الأستاذة الكتورة : منايفي ياسمينة

المحاضرة الاولى: مدخل الى علم النفس المرضي للطفل و المراهق و إشكالية السواء و اللاسواء

مقدمة:

إن الطفل انسان و فرد من أفراد المجتمع، ليس لديه القدرة الذاتية على تدبير أموره و توفير الموارد الضرورية لحياته لوحده،و ذلك بسبب صغر سنه و عجزه و عدم نضجه الكافي لفهم حياته و حل مشكلاته فيها ، و لهذا الطفل الكثير من الحاجات التي يكون عاجزا عن ممارستها بنفسه في كثير من الأحيان، أو عاجزا عن حمايتها، فالنمو سلسلة متماسكة و متتابعة من تغيرات تهدف الى غاية واحدة هي اكتمال النضج و مدى استمراره و بدء إنحداره ، و النمو بهذا المعنى يعني أنه لا يحدث فجأة بل يتطور خطوة خطوة اذ تخضع مراحل النمو لتتابع منتظم و تآتلف مظاهره في سلم متعاقب(مثلا فالطفل يجلس قبل الحبو ،يحبو قبل أن يقف،يقف قبل أن يمشي،يصرخ صرخة الميلاد قبل أن يناغي،يناغي قبل أن يتكلم و هكذا يسير النمو في خطوات متلاحقة متتابعة و يتعرض الطفل للعديد من الاحباطات و المشكلات أثناء نموه و هذا ماسنحاول التطرق له في المحاضرات الآتية و التعمق به و محاولة تبسيطه .

1 – الفرق بين اضطرابات الطفل و اضطرابات الراشد:

هناك العديد من المعايير التي تحكم السواء واللاسواء عند الراشد أو عند الطفل والمراهق و هي تختلف في ظبطها والتحكم بها في كل منهما، و سنحاول ذكر مجمل المعايير بطريقة شاملة ثم نتطرق لها بالتفصيل لمعرفة الفرق في تحديدها بين إضطرابات الراشد و إضطرابات الطفل والمراهق.

السواء عند الراشد ليس إنعدام المرض و الخلو من أعراضه، بل القدرة على الاحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة والتوافق مع نفسه ومع بيئته.(عبد العزيز القوصي،1995ص 75)

سوء التوافق و عدم التكيف هو المعيار الاجتماعي و الثقافي فما تعتبره بعض المجتمعات مرضا قد يكون في مجتمعات أخرى عاديا(بعض الإنحرافات و الشذوذات)، أما بالنسبة للطفل

هناك سلوكات لا يحاسبه المجتمع عليها، و تعتبر عادية ويمر بها الطفل أثناء النمو أما اذا ظهرت هذه السلوكات عند الراشد اعتبرت مرضية مثلا :السلوك في مرحلته الآنية يكون عادي أما اذا أصبح راشدا وقام بسلوكات مرحلية سابقة بفعل النكوص مثلا اعتبر غير عادي أو مرضي لكن حسب مستويات النكوص (كلي أو جزئي)

كذلك هناك مثال آخر :بعض السلوكات مثل السرقة و الكذب وغيرها يتعلم الطفل معايير ضبطها في سن معين فالطفل في عمر مبكر لا يفرق بين الكذب و السرد الخيالي لأحداث غير موجودة، و كذلك لا يفرق بين ماهو ملكه و ماهو ملك الآخرين فالطفل يعرف هذه السلوكات بعد سن(8-9) سنوات مثال (هوس الكذب و يقابها التخيل، هوس السرقة و غيرها)

استخدام الآليات الدفاعية تختلف من الراشد الى الطفل.

التعاسة الشخصية ، الألم، الكرب،عدم الراحة الذاتية،الحصر النفسي الدائم كلها أشياء تعرقل حياة الفرد وتعتبر معايير للسواء بالنسبة للراشد.

الاختلال الوظيفي الضار فهناك إضطرابات عند الراشد واضحة المعالم لأن الجهاز النفسي اكتمل في البناء و كذلك البنية واضحة المعالم مكتملة البناء ،لهذا نجد أعراض إضطرابات الراشد واضحة و محددة أحسن من الطفل لأنه لازال في طور النمو على جميع المستويات حتى البنيوية منها، فبنيته النفسية غير مكتملة وهو لازال في طور النمو كذلك هيئات الجهاز النفسي لم تكتمل بعد لهذا يفضل استخدام عبارات مثل تركيبات مرضية، تنظيمات مرضية ، أو إستجابات اكتئابية أو غيرها من الاستجابات أحسن من استخدام اضطراب أو مرض فهذه التركيبات قد تزول أو تتغير مع النمو، لأن بنية الطفل لم تتكون كليا و نهائيا لتكون ثابتة لهذا فان المعيار الأساسي في تحديد السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق هي السيرورة نحو التقدم والنضج، وأن لاتكون السلوكات معرقلة فاذا عرقلت أو ثبطت أو كفت أو حدث توقف على مستوى النمو اعتبر العرض مرضيا.

هناك شروط معينة تتعلق أيضا بسن الطفل لتحديد حدة و مدة و زمن المشكلة فهناك سلوكات قد تبدو مرضية لكنها لازمة للنمو ،وتعتبر مطلب من مطالب النمو فهناك عقد لازمة لتقدم و نمو الطفل مثل : عقدة أوديب،عقدة الكترا،الصراع الأوديبي ، أزمة المراهقة و غيرها .

معيار عدم التوقع و الإتصال غير الفعال و الإستجابات الإنفعالية الغير ملائمة، و ظهور علامات و أعراض عدم تناسب السلوك مع الموقف.

إنحراف الشخص عن توقعات و أنماط سلوك مجتمعه.

قصور التحكم الذاتي و عدم القدرة على تحمل الإحباطات

1 -1- الفرق بين السواء واللاسواء عند الطفل والراشد:

لا يمكن أن نتكلم عن الإختلافات بين إضطرابات الراشد و إضطرابات الطفل إلا إذا تطرقنا لمشكلة السوي و المرضي عند الطفل و المراهق، لأنها تختلف عنها عند الراشد و هي من المعارف الأساسية و الركيزية التي يجب على الطالب معرفتها و الإلمام بها فيما يتعلق بمقياس علم النفس المرضي للطفل و المراهق ، فهي أساسية لفهم كيفية ضبط و التحكم و التعامل مع الاضطرابات ، و هذا ماسنتطرق له بالتفصيل في هذا الجزء.

فالبنسبة للطفل هناك مشكلات كبيرة في مجال دراسته و فهم إضطراباته راجعة الى:

- قلة وضوح الإضطراب

- اختلاط و تشابه الأعراض

- عدم النضج

- الطفل في مرحلة نمو مستمر و بطريقة مرنة أما الراشد في حالة إستقرار.

- الفحص يكون تحت طلب الوالدين أما بالنسبة للراشد فالطلب منه أو من الجهة الموجهة له مؤسسة أو هيئة مهنية حسب الطلب.

- عند الطفل هناك بعض الإضطرابات يقبلها المحيط و أخرى لا يقبلها (الإفراط في الحركة).

. أعراض المرض يمكن أن لا تظهر في مرحلة عمرية معينة و تظهر في مرحلة لاحقة.

. صعوبة التنبؤ بظهور الأمراض و إستمرارها أو اختفاءها.

تقسيمات مماثلة للتقسيمات الموجودة عند الراشد و لكنها خاصة بالطفل و المراهق و هي كالتالي:

. إضطرابات الحياة الغريزية :إضطرابات النوم ، السلوك العدواني ، إضطرابات السلوك الجنسي.

. إضطرابات الحياة االعاطفية : مرض الانفعالات ، المشاعر و المزاج.

. اضطرابات الوعي : اليقظة ،الوعي بالذات ،الوعي بالأحداث.

. الاضطرابات العقلية :الانتباه ،التوجه الزماني، التوجه المكاني ،الذاكرة ، سير الأفكار، التفكير المنطقي ، الأحاسيس بالمواقف .

. الإضطرابات الحسية الحركية .

. إضطرابات التعبير و اللغة.

إن هذه التقسيمات قد تعطي فكرة عن الاضطراب الذي يجب أن ياخذ موقعه في المجموع الوظيفي (اي ان لا ياخذ بمعزل) و ان يكون في علاقة مع طريقة التواجد في العالم و معنى هذا التواجد

. و لقد لعبت طرق الملاحظة و القياس للأطفال دورا كبيرا في تطوير علم النفس المرضي للطفل و مجال الدراسات مع الطفل و المراهق ، و لكن كيف يمكن ان نحدد ان الطفل غير عادي بالنسبة للاخرين ؟

وقد جاء القياس لحل هذا الاشكال حسب قانون Gauss

كما اهتم التحليل النفسي بالراشد بحيث انه درس الاضطرابات الراهنة للراشد بالرجوع الى الاطار المرجعي لحياته الماضية و طفولته ، انه لم يهتم مباشرة بدراسة الطفل و لكن يعتبر دوره مهم جدا في تطوير علم النفس المرضي للطفل، باعتباره اكثر النظريات تركيزا على الابعاد العلائقية و التطورية رغم انها لم تطبق مباشرة على الطفل فهو اهتم فقط بملاحظة ابنه اثناء لعبه او الصغير هانس من خلال وساطة الاب ، كانت هذه النماذج الاولى للعلاج العائلي ، و لكن الطفولة موجودة دائما باعتبار ان العصاب الطفولي يلعب دورا اساسيا في تكوين العصاب عند الراشد ، و لكن ليس بالضرورة نفس الاعراض التي يمر بها الطفل هي نفسها عندما يكبر (مثلا اعراض اكتئابية يعني تؤدي الى الاكتئاب فيما بعد عند الراشد) لان الطفل لم تبنى عنده البنية نهائيا و هو في تطور و نمو مستمر و لكن هذه الامراض او الاضطرابات التي تظهر عند الطفل هي مجرد تنظيمات مرضية قد تتغير الاعراض كل مرة حتى تستقر البنية النهائية في سن الرشد، وفي نهاية حياته (فرويد) ترك مجموعة من الاسئلة التي فتحت الباب امام طريقتين مختلفتين في التحليل النفسي للطفل

1 -2 – مشكلة السوي و المرضي عند الطفل :

مسألة السوي و اللا سوي هي أكثر تعقيدا بالنسبة للطفل والمراهق بحكم كونهما في حالة تنامي حيث أن بناء المرفولوجية الوظيفية في حالة حركة و تظاهراته السلوكية غير ثابتة بعد.فالفرد قبل الرشد ليس له بنية ثابتة لكونه مازال ينمو، وظهور بعض أعراض الراشد لا تعني بالضرورة حالة مرضية، لذلك ينبغي الحذر من استخدام التصنيفات والتشخيصات و الأحكام الخاصة بالراشد

نمو الفرد يمر بمراحل و كل مرحلة تحمل ظروفا خاصة من صراعات و إمكانات و مشكلات و حلول لمشكلات ، و تحمل أعراضا – ليست في الحقيقة – مرضية بل هي منظمة لعملية النمو السليم و تساعد الطفل على بعض الإكتسابات و التعلمات . و تلعب الفروق الفردية دورا إضافيا

في تعسير تحديد السواء لأن لكل فرد إيقاعاته الجسمية و النفسية النمائية ، هدا ما أذى إلى توجيه التركيز نحو الانسجام الذاتي و مدى توازن الوظائف النفسية الحركية الاجتماعية .

العالم Kenghelhein:

أول من وضع فروقا بين السوي و اللا سوي – عند الطفل – حيث وضع أربع معايير لتحديدهما ، لكن فرويد إنتقد هذه المعايير ، و أردف أننا كلنا عصابيين لأن لكل فرد إما بنية عصابية أو بنية ذهانية ، وكل فرد يعيش صراعات أو أزمات يحلها بواسطة آليات الدفاع . ساندت ميلاني كلاين فكرة فرويد هذه لكن بنوع من الإعتراض فلا ينبغي حسب رأيها – قول فرويد الحديث عن العصاب كضرورة في بنية كل شخص بل يجب البحث عن العصاب الحقيقي لدى الطفل فلا يمكن إعتبار الخوف مثلا كحالة عصابية يمر بها الطفل فعند الأطفال الكثير من المشكلات العصابية هي في الحقيقة محصورة في إضطراب وظيفي واحد ، والمسار من الصراع إلى العرض غالبا أقصر مما هو عليه في عصاب الراشد. ويرى هارتمان أنه لأ يمكن فهم النمو العصابي إذا لم نعتمد على تحليل مفصل جدا ومعرفة مدققة لما هو " نمو طبيعي " ، بينما حاليا الأسئلة التي تطرح حول العصاب الطفلي أكثر من الأجوبة التي تقدم .

حسب Kris:

تبين الملاحظات أن الصراعات والأزمات لا يمكن تفاديها خلال عملية نمو الطفل يجب النظر إلى هذه الأزمات كأنوية(الأنا) مهمة لهذا النمو، منها ما هو منبع لهذه القابليات وما هو منبع لضعف الانا

إن بعض الأعراض وليدة ظروف معيشية إذ تكون إنعكاسا 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 الازمة ويرى دأجورياقيره أن المرض يشكل لا تكيفا مع المقتضيات الحميمية و مع مقتضيات العالم الخارجي، ولا يمكن إعتبار العرض أو السلوك مرضيا إلا بمقارنته بمستوى النمو والموقف الراهن.وعن طريق مجموع منظومة الطفل والمميزات العلائقية نستطيع التفريق بين الإضطرابات

المهيكلة ذات الطابع العصابي الصريح و الإضطرابات الإنعكاسية العابرة أو الأشكال الإنتقالية أو إعادة التنظيمية. (عبد الكريم حجازي ، 2004،ص ص58-62)

يقولdeajurujera:

"إذا كانت مشكلة السواء والمرض عسيرة عند الراشد فإنها أكثر تعقيدا عند الطفل لأنه كائن ينمو و بالتالي فهو في حالة تغير دائم في تنظيم بناء الأعراض واختفاءها".

و من هنا يصعب تحديد السوي والمرضي لأن السواء نسبي ويتغير حسب الزمن والمحيط .

والغير سوي يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف وجماعة معينة لكن ماهو غير سوي لايعني أنه مرضي بل يختلف عن المعتاد ملاحظته

ولتفادي الغموض يجب تقويم وصفي كمي كيفي مثالي لان الغير عادي ليس مرضيا والمعتاد ليس سويا بالضرورة.

لا يوجد سواء مطلق فكل فرد يستعمل في حياته اليات مرضية لكنها مؤقتة وليست صلبة وهذا مايفرقه عن المريض الذي يستجيب دائما بنفس الطريقة.

فمشكلة السوي و المرضي معقدة جدا عند الطفل ،و خاصة إذ علمنا إن هذا الأخير غير ناضج عاطفيا وفي طريق النمو المستمر و عملية النمو عند الطفل لا تمر بدون صراعات و نوبات ضرورية للنمو أو منها (عقدة أو ديب) فالطفل منحصر بين الحياة ، الهوامية و الواقع المعاش و يصعب عليه اشباع الرغبتين و على هذا الأساس فاتخاذ حل وسيط ليس من الشيء السهل نظرا لمجموعة الإحباطات الناتجة سواء من العالم الخارجي (العقوبات) أو من عدم اشباع الرغبات و بالنسبة لتقبله للإحباط (هذا الشيء نسبي) ، و بالنسبة لكل من الإحباط يكون الطفل في حالة نكوص نوعا ما إلى مرحلة من مراحله السابقة للنمو لعاطل و خلال النمو الطفولي يصبح هذا النكوص عادي عندما يكون مرحلي (وغير كلي و خاصة) عندما يسمح للطفل أن يقابل مرة

أخرى المشكل الذي تعرض إليه سابقا وهذا لأنواع من النكوص ماهي إلا مراحل تمكن في تغيير الإمكانيات الطاقوية لمواجهة الواقع على شكل آخر إلا أن هذه النكوصات تؤدي إلى سلوكات خاصة بمراحل سابقة و التي تظهر حسب عمر الطفل و كأنها تشكيلات مرضية ، ولكن على الرغم من ظهور اضطرابات في السلوك فإن نمو الشخصية يتكون بشكل عادي فإنه لا داعي للقلق: (الطفل بصدد حل لمشاكله من خلال تجرباته الخاصة) كثيرا ما يكون العرض الملاحظ عند الطفل الحل الأمثل لأنه يستجيب إلى نظام مكيف وفق تطور الطفل نفسه ووفق محيطه الحاضر. فالطفل وحدة متكاملة ونسق منظم كل عنصر يؤثر على الآخر و يتأثر به.

1 -3 - التعريف اللغوي و الاصطلاحي للسواء و اللاسواء:

لغـة : السواء من سوى يسوي الشيء أي قومه و عدله فجعله سويا .و السواء يأخذ معاني التوازن و العدل و التساوي.

