموني.2005.ص ص 167-168).

هذا النوع من الحرمان الأمومي يولد القلق والإلحاح في طلب الحب والعطف والحنان الأمومي من طرف الطفل، وما يلبث أن يغشى سلوكه الحقد والاكنتاب، وقد ينتهي به الأمر إلى الجنوح، خاصة أن شخصية الطفل لم تكتمل في هذه الفترة من حياته بعد بما ينظمها من جوانب نموها المختلفة (جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية و...). كذلك يمكن ينجح في التعامل مع ذلك الحرمان إما بكبته أو التنفيس عنه بطريقة غير ملتوية لا تعرضه للإصابات النفسية والعصبية (مجدي عبد الله. 2002).

في الواقع، الحرمان ليس مرادفاً للتفريق لأن الأخير هام وضروري لنمو الطفل إذ تقوم عليه استقلالية الفرد. ما هو مطلوب صحياً هو تحضير الطفل للانفصالات ومساعدته على تقبلها والانفتاح منها بدلاً من الشعور به كتخل ونبذ وهجران ، لأجل ذلك يجب تحضير الأولياء والطفل كي يعيشوا هذا التفريق كترقية اجتماعية. كما أن التفريق الضار لا يعني فقط مؤسسات الرعاية بل أيضاً الاستشفاء لمرض عضوي (خاصة الأمراض المزمنة) وكذلك الحضانة والروضة والمدرسة، لذلك إذا كان التفريق فجائياً لم يتم تحضير الطفل له واتسم المحيط العائلي والمؤسسي باللامبالاة أو لم يكن مكيفاً على حاجات الطفل فإن ذلك يمكن أن يخلف أثارا وخيمة على نمو الطفل الجسمي والنفسي والعقلي (ميموني.2005. ص ص 167-169).

3. أصناف الحرمان الأمومي :

تختلف أشكال الحرمان بين حرمان جزئي أو حرمان كامل، ولكل آثاره المرضية على نفسية الطفل وسلوكه. فرقة الحرمان الجزئي يأتي القلق والإلحاح في طلب الحب والعطف وتأتي الرغبة في الانتقام ومختلف أشكال ردود الأفعال المختلفة بحكم عدم نضج الطفل عقلياً وعجزه عن التعامل الناضج مع هذا الحرمان . أما الحرمان الكامل فله آثار بعيدة المدى على نفسية الطفل وشخصيته سلوكه د يصل إلى عرقلة قدرته على بناء علاقات اجتماعية راضية مع الآخرين. كما أن القلق الناجم عن خبراته العلائقية الفقيرة السابقة تهيئه للرد على المثيرات بطريقة غير اجتماعية. وقد أثبتت الدراسات أن مواقف القلق المبكرة إنما هي مظاهر الافتقاد الأطفال لأمهاتهم أو انفصالهم أو تعرضهم للإهمال، أو حالات تصبح فيها علاقة الأولياء بالطفل ضارة له. وأشهر هذه المواقف :

- التفضيل والمحابة غير المعتمدين لطفل على حساب الآخر.

- انصراف الأم وانشغالها بطلب الحب والأمان لنفسها فحسب .
- رضا الأم أو مداراتها أو تشجيعها لطفلها على سلوك ضار له (مجدي.2006. ص ص 209-210).
- وصف سببته نوعين من هذا الاضطراب هما : "الخور الاتكالي" و"داء المصحات".

1.3. الاكتئاب الاستنادي : يظهر هذا الاضطراب إذا حدث تفريق مدته بين الشهر وأربعة أشهر ، يتطور تدريجيا وتزداد خطورته حسب مدة التفريق :

- في الشهر الأول: يظهر بكاء طليبي مستمر كأن الطفل يحتج على هذا التفريق.
- في الشهر الثاني : يقل البكاء ويظهر الصباح ، وينقص وزن الطفل ويتوقف نموه.
- في الشهر الثالث : يبدأ الانطواء ورفض العلاقات ، كما يعاني الطفل من الأرق والمرضية الكبيرة ، ويتأخر نموه الحركي ، وتجمد تعابير وجهه كأنه لايبالي بشي .
- بعد الشهر الثالث : يثبت الجمود و يخنفي البكاء و يزداد تأخر النمو. ولاحظ شبيته أن الطفل إذا أعيد إلى أمه (أو بديل مطمئن و ثابت) فإنه يستعيد قواه - بعد مدة قصيرة - ويتجاوز الأزمة وتزول الاضطرابات ، لكن بحثا أخرى ذكرت أن التفريق يترك آثارا خفية تتجلى في حساسية أكبر لكل تفريق أو تهديد بالتفريق (ميموني.2005. ص ص 169-170).

2.3. داء المصحات : بعد ما تتجاوز مدة التعرف أربعة أشهر دون أن تجد الطفل بديل فإنه يكون قد استكمل مراحل الخور الاتكالي ليسقط في حالة خطيرة سماها شبيته داء المصحات يتسم فيه الطفل ب الجمود وخلو الوجه من التعابير ، كما لا يستطيع حتى أن يلتفت لوحده في سريره ، ثم تظهر اضطرابات حركية إيقاعية وحركات غير مألوفة للأصابع ، وكلما طال مدة التعريف بدون بديل أمومي، كلما إزدادت للاضطرابات . وقد تتبع شبيته 91 طفلا في دراسة طويلة لمدة 4 سنوات قدم نتائجها (في مؤتمر الطب النفسي بلشبونة سنة 1958) التي أبرزت خطورة إلى المصطلحات. من بين ما توصل إليه :

- 37 طفلا توفوا قبل السنة الثانية .
- 20 لا يلبسون بمفردهم .
- 06 لا يتحكمون إطلاقا في عمليات الإخراج .
- 06 لا ينطقون أي كلمة .
- 05 ينطقون كلمتين فقط .
- 01 فقط يكون جملا (ميموني .2005. ص 171).

4. علاج الحرمان الأمومي :

كلما طالّت مدة الحرمان وكلما كانت مبكرة إلاً زادت خطورة الآثار والاضطرابات المعرفية والنفسية المترتبة عنه وزادت صعوبة التخلص منها. لذلك يصعب تصليح آثار الحرمان الذي وقع فيما يدعى بـ"الفترة الحرجة" وطالت مدته، لأنه يعرقل نمو الطفل نهائياً. بالمقابل تتوفر إمكانية تصليح هذه الآثار إذا كان التدخل العلاجي مبكراً خاصة إذا وضع الطفل في محيط ثري بالتربية والعناية والعلاقة. كذلك الحرمان القصير المدى فيمكن تصليح آثاره بعودة الأم أو توفير بديل مرض للطفل. غير أن هذا الأخير يبقى حساساً لأي تفريق أو احتمال تفريق فيما بعد. بينما إذا ترسخت الآثار والاضطرابات الناجمة عن الحرمان الأمومي بحيث لم يعد توفير محيط ملائم كافياً لتحسين حال الطفل ، يصبح من الضروري إجراء معالجة نفسية معمقة (ميموني.2005. ص ص 183-185).

المحاضرة السادسة - اضطرابات النوم

تمهيد :

صعوبات النوم شائعة جدا منذ الميلاد حتى السن الخامسة، وهي ردود فعل طبيعية. ولا تعتبر اضطرابات إلا عند فقدان الطفل للقدرة على النوم أو الشعور بالألم خلال عملية النوم. وأكثر هذه الاضطرابات شيوعا الكوابيس والنوم القلق. تظهر الكوابيس عند ثلث الأطفال ما بين 3-10 سنوات، وتبلغ ذروتها في 10 سنوات. يصاحب حرمان الطفل أو المراهق من النوم -إن كان لفترة قصيرة- شعور بالتعب والعياء وفقدان القدرة على التركيز واضطراب في المزاج، وتصاحبه كذلك تغيرات واضطرابات في نبض القلب ويصبح تخطيط المخ غير منتظم. وإن طال مدة الحرمان من النوم يصابان بفرط الاستثارة وسرعة الانفعال والقلق، وقد تظهر حتى الهلوس والهذيان. ولأن اضطرابات النوم متباينة كلياً، فإن أعراضها تتباين حسب نوع الاضطراب.

1- نماذج من اضطرابات النوم :

1-1- الأرق:

هو أكثر اضطرابات النوم انتشاراً. وهو صعوبة الدخول في النوم، أو صعوبة الاستمرار فيه والميل نحو الاستيقاظ المبكر في الصباح والشعور بنوم خفيف وغير منعمش. ويترتب على الأرق إجهاد وتعب خلال ساعات النهار مما قد يؤثر على أداء الفرد لوظائفه اليومية... (ميموني- 2005 - ص135). ويحدث الأرق لأطفال عاديين نتيجة ضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي، وربما لأسباب غير واضحة. وتشير الأبحاث إلى أن الأسباب الرئيسية للأرق تتمثل في الرغبات المكبوتة والشعور بالذنب والخوف والمضايقات.

يظهر الأرق لدى الرضيع ويعتبر كأرق مبكر و يمكن تلخيص أسبابه فيما يلي :

- إفراط النشاط وإثارة عصبية الطفل وإقلاقه يمنعونه من النوم، كإزعاج الإخوة لأخيهم.
- أخطاء الرعاية كالنغذية غير الكافية أو عدم تغيير الأفرشة والبطانيات وعدم احترام إيقاع نومه.
- حدث طارئ يتعلق بنمو الرضيع مثل ظهور الأسنان.
- خلل في العلاقة " أم - رضيع " ناجم عن عجز الأم عن فهم حاجات ونداءات الرضيع، أو ناجم عن حالات قلق لدى الأم، أو استحوادها، أو الأم المهملة التي لا تحمي رضيعها من المثيرات المؤرقة مثل الضجيج والملل والإثارات... (ميموني -2005- ص 135).

بين السنة الثانية والثالثة يتعلم الطفل أشياء كثيرة منها تطور الحركة واللغة والنشاط مع إخوته وأقرانه و اللعب ... وغيرها؛ كل هذه المكتسبات الجديدة تثير الطفل و تستهويه و تؤدي إلى نفوره من

النوم لأنه يجرمه من نشاطاته المفضلة. في نفس الوقت يصعب على الطفل الانفصال عن فراش الأم ويتطور عنده الخوف من الظلام، لذلك يجب تهدئته و مساعدته على التخلي التدريجي عن أعباءه وتحضيره للنوم.

بين السن الثالثة والخامسة يكون نوم الطفل منظما، لكن قد يستيقظ ليلا بفعل كوابيس تثير قلقه و ربما خوفه من النوم وعودة الكوابيس. تخويف الطفل بالحيوانات أو المخلوقات الخرافية (كالغول) قد يساعد المحيط في السيطرة على الطفل، لكنه بالمقابل يغذي الكوابيس و يثير قلق الطفل ومخاوفه عند حلول الليل. بعض الآباء يلجؤون إلى الضرب كي ينام الطفل في حين أن سرد حكاية مسلية و مهدئة يساعد على استسلام الطفل إلى فراشه في اطمئنان .

أما في المراهقة فيدخل اضطراب النوم عموما في خصائص هذه المرحلة. يريد المراهق أن يثبت وجوده وشخصيته وهذا ما يدفعه إلى السهر مع أصحابه إلى ساعات متأخرة من الليل مع صعوبة في الاستيقاظ صباحا. فأرق المراهق -هنا- يعبر عن الإفراط في النشاط الفكري والعضلي. أما الشاب البطال فأرقه ناتج عن الملل و نقص النشاط من جهة ومن جهة أخرى يعبر عن انشغال الشاب بمصيره والصراعات التي تنتابه (ميموني-2005- ص ص135- 136) .

1-2- فرط النوم:

يعرف فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديد خلال النهار ومع نوبات من النوم أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة. عند الاستيقاظ لا يظهر على الطفل حالة الانتعاش أو الحيوية لما بعد النوم بل يبدو عليه نوم وخمول مع عدم القدرة على مقاومة العودة إلى النوم مرة أخرى. وقد ترافق هذه الحالة عند الطفل حالة سمنة أو اضطراب.

1-3- الكوابيس الليلية:

هي أحداث انفعالية تدور في أحلام النائم أي أنه حلم مخيف مرعب يراه الطفل أثناء نومه فيؤدي به إلى الانزعاج الشديد مع اليقظة وانقطاع النوم في اللحظة التي يبلغ فيها الخوف قمته ويبلغ الانفعال والهلع ذروته. يبدأ الأطفال بتذكر الأحلام المزعجة بدرجة بسيطة من عمر ثلاث سنوات، لكنها لا تكون مزعجة في تكرارها وحدتها. ويستطيع طفل الخامسة وصف محتوى الحلم المخيف بشكل تفصيلي شديد. يصبح الكابوس مثيرا للاهتمام إن كان يتكرر وبفترات متفاوتة تؤدي إلى اضطرابات نوم الطفل.

1-4- الفزع الليلي أو (الفزع أثناء الليل):

يحدث الفزع الليلي أثناء النوم، إذ يصرخ الطفل النائم ثم يمر بأنواع مختلفة من الاستجابات التلقائية كخفقان شديد للقلب والتنفس السريع والعرق الغزير. يحدث الفزع الليلي أثناء الثلث الأول من النوم أيضا ويستمر لمدة 10 دقائق وهنا يتعذر على المحيطين بالفرد تهدئته أو تغيير الظاهرة. قد يتذكر الطفل

المفزع حادثته بعد صحوه أحيانا، إلا أنه ينساها في معظم الأحيان، ويحاول في بعض الأحيان الهروب من الحجرة من شدة الفزع، لذلك تجب حمايته إن تكررت الحادثة.

2- أسباب اضطرابات النوم :

يمكن تقسيم أسباب اضطرابات النوم إلى قسمين: القسم الأول خاص بالعوامل العابرة أو المؤقتة، والقسم الثاني خاص بالعوامل المزمنة أو المستمرة.

- **الأسباب العابرة :** تضم ما يلي:

- تعاطي المواد المنبهة أو المنومة، لأي سبب من الأسباب، يسبب عسر استحضار (الأرق) أو مقاومة النوم (الإفراط)، مثل المنشطات والأدوية المنشطة والمنبهات كالقهوة والشاي والتبغ، والأدوية المنومة أو المخدرات والخمور، خاصة لدى الأطفال والمراهقين غير المعتادين عليها. وتزداد احتمالات مشكلات النوم خاصة إذا حدث ذلك في المساء، أو قبل النوم بقليل، أو في توقيته.

- بعض الأمراض الجسمية الأليمة العارضة كآلام الأسنان أو الغازات أو المعدة، أو أمراض الأطفال التي تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة. وقد تؤدي إلى كثرة الاستيقاظ أو النوم غير المريح.

- تعاطي أدوية علاجية (لأمراض معينة) ذات آثار جانبية تخل بوظيفة النوم، تؤدي إما إلى الأرق أو فرط النوم كما في بعض أدوية الحساسية .

- بعض الصعوبات اليومية العابرة، وضغوط الدراسة، خاصة الامتحانات.

- في حالة ولادة مولود جديد، أو تغيرات في الظروف المعيشية للأسرة عموما.

- عوامل خارجية كالضوضاء، والسفر من مكان إلى مكان خاصة عند وجود فروق في التوقيت.

- أساليب تربية خاطئة مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة نحو وقت مدة النوم وإجبار الطفل على النوم حسب ظروف محددة ومتصلبة، أو استخدام النوم كتهديد وعقاب.

- **العوامل المزمنة:** تضم ما يلي:

- **أسباب عصبية:** كأمراض المخ و الجهاز العصبي المزمنة مثل مرض باركنسون أو الشلل الرعاش، أو أورام المخ التي تؤدي إلى فرط النوم (الغيبوبة).

- **الأمراض الجسمية:** الشديدة والمزمنة كأمراض القلب، والجهاز التنفسي والجهاز البولي، والجهاز الهضمي، الآلام الروماتيزمية... إلخ. وهي تؤدي في الغالب إلى الأرق وعدم الاستقرار في النوم، واضطراب مواعيد النوم، وفرط النوم كنوع من التعويض في بعض الأوقات.

- **الأمراض النفسية والعقلية:** كالاكتئاب الذي يؤدي إلى اضطراب النوم ويكون غالبا على هيئة أرق، والهوس الذي يؤدي إلى استمرار الأرق لمدة طويلة، والفصام الذي يؤدي إلى فرط النوم (الغيبوبة). والقلق والخوف الذين عادة ما يؤديان إلى الأرق واضطراب موعد النوم واليقظة.

3- علاج اضطرابات النوم:

يختلف العلاج باختلاف نوع الاضطراب (تفريط أم إفراط النوم) وباختلاف درجة الاضطراب (مؤقت أم مزمن ومستمر). وباختلاف العوامل المسؤولة عنه (عضوية أم نفسية أم بيئية) وباختلاف العمر (رضيع أم طفل أم مراهق).

- **العلاج العضوي:** في الحالات التي يوجد فيها سبب عضوي يقف خلف اضطرابات النوم. يتم علاج المرض العضوي لكي تخف مشكلات النوم أو تختفي، كعلاج الأمراض الأليمة .

- **العلاج الدوائي :** باستخدام الأدوية النفسية لعلاج القلق أو علاج الاكتئاب، أو الأدوية المنومة (الأرق) أو الأدوية المنشطة (الغفوات). لكن هذه الأدوية خطيرة على سلامة الوظائف العقلية للطفل وعليه لا ينبغي اللجوء إلى مثل هذه الأدوية إلا في حالات الضرورة القصوى، ولفترة قصيرة.

- **العلاج النفسي:** يتم من خلال عملية التفريغ الانفعالي والتعرف على الصراعات والاستبصار بها، وهو ما يساعده على استعادة استقراره النفسي واستعادة نموه الطبيعي.

- **العلاج السلوكي:** التعديل السلوكي ناجح، خاصة في حالة الأطفال الصغار الذين لم تترسخ عاداتهم السلوكية السيئة المرتبطة بالنوم بدرجة كبيرة. ومن الإجراءات السلوكية المفيدة في هذا الصدد التدريب على تمارين الاسترخاء سواء كان الاسترخاء عضليا أو عقليا. وتمارين التنفس البطني العميق لمن يجدون صعوبة في النوم . وكذلك إخماد السلوك غير المرغوب فيه من خلال الدعم السلبي. كما يستخدم السلوكيون أسلوب المكافأة الذاتية عندما ينجح الفرد في إحداث تغيرات مؤثرة في حياته والتغلب على مشكلات النوم.