اصطلاحا : غير السوي يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف و جماعة معينين ، لكن لا يعني أنه مرضي بل هو يخالف المعتاد ، لأن غير العادي ليس مرضيا بالضرورة ، و لا المعتاد سويا دوما

السواء و اللا سواء مسألة معقدة و يمكن تناولهما كمفهومين متناقضين مثل الخير و الشر، أو دراستهما على أساس جدلية الأضداد، و يمكن الحديث عن السواء كقيمة إحصائية و نطابق بين :السوي و الشائع و يتوزع الأشخاص حسب منحى غوس و نتحدث كذلك عن

السواء القيمي : أي ما يجب أن يكون.

السواء المثالي: يتغير حسب المجتمعات.

السواء الوظيفي: حسب مميزات كل فرد إذا أمكن تعريف السواء بالنظر إلى التكيف – وفق بعض المعايير البيولوجية – ليس فقط إحداث بعض التوازن إنما هو قدرة رد الفعل لإعادة التوازن المفقود عقب موقف مجهد و من الزاوية النفسية الإجتماعية لا يجدر بنا فهم التكيف

كمجرد قبول ما أعطانا إياه العالم الخارجي أو المجتمع بل هو كما قال " نيوتن " " المبدأ الدينامي الأساسي ليس التكيف مع العالم بل هو تحقيق الذات في هذا العالم.

- أما **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 "الإنحراف" أو "السلوك المنحرف أو الشخص المنحرف .

يمكن فهم السوي و المرضي – كذلك – بناءا 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(محمد قاسم عبد الله 1995 ص ص 34- 39)

- يقول **Deajurajera**

" الطفل يكون مرضي عاديا أو عادي مرضيا".

مرضي عاديا:

هناك بعض السلوكات تظهر عند الطفل تبدو متأزمة (مرضية) ولكنها عادية للنمو (العناد،قلق الشهر 8،أزمة المراهقة).

عادي مرضيا:

سلوك وتصرف الطفل كالراشد في كل المواقف (لا يعيش مرحلة الطفل في اللعب).

معيار السواء لدى الطفل هو مدى التقدم نحو النضج.

1 -4 - معايير تحديد السواء:

المعيار الذاتي : يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسواء أو نقيضه.

- **المعيار الاجتماعي** : يتخذ من المجتمع (القيم والنظم الاجتماعية) أساسا للحكم، فالسوي المتوافق إجتماعيا والنقيض بالنقيض.

المعيار الإحصائي : يتخذ المتوسط أو الشائع معيارا للحكم ، و اللا سوي هو المنحرف عن هذا المتوسط بالزيادة أو بالنقصان (منحنى قوس)

المعيار المثالي : يتخذ من المثل العليا معيار له و اللاسواء هو الخروج عنها .

المعيار الوظيفي : يعتبر مرضيا مايؤلم الفرد أو المجتمع .

معيارالتكـيف : لا يعني تقبل قوانين و قيم المجتمع و الإمتثال لها بل يقصد به النشاط الذي يجعل الفرد مرنا قادرا على تحمل التغيرات و الإحباطات و قادرا على الإبتكار في حياته.

(www.educ.com)

يقول **J.Nuttin:**

" الدينامية الأساسية للتكيف ليست التكيف مع المحيط بل تحقيق الذات في المحيط " أي أن تكون للفرد أهدافا و غايات يشخص نحوها.

1 – 5 - الصراع :

لفهم السواء و اللاسواء من الضروري الإشارة أيضا الى الصراع و معرفة مستوياته و ما هو الفرق بين كل من الصراع المرضي و الصراع السوي.

ما يميز المرض هو الصراع و الصراع حتمية ضرورية للنمو،تعتبره (آنا فرويد) صراع ذو طبيعة عصابية.

1 -5 – 1 – الصراع المرضي و الصراع السوي والفرق بينهما:

يجب الرجوع إلى التاريخ الشخصي للطفل (جميع التجارب التي عايشها)

الأخذ بعين الاعتبار الحالة الراهنة للطفل و نمط العيش و هذا الطفل كل صراع لديه، تكون إمكانية لتجاوزه.

الإضطراب يمكن أن يظهر في مرحلة معينة ثم يختفي (عدم إستقرار في هذه الأمراض).

بنية الشخصية هي المهمة في تحديد السواء عند الطفل أو مرضه مع الأخذ بجميع المراحل التي مر بها،

فالصراع في المرحلة الأوديبية و قلق الشهر الثامن تلاحظ كأنها سلوكات مرضية.

أتت بمفهوم ساعد على توضيح مسألة السواء عند الطفل و هو خطوط النمو.

إن معرفة معنى خطوط النمو يساعد على توضيح مفهومه الطفل في نموه يتجه بالتدريج نحو الاستقلالية النفسية والاجتماعية من بين خطوط النمو هناك اتجاه الطفل من التبعية الكلية إلى الاستقلالية العاطفية انتقال الطفل من الرضاعة إلى التغذية العقلانية، انتقال من تمركز حول الذات إلى التركيز على العالم الخارجي و علاقات مع الآخرين ، الإنتقال من الجسم إلى اللعبة (تكوين علاقات مع هذه اللعبة).

يتجه من اللعب إلى العمل (حركة معينة تؤدي إلى نتيجة معينة

الملاحظة المباشرة للطفل هي التي تحدد مفهوم السواء و اللاسواء عند الطفل.

الصراع هو تنمية ضرورية للنمو و المرض هو عجز عن تجاوز صراعاته ،و العجز عن التكيف مع المحيط الخارجي و الحالة الذاتية لما يحدث توقف كلي في مرحلة من مراحل النمو.

خطوط النمو لا تسير بصورة في الحالة العادية هناك توقفات استراحية و نكوص الطفل إلى بعض المراحل السابقة، في الحالة السوية مؤقتة و النكوص الجزئي و هو ضروري للنمو يعطي للطفل الفرصة لاستعادة الطاقة يقوم بإعادة ترتيب الحالة النفسية له.

و التناقض بين متطلبات العالم الخارجي و متطلبات الطفل منحصر بين الحياة الهوامية (رغباته،نزواته) والعالم الخارجي (إحتياجاته)، لما يكون هناك عدم توازن إشباع مفرط للهوامات أو يتلقى احباطات كبيرة أو العقابات يؤدي الى حدوث صراع مرضي للطفل يبدأ في المراحل الأولى (الأم).

:S.Freud

العصاب الطفولي أمر حتمي لا مفر منه.

:M.klein

كل طفل يتلقى صعوبات عصابية لكن المشكل الجوهري ليس معرفة ما إذا كان الطفل يعاني من عصاب أو لا، و لكن معرفة الاعصبة الخطيرة التي من الممكن أن تسبب له صعوبات كبيرة في المستقبل مثلا: أطفال يتلقون صعوبات في (المراهقة) و قد يتحول العصاب إلى ذهان.(رواق عبلة، 2003،ص 10)

:René Diatkine

أحسن محكات تمكننا أن نعرف أن هذا الطفل سوي أو لا سوي حسب الطبيب الأطفال تتمثل في:

- مرونة الاستثمارات.
- من خلال قدرة الطفل على النشاط المعرفي.
- من خلال قدرة الطفل على القيام بأعمال جديدة.
- من خلال ذوق الطفل فيما يتعلق بالحكايات و الاستكشاف وحب المعرفة.

- تنوع ميكانيزمات الدفاع.

- من خلال جمودها (استعمال ميكانيزم 1 أو 2 التحويل و النكوص فقط).

- قدرة الطفل على نقل الرغبات الأوديبية إلى أشخاص غير الوالدين (تحديد الهوية الجنسية و الذاتية).

- إثبات دوره في المجتمع و التقمص.

- تعلق الطفل بالوالدين هل هو دور (واقعي) حقيقي و إذا كان مفرطا أو إنعدام قد يكون هناك إضطراب نفسي خطير.

- يجب أن يكون للطفل القدرة على التكيف مع المجتمع (احترام الطفل للواقع) للتفريق بين الاضطرابات العابرة والحقيقية عند الطفل يجب أن لا نأخذ الأعراض المنعزلة يجب مرحلة النمو التي وصل إليها، معرفة التنظيم الكلي ن الخاصيات العلائقية للطفل.

محاضرة :المقاربات النظرية لتفسير الاضطرابات النفسية للطفل والمراهق

تمهيد

تسعى المقاربات النظرية في علم النفس إلى تفسير أسباب الاضطرابات النفسية للطفل والمراهق، وتقديم أسس للعلاج والتدخل النفسي المبكر .تختلف هذه المقاربات بحسب النظرة التي تعتمدها إلى السلوك والاضطراب النفسي

المقاربة النفسية التحليلية

الأساس النظري هنا يعتمد على أفكار فرويد ومتابعيه، حيث يركز على الصراعات والنزعات الغريزية الداخلية (Conflits inconscients) اللاواعية

آلية تفسير الاضطراب :يرى التحليل النفسي أن بعض اضطرابات الطفل والمراهق تنشأ نتيجة كبتاوالصراعات أو الصدمات المبكرة في الطفولة

مثال :الطفل الذي يظهر سلوك عدواني مفرط قد يكون يعبر عن صراع داخلي غير محلول مع أحد الوالدين أو تجربة فقد

المقاربة السلوكية

الأساس النظري :ترتكز على التعلم والملاحظة و التقليد حيث يُفسر السلوك كاستجابة مكتسبة من البيئة

آلية تفسير الاضطراب :تعتبر الاضطرابات النفسية نتيجة تعزيز السلوكيات السلبية أو غياب التعزيز الإيجابي

مثال :المراهق الذي يعاني من قلق اجتماعي قد يكون تعلم هذا القلق من تجاربه السابقة في المواقف الاجتماعية السلبية

المقاربة المعرفية

الأساس النظري :تركز على العمليات العقلية مثل التفكير، الانتباه، والتفسير

آلية تفسير الاضطراب :الاضطرابات النفسية ناتجة عن أنماط تفكير مشوهة تؤثر على الشعور والسلوك

مثال :الطفل الذي يعتقد دائمًا أنه فاشل في المدرسة قد يعاني من اكتئاب أو قلق بسبب هذه المعتقدات

المقاربة البيولوجية /العصبية

الأساس النظري :تعتمد على العوامل الوراثية والكيمياء العصبية والبنية الدماغية

آلية تفسير الاضطراب :بعض الاضطرابات مثل فرط الحركة و نقفص الانتباه أو التوحد لها مكونات بيولوجية واضحة

مثال :طفل يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه قد يكون لديه نقص في النواقل العصبية الدوبامين أو النوربينيفرين

المقاربة الإنسانية المتمركزة حول الذات

الأساس النظري :ترى أن الطفل والمراهق يسعى لتحقيق الذات وأن الاضطرابات تنشأ عند عرقلة هذا المسار(تحقيق الذات)

آلية تفسير الاضطراب :الاضطراب يظهر عندما لا تتاح الفرصة للنمو النفسي

الطبيعي بسبب بيئة غير داعمة

مثال :المراهق الذي يشعر بعدم القيمة بسبب النقد المستمر من الأسرة قد يعاني من تدني احترام الذات أو قد يصل الى درجة اكتئاب

المقاربة العائلية النسقية

الأساس النظري :يركز على الأسرة كنظام و على التفاعلات بين الأفراد

آلية تفسير الاضطراب :مشاكل الطفل تعكس غالبًا صراعات أو ديناميكيات ضمن العلاقات العائلية و النسق العلائقي الأسري

مثال :المراهق الذي يظهر سلوكيات عدوانية قد يكون يعبر عن توترات بين الوالدين أو انفصال أو تصدع داخل نسق الأسرة

–و في الأخير تعتبر هذه المقاربات متعددة الزوايا ضرورية لفهم الاضطرابات النفسية للطفل والمراهق كل من زاويتها حيث يمكن دمجها ،مع بعض و العمل بالنظرة التكاملية للمساعدة في وضع في خطة تقييم وعلاج شاملة

لمحاضرة : التخلف العقلي(الإعاقة الذهنية)

تعتبر الاضطرابات النمائية العصبية هي مجموعة من الظروف التي تترافق مع بداية مرحلة النمو و تظهر عادة بشكل مبكر مع بداية النمو، و عادة تبدا عند الأطفال قبل سن المدرسة و تتصف بقصور في التطور ، مما يؤدي الى تدهور في الاداء الشخصي الاجتماعي و الاكاديمي و الوظيفي.

في بعض الاضطرابات يتضمن التشخيص الطبي أعراض الافراط و القصور و التاخر في الوصول الى مراحل التطور المطلوبة.

و اضطراب النمو الفكري الذهني يتميز بقصور في القدرات العقلية العامة مث التفكير المنطقي ،عدم القدرة على حل المشاكل وو و عدم القدرة على التخطيط و عدم القدرة على التفكير المجرد و قصور في الحكم و التعلم الاكاديمي و قصور كذلك في الاستفادة من الخبرات و ينتج عن هذا

القصور الذهني ضعف القدرة على الوظيفة التكيفية مثل:ان يفشل الفرد في تحقيق متطلبات الاستقلال الشخصي و المسؤولية الاجتماعية في مظهر او اكثر من مظاهر حياته اليومية و يتضمن ذلك القدرة على التواصل ،المشاركة الاجتماعية،الاداتء الاكاديمي او الوظيفي ،و الاستقلال الشخصي في البيت او القطاعات المجتمعية

الإعاقة العقلية حسب الجمعية الامريكية:

تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي و الذي تقل عن المتوسط الذكاء بانحرافيين معياريين، و يصحب طلك خلل واضح في السلوك التكيفي ، و يظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وقبل سن 18 سنة.

تعريف Jervis 1952:"حالة توقفاو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض او إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة او نتيجة لعوامل جينية اثناء فترة التكوين"

تعريف Dollavolta "عجز دائم للسياقات او العمليات المعرفية يمنعه من القدرة على القيام بالمتطلبات الذاتية و الاجتماعية"

معايير التشخيص :

A -وظيفة عقلية أدنى من المعدل الطبيعي بشكل صريح حاصل الذكاء يقارب أو ادنى من IQ70 باختبار حاصل الذكاء الفردي ، أي قصور في الوظائف الذهنية مثل التفكير و حل المشكلات و التخطيط و التفكير التجريدي و الحكم و التعلم الاكاديمي و التعلم من التجربة و التي اكدها كل من التقييم العيادي و اختبار الذكاء المعياري الفردي اقل من 70

B- عجز او اختلال متزامن في الوظيفة التكيفية الراهنة، فالعجز في التكيف يحد من الأداء ءفي واحد او اكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل و المشاركة الاجتماعية ، و الحياة المستقلة،في البيت و المدرسة و العمل و المجتمع.

C-البداية قبل عمر 18 سنة

أنواع التخلف العقلي:

يمكن تصنيف التخلف العقلي الى مايلي

-التخلف العقلي البسيط(الخفيف) : درجة معاملالذكاء IQ مابين تقريبا 70 الى 55-50 تتميز هذه الفئة بان لديهم القدرة على التعلم و التاقلم في المجتمع بشكل مستقل دون مراقبة او توجيه.

-التخلف العقلي المتوسط : درجة معاملالذكاء IQ مابين 55-50 الى 40-35 تتميز هذه الفئة بان لديهم القابلية للتدريب على مهارات العناية بالنفس و بعض المهارات الاجتماعية ، كما لديهم القدرة على التاقلم لكن لا يمكنهم الاستقلالية دون مراقبة.

-التخلف العقلي الشديد(الحاد) : درجة معامل الذكاء IQ مابين 40-35 الى 25-20 تتميز هذه الفئة بان لديهم القدرة على تعلم الحد الأدنى من مهارات العناية بالنفس و الكلام و يحتاجون الى رعاية مكثفة.

-**التخلف العقلي العميق:** درجة معامل الذكاء IQ اقل من 20 تتميز هذه الفئة بانهم يحتاجون الى اشراف و رعاية دائمة و التحصيل اللغوي لديهم ضعيف و القدرة على الاعتناء بالنفس متدنية.

أسباب التخلف العقلي:

الأسباب الوراثية و الجينية: (زواج الأقارب خاصة في الاسر التي فيها حالات تخلف و كذلك بعض الامراض الوراثية قد تكون من مضاعفاتها التخلف العقلي،خلل في الجينات و اضطرابات كروموزومية،التهابات دماغية كانزيف الدماغي)

أسباب قبل و اثناء الولادة:(إصابة الام بالامراض المعدية كالزهري و الحصبة او الى التهابات او الى مادة سامة ، التعرض الى الكحول قبل الولادة،العامل الريزيسيRhésus كان يكون سالب عند الام و موجب عند الطفل لذا يجب اجراء تحليل الدم للام قبل الحمل،الادوية التي قد تشربها الام في فترة الحمل ،الولادة العسيرة باستخدام الملاقط مما يؤذي الطفل و يسبب التهابات دماغية او نزيف، الولادة المبكرة و نقص الاكسيجين، سوء التغذية اثناء الحمل)

أسباب بعد الولادة:(امراض الطفولة المبكرة كالحمى او إصابة الطفل بامراض معدية مثل التهاب السحايا، الصدمات الدماغية التي يمكن ان يتعرض لها اثناء الطفولة المبكرة، سوء التغذية في السنوات الأولى المبكرة)

التخلف العقلي غير المرتبط بالاسباب العضوية: (الحرمان العاطفي المبكر فقد لاحظ اوبري Aubryان حاصل النمو ينخفض بقدر ماازدادت مدة الحرمان العاطفي النفسي، كما ان النمو يضطرب و يمس الذكاء العام و تكوين المفاهيم و التجريد و ضعف الفهم و التركيز)

أعراض التخلف العقلي:

تتفاوت حسب درجة و مستوى الإعاقة لديهم و قد تتضمن مايلي:

-عدم القدرة على التفكير المنطقي.

-صعوبة التعلم

-السلوكيات الطفولية مقارنة بمن في عمرهم

-عدم القدرة على عيش حياة طبيعية بسبب وجود صعوبات في التواصل و التفاعل مع الاخرين و رعاية الذات

-مشاكل الذاكرة

-مستوى الذكاء اقل من 70

كما يتسم سلوك المصاب بالتخلف العقلي ب

-الاعتمادية،الانسحاب من النشاطات الاجتماعية

-صعوبة الانتباه ،السلبية، العدوانية في بعض الحالات ، الميول نحو إيذاء الذات، العناد.

-عدم تحمل الإحباط و ضعف احترام الذات.

التطور:

يظهر التاخر العقلي خلال فترة النمو،الخصائص في البداية تعتمد على سبب المرض و شدة الخلل الوظيفي في الدماغ، يمكن تمييز التاخر الحركي ، اللغة و يمكن التعرف على معالم او المراحل الاجتماعية في العامين الأوليين عند الطفل ذو الإعاقة الذهنية الشديدة، في حين اذا كانت الإعاقة الذهنية بسيطة لا يمكن التعرف عليها الا في سن التمدرس، حيث تؤثر على التعلم الاكاديمي بشكل واضح ، كما يمكن ان ترافق التاخر الذهني اعراض جينية وراثية جسدية مثل متلازمة داون .

التشخيص:

-قبل كل شيء اجراء الفحص العصبي للطفلEEG-Scanner و غيرها يطلبها الطبيب و يطلب الاخصائي النفسي الملف الطبي.

-التأكد من أن سلوكات و اعراض الطفل موجودة في الجداول الاكلينيكية DSM

-القيام بالفحص العيادي مع الطفل و الاولياء

-تطبيق اختبارات و مقاييس الذكاء(رسم الرجل،اختبار وكسلر،مكعبات كوس)

التشخيص الفارقي:

يجب القيام بالتشخيص الفارقي بين التخلف العقلي و:

حالات الخبل-الذهان الطفولي-الإعاقة السمعية-الحرمان العاطفي-الصرع

التكفل بالمتخلفين عقليا(ذهنيا):

العلاج الدوائي:

يكون حسب الحالة و خاصة عندما يكون التخلف العقلي مصحوبا بامراض جسدية و علاج أي خلل في أعضاء الحس و استخدام الادوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب و النشاط الزائد و تنمية الوعي الصحي و اكتساب العادات الصحية السليمة.

التكفل البيداغوجي:

وضع الطفل في مدارس متخصصة و برامج خاصة تتلاءم و قدرات الطفل و النقص الذي يعاني منه و مراعاة خصوصية الطفل المتخلف عقليا،او وضعه في اقسام مكيفة حسب إمكاناته ، و هذا لتطوير حركته و مهاراته اليدوية و قدراته ، و الاستفادة من قدراته و ذكائه المحدود قدر

المستطاع و تعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للمعرفة و مساعدته على الاستقلالية في حاجاته البدائية و الأولية، المهم مساعدته على التكيف بقدر مستواه .

التكفل النفسي:

مساعدته على التوافق النفسي و اكساب الطفل المتخلف الاستقلالية، و التكفل النفسي عن طريقر علاج نفسي على شكل العلاج الاسنادي يتمثل في إقامة أفواج للتعبير عن طريق اللعب،الرسم،ولعب الأدوار

-التكفل بالمحيط الاسري للطفل المتخلف و خفض القلق و التوتر و تنمية إحساس إيجابي للطفل نحو الذات و مساعدته على تقبل ذاته.

-إعادة التربية النفسية الحركية للتكيف مع النشاطات اليومية كالنشاط البدني المكيف و التمارين الخاصة بالتوجيه في المكان و الزمان و تطور الجانبية مما يساعده على تعلم بعض الأنشطة التربوية كالكتابة و القراءة.

-استعمال نشاطات و تقنيات مختلفة لمساعدة الطفل على التعبير و التكيف و تطوير قدراته النفسية و العقلية (كالرسم و المسرح و السيكودراما)

محاضرة التوحد

يعتبر التوحد من الاضطرابات السلوكية النمائية التي يحوطها الكثير من الغموض المرتبط بأسباب الاصابة و كذلك اساليب تشخيصه و علاجه ، فيظهر سلوكات لا تتلاءم و المرحلة العمرية له كما تختلف اعراض التوحد وتتعدد من حالة الى اخرى ومن طفل الى اخر،و يشكل هذا الاضطراب مشكلة حقيقية للطفل و لذويه و ينظر له كاضطراب يتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل مع وجود اختلاف كيفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة و مخزون نمطي و متكرر او محدود في انماط تواصله وهو يظهر صعوبات كبيرة على مستوى الاندماج في المحيط الاجتماعي.

- تعريف Leo Kanner:

اول من اشار الى اضطراب التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة عام 1943 بحيث انه كان يفحص مجموعة من الاطفال المتخلفين عقليا و لفت انتباهه وجود انماط سلوكية غير عادية ل 11 طفل كان مصنفين متخلفين عقليا و قد كان سلوكهم يتميز بعدم الوعي بوجود الناس و عدم استخدام اللغة اللفظية في التواصل و اطلق عليه مصطلح التوحد الطفولي المبكر، اذ لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات .

يتميز حسب كانار بما يلي

- اطلق عليه اسم التوحد الطفولي المبكر و عرفه بانهم الاطفال الذين يظهرون اضطرابا في اكثر من المظاهر الاتية:
- صعوبة تكوين الاتصال و العلاقة مع الاخرين.
- ـ انخفاض في مستوى الذكاء
- ـ العزلة و الانسحاب الشديد من المجتمع.
- ـ اضطرابات في المظاهر الحسية.
- ـ الاعادة و التكرار للانشطة الحركية.
- ـ ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية.
- ـ الاعادة الروتينية للكلمات و العباراتالتي يذكرها الاخرونامام الطفل.
- ـ اضطرابات في اللغة او فقدان القدرة على الكلام او امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.
- ـ الاضطراب الشديد في السلوك و احداث بعض الاصوات.

ـ الانطواء على الذات

ـ ضعف الانتماء الى الاخر

ـ ميل قوي للمحافظة على رتابة الاشياء

الأعراض الاساسية حسب الرابطة الامريكية :

والرابطة الامريكية للطب العقلي قدمت الاعراض الاساسية للتوحد في الدليل التشخيصي DSM:

ظهور الاعراض قبل 30 شهرا

غياب متواصل للاستجابة والانتماء الى الغير

اضطراب خطير في تطور اللغة

عند وجود اللغة نلاحظ اضطرابات كتشويه في استعمال الضمائر

غياب الهلوسة والخلط الخاصة بالفصام

هذا النوع من الذهان نادر جدا يظهر عند الذكور اكثر من الاناث ولاحظ كانارCaner انه يوجد في عائلات ذات مستوى ثقافي مرتفع عقلانيين وتظهر اعراضه مبكرا لكن المحيط لا يبالي بالاخرين ولا يتكيف جسمه مع حضن الام ولا يركز نظره على وجه الملاحظ ولا يستجيب الى الاخر

لا يحب العلاقة الجسمية

حركات نمطية
حركات باليدين كأنها اشياء لا تنتسب الى جسمه
اضطراب اللغة من الاعراض الاساسية في التوحد
حيث 50 بالمئة لا ينطق ولا كلمة ويظهر الطفل كالاصم يستجيب الى الاصوات المنخفضة ولا يبالي تماما للأصوات المرتفعة

اما النصف الثاني يتكلم لكنه يستعمل ضمير "هو" بدلا من "انا" ونعم لا تظهر الا بعد 6 او 7 - سنوات
وحسب الباحثين تطور اللغة عند الطفل يعتير مؤشرا على تنبؤ متفائل بالنسبة لتطور الطفل ومصيره.

حسب كل من Baird et al 2003 يمكن تشخيص التوحد مبكرا من خلال الاعراض التالية:

-غياب المناغاة و الدلالات و الرموز الاجتماعية في نهاية السنتين.

-غياب الكلمة في نهاية السنة و النصف.

-غياب الربط بين الكلمات و معانيها او التقليد الفوري للغة في نهاية السنتين.

-غياب اللغة و المهارات الاجتماعية مهما يكون عمره.

معايير تشخيص التوحد حسب DSM بالتفصيل: و هي كالتالي:

توافر 6 أو اكثر من المواصفات المدرجة في A-B-C على ان تشمل على اثنين على الأقل من المجموعة A وواحدة على الأقل منن كل من المجموعة B-C

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

-نقص ملحوظ في استخدام العديد من اشكال السلوك غير اللفظي مثل: التحديق الى الاخر اثناء المحادثة ، و التعبير الوجهي، و الأوضاع الجسدية ، و الايماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

-العجز عن إقامة علاقات بالاقران مناسبة لمستوى نموه.

-لا يسعى تلقائيا الى مشاركة الاخرين في الترفيه او الاهتمام او الإنجازات ، كان لا يظهر او يشير الى الأشياء التي تحظى باهتمامه.

-الافتقار الى تبادل العلاقات الاجتماعية و العاطفية.

B-خلل نوعي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

-تأخر او انعدام نمو اللغة المنطوقة ، و غير مصحوب بمحاولة تعويضية من خلال طرق بديلة للتواصل كالايماء او المحاكاة الحركية.

-بالنسبة للافراد القادرين على الكلام لديهم نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع شخص اخر او مواصلتها.

-التردد و التكرار الالي للكلام او اسنخدام لغة شخصية شاذة.

-نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف اشكاله او لعب أدوار الكبار ،بما يلائم مستوى نموه الخيالي.

C-التكرار الالي لانماط محدودة من السلوك و الاهتمامات و الأنشطة ، كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

-الانشغال التام بواحد او اكثر من أنماط الاهتمام المكرر و المحدودة و الشاذة في درجتها او موضوعها.

-التمسك المتصلب بروتينات و طقوس معينة ليست لها ضرورة.

-حركة تتسم بالمعاودة و التكرار الالي.

-نمطية او ثني اليد او الأصابع او الحركات المعقدة لكامل الجسم.

-الانشغال الدائم باجزاء من الأشياء.

-تأخر و شذوذ الأداء في واحد على الأقل من المجالات التالية،حيث يبدأ قبل سن الثالثة:

-التفاعل الاجتماعي المتبادل

-اللعب الرمزي و الخيالي.

أنواع التوحد:

تؤكد الجمعية الامريكية ان هناك انواع للتوحد لكنها تندرج تحت عنوان الرئيسي للاضطرابات المجتاحة للنمو، او الاضطراب النمائي الشامل و الذي يضم 4 أنواع من الاضطرابات نعرضها فيما يلي:

1-اضطراب التوحد: او كما يسميه البعض توحد كانر يتميز بثلاثة اعراض رئيسية متمثلة في:

-ضعف في العلاقات الاجتماعية.

-ضعف من ناحية التواصل اللفظي و الغير اللفظي.

-الاهتمامات و النشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي.

كما تظهر لديه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد او قلة التركيز او نوبات غضب شديدة، و سلوك عدواني اتجاه نفسه او غيره،كما قد يصاحبه في بعض الحالات انخفاض في نسبة الذكاء و يشترط ان تظهر الاعراض الأساسية للاضطراب قبل سن الثالثة.

2-تناذر الاسبرجر: يتميز ب

-تشوه ملحوظ في التفاعلات الاجتماعية

-سلوكات متكررة و مقولبة

-بينما لا يلاحظ فيه أي تأخر نمو لغوي كما يبقى سوي سلوك التكيف و القدرات المعرفية.

الفرق بين الاسبرجر و التوحد:

يظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل بينما يكتشف الاسبرجر الا بعد السنة السادسة و ما فوق من عمر الطفل.

-يتميز التوحد بقصور واضح في اللغة و في تكوين حصيلة لغوية بينما يتمتع الاسبرجر بحصيلة لغوية لا باس بها مع انه يعاني من صعوبات في التخاطب و التعبير.

-الطفل التوحدي منغلق تماما على نفسه بينما طفل الاسبرجر يحس بمن حوله يتعرف عليهم و لكنه يعجز عن تكوين علاقات .

3-تناذر ريت: مايميز هذا الاضطراب انه يظهر عند الاناث فقط، حيث يبدا القصور النوعي بعد مرحلة نمو عادية تبلغ على الأقل ستة اشهر،يبدا بحركات الايدي المقولبة و اغتراب الحركات المقصودة و تدهور التنسيق الحركي و انخفاض الاتصالات الاجتماعية و نقصان في استعمال اللغة.

4-اضطراب الطفولة التفككي: يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث و يتم تشخيصه اذا ظهرت الاعراض بعد تطور و نمو طبيعيين في السنتين الاولتين من العمر،و بعدها يفقد المهارات التي اكتسبها- و من بينها:

-ضعف نوعي و كيفي في التفاعل الاجتماعي.

-ضعف في التواصل الاجتماعي. من الاهتمامات.

-ضعف في المهارات الحركية.

-سلوكات نمطية مكررة في نطاق ضيق

-عدم التحكم في التبول.

-و تظهر هذه الاعراض بعد نمو سليم و طبيعي خلال عامين الاولين او قبل سن العاشرة.

التطـــــــــــور

للاسف تطور متشائم عند اغلبية الحالات المصابة وخاصة عند غياب اللغة حتى اربع سنوات بعض الاطفال يتطورون نحن تخلف عقلي هام البعض الاخر يلتحقون بالمراهقيين الفصاميين والبعض الاخر نحو السيكوباتية وجزء قليل يمكنه ان يتكيف جزئيا

التشخيـــص الفارقـــــــي

1 ـ يجب حذف الصمم (الاصم يبحث عن العلاقة)

2 ـ تفريقه عن التخلف العقلي العميق الذي له نقص في معاملة الاشياء لكن العلاقة تبقى

3 ـ التفريق الاساسي بين الذهان وأعراض الحرمان الامومي فهذا الاخير يتصرف مثل الذهاني لكن يختلف في الظروف التي يعيشها (حرمان وجداني .حركي.معرفي....) وهو على عكس الذهاني يستجيب الى العلاجات النفسية ويتطور اما الذهاني يبقى في انغلاق ورفضه للمحيط تمسكت اغلب المدارس الفرنسية بالتوحد كذهان فيها ذهبت اغلب المدارس الانجلوساكسونية بالتوحد كاضطراب النمو اي كنوع من الاعاقة الاولية الفطرية تمس الجوانب العلائقية والمعرفية وتكوين الهوية

يقولون ان الطفل يولد متوحد ولايكتسبه وهذا ماجعل الميل من حيث الاسباب الى العوامل الجينية اما كنار فصنفه كما سبق الذكر تحت الذهانات وهذا سمح بعزله عن التخلف العقلي وعن الاضطرابات الدماغية المبكرة هذا التصنيف ادى الى بروز امال كبيرة في شفائه عند اولياء المصابين وعند المعالجين

لكن بعد عشريات من العلاج النفسي بدون نتائج دالة ادى هذا التصنيف الى العقم النظري والتطبيقي "العلاجي" وساهم في اعتباره كاضطراب ذا منشا نفسي محض وذهبت البحوث الى البحث عن السببية في علاقة الام بطفلها (انهيار الام.اضطراب العلاقة الاولية.لديها رغبة في الموت.نبذ الطفل من العائلة.....)