المحاضرة السابعة - النفسية الحركية واضطراباتها

تخضع خطوات النمو النفسي الحركي إلى نفس الترتيب التتابعي لدى كافة الأطفال غير أن سرعة التقدم تتباين بشدة بينهم . يقتضي نمو الحركية الشروط التالية :

- كامل الجهاز العضوي العصبي عند الميلاد ولاحقا .
- محيطا كافي التحفيز في جو عاطفي وعلائقي يوفر متعة التفاعلات الحركية .

ويخضع نموها للقواعد التالية :

= **قانون كوغيل** : التحكم العضلي في محور الجسم يبدأ على مستوى طرف الدماغ (عضلات الرقبة ، عضلات العين ...) وتتقدم نحو الطرف الأسفل لجدع الجسم . أما التحكم الإرادي في الأعضاء فيظهر أولا على مستوى الجذع ثم يتوجه نحو الطرف .

= **قانون التمييز** : يستلزم أن الحركية تتدقق تدريجيا : تبدأ بالشمولية عند الميلاد ثم تغدو أكثر دقة وتكيفاً شيئاً فشيئاً (CANOUI .1994.pp107-108).

و اضطرابات النفسية الحركية متعددة الأبعاد, بإمكاننا أن نميز ضمن هذه الاضطرابات الحركية الفئات التالية :

1. اضطرابات تعلم الوظائف الحركية :

يتعلق الأمر بأطفال ندعوهم عادة بالأراعن ، يسجلون نتائجاً دون المتوسطة في النشاطات الحركية الاعتيادية كالأكل واللباس والقص والتركيب والرسم والكتابة . هذه الرعونة الحركية تظهر في غياب أي اضطراب عصبي أو ضعف عقلي. سنحاول أن نستعرض أهم أنواع هذه الاضطرابات لكن تنبغي - أولاً - الإشارة إلى أن هناك أشكالاً وسطية متعددة بين هاته الأنواع .

1.1. التخلف النفسي الحركي البسيط :

يبيد الطفل المصاب بهذا الاضطراب تأخراً في نموه الحركي مقارنة بأقرانه. يمكننا قياس معامل النمو بالاستناد إلى مختلف السلالم التي تقيس السواء الحركي (هذه السلالم ليست عالمية ولا تصح على العرقيات كلها) .ينبغي أن نعلم أن النمو النفسي الحركي لا يتسم بالثبات والخطية, بل توجد دورات تسارع وفترات تباطؤ يشبه منحناها أسنان المنشار .

تبدو هناك علاقة ترابط بين معامل الذكاء المستقبلي وبين تعلم المشي قبل الشهر 12 أو بعد الشهر 18. التنبؤ في صالح المتعلمين مبكراً. في حين أن الأطفال الذين مشوا مبكراً قبل غيرهم عموماً كانوا أكثر تحفزاً ولديهم بالتالي فرصة نمو أحسن. هؤلاء الأطفال يتعلمون المشي - عموماً - في السن الثالثة. التنبؤ النهائي حول حالتهم حسن.

2.1. البلادة الحركية :

حددها **دوبيري** سنة 1907، وتشير إلى أطفال ذوي رعونة في حركاتهم الإرادية مصحوبة بمجموعة من العلامات الأخرى: منعكسات عظمية وتزوية مبالغة وتشنج وتخشب. يمكن أن نجد بلادة ذهنية لكن البلادة الحركية تظهر أيضا عند الأطفال الأذكياء أو الأذكياء جدا. ضمن إطار البلادة الحركية لا توجد نوعيا . إصابات عصبية، وهذه البلادة تمثل شكلا من اللاتوافق مع المحيط، وتبدو على الأصح ذات أصل نفسي ومحيطي (CANOUI.1994.P113-114).

2. الاضطرابات الحركية للسلوك :

تتسم الحياة الحركية للرضيع بأرجحات للرأس وللجسم كله وهي ما تعرف بـ الإيقاعات الحركية التي تعتبر ظاهرة شائعة لدى الطفل العادي (بين 7-9 أشهر) ثم تختفي في حدود السنة الثالثة أو الرابعة , لكنها قد تدوم إلى ما بعد السنة 12. أبسط وأكثر هذه الإيقاعات شيوعا هي مص الإبهام , بالإضافة إلى أصابع أخرى وأشياء مختلفة , قرص الأسنان نهارا أو ليلا أثناء النوم . هناك إيقاعات حركية تظهر لدى الطفل الحدث وقد تعمر طويلا منها حك الأنف والخدود والأعضاء الجنسية.

يمكن أن تستمر إيقاعات الطفولة الأولى إلى ما بعدها من مراحل, كما قد تظهر أخرى جديدة في هذه المراحل التالية. من بين التصرفات التكرارية التي قد تستمر نجد : أرجحة الرأس, و نتف الشعر. يمكن أن نلاحظ الـ التشنجية التي سبق أن ذكرناها حسب **دوبيري**, كما أضاف **برجس**. ج إليها تشنجات العمق والفعل التي هي عجز عن الخمود الـ العضلي - الحركي (CANOUI. 1994. Pp 116-117). وهناك شكل خصوصي يدعى **البله** وهو عبارة عن تعليق لكل نشاط حركي : من الحركات العفوية إلى الإيماءات إلى الكلام.

أخيرا, نشير إلى أن ردود الأفعال الوقارية (الجليلة) - التي وصفها **فالون** عند الطفل والمراهق - تظهر في اتجاه الطفل إلى محاولة إظهار صورة حسنة لنفسه أحيانا بتحديات تصدمننا بعدم ملاءمتها للموقف؛ هذه الأفعال تترجم حالة عدم ارتياح علائقي (CANOUI- 1994. P118).

3. اللزمات :

يعرفها **فالون Wallon** بأنها حركات تبحث عن إحساسات متشابهة فيما بينها في نفس الوقت . خاصيتها الإيقاعية و تغيرات إيقاعاتها توضح ذلك ، و كذلك يوضحه تتابع المراحل العاطفية المتباينة التي تعرف من خلال الصرخات الخفيفة أو القوية ، و من خلال تغيرات لون الوجه و بريق العينين و سيلان اللعاب. و حسب **فالون**، هذه الحركات تعبر عن الرغبة في ملاعبة الجسم و التحكم فيه مثل الدمية ، كأن الوعي- بسبب عجزه عن تدبر أمره في المحيط الخارجي- ينهمك في الوظائف الحسية الحركية للجسم الشخصي .

صنفت هذه الحركات ضمن مجموعة واحدة -رغم أنها الى حد ما غير متشابهة- لأنها بالإضافة إلى كونها كلها حركية ، فإن هذه الحركات - بدرجات متفاوتة - تقيد في التكوين خلال النمو : التفرغيات الاستكشافية تساهم في التعرف على الجسم ، والتفرغيات الإيقاعية تخفض التوتر و تسمح للطفل بالانعزال عن المحيط الخارجي ، أما التفرغيات العنيفة ضد الذات الإيقاعية واللاإيقاعية ذات القيم المتناقضة.

في جوهرها، هذه الأنماط السلوكية تصبح مرضية عندما لا تصبح مصدر للمعلومات ولا تحقق إشباعات حقيقية، وتصبح قوالبا قهرية (DEAJURIAGUERRA.1980.pp252-254). وأبرز اللزمات التي تشيع لدى الأطفال والمراهقين نجد :

- مص الأصبع (أو الأصابع) ومص الملابس أو الأشياء الأخرى.
 - قضم الأظافر أو الأقلام أو غيرها من الأدوات والأشياء.
 - هز و ترعيش الرجل أو الرجلين بوتيرة مستمرة أو سريعة .
 - ترميش العينين بطريقة لافتة للنظر .
 - تحريك الأنف والفم والكفين والرقبة ...الخ.
 - فرقة الأصابع وتنقية الأنف وفرك العينين .
 - نتف الشعر (ومداعبة الشارب واللحية لدى البالغ) (الخليدي؛ وهبي .1997-ص ص 149-150).
- انطلاقا من دراسة نفسية غير فيزيولوجية ميز مولدوفسكي نوعان من اللزمات :

- اللزمة البسيطة : هي التي لا تحتوي على أي دلالة نفسية أو انفعالية أو رمزية.
 - اللزمة المعقدة : هي التي تبدو محتوية على مركبات نفسية مسيطرة ، والتي تخفض من التوتر، والتي نجد في تعبيرها الرمزي صراعات تتمركز حول النزوات العدوانية والحاجات الجنسية الجبرية.
- وميز لوبوفيتشي لدى الأطفال بين نوعين من اللزمات:

- اللزمات العابرة: التي يمكن أن نقرها من مختلف العادات العصابية والتي تختفي غالبا بصفة نهائية رغم أنها تتبأ باحترازاات حول الاتزان العاطفي مستقبلا .
- اللزمات المزمنة: التي تشكل -عكس سابقتها- إصابة مستديمة ترافق حالة عصابية منطبعة، تلاحظ هذه إما في العصاب الوسواسي أو هستيريا الإقلاب إن كانت اللزمات المزمنة تعبر عن الشخصية العميقة للفرد لأنها آليات جد لا تكون أكثر من تظاهرات طفيلية .