مما حول كل التهم الى الام والاب من جهة هذا التصنيف ساهم في تجاهل الاضطرابات العضوية الدماغية البيولوجية بيوكيماوية وتفادي الفحص العضوي

لقد ظهرت دراسات تناقض التصنيف السابق وتطلب اطارا مرضيا جديدا وهو ادخال التوحد المبكر في اضطرابات النمو بعدما تمسكت اغلب المدارس الفرنسية بالتوحد كذهان المدارس الانجلوساكسونية كما ذكر من قبل ادخلته في اضطرابات النمو اي اصبح يعامل كنوع من الاعاقة الاولية الفطرية تمس الجوانب العلائقية والمعرفية وتكوين الهوية الذاتية وهذا كان تحت تاثير النظريات التكوينية والمعرفية

1 ـ لوحظ ان الاطفال المشخصين بالتوحد وذهان الطفولة مصابين باضطرابات اخرى متنوعة (التهابات. صدمات.تدهور عصبي)(

2 ـ ضغط عائلات المصابين وجمعياتهم مع رفضهم لاتهامهم بانهم هم السبب في ذهان الطفل

3 ـ اثبات نجاح برامج التربية المتخصصة ذات الاتجاه السلوكي التي امرت به المدارس الانجلوساكسونية نتيجة لعدم استجابة المتوحديين للعلاجات النفسية التحليلية

لذا يجب تشخيص دقيق لاحصاء كل الاضطرابات وانواعها لتكييف نوع التربية كل الاطفال الذهانيين لايتشابهون لا في السببية المؤثرة ولا في نوع الاضطرابات حتى ان جمعتهم اعراض ذات شكل ذهاني متشابهة فالذهانات ليست نوعا واحدا بل عدة انواع

و يركز j.moura serraعلى القيام :

1 ـ معرفة تاريخ الحالة من جوانبها الطبية والنفسية

2 ـ الاعاقات على مستويات حركية حسية ومعرفية

3 ـ المحيط الاجتماعي العائلي والتربوي

4 ـ اهمية مشاركة الاولياء في العلاج والتكفل

لكن وضع الذهانات خاصة المبكرة في اطار اضطرابات النمو لا يعني اننا نكتفي باعادة التربية والتربية المتخصصة والخاصة لكل اضطراب بل يجب اخذ الطفل ككل وحدة بيو-نفس-اجتماعية

العلاج النفسي بدون تربية لايكفي والتربية بدون علاج نفسي تتعرض الى اتخاذ الطفل كالة والاهتمام بالجانب العلائقي لايمنع الجانب التربوي

العلاج الشامل ساتطرق اليه بعد نهاية فصل الذهانات

12 - العـــــــــلاج:

نعني بالتكفل النفسي و العلاج تلك التقنياتى ذات المقاربات النفسية العلاجية التي توضع في شكل برامج متكاملة و متنوعة و الأساليب لتطبق من طرف الاخصائيين و كطا ادماج الاسرة و كل من له علاقة بالطفل التوحدي , كذا ادماجه في محيطه.

Le maternage - 1 -

وهو نوع من العلاج المفضل عند الاطفال يستعمل الماء في حوض الحمام او في المسبح وهذا يطمئن الطفل ويساعده على معرفة جسمه والاحساس وتكوين علاقة مع المعالج

2 ـ العلاج بالحيوانات الطفل المنعزل الذي يرفض العلاقة يفضل الحيوانات التي يكون معها علاقة خاصة تسمح له بالتفتح اكثر والاطمئنان

Dauphin يعالج الاطفال في الماء مع الدلفين و هذه التقنيات تستخدم مع الأطفال الذهانين

ويلاحظ ان الطفل يتصل مع الحيوان ويلعب معه ويطمئن ويبقى زمنا طويلا في مداعبة الحيوان ولمسه واللعب معه وبعد هذه الحصص يظر على الطفل تفتح اكثر ويبتسم
لكن العلاج يتطلب شروط اساسية ووجود مؤسسات تعمل فيها فرق متعددة التخصصات مكونة من:

- طبيب نفسي للاطفال
- نفساني عيادي (نفساني معالج)
- معالج نفس حركي
- عمال اجتماعيين

يجب توفير اطار منظم ومنسجم لمساعدة الطفل على الاطمئنان و التنظيم كي لايشتت ويجزء وهذه المراكز تستلزم تجهيزات مختصة
ايضا المحيط العائلي اساسي في علاج الطفل

3-برنامج تيتشTeacch

4-برنامج التواصل بتبادل الصور بيكسPECS برنامج علاج المشكلات الحسية

5-علاج الحياة اليومية للدكتور كيوهيجاني ترتكز على الأنشطة الجماعية مع الاهتمام بالموسيقى و الرياضة و الدراما.

6-برنامج علاج المشكلات الحسية

التنبـــــؤ :

عدة عوامل تتدخل في التنبؤ من بينها:

-سن الاصابة كلما كانت مبكرة كلما عطلت وظائف عديدة

- نوع الاصابة اذا كانت دماغية وضخمة مرتبطة بالتهاب دماغي حاد وتدهور عصبي فالتنبؤ يكومن متشائما لان حظوظ الطفل في ان يشفى ولو جزئيا ضئيلة

13 - الشفـــــــــــــاء:

غالبا التوحد وخاصة المبكر منه لايشفى لكن هذا لايمنع التكفل به وتوفير تربية خاصة ومكيفة لاعاقته تساعده على التوصل الى استقلالية كافية تسمح له على الاقل بالقيام بحاجياته الاساسية والاندماج في محيطه العائلي والاجتماعي
وعليه يجب

- ان يشتغل وهذا يخرجه من حلقة الفراغ والوحدة والقلق

- يتعامل مع اقرانه ومع افراد عاديين مما ينمي اجتماعيته
- العمل يلبي حاجة الى التقدير والقيمة

وكل هذا يساعده على الاطمئنان والتوازن والاندماج وهذا نوع من الشفاء

المحاضرة اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة TDAH

التطور التاريخي لاضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة:

مر هذا الاضطراب بمراحل تطورية و قد اطلق عليه عدة أسماء مثل الفوضى ،العناء

و يعود وصف هذا الاضطراب الى العهد اليوناني حيث كان Galen يصف الدواء لاطفال ذوي النشاط الحركي المفرط من اجل تهدئتهم.

و بعدها وليم جيمس من أوائل علماء النفس الذين اهتموا بدراسة عملية الانتباه و توصل الى نتيجة "ان الانتباه هو عملية وظيفية تتجلى في التركيز على مثير معين بالوقت نفسه و لا يمكن توزيع الانتباه على اكثر من مثير الا في حالة كون احدهما مالوفا و اعتياديا بالنسبة للفرد"

في نهاية الحرب العالمية الثانية العديد من الجرحى أصيبوا في الدماغ ظهرت عندهم مشكلات في الانتباه، الارق، السلوك الاندفاعي

ثم ظهر اتجاه يرى ان هذا الاضطراب هو اضطراب سلوكي، استخدم مصطلح اضطراب قصور الانتباه في DSM2 و في الطبعة الثالثة DSM عدل وصف الاضطراب الى فئتين :

-اضطراب نقص الانتباه مع النشاط الزائد

-اضطراب نقص الانتباه دون النشاط الزائد

و في 1987 عدلت التسمية اضطراب نقص الانتباه و فرط النشاط و استمرت حتى DSM4 في 1994

تعريف اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة:

في DSM "اضطراب عجز الانتباه يعني عدم القدرة على الانتباه و القابلية للتشتت ،أي صعوبة يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بنشاط و يكون نتيجة عدم القدرة على اكمال النشاط بنجاح"

في الطبعة الثالثة DSMوصفت الطفل الذي يعاني من الانتباه المضطرب و المصحوب بالنشاط الحركي الزائد "بانه الطفل الذي يتصف بالعجز في الانتباه و المتمثل في صعوبة التركيز ، و عدم القدرة على انهاء الاعمال التي توكل اليه إضافة الى الحركة المفرطة دون هدف محدد" و في الغالب يلاحظ انهم لا يصغون جيدا لما يقال لهم كما يتسمون بعدم الثقة في أدائهم لاي نشاط يتناسب مع سنهم.

معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة حسب DSM5 :

تم تصنيفها الى فئتين و هي

نمط نقص الانتباه: توفر 6 من الاعراض التالية او اكثر تستمر لستة اشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري و التي تؤثر سلبا و مباشرة على النشاطات الاجتماعية و المهنية و الاكاديمية

A-في الغالب يخفق في اعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل او يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية او العمل او النشاطات الأخرى(مثلا اغفال او تفويث تفاصيل العمل الدقيق)

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

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

D-غالبا ما لا يتبع التعليمات و يخفق في انهاء الواجب المدرسي او الاعمال الروتينية اليومية او الواجبات العملية.

E-غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام و الأنشطة(الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلا صعوبة الحفاظ على الأشياء ، فوضوي، غير منظم العمل)

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

G-غالبا ما يضيع اغراضا ضرورية للمارسة مهامه و انشطته (كالادوات المدرسية و الأقلام و الكتب و الأدوات و المفاتيح).

H-غالبا مايسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي.

I-كثير النسيان في الأنشطة اليومية.

نمط النشاط الزائد و الاندفاعية: ظهور 6 من الاعراض التالية تستمر لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري و التي تؤثر سلبا و مباشرة على النشاطات الاجتماعية و المهنية و الاكاديمية

A-غالبا ما يبدي حركات تململ في اليدين او القدمين او يتلوى في كرسيه .

B-غالبا ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه ان يلازم مقعده (في صفوف الدراسة).

C-غالبا ما يركض او يتسلق في مواقف غير مناسبة.

D-غالبا ما يكون لديه صعوبة عند اللعب او الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية .

E- غالبا ما يكون متحفزا او يتصرف كما لو كان مدفوعا بمحرك.

F-غالبا ما يتحدث بافراط

G-(الان الاعراض الاندفاعية)غالبا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (لا ينتظر دوره في الحديث مثلا).

H-غالبا مايجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في الطابور مثلا).

I-غالبا ما يقاطع الاخرين او يقحم نفسه في شؤونهم (مثلا في المحادثات او الأنشطة،قد يبدأ في استخدام أشياء الاخرين دون طلب او تلقي الاذن)

أنواع اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة:

-**اضطراب الانتباه مع فرط النشاط:**في هذا النوع يوجد لدى الأطفال 6 اعراض او اكثر لعدم القدرة على الانتباه مع وجود 6 اعراض او اكثر مصاحبة من فرط النشاط مع وجود اندفاعية.

-**اضطراب الانتباه بدون فرط النشاط:** في هذا النوع يوجد لدى الأطفال 6 اعراض او اكثر لعدم القدرة على الانتباه في حين يوجد اعراض قليلة لا تدل على الأفراط في النشاط.

- **الافراط الحركي:** في هذا النوع يوجد لدى الأطفال 6 اعراض او اكثر لفرط النشاط في حين توجد اعراض قليلة لا تدل بدرجة كبيرة على الاضطراب في الانتباه.

خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه و فرط النشاط:

هم اكثر الأطفال عرضة للمشكلات السلوكية و الوجدانية و الاكاديمية

الخصائص الاجتماعية: عدم الالتزام بالتقاليد، عدم الثبات الانفعالي ،كثرة التحدث و مقاطعة الاخرين اثناء الحديث، معدلا مرتفعا من السلوك التخريبي، عدم القدرة على التواصل مع الاخرين و إقامة علاقات اجتماعية ناجحة.

الخصائص المعرفية: قصور في الذاكرة و الادراك و تكوين المفاهيم، قصور في العمليات البصرية أحيانا مثل التخطيط و حل المشكلات و الاحتفاظ بالمعلومات.

الخصائص التعليمية: الفشل المدرسي على الرغم من قدراتهم العقلية العادية و ربما العالية، صعوبات القراءة و الكتابة و اجراء العمليات الحسابية.

تختلف هذه الخصائص من طفل لاخر

التشخيص الفارقي:

-النشاط الكبير المناسب لعمر الطفل (قد نجده عند أطفال يملكون طاقة كبيرة و نشاط معتبر)

-المحيط الغير مناسب كطفل يعيش في محيط غير منظم، همجي، لانه من الصعب التمييز بين السلوك الناتج عن المحيط و السلوك النفسي المرضي.

التاخر العقلي

-اضطراب التوحد.

-تشخيص القلق (حيث يجب تشخيص القلق قبل التفكير في في نقص الانتباه و فرط النشاط)

العلاج:

العلاج الطبي: باستخدام الادوية مثل Ritalin-csylert-descedrin تعمل كمنشطات للانتباه و الاقلال من معدل النشاط الحركي (لكن الانتباه من اعراض الجانبية مثل الإدمان و الارق و فقدان الشهية)

العلاج المعرفي السلوكي: يتيح الفرصة للتحدث معهم حول ما نتوقعه منهم و المشكلات التي تواجههم و سبل حلها و اشراكهم في اعداد خطط معينة للاداء و ذلك من خلال اكسابهم بعض المهارات المعرفية و تدريبهم عليها، التدريب على تقييم الذات و المكافأة و المساعدة على تركيز الانتباه و تدريبه على حل المشكلات، كذلك تدريبه على حل المشكلات الانفعالية كالغضب و القلق.

العلاج النفسي: برامج تعديل السلوك و الارشاد الاسري و برنامج التعلم و تقبل الوالدين للطفل، العلاج الجماعي.

محاضرة اضطراب المعارضة

اولا اضطراب المعارضه مع التحدي:

-يتميز هذا الاضطراب بمجموعه من السلوك السلبي والتحريضي ورفض الاستجابه لمتطلبات الاشخاص الممثلين للسلطه حيث ان الاطفال المصابون بهذا الاضطراب يرفضون عاده الانصياع لتوجيهات الراشدين، وتظهر عليهم علامات الغضب بشده وبسرعه ويشعرون بالمراره والكابه كما انهم ينزعجون بسهوله من الاخرين ، بل يصلون لدرجه كرههم و يعملون كل ما بوسعهم لمعارضه قوانين ونظام الراشدين ، ويتعمدون التشويش والازعاج والتحريض.

-عاده يلقون باخطائهم ومسؤوليتها على الاخرين كما يظهر هذا الاضطراب غالبا في البيت ولا يلاحظ في المدرسه مع الراشدين الاخرين ولا مع الزملاء عند معظم الحالات.

و في بعض الحالات قد تظهر الاعراض خارج المنزل وفي حالات اخرى قد تبدا بالظهور في المنزل وتتطور في المنزل ثم تستمر تدريجيا لتتطور وتظهر خارج المنزل.

معايير تشخيص اضطراب المعارضه مع التحدي حسب DSM 5:

A-نمط من المزاج الغاضب العصبي والسلوك المجادل المتحدي او الانتقام يدوم لفتره لا تقل عن سته 6اشهر كما يثبت بما لا يقل عن اربعه اعراض من اي من الفئات التاليه ظهرت خلال التفاعل مع شخص واحد على الاقل من غير المقربين:

أ-المزاج الغاضب العصبي:

-غالبا ما يفقد اعصابه

- غالبا ما يكون حساسا او ينزعج بسهوله

-غالبا ما يكون غاضبا ومستاء

ب-السلوك المجادل المتحدي:

-كثيرا ما يجادل رموز السلطه وعند الاطفال والمراهقين يجادل البالغين

-غالبا ما يتحدى او يرفض بشكل فاعل الامتثال لطلبات رموز السلطه او للقواعد

-غالبا ما يزعج الاخرين عمدا

-غالبا ما يلوم الاخرين على اخطائه او سلوكه

ج -نزعه الانتقام :

يكون حاقدا او منتقما على الاقل مرتين خلال الستة(6) أشهر الماضيه

B-يرتبط الاضطراب في السلوك مع الاحباط لدى الفرد او الاخرين في السياق الاجتماعي المباشر له على سبيل المثال العائله مجموعه الاقران الزملاء او انه يؤثر سلبا على مجالات الاداء الاجتماعيه والتعليميه والمهنيه او يراها من المجالات الهامه للاداء

C-لا تحدث هذه السلوكات حصرا اثناء السير اضطراب ذهاني استعمال ماده الاكتئاب او اضطراب ثنائي القطب ولم يتم الاستيفاء بمعايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش

خصائص هذا الاضطراب:

تظهر سمات الاضطراب في سنوات مبكره لكن مبدئيا لا يشخص الاضطراب الا في سن الثامنه 8 من العمر ومن النادر جدا ان يظهر الاضطراب في بدايه المراهقه

هذا الاضطراب يتراوح ما بين اثنان بالمئه و 2.5% من المجتمع العام قبل البلوغ يكون الاضطراب منتشر اكثر عند الذكور

التشخيص الفارقي:

-يجب على المختص التحقق من ان المشكله ليست مرتبطه بمرحله نمو عاديه تظهر فيها اعراض عابره

-ان الاعراض ليست مرتبطه بضغط نفسي اجتماعي راجع لاضطراب التكيف

-ان الاعراض لا ترتبط باضطراب ذهاني خاصة بداية الفصام

-ان الاعراض ليست مرتبطه باضطراب مزاجي

التطور:

ما هو معروف فقط ان كثير من الحالات تتطور الى اضطراب التصرف او الى اضطراب المزاج

المحاضرة العاشرة: الإضطرابات الغذائية

تمهيد: نعلم أن الوظيفة الفمية الغذائية هي أول وظيفة التي تبنى عليها علاقة الطفل مع محيطه ومن بين الإضطرابات الوظيفة الشائعة عند الطفل و المراهق هو الإمتناع عن الأكل و الذي قد يظهر في نمو الفرد .