1.3. أسباب اللزمات :

في دراستها حول شخصية الملازمين ، قالت ماهر أن الأمر يتعلق بأشخاص يبدون تناذرا سمته بـ "الحاجة الحركية الجبرية" ، أي حالة استحالة التحكم في الوظيفة العصبية العضلية. حسبها يتمثل الملازمون في أشخاص كانوا أطفالا قلقين مثبطين ، سهلو الاكتئاب، سلبيين ، وهم على الأكثر ذكور،

لأن الجهاز العصبي العضلي يكون - بالخصوص عند الذكور - كحقل للعدوانية، إذ تأتي اللزمات إلى الأفراد ذوي الاستعدادات لاضطرابات حركية وخلال الصراعات الشائعة في فترة الكمون. حسب مولدوفسكي، يكون هؤلاء الأطفال قد اكتسبوا درجة غير اعتيادية من النشاط الحركي، يقول آباؤهم أنهم سهلو الإثارة وجد متلخبطين (DEAJURIAGUERRA. 1980. pp258-259).

2.3. علاج اللزمات

- إجمالاً، يمكن حصر العلاجات في المعالجات الدوائية و المعالجات الحركية والمعالجات النفسية:
- أغلب الأدوية لا تحقق إلا تعديلات طفيفة ماعدا الدياتيبام والبوتيروفنون المفيدتين في حالات.
 - المعالجات النفسية الحركية تميل إلى اختزال الاستقرار والبلادة الحركية المترافقين مع اللزمات.
 - طريقة بريسو : تهاجم اللزمة مباشرة. أسسها على التوفيق بين أسلوبين هما: تثبيت الحركة وحركة التثبيت. ثم عمم ماج هذه الطريقة تحت اسم التربية النفسية الحركية، وكملها بعدة أساليب منها : تمرين بسط العضلات منهجياً والتمرين تحت رقابة المرأة.
 - العلاجات السلوكية الجديدة: أعيد اكتشاف هذه التقنيات انطلاقاً من نظرية الإشراف. تتمثل تقنياتها في التكرار الإداري للحركة خلال حوال نصف ساعة يومياً أو ساعة في الثلاث أيام طيلة ثلاثة أسابيع، تتبعها راحة طيلة ثلاثة أسابيع أخرى، ثم إعادة الكرة. هذه الطريقة حققت نتائج مرضية تقريباً.
 - الاسترخاء العلاجي: يمكنه كذلك إعطاء نتائج جيدة (-De AJURIAGUERRA 1980.pp260).
- (261).

المحاضرة الثامنة - اضطرابات الإخراج

مع تطور استقلالية الطفل الحركية و اللغوية في سنه الثانية يشرع المحيطون به في تعليمه وتوعيته بحاجته إلى النظافة والتحكم في عمليات الإخراج وتصريفها في المكان المخصص لها. في البداية يوضع الطفل في المحبسة ثم تدريجيا يتعلم الطفل الإعلان عن حاجته من أجل قضاءها في مكانها الخاص. ويحتاج التحكم في العضلات السارة إلى شروط أهمها :

- نضج بيولوجي للمثانة و لعضلات التحكم .
- تربية الطفل على النظافة و تعليمه عاداتها .
- علاقة وجدانية تجعل الطفل يرغب في النظافة ليسر أمه ، وكي يسر نفسه و يشعر بنضجه و يفخر بأنه أصبح أكبر (ميموني-2005- ص ص 143- 144) .

1- التبول Enuresie :

يعرف التبول بأنه بول لا إرادي، ويعتبر لا سويا بعدما يبلغ الطفل مرحلة التنشئة الاجتماعية ، خاصة بعد السنة الرابعة من العمر الملاحظ أن هذا الاضطراب الوظيفي يظهر في جل الأحيان عند الذكور. وقد عرف التبول عدة تقسيمات. فقد قسم حسب تاريخ ظهوره إلى :

- **تبول أولي** : وهو يشكل ما يقارب 80 % من حالات التبول. سمي أوليا لأن الطفل لم يتحكم في البول منذ ميلاده. أرجع **دوشي Duché** سببه إلى تهاون الأم التي عودت الطفل على البلل مما جعله لا يزرعج منه ولا يستيقظ حين يبلى بطانيته. يظهر التبول الأولي أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقى طفوليا و يفضل أن يبقى " الصغير الأبدي " . (يقول الرسام الشهير س . دالي أنه ظل يبلى فراشه حتى سن السابعة للمتعة فقط ، ولم تقل أمه له شيئا) . يمكن أن يعزى أيضا في بعض الحالات إلى التعلم المبكر و المتصلب للنظافة مع استحواذ الأم ، حيث يظهر التبول الاعتراضي و الانتقامي، كما يظهر لدى الأطفال عميقي النوم ، و يقول كثير من الأشخاص أنهم حلموا بذهابهم إلى المرحاض و قضاء حاجتهم فيه .

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

1-1- أسباب التبول :

يمكن أن نجد التبول كعرض لبعض الاضطرابات العصابية و الذهانية و التخلف العقلي أيضا. مهما كان نوع التبول فإنه يتدعم دوما بعوامل نفسية تختلف معانيها حسب الحالة و خصائصها الداخلية و الخارجية، لذلك يتطلب فهم ظاهرة التبول دراسة معمقة تغوص في الظروف الخاصة و الظروف المشتركة بين الحالات. عموما ، يمكن أن يعبر التبول عن قلق أو صراعات داخلية أو محاولة يائسة لجلب اهتمام الوالدين ، و تارة يعبر عن عدوان (شعوري) أو نكوص إلى مرحلة مبكرة لإعادة الاهتمام و الانتباه إليه خاصة عقب ولادة أخ أو عقب صدمة (نفسية، اجتماعية) . وقد ركز دوشي Duché على البيئة الاجتماعية و تأثيرها على الطفل. إن كانت التربية متصلبة وضاغطة فإنها قد تدفع الطفل إلى التمرد و المعارضة. كما أن التربية المفرطة التسامح لا تساعد على تكوين عادات التحكم في العضلات السارة، حيث يطرح ما شاء وحيثما شاء. لذلك وجب على المربي أن يكون متفهما مرنا يأخذ بعين الاعتبار نفسية الطفل و شخصيته، كي الطفل يعيش النظافة كشيء هام و نابع منه، لا كإكراه.

1-2- علاج التبول :

قبل اتخاذ أي إجراءات علاجية نفسية ينبغي توجيه الطفل أو المراهق لإجراء فحص عضوي يتم فيه فحص جهاز البول و البحث عن أي اضطرابات عضوية و علاجها. من جهة أخرى بإمكان الطبيب العضوي أن يصف أدوية تنقص إفراز البول مما يساعد الطفل على التعود على عدم البول في فراشه، أو وصف مضادات الاكتئاب أيضا للتخفيف من القلق الذي يؤدي إلى التبول.

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

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

- **طريقة " اليومية "** : تبدأ بتوعية الطفل بسفاهة فعله و توجيهه نحو مجالات تعبيرية مناسبة لعمره. ويحمل الطفل مسؤولية شفائه عن طريق تكليفه بالتمرين التالي : يسجل في " اليومية " أمام الأيام التي تبول فيها العلامة (0) صفر ، و العلامة (1) واحد أمام الأيام الجافة؛ ثم كل أسبوعين يزور الطفل معالجه حاملا معه نتائج ليتحاورا حولها و حول ما حدث خلال الأيام التي تبول فيها. هكذا يتعلم الطفل ملاحظة ذاته و التعبير عن صعوباته (ميموني - ص ص 147-148) .

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

3-2- العلاج النفسي : يهدف إلى التعرف على شخصية (نفسية) الطفل و كشف مشاكله و صراعاته و خصائص محيطه الأسري و المجتمعي ، و من خلال ذلك يحدد طريقة العلاج اللازمة أو المناسبة ، و من أبرزها :

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

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

2 - التبرز :

التبرز اضطراب وظيفي يصيب الإخراج الشرجي، يشخص عند الأطفال ذوي عمر عقلي يفوق الأربع سنين. يحدث التبرز أثناء اليقظة (نهارا) وهو لا إرادي وغير مضبوط. يكون في الملابس أو على الأرض. يحدث على الأقل مرة كل شهر خلال عدة أشهر. أما في الليل فيبقى الطفل نظيفا.

يظهر التبرز لدى 1% من الأطفال البالغين 5 سنين، وهو عند 3 إلى 4 ذكور مقابل فتاة واحدة. ويرافقه التبول عند 25% من المتبرزين . ويختلف حال الفضلات من عجينية إلى سائلة إسهالية. تتباين أماكن التبرز من الانفراد في الغرفة إلى التبرز في القسم إلى التبرز بمجرد العودة إلى البيت. هناك تبرز أولي يخص الأطفال الذين لم يكتسبوا أبدا القدرة على التحكم في فضلاتهم بصفة ثابتة، وهناك تبرز ثانوي يخص الذين تحكوا سابقا في عملية الطرح لعدة أشهر. لكن هذان الشكلان لا يتمايزان بشكل واضح للممارس العيادي .

في أغلب الأحيان نجد ردود فعل المحيط متمثلة في التخلي عن الطفل المتبرز من قبل العائلة والأزواج. وسخ الفضلات ونتاجاتها التي لا يتقبلها المحيطون تعيق إمكانية التسامح النسبي من طرف الفضلات وتقوده إلى سلوكيات إنكارية للآثار الملموسة لاضطرابه (إخفاء الملابس المتسخة...) (MESSERSCHMITT & CANOUI. 1994. pp 165-166) .

بالنسبة للتبرز ذي الأسباب النفسية، يقدم عمل علاجي على الطفل والعائلة أيضا، يعمل على تحسين وتقوية العلاقات الأسرية الودية الإيجابية، والعمل على اكتساب الطفل استقلالية في تسيير اضطرابه (الذهاب إلى المحبسة أو المرحاض)، والرفع من قيمة اتجاهاته الاجتماعية والرياضية والمدرسية. بالإضافة إلى إجراءات تمس التغذية (MESSERSCHMITT & CANOUI. 1994. pp166-167).