1- الإمتناع عن الأكل :

تعريفه: تعبر هذه الكلمة عن إضطراب للسلوكات الغذائية و الذي يحتوي على رفض جزئي أو كلي للتغذية، ويكون هذا خارج عن أي سبب عضوي و يمكن للإمتناع عن الأكل أن يظهر في أي سن و لكن له مراحل مفضلة كمرحلة الفطام عند الرضيع و مرحلة المراهقة عند الفتاة .

وكلمة فقدان الشهية العصبي يعرف بحالة من اضطراب في الاكل ينتج عنه رفض شديد لتناول الطعام ،مما يسبب نقصا هائلا في الوزن و الطاقة الأساسية في الجسم و كل ذلك يسبب في النهاية الى توقف الكثير من الاجهزة في الجسم التي تنقصها الطاقة التي تعطى من خلال التغذية ،و البروتينات ،و هي حالة موجودة عند الاناث اكثر من الذكور،او هن اكثر الفئات المتضررة من هذا المرض و كذلك الأطفال.

3 - فقدان الشهية عند الفتاة الشابة:

يظهر هذا الاضطراب عند البنت خلال أو بعد بلوغها و هو اضطراب خطير يظهر الامتناع عن الأكل بصفة عامة ، عند البالغ أعمارهم بين(10 سنوات و 30 سنه)خارج هذين الحدين يفضل الحذر في عمليه التشخيص لأنه من المحتمل ان نكون امام اضطراب اخر حيث اغلب الحالات تبلغ بين(17 و 18 سنه)من العمر لذلك يعتبر اضطراب خاص بالمراهقة خاصه ان اغلب الحالات بدأت عندها الاعراض بين(13 الى 20 سنه)ينتشر الاضطراب عند حوالي 4% من المراهقين وهو كذلك عند الشباب والراشدين كما يبدو ان انتشار الاضطراب في ارتفاع مستمر في وقتنا خاصه في سن قبل البلوغ عند الاناث و الذكور يبدو ان الاضطراب ينتشر اكثر عند الاناث بضعف 10 الى 20 ، و يجري التقليل في الأكل بصفة تدريجية وفي بعض الأحيان نتيجة لصدمة

للفتاة الممتنعة عن الأكل نشاط عادي يزداد في بعض الأحيان وفي الحقيقة سلوكها غير عادي فهي منزعجة ،منطوية، علاقاتها مع العائلة تتضرر تدريجيا فنرى من جهة، هزال هائل: وجه شاحب ، هالات سوداء حول العينين ، خدود محفورة ، الوجه مجعد، ثدي مجعد ، ومن جهة أخرى انقطاع العادة الشهرية اضطرابات هضمية ، انخفاض في ضغط الدم .

- بداية المرض:

تبدأ البنت في التقليل من الأكل غالبا بعد صدمة نفسية وتارة دون سبب معروف، وبطريقة تدريجية

يشير إلى ظهور الأعراض بعد اتخاذ حمية غذائية وتتابع الحمية رغم انخفاض الوزن وفي 40 بالمئة يظهر الاضطراب في حالة منافسة شديدة لا تستطيع البنت حلها.

بعد مرحلة أكل اختياري شيئا فشيئا تنقص الشهية ويتعود الجسم على الكميات القليلة ويحدث إشراط .

خصائص المرض:

هناك ثلاث أعراض أساسية:

- فقدان الشهية مع أعراض نفسية.

- النحافة.

- اختفاء الحيض.

-انغلاقهم شعوريا و ظهور علامات الغضب و العصبية الزايدة عليهم تجاه محيطهم القريب.

في الواقع قبل أن تفقد شهيتها البنت تصارع الجوع في تقليل دائم للأكل مع فكرة متسلطة "يجب أن ينقص الوزن" ومهما كانت نحافة الجسم فهي تراه سمين و تحاول دائما تنظيف أجسادهم من الطعام سرا وهذا مايجعلها تستعمل كل الوسائل للتقليل في الأكل، القيء ،الرياضة ،الادوية- لها كما ان لها رؤية مضطربة لجسمها.

- الأعراض و المظاهر الخارجية:

- الجسم نحيف.

- الوجه مذبل ومتجعد.

- الاطراف باردة وزرقاء.

- سقوط الشعر.

معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي حسب DSM5

A-انخفاض ملحوظ في وزن الجسم في سياق العمر والجنس والمسار التطوري والصحة البدنية هذا الانخفاض الملحوظ في الوزن يعرف بانه وزن اقل من الحد الادنى الطبيعي اما بالنسبة للأطفال والمراهقين فهو اقل من الحد الادنى المتوقع .

B-خوف شديد من كسب الوزن او البدانة سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم ان الوزن متدني بشكل كبير.

C- اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه او شكله او تأثير غير ملائم لوزن الجسم او شكله على التقييم الذاتي او انكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.

الخصائص الفكرية وتفسيراتها:

نجد لا مبالاة بالجانب الجنسي ونفي التغييرات الجسمية والجنسية بعد البلوغ كأنها ترفض انوثتها او اي امكانيه جنسيه تشير الدراسات الى وجود اضطراب معاش الجسم حدود متفشيه وضئيلة ومضطربة مما يجعل الحدود بين العالم الخارجي والعالم الداخلي غير واضحة

-بالنسبة ل Selvini يعتبر الجسم كموضوع كره وهو مسكون من موضوع سيء ، هناك خلط بين الموضوع السيء والجسم وهناك انشطار في الانا بين الذات والجسم

-اما Brusset يضيف الى هذا الانشطار استثمار نرجسي مركز على الجسم وتتوصل البنت المصابة الى موقف متناقض من جهة جسم مثالي ومن جهة اخرى جسم واقعي موضوع الرفض والنفي فالجسم المثالي يناسب شكل جسم ذكري فالتغييرات الفيزيولوجية للبلوغ تناقض الصورة مثل بروز الثديين مما يثير الخوف من الانوثة والنضج ومحل الرغبة في جسم ذكري تحل به رغبه بدون جنس

-وحسب Thomasفقدان الشهية تدل على اضطراب النزوات والتناقض الوجداني هو اساس الاعراض .

التشخيص الفارقي :

- في المراهقة تظهر اضطرابات مؤقتة للأكل ثم تزول تلقائيا.
- فقدان الشهية يمكنه ان يكون ارتكاسيا يزول بتصليح الظروف.
- غياب اضطراب ذهاني خاصه الفصام في الهذيان الاضطهادي رفض الاكل مرتبط بالخوف من التسمم او السحر ففي المراهقه تظهر اضطرابات الاكل المؤقتة ثم تزول تلقائيا
- غياب اضطراب مزاجي خاصه الاكتئاب في الانهيار يشكل سلوك انتحاري.
- في الأنوروكسيا العضوية مرتبط بورم دماغي لا نجد فيها رغبة النحول ولا رفض العلاج.

الأنوركسيا نادرة عند الذكور وفي أغلبية الحالات هي مدخل إلى الذهان عند الذكر.

غياب مرض عضوي كذلك خاصه مرض العضال

-غياب اضطراب التجسيد

- **أسباب الإمتناع عن الأكل عند الفتاة:** يعتبر ان عده عوامل بيولوجية اجتماعيه ونفسيه تتدخل في اضطراب فقدان الشهية .

العوامل البيولوجية: يبدو ان نظام مشتقات الافيون مسؤول عن غياب الاحساس بالجوع في فقدان الشهية كما بياناته بعض الدراسات كما انخفاض الوزن ينتج عده تغييرات بيولوجية مثل ما هو الحال بالنسبة للاكتئاب .

العوامل الاجتماعية :

نحاول البدأ بالاشارة الى الأسباب الاجتماعية ، التقييم الذاتي المتدني ،الضغط النفسي باتجاه النحافة بعض العادات الاجتماعية ، حيث تلتقي النزعة للاهتمام بالتحكم في التغذية وبالوزن وبالصورة الجسدية بالخاص بمرضى فقدان الشهية مع نزعه المجتمع العصري الذي تؤيد هذا السلوك كما يبدو ان هناك سوابق مرضية في محيط المريض مثل الاكتئاب الادمان اضطراب السلوك الغذائي حيث انها منتشرة مقارنه بالمجتمع العام اضافه الى الصراعات الاسرية والزوجية

العوامل النفسية:

يبدو ان فقدان الشهية يظهر في اطار البحث عن الاستقلالية الذاتية والاجتماعية والعاطفية حيث تستبدل هذه الاهتمامات بالاهتمام بالوزن والجسد والتغذية للشعور بالتحكم في الذات والثقة بالذات وكذا فرض و تحقيق الذات، استعمال الطعام من أجل مواجهة المشاعر السلبية ، التعرض للاعتداءات الجنسية في الماضي او العيش مع أهل لا يحسنون التعبير عن مشاعرهم بشكل صحيح، كما ان الكثير من المعالجين التحليليين يفكرون ان المريض يعاني من تبعية مرضية لامه حيث يعتبر الجسد على انه جزء مادي يمثل تدخل الام لذلك يجب تحطيمه و من هنا عدم القدرة على الاستقلال عن الأم بمعنى عبارة عن محاولة غير واعية لتدمير أجسادهم المسكونة بآثار الأم المتسلطة.

الإمتناع عن الأكل مفهوم نوعا ما دقيق عندما يحدث عند مراهقة لها بين (13-20 سنة) لم يتم هذا الإمتناع عن الأكل بالضبط ولكن هو في الواقع اضطراب في علاقة الفتاة مع جسمها و يتعلق هذا الاضطراب بصراعات قديمة مع الأم. فهي غير قادرة أن تتقبل دورها الجديد في الميدان الجنسي التناسلي من جهة ومن جهة أخرى أن تندمج التغيرات الجسمانية من جديد فهي ترفض بصفة غير شعورية أنوثتها و رفض الأكل يمثل هنا دفاع ضد الغرائز الفمية و عملية الأكل مرتبطة باهتمامات جنسية و بصفة خاصة بالتلقيح عن طريق الفم و الأكل، اذن هوامات الفتاة المصابة بالامتناع عن الأكل هي عبارة عن خوف من التلقيح و السمنة تمثل الحمل .

مثالية الأنا في هذه الحالة هي جسم طاهر عديم الجنس .

(الأنا المثالي: الصورة التي تكونها الأم المحيط المجتمع على الشخص و يجب على الشخص أن يكون كذلك ماذا يجب أن أكون)

مثالية الأنا : هي نموذج شخصي مكون حسب طموحات الفرد وهي صورة لا شعورية بمعنى صورة لا شعورية يكونها الإنسان عن نفسه، ويحب بصفة لا شعورية الوصول إليها ماذا أريد أن أكون، و الفتاة الممتنعة عن الأكل ترفض أي شيء و الذي يعطى لجسمها صفات نسوية متناقضة مع مثالية الأنا و لا تخاف الفتاة المصابة بالإمتناع عن الأكل من الأكل فقط ،و لكن أيضا من القرب العاطفي من الحنان، من الإحتكاك الجسماني، و كل ما ينتمي للأخذ و العطاء.

- التطور والتنبؤ:

- يتطور المرض حسب الحالات.
- تظهر في المراهقة وتزول مع نضج الفرد عقليا ووجدانيا.
- نسبة تبقى في حالة نحافة كبيرة يمكنها التطور إلى السمنة فيما بعد.

- الموت من الجوع.
- الموت من الأمراض الملازمة لسوء التغذية.

العلاج:

يستحيل العلاج في البيت وأغلبية المختصين يفضلون الإستشفاء في عيادة خاصة أمام انخفاض كبير للوزن أين يوضع المريض في عزلة وتقدم له حمية ومساعدة بالأدوية.

يوصف 3 أنواع من العلاج في حالة الإمتناع عن الأكل عند الفتاة :

أ - **العزل isolement:** عموما يكون العزل الصارم ضروري ،و لا تكون للمريضة أي علاقة لها مع العالم الخارجي (لا زيارات لا مراسلة ، لا امكانية هاتفية)، و يكون هذا العزل مرفوق بإعادة التربية الغذائية .

ب - العلاج بالأدوية: بهدف تقوية الجسم و إنعاشه و تنشيط المراكز العصبية التنظيمية للجوع .

ج - العلاج النفسي: التوصية (هي متابعة نفسية) هي إستعمال العلاج النفسي المصاحب بالإسترخاء.

د – الاسترخاء: كما قلنا مصاحب للعلاج النفسي والتقليل من القلق و الحصر.

و - علاج المحيط العائلي لتغيير أسلوب معاملته:خاصة العلاقة مع الام واعطاء بعض التوجيهات فيما يتعلق بتصحيح طبيعة العلاقة العاطفية الانفعالية مع الام.

ه - علاج جماعي لأولياء المصاب

ن - العلاج السلوكي مع تعزيز سلوك الغذاء (www.consul.islamweb.net)

- بعض الملاحظات حول الإمتناع عن الأكل :

- نلاحظ قلة وجود إمتناع الأكل عند الذكور بالنسبة للبنات.
- إختلاف بين الجداول الإكلينيكية لكل جنس (ذكر، أنثى) فعند الذكور نلاحظ خمول و تهويم (غسقية) في مكان النشاط المفرط، عند البنات و النمط العلائقي للطفل مع أمه هو نمط خاص، فإن الطفل اعتراضي أو بالعكس تعلق مفرط بين الطفل و أمه ، و تفسير قلة وجود الامتناع عن الأكل عند الذكر بإمكانياته في إثبات ذاته .
- و بالنقص في الهوامات الفمية التي توجد بكميات كبيرة لدى الفتاة .

- الامتناع عن الأكل اضطراب في حد ذاته ممكن أن يزول تلقائيا أو بعد علاج ،وقد يكون في حالات أخرى عرض لبنية مرضية للشخصية، و عموما تكون بنية عصابية من نوع الهستيريا ، الخواف ، الوسواس القهري .

2- الافراط في الأكل الشراهة boulimie والبدانةobésité :

هو اضطراب في الوظيفة الغذائية و ينتج عنه ارتفاع في الوزن ، الطفل المفرط في الأكل يمتاز عموما بالسمنة ، ومن الصعب وصف شخصية نمطية للطفل السمين و لكن من المؤكد أن الغذاء عنده يأخذ معنى رمزي ويكون القيمة الاستبدالية لعاطفة محبطة، كما يكون القيمة للدفاع ضد القلق أو أحيانا أيضا وسيلة سحرية للتسلط

حسب نظرية (ميلني كلاين) (استبدان الموضوع الخارجي يعطي للشخص سيمات هذا الموضوع) و بالفعل عند الطفل المفرط في الأكل لاحظنا أن الأم عادة لها علاقة متينة مع الطفل، فهي تحيطه برعاية مفرطة و تمنح له غذاء كثيرا في هذه الحالة يأخذ الغذاء قيمة انفعالية عند الأم ،ثم عند الطفل و عن طريق الأكل تعبر الأم عن عاطفتها و أحيانا أخرى يعتبر هذا كتخفيض لإحساسها بالذنب. على كل يظهر الغذاء و كأنه يستبدل الحب الذي لا تستطيع الأم أن تعطيه بطريقة أخرى وفي هذه الحالة يصبح الغذاء يعادل الحب، و يصبح بالنسبة للطفل تعويض و راحة و يكون رد فعل هنا طلب متزايد للغذاء ورغبة في الإشباع .
تصيب الذكور و الإناث على حد السواء تنتج البدانة عن المبالغة في الأكل ولا تعرف لها أسباب هرمونية يعتبر البدين أي طفل تجاوز ب 15 بالمئة من وزنه العادي الذي يناسب سنه وقامته وتختلف معايير البدانة حسب المحيط العائلي والثقافي، وبعض المجتمعات العربية البدانة تدل على الصحة، وإذا كانت الأمهات تشتكين من نحافة طفلهن فليس هناك واحدة تشتكي من سمنته، والأم تفتخر لهذا معناه أنها نجحت في دورها كأم مغذية غير مدركة الآثار الصحية للبدانة.

اعراض اضطراب الشراهة حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM5:

A- نوبات معاودة من الشراهة عند الاكل وتتصف نوبة الشراهة عند الاكل بكل مما يلي:

1- اكل مقدار من الطعام اكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس اثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف وذلك في فتره منفصلة من الوقت (مثلا خلال ساعتين).
2- احساس بانعدام السيطرة على الاكل اثناء النوبة مثل الاحساس بان المرء لا يستطيع التوقف عن الاكل او السيطرة عن ماهية او مقدار ما يأكل .

B-سلوكيات التعويضية غير مناسبه متكررة لمنع كسب الوزن مثل افتعال الاقياء او سوء استخدام المسهلات او حقن او ادويه اخرى او الصيام او التمارين المفرطة .