المحاضرة التاسعة - الكذب

يعرف روس (1974) الاضطراب السلوكي بأنه اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا -بصورة واضحة- عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه. وهو حسب هويت (1963) ينحرف عما هو متوقع بالنسبة للعمر الزمني والجنس والوضع الاجتماعي، بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكا غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته. ويلاحظ كوفمان (1977) أن الأطفال المضطربين سلوكيا يمكن تعليمهم سلوكا اجتماعيا مقبولا (جمال القاسم وآخرون. 2000. ص ص 15-18).

1 - الكذب :

يعرف الكذب بأنه القول الذي لا يطابق الواقع ، يتعمده الشخص بقصد تضليل الغير وخداعه ، أو إخفاء الحقيقة لأي سبب من الأسباب. وغالبا ما يستخدمها الطفل أو المراهق بهدف التخلص من العقاب. يؤدي هذا السلوك إلى العديد من المشكلات الاجتماعية مثل السرقة و الخيانة (شيفر وملمان. 1999. ص280). والكذب يشمل القول والسلوك. وهو ليس فطريا، بل هو مكتسب بالتعلم من البيئة المحيطة. ويعتبر أساس أو رفيق أو حامي أغلب السلوكات المضطربة أو المنحرفة أو غير السوية. رغم أن الكذب سلوك غير سوي إلا أنه يعد ظاهرة طبيعية في السنوات الأولى من عمر الطفل، لأن الأطفال دون السن الخامسة يعانون صعوبتين أساسيتين :

- حاجز اللغة : حيث يجدون صعوبة في التعبير اللغوي الدقيق والمطابق في وصفهم أو سردهم للوقائع.
- حاجز النضج العقلي : حيث يجدون صعوبة في التمييز بين الحقيقة والخيال، والواقع والأحلام... إلخ.
ميز بياجي ثلاث مراحل لتطور مفهوم الكذب عند الأطفال :
المرحلة الأولى: يعتقد الطفل الكذب خطأ لأنه سوف يعاقب عليه.
المرحلة الثانية: يبدو الكذب خطأ بحد ذاته وسوف يبقى خطأ حتى بعد زوال العقاب.
المرحلة الثالثة: الكذب خطأ لأنه ينعكس على المحبة والاحترام المتبادلان (مريم سليم. 2002. ص246/
تشارلز شيفر وهوارد ملمان. 2008. ص 429).

2. أنواع الكذب :

1.2. الكذب الخيالي : وهو شائع في الطفولة الأولى، إذ نجد الطفل ينسج قصصا حول مواقف أو أحداث خيالية لا وجود لها في الواقع. ويعزى هذا الكذب للأسباب الآتية :
- عدم قدرة الطفل في السن قبل الخامسة على التمييز بين الحقيقة والخيال.

- عدم إدراك الطفل لماهية الكذب، وحدود أعمال الخيال.
- التعبير عن الأحلام والأمنيات، وكذا ضرورات بعض الألعاب .
- سماع الطفل للحكايات الخرافية خصوصا قبل النوم.

لا تصنف هذه التخيلات الطفولية ككذب ولا يخشى على الطفل منها، ولكن على المربي أن يربط الطفل من حين لآخر بالواقع؛ بل في بعض الأحيان تكون هذه التخيلات بذرة لموهبة قصصية تحتاج إلى اهتمام ورعاية وتنمية.

2.2. الكذب التعويضي والادعائي: يلجأ إليه الطفل حين يشعر بالنقص وبأنه أقل ممن حوله، أو لكسب الإعجاب والإطراء من والديه، خاصة حين يفشل في الوصول إلى توقعاتهما في عمل معين (محمد المهدي.2007. ص95). هنا يقوم الطفل بادعاء وجود صفات أو أشياء لديه، وهو في الواقع لا يتصف بها ولا يملكها. أو يسرد قصصا حول مواقف أو أحداث أو مغامرات عاشها أو قام بها، بينما هي مجرد مبالغات أو اختلاقات كاذبة. وغرض الطفل منها تعويض ما يشعر أنه ينقصه مقارنة بأقرانه، من صفات وممتلكات. أو قد يسعى الطفل بهذا الكذب إلى تقديم نفسه في صورة مرموقة تثير الإعجاب والتقدير من قبل المحيط. هذا النوع من الكذب يحتاج إلى الاهتمام بالطفل وتفهم احتياجاته النفسية ومشاعر النقص والدونية عنده، ومحاولة إيجاد طرق واقعية لتحقيق هذه الاحتياجات دون اللجوء إلى الكذب والافسيتحول هذا النوع إلى كذب مزمن يتطور إلى محاولات خداع واحتيال.

3.2. كذب الاستحواذ: يظهر لدى الطفل الذي يعاني من قسوة والديه ومن انعدام الثقة بينه وبينهما، ومن حرمانه من أشياء كثيرة يرغب في امتلاكها، لذلك يلجأ إلى الكذب للحصول على هذه الأشياء. حين يفقد الطفل الثقة في البيئة المحيطة به ويشعر بالحرمان ربما يميل إلى هذا النوع من الكذب لامتلاك أكبر قدر من الأشياء التي يرغب بها. وهذا النوع يحتاج للاقترب وجدانيا من الطفل و إشعاره بالثقة والأمان وتفهم احتياجاته حتى لا يضطر للاحتيال للحصول عليها (محمد المهدي.2007. ص95).

4.2. كذب المحاكاة أو التقليد : حيث يقلد الطفل أحد أبويه في المبالغة عند الحديث. وقد يكذب الأطفال لأنهم اعتادوا أن الكذب سلوك مقبول في الأسرة إذ يكذب البالغون في حضور الطفل أو عليه أو يطلبون منه النيابة عنهم في الكذب .

5.2. الكذب للفت الانتباه : هذا النوع من الكذب يلجأ إليه نوعان من الأطفال :

- 1-الطفل الأناني المدلل الذي يريد أن يظل موقع اهتمام والديه طول الوقت لذلك فهو يكذب لجلب انتباههما حتى ولو كان سيؤدي لغضبهما منه فالمهم أن يكون موضع اهتمام .
- 2-الطفل المنبوذ الذي يريد أن يحصل على انتباه والديه الغافلين عنه نظرا لانشغالهما بإخوانه أو بمشاكلهم اليومية فلا يجد وسيلة في نظره إلا الكذب لإحداث حالة من التوتر تعيد له اهتمام والديه.

6.2. كذب الكراهية والانتقام : الدافع إلى هذا النوع من الكذب هو مشاعر الحقد والغيرة والكراهية والرغبة في الانتقام ، وهذا النوع شائع بين الأخوة في الأسرة حيث يأتي طفل أباه أو أمه شاكيا إليه أن

أخاه قام بفعل من الأفعال غير المقبولة، ويحدث في المدارس أيضا. غالبا ما يكون هذا النوع من الكذب بسبب إحساس الطفل انه مظلوم من والديه أو مدرسته أو لغيرته من أقرانه وإحساسه بأنه أقل منهم حظا واهتماما. هذا النوع يحدث مشاكل كثيرة داخل الأسرة وداخل المجتمع ويؤدي إلي إيقاع عقوبات على أشخاص أبرياء لذلك وجب التنبه له ومعالجته في نطاق الأسرة والمدرسة، ويتسنى ذلك بتفهم دوافع الطفل. أما إذا فشل الأولياء في هذا المسعى فيجب إحالة الطفل إلى أخصائي نفسي .

7.2. الكذب الدفاعي : هذا النوع من الكذب يشكل حوالي 70% من الكذب عند الأطفال خاصة فوق سن السادسة، وهو بذلك يعتبر أكثر أنواع الكذب شيوعا. يهدف الطفل من خلاله إلى دفع الأذى ومنع عقوبة متوقعة قد تسلط عليه هو أو على أشخاص آخرين. أو إنكار مسؤوليته عن وقائع معينة. هذا النوع يحدث حين يسود نظام عقابي صارم وشديد في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع، فيلجأ الطفل إلى الكذب خوفا من التعرض للعقاب، وربما يلقي بالتهمة الموجهة إليه إلى شخص آخر بريء فيصبح الكذب مزدوجا حيث ينفي التهمة عن نفسه أولا ثم يلصقها بشخص بريء. هناك من الآباء من يضربون أبنائهم لكي يقولوا الحقيقة وهم بذلك يدفعونهم دفعا إلى الكذب. كما قد يسلك الطفل هذا الكذب أيضا للخروج من المواقف المحرجة. يحتاج علاج هذا النوع إلى بيئة تتسم بالتفهم والتقبل لزللات الطفل وأخطائه ومساعدته على تصحيحها بوسائل تربوية إيجابية دون اللجوء إلى العقاب الشديد طوال الوقت (سامي محمد ملحم. 2002. ص 363 / محمد المهدي، 2007، ص ص 97-98 / عبد اللطيف حسين فرج. 2009. ص 267).

8.2. الكذب المرضي المزمن: وهو الكذب المتعمد المزمن حيث يجد الطفل نفسه مدفوعا إلى الكذب لا شعوريا. يكذب في أغلب المواقف حتى يصبح الكذب أحد سماته التي يشتهر بها. هذا الكذب عنصر ضمن منظومة سلوكية مضطربة مثل السرقة والعدوان. وهذه الحالة تحتاج إلى العلاج النفسي والاجتماعي المتخصص (محمد المهدي، 2007، ص ص 98-99).

تنتشر هذه الأنواع كلها في مختلف مراحل الطفولة والمراهقة. غير أن الكذب الخيالي الالتباسي هو أكثر الأنواع شيوعا في الأعوام الأولى من عمر الأطفال. وهي تحتاج إلى متابعة وعناية من قبل المحيط حتى لا تترسخ كمشكلة مستقلة تولد الكثير من المشكلات السلوكية الأخرى. غير أن تدخل المحيط ينبغي أن يتسم بالمرونة ومراعاة حقيقة وخلفية هذه المشكلات حتى يتمكن من التخلص منها وليس تغذيتها.

3. أسباب الكذب :

توجد أسباب عديدة لكذب الأطفال :

- عدم إشباع الحاجات الأساسية .
- التنفيس عن المكبوتات، والإنكار كطريقة لتجنب الذكريات المؤلمة والمشاعر والخيالات.
- تقليد سلوك الراشدين .

- التفاخر أو التباهي كي يحصل على الإعجاب و الاهتمام.
- العدوانية تجاه الآخرين.
- تشويه صورة الذات بأن يكون قد أوحى المحيط للطفل مرارا بأنه كاذب حتى أصبح مقتنعا بذلك.
- عدم الثقة إن اعتاد الأبوان أن لا يثقوا بالطفل ولا يصدقانه عندما يخبرهما الحقيقة فقد دفعاه إلى الكذب (تشارلز شيفر وهوارد ملمان، 2008، ص 430).
- الدفاع عن النفس هربا من النتائج المؤلمة نتيجة عمل غير مرضي قد قام به حتى يتجنب للعقاب.
- عدم مراقبة الوالدين لسلوك الأبناء والتدقيق هل هو صادق أم كاذب.

1. الوقاية وعلاج الكذب عند الأطفال :

عند التفكير في علاج الكذب يجب ملاحظة التالي :

- سن الطفل: قبل سن الخامسة تكون الاحتمالات بريئة وليست كذبا بالمعنى المعروف.
 - ماهو نوع الكذب ؟
 - هل الكذب صفة ملازمة أم سلوك عارض ؟
 - ماهي دوافع هذا الكذب وملابساته ؟
 - هل الكذب عرض منفرد عند الطفل أم أنه جزء من تركيبة سلوكية مضطربة ؟
- علينا أن ننظر في المصادر الأصلية للكذب في البيئة والتي منها استقى الطفل هذا السلوك. بمعنى أن نطهر الجو المحيط بالطفل من كل مظاهر الكذب، و هذا يستدعى شجاعة من الوالدين في مواجهة كذبهما الشخصي أولا ليكونا بحق قدوة حسنة لطفلهما. ثم ننتقل إلى الإجراءات الأخرى، نذكر منها :
- رصد احتياجات الطفل المحبطة كالحاجة للحب والتقدير والحاجة إلى الأمان، لأن عدم إشباع هذه الحاجات ربما يدفعه إلى الكذب انتقاما أو هربا أو تعويضا.
 - إتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن نفسه دون قهر أو خوف حتى لا يدفعانه دفعا إلى الكذب.
 - تحمل أخطاء الطفل وزلاته والتسامح معه كلما أمكن ذلك دون الوقوع في خطأ التدليل أو التساهل.
 - الوفاء بوعودنا التي قطعناها للطفل وإعلاء قيمة الصدق في الأسرة.
- يجب أن نعلم أن أضعف الوسائل الإصلاحية في هذه الحالات هي العقاب والنصح اللفظي الذي لا يعقبه السلوك ، كما أن التشهير بالطفل أمام العائلة و أمام أصدقائه يجعله يتمادى في كذبه كما يؤثر ذلك بالسلب على شخصيته (محمد المهدي، 2007 ، ص100).

المحاضرة العاشرة - السرقة

حب التملك عند الإنسان دافع أصيل في تكوين الإنسان وهو الرغبة في أن تكون له أشياء تخصه يدافع عنها. الميل إلى التملك أمر مشروع عند كل إنسان ولكن العدوان على ممتلكات الآخرين والاستحواذ عليها بدون وجه حق، يعد سرقة لأنها تلحق ضررا بالفرد أو المجتمع ويعاقب عليها القانون وكذلك المجتمع، وحتى الأديان السماوية تشددت في معاملة السارقين إذ أن حد السرقة في الإسلام قطع اليد. يبدأ الطفل في نهاية السنة الأولى بالتمسك بملكياته لأشياءه الخاصة به ويمنع الآخرين من أخذها منه ، وإذا حدث أن سلبه أحد شيئا ما من لعبه فإنه يبكي ويضرب يديه ورجليه محاولا استردادها. لا تكون حدود الملكية واضحة لدى الطفل في سنوات عمره الأولى فهو يريد أن يمتلك أي شيء يعجبه ويستعين بوالديه للحصول على الأشياء التي يحبها ولا يستطيع الحصول عليها، فإذا كبر قليلا وأصبح قادرا على أخذها فإنه لا يتردد في ذلك إذ ليس عنده سبب يمنعه من أن يأخذ ما يحبه؛ هنا يأتي دور التربية الأسرية التي تعلم الطفل بأسلوب بسيط يستوعب عقله الصغير بأن هناك أشياء تخصه وأشياء تخص أسرته. ولا يحق له أخذ ملابس أخيه أو أخته أو لعبهما إلا بإذنهما، وهما أيضا لن يفعل ذلك. هنا تبدأ أولى دروس حدود الملكية والأمانة. ولكي ترسخ هذه القيم في عقل الطفل الوجداني فيجب أن يكون له حوائج لا يشاركه فيها أحد ولعب خاصة به. وفي نفس الوقت الذي يتعلم فيه الطفل معنى الملكية نعلمه أن هناك شيء اسمه الاستئذان فإذا أحب مثلا أن يلعب لبعض الوقت بلعبة أخيه فيمكنه ذلك بعد أن يستأذن. ثم نعلمه أن هناك شيء عظيما اسمه الإيثار وذلك بأن يعطي أخاه بعض لعبه ليلعب بها بعض الوقت. وأن هناك خلقا اسمه الأمانة وهي تعني عدم التعدي على أشياء إخوته أو رفاقه في اللعب وأن الله الذي خلقه وأحبه ومنحه كل شيء في حياته يحب هذه الأمانة ويكره أن يأخذ أحد شيئا ليس من حقه، وهو يراه حين يفعل ذلك حتى ولو لم يره أحد آخر؛ وهكذا نتاح لنا الفرصة في سن مبكر لإرساء هذه القواعد المهمة والأصيلة بشكل مبسط في سلوك الطفل. أما إذا فشلت هذه العملية التربوية فإننا نواجه مشكلات كثيرة يصعب حلها في السن الأكبر (محمد المهدي ، 2007 ، ص 90) منها السرقة.

1. تعريف السرقة:

هي أن يأخذ الطفل شيئا ليس من حقه (محمد المهدي، 2007، ص88) ولكن لا يوصف السلوك عند الطفل بأنه سرقة إلا إذا عرف أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه وأنه سوف يعاقب عليه. تشيع حوادث السرقة البسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة، وتبلغ ذروتها بين الـ 05 و 08 سنوات من العمر؛ ثم تبدأ بالتناقص. وينمو الضمير عند الأطفال بشكل بطيء كلما ابتعدوا تدريجيا عن اتجاه التمرکز حول الذات والإشباع الفوري لدوافعهم. ومن بين جميع المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة تعد السرقة أكثرها إثارة لقلق الآباء حيث يرونها نموذجا للسلوك الإجرامي مما يولد الخوف في

قلوبهم كما يشعرون أن محيطهم سوف يحكم عليهم بناءا على سلوك أطفالهم (حنان عبد الحميد عناني، الطفل والأسرة والمجتمع، ط01، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 123).

2. دوافع السرقة:

هناك أسباب كثيرة تؤدي إلى السرقة منها:

- قد يسرق الشخص نتيجة لحاجة مادية بسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها.
- أساليب معاملة الوالدين غير المناسبة فيلجأ إلى السرقة نتيجة القسوة والعقاب.
- التنشئة الاجتماعية الغير سليمة وغياب التوجيه في الأسرة وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة.
- الرغبة في الامتلاك وهذا يحدث في حالة الطفل الأناني أو المدلل على الرغم من أن والديه يوفران له كل شيء إلا انه يريد المزيد.
- تغطية الشعور بالنقص والتعويض عن غياب أحد الوالدين أو كليهما.
- جذب الاهتمام الوالدين حتى لو كان عن طريق العقاب فهو يريد أن يكون في دائرة وعيها.
- الإثارة والفعل الدرامي والمغامرة (محمد المهدي، 2007، ص ص 90، 91).
- قد تكون السرقة علامة عن توتر داخلي عند الطفل مثل الاكتئاب أو الغيرة من مولود جديد في الأسرة والغضب، إذ يحاول استعادة شعوره الداخلي بالارتياح من خلال السرقة (شيفر وملمان، 2008، ص ص 420، 421).
- هوس السرقة يعني حالة مرضية يسرق فيها أشياء لا يحتاجها ولا قيمة لها عنده ومع ذلك يسرق. ويسرق في شكل نوبات ، في كل نوبة يشعر بتوتر شديد قبل ارتكاب فعل السرقة ولا يخف هذا التوتر إلا بعد تنفيذ السرقة؛ ربما يشعر بالندم بعد ذلك لكنه مع هذا يعاود هذا الفعل القهري مرات ومرات. هذه الحالات تحتاج للعلاج الطبي والنفسي (محمد المهدي، 2007، ص ص 90، 91).