C- يحدث كل من الشرع عند الاكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة كمعدل وسطي مره اسبوعي ا على الاقل لمده ثلاثة اشهر.

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

E-لا يحدث الاضطراب حصرا اثناء نوبات فقدان الشهية العصبي.

أنواع البدانة :

- البدانة العضوية ناتجة عن اضطراب جيني مثل مرض" بادويللي" و الذي يتصف ب : شراهة كبيرة يأكل الطفل كل ما يجده أمامه.

- بدانة وراثية عضوية غير ناتجة عن ضعف هضم الدسوم.

- بدانة لإفراط الشهية والشراهة لأسباب نفسية واجتماعية.

- الشراهة بدون بدانة هي رغبة ملحة ومتسلطة تدفع بالفرد إلى الأكل لا لتهدئة الجوع بل لتهدئة القلق، وتجد الفرد يبتلع كميات غير معقولة من الأكل دون اختيار وبعدها يتقيء لإفراغ معدته ليستعيد العملية مرة أخرى أو مرات حسب النوبة .

هذا النوع يمس النساء أكثر خاصة أنها لا تستطيع التحكم في رغبتها المتسلطة فتحاول مقاومة الشراهة والحفاظ على أناقتها بالقيء والرياضة.

عموما المصاب بالشراهة يكتم السر ولا يطلب العلاج إلا بعد أحداث فيزيولوجية خطيرة ينقل على إثرها إلى المستشفى وتكتشف الشراهة.(www.psychologist.blogspot.com)

تعاش كثير من الاضطرابات كعيب أو عار مما تجعل المصاب يخفيها ويعيش في وحدة تزيد اضطرابه، لكن سواء الشراهة ببدانة أو بدونها تجد جذورها في معني التغذية .

رأينا في فقدان الشهية أهمية الغذاء في العلاقة بين الأم والطفل ومعناه النفسي والعلائقي، وتعتبر الشراهة كنتيجة لاضطرب العلاقة بين الطفل والأم ،عندما تستجيب الأم لطلبات إبنها دون تمييز بتقديم الأكل و هذا يؤدي إلى اضطراب في فهم إشارات مختلفة المعنى، وعند أي اضطراب يستجيب الطفل بالأكل كاستجابة شاملة لحل الصعوبات بدلا من تنظيم رمزي وخيالي.

العلاج:

الحمية الغذائية لمساعدة الطفل والمراهق على التحكم في أكله وهذا دون تجويعه وبمشاركته النشيطة يتعرف على المواد الغذائية ونوعيتها وسعرتها الحرارية، وبمساعدة مختص في الغذاء يحدد وجباته

والعلاج النفسي ويهدف الى مساعدة الطفل على التعرف على معنى احساساته وحاجته وألا يستجيب لأي مثير بنفس الجواب على محيطه وتكوين علاقات مع أقرانه.)

نجد وراء الاضطراب انهيار يحاول مقاومته بالأكل فيجب البحث عن اسباب الاضطراب والصراع وعلاجه

توجيهات ومساعدات العائلة لان كلما كانت العائلة صلبه في سلوكها اتجاه الفرد كلما صعب العلاج.

المحاضرة :الاضطراب الانزعاج من الجندر(الهوية الجندرية)

تمهيد: الجنس هو سلوك يؤدي إلى التكاثر فهو وظيفة أساسية عند كل كائن حي (حيوان، إنسان) و هو وظيفة لا غنى عنها مثل التنفس، فالجنس هو رئة الكون التي تجدد من خلالها الكائنات الحية و تحافظ على بقاء النسل فهي غريزة من غرائز البقاء كما وصفها فرويد، ومن هنا يظهر شقين أساسيين للجنس هما الجانب العاطفي و الجانب الشهوي.

تعتبر الاسرة المكان الطبيعي لنمو الطفل جسميا ونفسيا واجتماعيا ومعرفيا واشباع حاجياته الاساسية وتكوين شخصيته وان اي اضطراب في العلاقة بين الطفل ووالديه او في البيئة الاسرية لسيما في هذه المرحلة سيؤثر على بقيه المراحل الاخرى بما فيها المرحلة التي تليها وهي مرحلة المراهقة فالوالدين بصفه عامه والاب بصفة خاصة له دور في امداد الطفل بالمعلومات الاولى عن الجنس الاخر اذ يعد ضروريا للنمو السوي وخاصة في جانب العلاقات الانسانية كما يلعب الاب دورا هاما في تكوين الانا الاعلى او ضمير الطفل بناء على درجه استدماجه لشخصيه الاب وتوحده به فالطفل يسعى جاهدا ليجعل نفسه شبيها بوالده

ومن ثم يصبح الاقتداء بسلوك الاب شعوريا او لا شعوريا له اهمية للطفل على التكيف مع المجتمع والتوافق مع الواقع الاجتماعي الذي يتمثل في شخصية الاب وهكذا فان وجود الصورة الابوية القوية ضرورة للنمو الاجتماعي السوي للطفل ولا يمكن لهذه الصورة ان تعوضها اي مجهودات اضافية تعويضية من جانب الام كما يؤدي غياب الاب الى تدمير النمط الجنسي او الهوية الجنسية للاطفال الذكور وخاصة اذا حدث الانفصال قبل سن الخامسة حيث نجد ان الاولاد يكونون اقل عدوانية واكثر اعتمادية كما انهم اكثر امتلاكا لمفاهيم الذات الانثويه ويبدون انماطا من اللعب والتفاعل الاجتماعي اكثر انثوية

كما يتكون النشاط الجنسي عند الانسان من جزئين هما المداعبة التي تسبق النشاط الجنسي ثم عملية الجماع ، ومن هنا فكل شيء لا يقود إلى الجماع الطبيعي سوف نعتبره شذوذا أو إنحرافا عن النمط السوي ،و هذا ما فسره فرويد لما تكلم عن النزوات الجزئية و هي الخاصة بعضو معين

(الفم ، الشرج، القضيب) فأي مبالغة لنزوة جزئية على النزوة الجنسية في المراحل التناسلية يعتبر شذوذا.

الإنحرافات الجنسية هي عبارة عن سلوكيات غير طبيعية في الممارسات الجنسية وممكن أن تتمتد من سلوك شبه طبيعي الى سلوك مدمر أو مؤذ للشخص، و قد يتطور ليصبح سلوك مدمر للمجتمع ككل فالمشكلات و الإضطرابات الجنسية و المذكورة في الدليل الإحصائي الإكلينيكي تعتبر أن الدوافع الملحة التي تؤدي إلى الإضطرابات مثل :الفيتيشية ،السادية، عشق الأطفال،الإستعراء و هي لها أهمية إكلينيكية أو أن الشخص يستجيب لهذه الدوافع الملحة، أو

أنها تسبب إزعاج وضيق وتوتر شديد أو تؤدي إلى صعوبات في العلاقات بين الأشخاص.

(Ruth,S ,2001,p36)

كما أن باقي الإنحرافات الجنسية مثل : التلبس ، المازوشية ، أو تلك الغير محددة في مكان آخر مثل :عشق الحيوانات فانها لها أهمية إكلينيكية و انها تتسبب في اضطراب في الوظائف الاجتماعية و لو ان هذه الدوافع ترجمت و تحولت الى سلوك ، فالهدف الرئيسي لسلوك الانسان الجنسي هو أن يساهم في عمل روابط أو يخلق لذة متبادلة ، بالتعاون مع شخص للتعبير عن الحب بين فردين ، فالإنحرافات الجنسية تختلف عن ذلك في أنها تشمل عنف وجود ضحية أحادية متطرفة ،هذه السلوكيات تؤذي الآخرين وتعرقل الإرتباط بين الأشخاص(ابو زيد 2007 ص 104- 109)

فتنظيم الجنسية يمر بمراحل تدرجية قبل أن تأخذ أشكالها النهائية، سواء العادية السوية أو غير العادية فحسب التحليل النفسي تنظيم الجنسية يكون بطريقة تدريجية ففي البداية تكون للطفل اشباعات ليبيدية جزئية تكون منبع لذة ، و تكون أو تطور قبل أن يأخذ به التطور الليبيدي إلى الأفضلية التناسلية و الإختيار التناسلي للعلاقات مع الجنس الأخر المعاكس .(عبيدات ،2002،ص 16)

فمثلا : النزوات الجنسية المثلية موجودة عند كل إنسان و هناك نزوات جزئية تبقى بعد المراهقة لتخدم النزوات الجنسية للمرحلة التناسلية و هذا طبيعي عند كل إنسان.

(Ruth,S ,2001,pp38-39)

فاضطرابات المنظومة الجنسية متنوعة و قد يتعلق الأمر بتدعيم مبالغ فيه لنزوة جزئية أو بتثبيت في مسار النمو أو بنكوص إلى مرحلة سابقة ،و الشذوذ بوصفة نزوة جزئية يوجد طبيعيا عند

الإنسان و بدرجة أكثر عند الطفل أي في المراحل الأولى للنمو، و الذي حسب ما قاله (فرويد) هو " شاذ متعدد الأشكال" و هو لا يصبح في طابع مرضي إلا إذا دعم على حساب باقي النزوات من بين هذه السلوكات

تعريف مصطلح الهوية:

حسب اريكسون ان لفظ الهويه احساس ذاتي ومنشط لوحدة شخصية واستمراريه زمنية.

تعرفها Massonat الهوية بمجموعة من الاسئلة حول الذات

من انا؟ الذي يحدث على انتاج معارف التي يكسبها الفرد عن نفسه

من اين اتيت ؟يخص الاصول والنسل والاجداد وتاريخ التطور الخاص

في اي اتجاه اذهب؟ اي ما هو المعنى الذي اقدمه لحياتي وباي مشاريع

كيف اتكفل بمسيرة حياتي؟ تكون في تداخل مع التاريخ الاجتماعي وايضا تاريخ الاشخاص الاقرب مني

يعود الفضل للعالم اريكسون في ابراز اهمية هذا المفهوم الذي يحتل مكانة مركزية في فكره وهي مماثله لمفهوم الجنسيه عند فريد عند فرويد من خلال اعطائها مكانة في مراحل نمو الانسان ومن خلال محاولته الاستناد الى نظرية فرويد في النمو قائلا ان النمو هو محصلة تفاعل بين الانا والمحيط الخارجي في كل مرحلة من مراحل النمو النفس الجنسي وذلك من خلال النماذج التقمصية المقترحة

فجذور الهويه حسب اريكسون تمتد الى الطفولة المبكرة فهي تطور في مسار حياة الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه فالهويه اذا "هي نسق من الاحاسيس والتصورات حول الذات اي مجموعة من المميزات الجسمية والنفسية والاخلاقية والاجتماعيه والثقافية التي من خلالها يستطيع شخص ما ان يعرف نفسه ويقدمها ويتعرف عليها ويعرف بها "

كما عرفها Taboada-Leonetti "باعتبارها مجموعة مبنيه للعناصر الهوية التي تسمح للفرد بتعريف نفسه في حاله تفاعل والتصرف كممثل

اجتماعي" ومنه فالهوية تتطور عند الطفل من خلال التقمص الذي يعتبر من الميكانيزمات القاعدية في ديناميكية الهوية تقمص الصورة الابوية الاخوة الاخوات الاصدقاء النماذج العائليه الى اخره .

مفهوم الهوية الجنسية:

ان الحديث عن الهويه الجنسية يجعلنا نقف امام ثلاث تسميات مختلفه وتستعمل ثلاثتها للدلاله على الهويه الجنسيه في مفهومها العام او للدلاله عن جانب من جوانبها المكونه لها وترجع كل تسميه الى حقل دراسي قد يختلف احدها عن الاخر

1-الجنس البيولوجي: يتعلق بالجانب التشريحي البيولوجي وبالفروق التشريحيه بين الجنسين فروق اساسيه وفروق ثانويه .

2-هويه الجندر: استعمل مفهوم الجندر لاول مره سنه 1950 للتمييز بين مجموعه من الاحاسيس والسلوك التي تجعل الفرد ينتمي الى الجنس المذكر او الجنس المؤنث وبين جنسه التشريحي الذي تحدده الهرمونات والاعضاء التناسليه ويفهم الجندر على انه الادوار والعلاقات والاتجاهات والسلوك والقيم التي يلحقها المجتمع بالافراد من جنس مذكر او جنس مؤنث لهذا يعتبر الجندر من المحددات القاعديه للهويه الجنسيه اذ ان هناك اتفاق واجماع بين الباحثين حول ارتباط الهويه الجنسيه بالجنس التشريحي عند الغالبيه العظمى للافراد لكن يشيرون ايضا ان الوضع يحيد المالوف عند بعض الافراد الذين يظهرون شعورا باختلاف هويتهم الجنسيه عن جنسهم التشريحي يؤدي هذا الغموض الى الكثير من المشاكل والاضطرابات عند هؤلاء الافراد وعند عائلاتهم واصدقائهم 3-الهويه الجنسيه :تعرف الهويه الجنسيه كمحصله لثلاثه ابعاد يتعلق البعد الاول باعتقاد وايمان الفرد بكونه ولدا او بنتا ويتعلق البعد الثاني بتبني الفرد الفرد للادوار الاجتماعيه التي تلحق بالبنات او الاولاد بالنساء او الرجال اما البعد الثالث فيتعلق باختيار الشريك الجنسي الذكري او الانثوي ويرتبط هذا البعد بالبعدين السابقين ويتوقف عليهما اذا فهي ترتبط باحساس الفرد انه امراه او انه رجلا او التموقع بين الوضعين او عدم الانتماء لاي منهما

تتفق الهويه الجنسيه مع الهويه التشريحيه عند غالبيه الافراد لكن الامر يبدو مختلفا عند بعضهم الذين ينمو لديهم الاحساس بعدم تماشي هويتهم الجنسيه مع هويتهم التشريحيه ويدخلون على اثر ذلك في صراعات مع انتظارات المحيط منهم .

العوامل المؤثره في بناء الهويه الجنسيه :

تتكون هويه الجندر بشكل مبكر بالرجوع الى المعايير المرتبطه بالجندر وكذلك المرتبطه بالجسم وتظهر هذه المعايير في الخطاب الذي يتبناها المحيط الاجتماعي والسياسي والعلم والذي يستند الى الاختلافات التشريحيه بين الذكور والاناث حيث يبدا هذا التمايز في الطفوله الاولى من خلال ملاحظه جسم الاخر ويبدا الطفل في المشاركه في الجندر الذكري او الجندر الانثوي وتعتبر السنوات الاولى من الحياه ذات اهميه بالغه في بلوره وتاكيد الهويه الذكريه او الهويه الانثويه وتتدخل العديد من العوامل من اجل ضمان هذه البلوره وهذا التأكيد.

العوامل التشريحيه:

تعتبر العوامل التشريحيه من العوامل القاعديه في بناء الهويه الجنسيه اذ تمثل الارضيه التي على اساسها يتم اقتراح الادوار الاجتماعيه المتعلقه بالجنس وتبني هذه الادوار تدل على درجه اندماج الفرد في محيطه التي تحدد بدورها مدى تقبل المحيط له وترجع جذور الهويه الجنسيه الى اللحظه الاولى من تلقيح البويضه التي يتحدد على اثرها نوع جنس الجنين وتنتج عنها الفروق الجنسيه التشريحيه الاوليه بدايه ثم الفروق الثانويه لاحقا .

العوامل الاجتماعيه: تمثل الهويه الجنسيه درجه الامتثال التي يظهرها الافراد الى مختلف فئات الادوار الجنسيه المتعلقه بجنسهم البيولوجي بمعنى انه يتم تحديد ادوار اجتماعيه تمثل نماذج خاصه بالذكوره وبالانوثه وعاده ما ترتبط هذه النماذج للقيم الاجتماعيه والثقافيه الخاصه بكل مجتمع اي انها تخضع لمتطلبات الاجتماعيه والثقافيه وعلى اثر هذا يبدو من الطبيعي تسجيل الفروق والاختلافات بين هذه النماذج باختلاف المجتمعات وتفرض هذه النماذج مجموعه من السلوكيات والادوار ترتبط بالجنس البيولوجي ويتم تربيه الاطفال ذكورا واناثا على تبني هذه

النماذج فيتعلم الطفل منذ ولادته كيفيه السلوك والتصرف وفقا لجنسه البيولوجي ويعمل على ادماجه في نوعه ابتداء من اللباس مرورا الى اللعب فطريقه المعلمه وهكذا .