3. الوقاية والعلاج:

- أول ما ينبغي القيام به هو تنمية مفهوم الملكية والأمانة لدى الطفل من سن مبكر. ثم بعد ذلك تأتي الإجراءات الوقائية والعلاجية الأخرى ، من بينها :
- إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية بدرجات معقولة .
 - حين يقع الطفل في خطأ السرقة على الوالدين أن يجلسا معه ويتفهما ظروف وملابسات هذا الفعل، وتعريفه بأن هذا السلوك غير مقبول دينيا واجتماعيا وأن يطلب المساعدة ممن حوله خصوصا والديه عند تعرضه لمواقف صعبة تواجهه. مع التلميح بالعقاب في حالة تكرار السلوك ويكون العقاب مناسبا للمرحلة العمرية التي يمر بها.
 - عدم معايرة الطفل بفعل السرقة أمام إخوته.

- المرونة والتسامح في حالة السرقة العرضية على اعتبار أن هذا السلوك عابر قد مر به أغلب الناس في سن الطفولة.

- عدم الإلحاح على الطفل بالاعتراف بفعل السرقة فذلك ربما يدفعه إلى الكذب فيصبح بذلك سارقاً وكاذباً.

حين تصبح السرقة سلوكاً متكرراً أو مزمناً وفشلت جهود الوالدين يجب عرض الطفل على طبيب نفسي أو أخصائي نفسي لدراسة الحالة واكتشاف الاضطرابات المرضية أو المشكلات التربوية الكامنة خلف هذا السلوك وربما يحتاج الأمر إلى إجراء بعض الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء والاختبارات النفسية التي تقيس درجات القلق والاكتئاب أو العدوان والعلاج ربما يكون في صورة إعطاء بعض الأدوية المناسبة وهذا حسب مقتضيات الحالة. (محمد مهدي ، 2007، ص 92، 93).

المحاضرة الحادية عشر - العدوان

يعتبر العدوان سلوكا مألوفا في كل المجتمعات تقريبا، إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس وعن الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكا هداما ومزعجا في كثير من الأحيان . انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك لأن النتائج المترتبة عنه تعد أكثر خطرا على المجتمع من النتائج المترتبة على نتائج السلوكات الأخرى التي يتصف بها الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا .

1. تعريف العدوان :

قد حاول العديد من العلماء والباحثين تقديم تعريفات للعدوان منهم :

- ميرز (Marz) عرفه بأنه حالات السلوك الموجبة لإيقاع الأذى بشخص ما بشكل مباشر أو غير مباشر؛ أما " زلمان (Zillman)" فيرى أن العدوان هو أي نشاط يقصد به الشخص الإيذاء البدني أو الألم لشخص آخر.

- في حين عرفه هيلقارد "Hilgard" بأنه نشاط هدام أو تخريبي من أي نوع، أو أنه نشاط يقوم به الفرد لإلحاق الأذى بشخص آخر إما عن طريق الجرح البدني الحقيقي أو عن طريق سلوك الاستهزاء والسخرية والضحك، أم " الرفاعي" فيرى أن العدوان عبارة عن "السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء" (خولة أحمد يحي ، 2000، ص ص 185،186).

يمكن حوصلة تعريف للعدوان بأنه السلوك الذي يلحق الأذى بالغير أو بالذات، وقد يكون أذى نفسيا (من إهانة وتحقير ونبذ وما شابههم) أو جسميا (من ضرب ورمي بالأشياء ودفع وما شابه ذلك) أو لفظيا (تتابز وإغاظه وشتم وتسلط وتعليقات التحقير والسخرية وما شابه) (شالرز شيفر وهوارد ملمان، 2008، ص388).

2. مظاهر السلوك العدواني :

هناك عدة تقسيمات لمظاهر السلوك العدواني، أهمها :

1.2. التقسيم الأول :

1.1.2. العدوان الجسدي: ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين، ويهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف ، ومن الأمثلة على ذلك الضرب والدفع والركل شد الشعر والعض... الخ . وهذه السلوكات ترافق غالبا نوبات الغضب الشديدة .

2.1.2. العدوان اللفظي : ويقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب والشتم والسخرية والتهديد... الخ ، وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف ، وهو كذلك يمكن أن يكون موجها للذات أو الآخرين .

3.2. العدوان الرمزي : ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم ، كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن له العداء أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له أو النظر بطريقة ازدراء وتحقير (خولة أحمد يحي ، نفس المرجع السابق ، ص288).

2.2. التقسيم الثاني :

1.2.2. العدوان الاجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين.

2.2.2. العدوان الاجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم غيره .

3.2. التقسيم الثالث :

1.3.2. العدوان المباشر: هو الفعل العدوانى الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في سلوك العدوان.

2.3.2. العدوان غير المباشر: فيتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي، وغالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

4.2. التقسيم الرابع :

1.4.2. العدوان المتعمد : يشير إلى الفعل الذي يقصد فعلا إلحاق الأذى بالآخرين .

2.4.2. العدوان غير المتعمد : يشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذى بالآخرين على الرغم من أنه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو إتلاف الممتلكات.

5.2. التقسيم الخامس :

1.5.2. العدوان المعادي: موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط .

2.5.2. العدوان الو سيلبي: يقوم به الطفل بدافع الحصول على شيء ما أو استرداد شيء ما، وعادة ما يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه.

6.2. التقسيم السادس :

1.6.2. عدوان ناتج عن استفزاز : حيث يدافع الطفل عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

2.6.2. عدوان ناتج عن غير استفزاز: حيث يهدف الطفل من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاضتهم أو التسلط عليهم.

3.6.2. العدوان المصحوب بنوبة الغضب : يقوم الطفل بتحطيم الأشياء من حوله ويبدو هنا كأنه لا يستطيع أن يضبط غضبه.

4.6.2. العدوان السلبي : وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر الأطفال أو المراهقون بأنهم مظلومون وأن أولياءهم مستبدون يسيئون معاملتهم . لكنهم لا يستطيعون الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فيلجأون هذا العدوان ذي الشكل الخداع المبطن، كتعمد إحضار الكتاب الخاطئ إلى الصف، أو تجاهل الواجبات المدرسية، أو القفز على السطر أثناء القراءة أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر بدواع لا تستحق... إلخ (خولة أحمد يحي ، 2000، ص 287).

3. أسباب العدوان:

من العلماء من يركز على العوامل البيئية الاجتماعية في تفسير السلوك العدواني. إذ لاحظوا أن الأولاد الذين يأتون من بيوت يكون الأب غائبا عنها لفترة طويلة يظهرون تمردا على التأثير الأنتوي للأمهات اللواتي يحملن أعباء إضافية بأن يصبحوا شديدي العدوان؛ أكثر هؤلاء الأولاد يتصرفون كما لو أنهم يعتقدون بأن التصرفات العدوانية تجاه الآخرين هي دليل الرجولة (شالرز شيفر وهوارد ملمان، 2008، ص388). كما أن كثرة المشاحنات بين الوالدين تشعرالطفل بعدم الثقة فتعكس على شخصيته وتؤدي إلى ضعف السيطرة على المشاكل والصعوبات التي يواجهها مما يزيد سلوكه العدواني. وتظهر على الطفل المدلل مشاعر العدوان أكثر من غيره ، فهذا الطفل الذي تمتع بالحماية الزائدة لا يعرف سوى لغة الطاعة لتلبية رغباته فإن يتجلى السلوك العدواني لديه بوضوح .

وهناك اتجاه تنظيري يؤكد أن السلوك العدواني ينشأ نتيجة التعرض لإحباطات الحياة اليومية وأن العدوان هو النتيجة الحتمية الطبيعية للإحباط للحرمان أو استجابة للتوتر الناشئ عن حاجة عضوية غير مشبعة. وحينما يشعر الطفل بحرمانه من الحب والتقدير رغم جهوده الحثيثة لكسب ذلك الحب والتقدير فإن سلوكه يتحول نحو العدوان؛ إذ يرى فيلد هاريمان (P.L Hariman) "أن السلوك العدواني هو تعويض عن الإحباط المستمر وأن كثافة العدوان تتناسب مع حجم الإحباط وكثافته إذ كلما زاد الإحباط زاد عدوانه .

من العلماء من أكد على دور العوامل النفسية والصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة فقد وجد سيرز "Sears" أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمان والشعور بالذنب. كما أن شعور الأطفال بالنقص الجسمي أوالمعنوي عن بقية الأطفال ممن حوله يمثل بالنسبة له منطلقا لظهور مشاعر الغيرة والعدوانية. قد يقوم بعض الأطفال باجتذاب انتباه الآخرين وذلك بإبراز قوتهم أمام الكبار وممارسة العدوانية ضد الآخرين .

ويرى المنظرون السلوكيون أن السلوك العدواني متعلم في أغلبه، فالأطفال يتعلمون السلوك العدواني عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم أو أصدقائهم، وفي أفلام التلفاز والسينما وفي القصص التي يقرؤونها؛ ويمكن للطفل أن يتعلم السلوك العدواني إذا لاحظ غيره يجني منافع جراء قيامه بهذا السلوك.

4. علاج السلوك العدواني :

من الضروري معرفة بواعث هذا السلوك هل هي اضطرابات عضوية أم اضطرابات نفسية أم ظروف اجتماعية ، ونحاول التعامل معها حسب طبيعتها بالعلاج الدوائي أو الإرشاد أو العلاج النفسيين. ولا شك أن العلاج سيكون متعدد المستويات ومتعدد العناصر ويحتاج إلى فريق متعدد التخصصات إذ لا يكفي تدخل علاج واحد في هذا الموضوع إنما كل تدخل سوف يصلح جزءا من هذا الاضطراب المتعدد.

- بالإضافة إلى تعددية الوسائل العلاجية نحتاج إلى سياسة النفس الطويل والصبر الجميل من المعالجين ومن الأسرة لأن التغيير لا يتم بسرعة وإنما يحتاج إلى مراحل ، ويمكن أن يأخذ أحد الصور التالية :
- توفير جو ملائم للطفل يراعي قدراته ويقلل إحباطاته وغضبه ويعطيه شعورا بالأمان والطمأنينة .
 - تعليمه المهارات الاجتماعية الجديدة لمواجهة ضغوط الحياة بشكل متحضر ومقبول.
 - إعطاء القدوة من قبل الوالدين والمدرسين والشخصيات المؤثرة في حياته وبيان أن التعامل مع الآخرين يتم بالاحترام والمودة والأخذ والعطاء ولا يتم بالعنف والعدوان .
 - عدم التساهل أو التهاون إزاء السلوك العدواني بل لا بد وأن يعرف الطفل أن هناك عواقبا دائما لسلوكه العدواني كما أن هناك مكافآت للسلوك السوي ، وإذا قمنا بتأديب الطفل أو عقابه فيجب أن يتم ذلك بشكل صحيح .
 - إرشاد وتعليم للوالدين حول السباب التربوية الصحيحة.
 - تدعيم الجوانب الإيجابية من خلال نظام التشجيع المعنوي والمكافآت، ويضعف الجوانب السلبية من خلال نظام الحرمان من بعض المزايا أو التعرض لبعض العقوبات الإيجابية.
 - **العلاج الأسري**: يتم في جلسات متعددة يقوم بها معالج متخصص في العلاج الأسري.
 - **علاج نفسي جمعي** للأطفال أو الوالدين مع آخرين لديهم مشكلات متشابهة مع أبنائهم؛ هذا العلاج يستخدم آليات وتقنيات كثيرة لتفسير السلوكات المرضية (محمد مهدي، 2007، ص 82-83).
 - **العلاج المؤسسي** بانتزاع الطفل من البيئة المضطربة التي تعلم فيها السلوكيات المرضية (شيفر وملمان، 2008، ص ص 340-350).
 - **العلاج بالعقاقير**: الأبحاث والدراسات في السنوات الأخيرة شجعت إستخدامها ومما زاد احتمالات الاستفادة من العقاقير أن هناك نسبة غير قليلة من الحالات المضطربة يعانون من الاكتئاب أو قلق وغالبا ما يعبر الطفل عن اكتأبه وقلقه في صورة اضطرابات سلوكية ولذلك تلعب مضادات الاكتئاب والقلق وحاليا تستخدم مضادات الذهان في علاج السلوك العدواني " الهالوبيدول" ، "الريسبيريدون" ويستخدم الليثيوم لعلاج العنف عند الأطفال وهناك بعض الدراسات التي تقترح استخدام "الكارياماذيي" للسيطرة على نوبات العنف أو السلوك المضطرب وتستخدم مضادات القلق وخاصة "بوسبيرون" لعلاج القلق وما يصاحبه من اضطرابات سلوكية (محمد مهدي، 2007، ص ص 82-83).

خاتمة

يعد علم النفس المرضي للطفل والمراهق أحد الفروع الأساسية لعلم النفس المرضي، وهو مفتاح فهم مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية التي تظهر في مختلف المراحل العمرية، بدء بالرضاعة ثم الطفولات فالمراهقة. بل لا يكاد يكتمل فهم علم النفس المرضي للراشد والاضطرابات النفسية التي تصيب الراشدين إلا بالعودة إلى المعارف التي يقدمها علم النفس المرضي للطفل والمراهق. ذلك ان جذور مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية تعود إلى المراحل الأولى من العمر، تصل حتى الأعوام الخمس الأولى حسب علماء النفس الديناميين.

ويحتل علم النفس المرضي للطفل والمراهق مكانة بارزة في علم النفس العيادي عموماً، نظراً لارتباط مختلف فروعه بنتائج الأبحاث حول الطفل، منها تقنيات الفحص والعلاجات النفسية. فقد كانت دراسة الطفل واضطراباته ضرورة قصوى تحتاجها كل مقاربة نظرية لإثبات دقة وصحة مفاهيمها وواقعيتها، وكذا نجاعة الأساليب العلاجية التي تعتمد عليها.

ولقد حاولنا في هذه المطبوعة ذكر بعض الاضطرابات النفسية الشائعة عند الأطفال والمراهقين. ونظراً لكون هذه الاضطرابات كثيرة ومتشعبة، فقد ركزنا عرضنا بإيجاز على مختلف الجوانب التي تصيبها الاضطرابات عند الطفل والمراهق. وقد حاولنا تكييف حجم المطبوعة على الحجم الساعي المخصص للمقياس، وهو سداسي واحد، لذلك كان العرض يميل إلى الإيجاز.

المراجع

- 1- أحمد السيد محمد اسماعيل. مشكلات الأطفال السيكولوجية. ط2. دار الفكر الجامعي. الاسكندرية..1995
- 2- أحمد عبد اللطيف وحيد. علم النفس الاجتماعي. دار المسيرة. عمان. 2001.
- 3- جمال مقال القاسم وآخرون. الاضطرابات السلوكية. دار صفاء. عمان. 2001.
- 4- حنان عبد الحميد العناني. الطفل والأسرة والمجتمع. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان. 2000.
- 5- خولة أحمد محمد يحي. الاضطرابات السلوكية والانفعالية. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الأردن. 2000.
- 6- راتب أسامة كامل. النمو الحركي - مدخل الى النمو المتكامل للطفل والمراهق . دار الفكر العربي . القاهرة 1999 .
- 7- الريماوي محمد عودة. في علم نفس الطفل. دار الشروق . عمان . 1998 .
- 8- سامي محمد ملحم. مشكلات طفل الروضة . دار الفكر للطباعة و النشر. الأردن. 2002.
- 9- شارلز شيفر و هوارد ملمان. مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. دار الفكر. عمان. 2008
- 10- شارلز شيفر و هوارد ملمان. ترجمة سعيد حسني الغزة. سيكولوجية الطفولة والمراهقة. دار الثقافة. الأردن. 1999.
- 11- الضبع ثناء يوسف. تعلم المفاهيم اللغوية والدينية لدى الطفل. دار الفكر العربي . القاهرة . 2001.
- 12- عبد الحميد محمد شاذلي. الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. المكتبة الجامعية. ط2. الاسكندرية. 2001.
- 13- عزيز سمارة، النمر عصام، الحسن هشام. سيكولوجية الطفل. ط3. دار الفكر. عمان. 1999.
- 14- عصام عبد اللطيف العقاد. سيكولوجية العدوانية و ترويضها. دار غريب. القاهرة. 2001.
- 15- علي فالح الهنداوي. علم النفس النمو الطفولة و المراهقة. دار الكتاب الجامعي. ط2. الأردن. 2002.
- 16- الريماوي محمد عودة، وآخرون. علم النفس العام. دار المسيرة. ط2. عمان. 2006.
- 17- فيصل محمد خير الزراد. الأمراض العقلية والذهنية والاضطرابات السلوكية. دار القلم. بيروت. 1984.
- 18- القذافي رمضان محمد. علم نفس النمو- الطفولة و المراهقة. المكتبة الجامعية. الإسكندرية. 2000
- 19- الكسواني مصطفى خليل. طرق دراسة الطفل . دار الصفاء للنشر و التوزيع . عمان . 2002 .

- 20- مجدي أحمد محمد عبد الله. الطفولة بين السواء والمرض. دار المعرفة الجامعية. الأزارطية. 2002.
- 21- محمد المهدي. الصحة النفسية للطفل. مكتبة الانجلوالمصرية. القاهرة. 2007.
- 22- محمد قاسم عبد الله. مدخل الى الصحة العامة. دار الفكر. الأردن. 2001.
- 23- محمد كمال عبد العزيز. أنت... ومشاكل طفلك. مكتبة رحاب. الجزائر.
- 24- مريم سليم . علم نفس النمو. دار النهضة العربية . بيروت . 2002.
- 25- معوض خليل ميخائيل. سيكولوجية النمو، الطفولة و المراهقة . دار الفكر الجامعي. الإسكندرية . 1994 .
- 26- همشري عمر أحمد. التنشئة الإجتماعية للطفل . دار الصفاء للنشر و التوزيع . عمان . 2003 .

المراجع الأجنبية :

- 27- De AJURIAGUERRA, J. Manuel de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. 2ed. Masson. Paris. 1980.
- 28- CANOUI, P. MESSERSCHMITT, P & RAMOS, O. Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Maloine. Paris. 1994.