العوامل النفسيه: لكي نتمكن من حصر اهم العوامل النفسيه في تكوين الهويه الجنسيه من منظور نفسي لابد من العوده الى نظريه التحليل النفسي لفرويد ودور الاديب حيث يرى ان التجنس النفسي يستند الى سيروره التقمص واكتشاف الفروق التشريحيه بين الجنسين تحت صداره القضيب بمعنى اخر امتلاك او عدم امتلاك القضيب في المرحله القضيبيه يؤكد فريد ان اكتشاف الفروق التشريحيه بين الجنسين يحدث بين ثلاثه الى اربع سنوات بينما تشير الدراسات الحديثه ان الامر يتم في وقت مبكر جدا اي بين 15 و 18 شهرا وتشير الى الاهميه البالغه التي تكتسيها مرحله ما قبل المؤذيب للمال الجنسي للطفل.

تشخيص اضطراب الهويه الجنسيه حسب DSM 5:

نتكلم عن وجود اضطراب في الهويه الجنسيه عند وجود تضارب بين الجنس البيولوجي والجنس النفسي اي بين الهويه الجنسيه والهويه المجنسه فيظهر على الطفل رفض واضح لانتمائه الجنسي ورفض الاندماج في الانشطه الاجتماعيه المتعلقه بجنسه البيولوجي ويظهر ميلا اكبر للادوار والانشطه الاجتماعيه المتعلقه بالجنس المعاكس ويترافق هذا الرفض بشعور عميق بانتمائه الى الجنس المغاير فلا يشعر الذكر انه ذكرا ولا الانثى انها انثى وعاده ما يترافق هذا الشعور وهذا الرفض بمعاش مؤلم ناتج عن هذا التناقض وعن نظره الاخرين وعدم تقبلهم للوضع وحسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسيه الطبعه الخامسه يقتضي توفر مجموعه من المعايير لتشخيص اضطراب الهويه الجنسيه تناقض ملحوظ بين الجندر المعبر عن المختبر والجندر المفترض لمده سته اشهر على الاقل وذلك كما يتجلى بسته على الاقل مما يلي رغبه قويه في ان يكون من الجندر الاخر او الاصرار على ان الفرد هو من الجنس الاخر او بعض التبدل في الجنس المختلف عن الجنس المعين في الاولاد الجندر المعين تفضيل قوي لارتداء الملابس المتقاطعه مع ملابس الاناث او عبر محاكاه الملابس الانثى الانثويه الموشحه او في الفتيات الجندر المعين تفضيل قوي لارتداء الملابس الذكوريه فقط ومقاومه قويه

لارتداء الملابس الانثويه التقليديه وجود تفضيل قوي للادوار المشتركه من الجندر في اللعب المشترك او اللعب الخيالي تفضيل قوي لالعاب او انشطه نمطيه تستخدم او تمارس من قبل الجندر الاخر وجود تفضيل قوي لرفاق من الجندر الاخر في الاولاد الجندر المعين رفض قوي لالعاب او انشطه نمطيه مذكره وتجنب شديد للعب الخشن والمتقلب او في الفتيات الجندر المعين رفض للالعاب او الانشطه النمطيه المؤنثه بغض شديد للتشريح الجنسي للفرد رغبه قويه للخصائص الجنسيه الاوليه او الثانويه التي تطابق التي تطابق الجندر المختبر يترافق الاضطراب مع تدني او احباط ملحوظين في مجالات الاداء الاجتماعيه والمدرسه او مجالات الاداء المهمه الاخرى تحديد ما اذا كان مع اضطراب للنمو الجنسي على سبيل المثال اضطراب الكظريه التناسليه الخلقي تضخم الغده الكظريه او متلازمه فقد الحساسيه للاندروجين يتظاهر الاضطراب عند المراهق والبالغ باعراض كالانشغال للتخلص من الخصائص الجنسيه الاوليه والثانويه مثل التماس الهرمونات او الجراحه او اجراءات اخرى لتبديل الخصائص الجنسيه ماديا من اجل المحاكاه الجنس الاخر او الاعتقاد بانه قد ولد ضمن الجنس الخطا

- التلبس: Travestisement:

(التلبس:يريد أن يكون يشبه المرأة لكنه لا يريد أن يكون إمرأة)

يتمثل التلبس في اللذة التي يشعر بها بعض الناس حين يلبسون ألبسة الجنس المعاكس عند الراشد يندرج الاخر أو ملابس الراشد يعتبر طبيعي و هذا التلبس يطرح مشكلة عند الطفل عندما يكون تغيير الملابس أصبح حاجة عادة أو حين يرفض الطفل ارتداء لباس جنسه .

لا تتحقق الاثارة و لا يحقق الشهوة النهائية إلا بارتداء ملابس الجنس المغاير، و هنا استبدال الانسان بالجماد و هنا مثلا الرجل أسقط المرأة و أحل محلها ملابسها انه يتهرب أيضا من المراة

ذاتها ، ولا يقدر على اقامة علاقة معها في غالبية الحالات و يكتفي بارتداء ملابسها و هي ملاصقة لجسده و ينظر الى نفسه في المرآة ،و يستثار ثم يحقق الشهوة النهائية بشكل تلقائي أو عن طريق ممارسة العادة السرية.(رواق،2003، ص 77-78)

و ارتداء ملابس الجنس الآخر لا يعني رغبة في أن يغير جنسه لأن هويته الجنسية الذكرية سليمة فهو قد يفضل كما أسلفنا الذكر إمراة لكن تمتلك قضيب.

حسب آن فرويد : التلبس يمكن أن يكون له معاني عديدة :

- عند الذكر ارتداء ملابس أنثوية يمثل البحث عن حب الأم من خلال حب أخت مفضلة .
- عند آخرين هذه الظاهرة تسمح بإنكار الرجولة القضيبية التي يتخيل الطفل (سواء عن حقيقة أو خيال بصورة هوامية) .
- يمكن أيضا أن يحافظ التلبس على الارتباط اللبيدي الداخلي الإرتباط بموضوع حب مفقود بواسطة تقمص جزئي لهذا الموضوع (وهذا النوع من السلوك حين يظهر عند الذكر يوحي بخلل كبير) .
- عدة مؤلفين أسرو على الأهمية الواجب اعطاؤها لدور المحيط : و بالفعل فإن الأم عادة هي التي تمارس ضغط معين اتجاه الأنوثة تأثير الأم يظهر مبكرا و لكن ليس بصفة سريعة و مباشرة فهو يظهر حين يبدأ الطفل الذكر بإظهار ذكورته حوالي عامين أو 3

سنوات فالأمهات اللواتي يلعبن دور في ظهور التلبس يكون لديهن مكونات جنسية مثلية مع كره لا شعوري اتجاه الرجال و غيرة قوية من القضيب .

- المتلبس له مكونات أنثوية معتبرة و رغبته تذهب حتى أن تكون رغبة في أن يكون امرأة و لكن امرأة لها قضيب و الهوية الجنسية تبقى سليمة .

- التلبس الطفولي يتطور نحو هجر التصنع (الأنثوي) و لباس الجنس المعاكس و امكانية جنسية عادية فيما بعد، لكن يمكن أن يظهر فيما بعد تكيف سيء هناك تطور نحو الجنسية المثلية .

محاضرة: الإدمان على المخدرات -

تعريف المخدرات: -

لغة:كلمة مخدر اي خذر و تعني السكون و الفتور في الحس فقدان الشعور او ضعف الإحساس يقال خدر الجسد أي أصابه تنميل و فقد بعض احساسه(ابن منظور لسان العرب) -

المعنى اللغوي المرتبط بالمخدرات:هي كل مادة تسبب فتورا او تعطيلا للحواس و تجعل الشخص في حالة غير طبيعية من التثبيط او الغياب الجزئي عن الوعي. -

اصطلاحا: -

- المخدرات هي مواد طبيعية أو مصنّعة تؤثر في الجهاز العصبي المركزي، وتغيّر الوعي والإدراك والسلوك، وقد تُحدث اعتماداً نفسياً أو جسدياً عند تكرار استخدامها.

أنواع المخدّرات: حتى هذه اللحظة لا يوجد اتّفاق دوليّ موحّد على تصنيف المخدّرات، ووجهُ الخلافِ في تصنيف كلّ تلك الأنواع ينبعُ من اختلاف زاوية النّظر إليها، ومن أشهر التصنيفات لها حسب: -

التصنيف حسب التاثير: -

1 – **المُنومات:** وتتمثّل في الكلورال، والباربيورات، والسّلفونال، وبروميد البُوتاسيوم. -
المُهلوسات.

2 – **مُسببات النّشوة:** مثل الأفيون ومشتقّاته. -

3 – **المُسكرات:** مثل الكحول والبنزين. حسب طريقة الإنتاج، مثل: مُخدّرات و هي من -
نوعين

أ – **نباتات طبيعيّة مُباشرةً**، مثل: الحشيش، والقات، والأفيون، ونبات القنّب. -

ب – **مُخدّرات مصنّعة**؛ تُستخرج من المخدّر الطبيعيّ بعد أن تتعرّض لعمليّات كيمياويّة -
تُحولها إلى صورة أخرى: مثل المورفين، والهيروين، والكوكايين.

ج – **مُخدّرات مُركبة**؛ تُصنّع من عناصر كيماويّة، ومركبات أخرى، ولها التّأثير نفسه: -
مثل بقيّة المواد المخدّرة المُسكّنة، والمنوّمة، والمُهلوسة.

تصنيف حسب اللّون: -

أ – **المخدّرات البيضاء**: كالكوكايين والهيروين. -

ب – **المخدّرات السّوداء**: كالأفيون ومشتقاته، والحشيش. -

-

المخدرات المصنعة كيميائيا: -

وهذه المجموعة من المخدرات لا يتم استخراجها من نباتات طبيعية أو مشتقاتها، ولكن يتم صناعتها داخل المعامل من تركيبات كيميائية"، وقد أدى التقدم العلمي الهائل إلى انتشار تلك المخدرات كما أدى إلى صعوبة الرقابة على صناعتها، ويمكن تقسيم هذه المجموعة إلى

أ – عقاقير الهلوسة:

ويمكن تعيين هذه العقاقير "بأن لها القدرة على إحداث اختلال في الاستجابات الحسية، مع اختلالات في الشخصية، وتأثيرات مختلفة على الذاكرة، وكذلك على السلوك التعليمي وبعض الوظائف الأخرى.

ب – المهبطات: وتشمل -

1 – **المسكنات المخدرة** : مثل الهيروين "أكثر المخدرات فعالية، إذ تعادل فعاليته 5–6 مرات فعالية المورفين، كما أنه يسبب الإدمان بسرعة، ولا يستخدم الهيروبين إلا في علاج المدمنين في بريطانيا في تخفيف آلام مرضى السرطان الميؤوس من شفائهم

2 – المنومات والمهدئات : أما المنومات فإن لها تأثير على وظائف المخ، حيث تهبط وظائف المخ مثل الخمر فتضعف القدرة على التركيز والانتباه، وتنخفض القدرة على قيادة المركبات بكفاءة والمهارات الحركية الأخرى كالسباحة.

أما المهدئات فتأثيرها أن تجعل الفرد هادئاً، وتخفف من الألم، ويبقى الفرد غير مبال بالمشاكل التي تعترض سبيله، ورغم ما تسببه من اليرقان والالتهابات والهزات العصبية وتنقص المقاومة المرضية وغير ذلك، إلا أنها تسمى في الأسواق حبوب السعادة.

3 – المذيبات الطيارة (المشتقات): االمقصود باستنشاق الأبخرة المتصاعدة منها ومن هذه المواد(اغراء، البنزين،مذيبات الطلاء،سائل القداحات، و بعض سوائل تنظيف الملابس).

تعريف الإدمان: -

الادمان حسب منظمه الصحة العالمية: -

- الاعتماد الادمان بانه حالة من التسمم الضار للفرد والمجتمع وينشا بسبب الاستعمال للعقار الطبيعي او المصنع ويتصف بقدرته على احداث رغبه او حاجه ملحة لا يمكن قهرها او مقاومتها للاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه باي وسيله ممكنه لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة ويسبب حاله من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار وقد يدمن المتعاطي على اكثر من ماده واحده

الأسباب و العوامل المؤدية للادمان: -

الاسباب النفسيه: -

عندما نتكلم عن الأسباب النفسية يجب ان نتكلم عن شخصية المدمن -

شخصيه مدمن -

- التي تعتبر من العوامل يرجع الكثير من الباحثين اسباب الادمان الى بعض السمات المساهمة و منها:

- بعض المدمنين يتميزون بخلل واضطراب في الشخصية يرى رافت عسكر ان هناك علاقه وثيقه بين اضطرابات الشخصية وتعاطي الاشخاص للمخدرات ليخففوا من حده اضطراباتهم او ربما ليزيدوا من تفاعلهم مع البيئة التي يعيشون فيها كي تساعدهم المخدرات على توافقهم اكثر من حياتهم

الشخصية المضادة للمجتمع -

- كذلك بعض الشخصيات التي تعاني من نوع من الرهاب الاجتماعي فيكتشف ان احدى المواد المخدرة تزيل من هذا الشعور بالخجل وتهدئ هذا الفزع الذي يسكن قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهوله عندما يكون تحت تأثير المخدر حيث يبدا تدريجيا في التعود عليها حتى يصل الى درجه ادمانها
- الشخصية الاكتئابية الشخص معرض لنوبات حاده من شعور بالاسى وهبوط في معنوياته قد يقاوم هذه الاعراض عن طريق استخدام مواد مخدرة او منشطة بشكل متقطع او مستمر وقد يصل الى عدم استخدامها بطريقه بطريقة جيدة الى الوصول تدريجيا الى التعود على هذا المادة ادمانها
- الشخصيات سيكوباتية التي تبحث دائما عن الاشباع الفوري دون ان يشعر بتأنيب الضمير او ادنى احساس بالم او ندم داخلي لهذا ادمانه قد يكون سهلا وبسيطا
- الشخصيات القلقة ونقصد بها الشخصيات دائما التوتر والقلق وسهله الاستثارة والعصبية والاندفاع وهذا السلوكات قد تدفع به للوقوع في الخطأ قد يصل الى ادمان ماده مخدره للتقليل من هذا المشاعر المقلقة والوصول الى درجه من الاسترخاء ويبدا في التعود عليها تدريجيا حتى الوصول الى حاله الادمان
- الشخصية المغتربة التي تشعر بنوع من الغرابة وبانفصال عن الذات او عن الاخرين و شعوره بالعجز عدم الاحساس بالقيمة الذاتية فيلجا الى المخدرات
- هناك بعض الجوانب ايضا مثل عدم النضوج الانفعالي كذلك بعض الامراض النفسية والجسمية التي تتطلب بعض الأدوية فيها مادة مخدرة ولكن الاستعمال المتكرر دون مراقبة طبية قد يؤدي بالشخص الى بؤرة الادمان
- حب التقليد ايضا والتأثر والتأثير خاصه بالنسبة لفئة المراهقين امر مهم جدا حيث ان بعض المراهقين يحاولون تحقيق ذواتهم في وسط جماعات الرفاق عن طريق تقليد
- تؤدي العزلة الاجتماعية أو نقص الدعم الاجتماعي إلى زيادة خطر تعاطي المخدرات
- كذلك تؤدي وصمة العار اي. الخوف من الحكم الاجتماعي يمنع الأفراد من طلب المساعدة ، مما يزيد من احتمالية اللجوء إلى المخدرات كوسيلة للتعامل مع مشكلاتهم النفسية
- لتعرض للعنف أو الصدمات: الأفراد الذين تعرضوا لصدمات نفسية أو جسدية قد يلجؤون للمخدرات كوسيلة للتعامل مع الألم النفسي
- و من هنا تعتبر العلاقة بين الصحة النفسية وتعاطي المخدرات مهمة فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية قد يلجؤون للمخدرات كآلية للتكيف في البداية و بعدها

يدخل في حلقة مفرغة، حيث يؤدي التعاطي إلى تفاقم الحالة النفسية، مما يزيد من الاعتماد على المخدرات.

- **الاسباب الاجتماعية:**

- للأسباب والعوامل الاجتماعية والظروف البيئية التي ينشا الفرد فيها دور كبير في التأثير على بناء شخصيته توجهاته اختياراته وكذلك على ادواره الاجتماعية
- وتعتبر الأسرة هي المسؤولة الاولى عن عمليه التنشئة الاجتماعية، فاذا كانت الأسرة سوية تجعل سلوك الفرد سلوكا سويا متزنا واذا اخفقت الأسرة في اهدافها فان النتيجة التي نصل اليها شخصيه غير سوية قد تقودهم الى سبل الانحراف من بينها الادمان
- –تفكك الروابط الأسرية وتصدع الأسرة حتى وان كانت الأسرة مع بعضها البعض
- – عدم الاستقرار العاطفي عدم الاحترام بين افراد الأسرة
- – ادمان احد الوالدين، تعنيف داخل الأسرة، نقص الرقابة الأسرية الطلاق الاتجاهات الوالدية السلبية في التربية من تذبذب تسلط الاهمال النبذ الحماية الزائدة التدليل المفرط الاتكالية والاعتماد على الوالدين عدم الاعتدال في التعامل بين القسوة كلها قد تشكل شخصيه عدوانيه تسلطيه تعجز عن التفاعل مع المجتمع فتختار الطريق الانحرافي كل هذا قد يؤدي الى الادمان
- –لهذا فان النمط التربوي الذي تتبعه الأسرة دورًا مهمًا في تشكيل سلوك الأبناء. الأسر التي تتبع أساليب تربوية قاسية، قد تشعر الأبناء بالضغط والتمرد نتيجة للقيود الصارمة، مما يدفعهم للبحث عن وسائل للتمرد والتعبير عن الذات، وقد تكون المخدرات إحدى هذه الوسائل.
- في حالة التساهل قد يؤدي التساهل المفرط إلى شعور الأبناء بالحرية المطلقة وعدم وجود حدود واضحة، مما يجعلهم أكثر عرضة لتجربة المخدرات دون إدراك للعواقب.
- – القدوة السيئة داخل الاسرة . إذا كان أحد أفراد الأسرة يتعاطى المخدرات، فالأطفال والمراهقون يميلون إلى تقليد سلوكيات الكبار، وإذا كانت هذه السلوكيات تتضمن الادمان، فإن احتمالية تبنيهم لها تزداد بشكل كبير.
- –تأثير الفقر و البطالة على تعاطي المخدرات:
- –الفقر، يخلق بيئة من اليأس والإحباط، العوز والحرمان. و قد يلجأ البعض إلى المخدرات كوسيلة للهروب من الواقع القاسي الذي يعيشونه ، كما أن الفقر غالبًا ما يرتبط بنقص الفرص التعليمية والتدريبية، ويزيد من احتمالية انخراطهم في سلوكيات خطرة.

- –البطالة كذلك فهي لا تؤدي فقط إلى نقص الدخل، بل تؤثر أيضًا على الهوية الشخصية والكرامة الذاتية للأفراد. عندما يفقد الشخص وظيفته، قد يشعر بفقدان الهدف ، قد تصبح المخدرات وسيلة للتعامل مع مشاعر الفشل والإحباط. كذلك قد تؤدي إلى زيادة وقت الفراغ مما يزيد من فرص الانخراط في سلوكيات غير صحية مثل الادمان.
- –كذلك الفقر والبطالة يمكن أن يؤديا إلى تفكك الروابط الاجتماعية والأسرية، مما يزيد من عزلة الأفراد ، و هذا يزيد من احتمالية اللجوء إلى المخدرات كوسيلة للتواصل أو الانتماء إلى مجموعة معينة. إن الشعور بالانتماء هو حاجة إنسانية أساسية، وعندما لا يتم تلبيتها بطرق صحية، قد يلجأ الأفراد إلى البحث عن الانتماء في بيئات غير صحية مثل جماعات تعاطي المخدرات
- –تأثير الضغط الاجتماعي والمجتمعي على الادمان،يتعرض الأفراد لضغوط متعددة من الأقران والمجتمع، مما قد يؤدي إلى الادمان. يبدأ الضغط الاجتماعي غالبًا في مرحلة المراهقة، حيث يسعى الأفراد إلى الانتماء إلى مجموعات للحصول على قبول اجتماعي. في هذه المرحلة الحساسة، يمكن أن يكون تأثير الأقران قويًا للغاية، حيث يشعر الأفراد بالحاجة إلى التكيف مع سلوكيات المجموعة، حتى لو كانت تلك السلوكيات تتضمن تعاطي المخدرات.
- **االاسباب و العوامل الثقافية:** فتلعب أيضا العوامل الثقافية ففي بعض الثقافات، قد يكون تعاطي المخدرات مقبولاً اجتماعياً أو حتى مشجعاً في بعض السياقات، مما يزيد من احتمالية تعاطي الأفراد للمخدرات كجزء من التفاعل الاجتماعي أو الاحتفالات.
- **تأثير وسائل الإعلام والثقافة الشعبية على تعاطي المخدرات،** أصبحت وسائل الإعلام جزءًا لا يتجزأ من حياتنا اليومية، حيث تلعب دورًا محوريًا في تشكيل الأفكار والمعتقدات والقيم. من خلال الأفلام، والموسيقى، والإعلانات، وحتى وسائل التواصل الاجتماعي، يتم تقديم المخدرات في بعض الأحيان بصورة جذابة أو مثيرة، مثلا ابطال الأفلام مما قد يؤثر على تصورات الأفراد، خاصة الشباب، ، قد يشعر الأفراد بأن تعاطي المخدرات هو جزء من تحقيق الذات أو التعبير عن الاستقلالية يتم تصوير الشخصيات التي تتعاطى المخدرات على أنها مثيرة أو متمردة، قد يتم تصوير تعاطي المخدرات على أنه جزء من نمط حياة فاخر أو مرتبط بالنجاح والشهرة، مما يعزز من جاذبيته. هذا التصوير الإيجابي أو المحايد للمخدرات يمكن أن يقلل من إدراك المخاطر المرتبطة بتعاطيها، مما يدفع بعض الأفراد إلى تجربتها.

- كما تلعب الموسيقى دورًا كبيرًا في تشكيل الثقافة الشعبية، وغالبًا ما تتضمن الأغاني إشارات إلى المخدرات. خاصة إذا كانوا من الشباب الذين يبحثون عن هوية أو يحاولون تقليد نجومهم المفضلين.
- **أعراض الإدمان حسب DSM5**:أعراض اضطراب تعاطي المواد (Substance Use Disorder)حسبDSM-5
- يعتمد الـ DSM-5 على 11 معياراً لتشخيص اضطراب تعاطي مادة ما.
- يُشخَّص الاضطراب عندما يظهر على الفرد مجموعتان أو أكثر من هذه المعايير خلال 12 شهراً.
- أولاً: ضعف السيطرة(Impaired Control)
- 1- تعاطي المادة بكميات أكبر أو لمدة أطول من المخطط لها.
- 2- رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة لتقليل التعاطي أو التوقف عنه.
- 3-وقت طويل يُقضى في الحصول على المادة أو تعاطيها أو التعافي من آثارها.
- 4- رغبة شديدة في التعاطي.(Craving)
- ثانياً: الاختلال الاجتماعي(Social Impairment)
- 5- الفشل في أداء الالتزامات الأساسية (العمل – الدراسة – المنزل) بسبب التعاطي.
- 6-الاستمرار في التعاطي رغم وجود مشاكل اجتماعية أو عائلية سبّبها أو زادها التعاطي.
- 7- التخلّي عن الأنشطة المهمة (المهنية، الاجتماعية، الترفيهية) بسبب التعاطي.
- ثالثاً: الاستخدام الخطر(Risky Use)
- 8-التعاطي في مواقف خطيرة (مثل قيادة السيارة).
- 9-الاستمرار في التعاطي رغم معرفة الضرر البدني أو النفسي الناتج عنه.
- رابعاً: المعايير الفسيولوجية(Pharmacological Criteria)
- 10- التحمّل:(Tolerance)
- الحاجة إلى جرعات أكبر للحصول على نفس التأثير.
- أو انخفاض التأثير مع الجرعة نفسها.
- 11-الانسحاب:(Withdrawal)
- ظهور أعراض انسحابية عند التوقف.
- أو تعاطي المادة لتخفيف هذه الأعراض.
- **آثار ومضاعفات إدمان المخدرات:**

- –مشاكل صحية: يؤدي إدمان المخدرات إلى حدوث مشاكل صحية بدنية نفسية وعقلية خطيرة
- –فقدان الوعي والغيبوبة والموت المفاجئ وخاصة عند أخذ جرعات عالية أو إذا تم الجمع بين أنواع المخدرات أو الكحول.
- – الإصابة بالأمراض المعدية مثل الإيدز سواء من خلال العلاقات الجنسية المحرمة أو عن طريق مشاركة الإبر.
- – التعرض لحوادث السير في حالة السكر.
- –الانتحار.

–المشاكل الأسرية والخلافات الزوجية بسبب التغيرات السلوكية التي تطرأ على مدمن المخدرات.

–مسائل قانونية حيث أن إدمان المخدرات يؤدي إلى السرقة وقيادة السيارة تحت تأثير المخدرات وغيرها.

–مشاكل مالية: إدمان المخدرات يؤدي إلى إنفاق المال بلا حساب وذلك لشرائها فيضع المدمن تحت وطأة الدين وتقوده إلى سلوكيات غير قانونية منحرفة وغير أخلاقية.

-

-

- المحاضرة عشر الانتحار والمحاولة الانتحارية

- **تمهيد:**
- يعتبر السلوك الانتحاري ظاهرة تمس الافراد مهما كان عمرهم وجنسهم ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي لهذا فهو يعد احد الوسائل المعروفة بالنسبة للبشر والتي تؤدي الى الموت حيث يقوم بها الشخص وتكون يا اما محاولة ناجحة او فاشلة لقتل النفس،كما ان الانتحار والمحاولات الانتحارية ارتفعت نسبتها بدرجه كبيره لذا وجب على المختصين النفسيين البحث في هذه الظاهرة من اجل تحديدها بدقه وفهم عواملها واسبابها والبحث عن الحلول المناسبة لها
- **تعريف الانتحار:**
- **لغة** : مشتقة من الفعل نحر اي ذبح فالانتحار هو عمليه قتل الذات
- **اصطلاحا:** هو كل حاله موت ناتجه عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وهو ليس بالتضحيه العالم دوركايم اول من تعرض لتحديد مفهوم الانتحار واعراض السلوك التي تندرج تحته فالانتحار ينسحب على كل حالات الموت التي تنتج مباشرة او بشكل غير مباشر عن فعل ايجابي او سلبي ينفذه الضحية بنفسه وهو يعرف ان هذا الفعل يصل الى نتيجة الموت
- تعريف Bloch فعل تعاطي الموت حيث انه قد يكون فعل عقلي منفذ نظرا لاعتبارات فكريه واجتماعيه ودينيه وفلسفية او شخصية او عكس ذلك يرجع لفعل مرضي ناتج عن

تطورات لمختلف الاصابات العقلية مثل الاكتئاب الهذيان المزمن والعته او ناتج عن صدمه حقيقية حاده تحت شكل موجه عنيفة من القلق بعدوانية موجهة نحو الذات

- **مفاهيم ذات الصلة بالانتحار:**
- -الشخص المنتحر هو الشخص الذي نجح في الانتحار انه ضحية القتل المنفذ ضد نفسه اذا يتعلق بالانتحار الناجح
- -المحاولة الانتحارية عرفهاPrigney كما يلي المحاولة الانتحارية هي فعل غير كامل قصد الموت ينتهي بالفشل
- **العوامل المؤدية للانتحار:**
- اوضحت العديد من الدراسات ان هناك عوامل متداخله ومختلفة يمكن ان تؤدي بالفرد للجوء لمحاوله الانتحار والتي يمكن تصنيفها الى عوامل اجتماعية عوامل اسرية وعوامل فردية
- **العوامل الاجتماعية:** توصل الباحثين الى تحديد مجموعة من العوامل
- -فقدان العلاقات الاسرية لقيمتها في حاله طلاق الوالدين غياب احد الوالدين او كلاهما
- -تصبح المعايير والقيم التي توجه سلوك الفرد مختلطة ومتعددة فالنسيج الاجتماعي والعائلي لا يسمح للفرد ببناء هويته
- -لم يتمكن الفرد من اكتساب الشعور بالقدرة على لعب دور فعال في المجتمع والشعور بالتبعية والضعف لانه لا يستطيع تسيير شؤون حياته
- -يعيش الفرد حالة عدم الاستقرار مثل مثلا تغيير السكن باستمرار الهجرة الانعزال وبالتالي شبكه علاقاته الاجتماعية تتفكك تدريجيا
- **العوامل الاسرية :**
- وهي تؤثر على عدد حالات الانتحار وتواتر محاولات الانتحار ومن اهم هذا العوامل ما يلي
- -الصراعات الاسرية خاصة انفصال الوالدين كذلك غياب الاب او الصورة الوالدية هذا العامل له تأثير كبير اذا حدث الانفصال خاصة قبل سن السادسة من العمر
- -السوابق العائلية المرضية انتحار او محاولة انتحار في العائلة وجود مرض عقلي تناول الكحول او المخدرات سواء من طرف الاب او الام
- -الرحيل وتغيير السكن وعدم الاستقرار الذي يؤدي الى تغيير دائم للمدرسة والشارع وبالتالي عدم استقرار الشبكة الاجتماعية
- -التوظيف الاسري الماضي كالاعتداء الجسدي والنفسي وسوء المعاملة النفسية و الجسدية للطفل الجو يسوده التوتر والعنف واتصال غير متكيف كذلك الوالدين غير مبالين بحاله الطفل بحيث لا يتعاملون عاطفيا مع الاولاد ولا يساعدونهم على النضج وبالتالي يصبح الوسط العائلي مليء بالصراعات والتوتر
- -انتحار احد افراد الأسرة حيث ان المراهقين يعيشون في تناقضات بين الموت والحياه فهم لا يدركون ان الموت نهاية حتميه لكل انسان وان انتحار احد افراد الأسرة قد يولد عند الشباب الحزن الغضب والشعور بالذنب وقد يبدون سلوكا مماثلا خاصه اذا كانت العلاقة بين الطرفين الابن مثلا والاب المنتحر جيدة وهنا يمكن ان نشير الى دور الاتصال داخل افراد الأسرة الواحدة وتزويد الابناء بالحقائق والمعلومات الكافية حول العديد من القضايا من طرف الاولياء كقضيه الانتحار والمحاولة الانتحارية
- **العوامل الفردية:**
- يزيد خطر الانتحار اذا توفرت مجموعه من العوامل الفردية يمكن تحديدها فيما يلي

- -تجارب الفقدان ونقصد بها فقدان احد الوالدين او فقدان شخص عزيز انفصال الوالدين وابتعاد احدهما عن الطفل حدوث انقطاع في اي علاقه صدقه حب كل هذه العوامل يمكن ان تكون اسباب مباشرة او غير مباشره للذهاب الى الانتحار
- -الانقطاع عن الدراسة والفشل الدراسي فشريحة كبيرة من المراهقين لم تتعدى المستوى الابتدائي وهو شباب يعمل او بطال
- -استهلاك المخدرات فمعدل الانتحار مرتفع عند المدمنين اكثر بكثير منه عند غير المدمنين
- -الصراعات الفردية حيث يعاني محاول الانتحار من عده مشاكل فهم فاقدون الشجاعة مكتئبون يشعرون بالملل اشخاص يائسون قلقون كما يتعذر عند معظمهم اقامه علاقات اجتماعية ناجحة يشعرون بالوحدة والرفض ويعيشون ازمه هويه وكذا الخفض من قيمة ذواتهم
- **الامراض والاضطرابات النفسية والعقلية:**
- وجود تشخيص نفسي مرضي فمعظم حالات الانتحار بين 75% الى 90% من المنتحرين تشخص على انها تعاني من اضطراب قبل محاوله الانتحار وبعدها مثل الاكتئاب اضطراب عصابي اضطرابات الطبع والسلوك، ذهان.... ومعدل المرض يمكن ان يرتفع الى 35% في حالات تكرار محاولة الانتحار ووجود اضطراب عقلي يمثل العامل الخطر
- **العوامل الاقتصادية :**
- حيث تكلم عنها دوكايم Durkaimان عدد المحاولات الانتحارية تتزايد في اوروبا في فترات الازمات الاقتصادية الشديدة والتغيرات المفاجئة في المجتمع ومن بينها نجد البطالة الفقر وغيرها فهي تزيد من الضغوطات العائلية وتحدث خلافات بين افراد الأسرة الواحدة وتضعف العلاقات وبالتالي تؤثر على النسيج العلاقات الاسري ثم الاجتماعي
- **تفسير المحاولة الانتحارية :**
- لقد حدد العلماء بعض السمات السيكولوجية التي تدفع بالفرد الى الاقدام على المحاولة الانتحارية ووضع حد لحياته وتفيد معرفه هذا السمات في تحليل محاوله الانتحار وامكانية وضع خطط علاجيه ووقائية انطلاقا من المحاولة الحد من سيطرة هذا السيمات على الفرد ونلخصها فيما يلي:
- -الالم النفسي لا يقدم اي فرض على الانتحار وهو سعيد في حياته فبمحاولة الانتحار يسعى الى الهروب من الالم النفسي
- -الحاجات السيكولوجية المحبطة فعدم اشباع هذه الحاجات السيكولوجية يتولد عنه الاحباط وعدم الثقة مما قد يدفع الى الشعور باليأس والاحباط وبالتالي الاقدام على محاوله انتحار
- -البحث عن الحل لا يحدث الانتحار عشوائيا ولا ينفذ بدون هدف انه موقف يصعب تحمله وهو بمثابة ازمة حادة عارمة تتجاوز قدرات الفرد على التحمل فمحاوله الانتحار بمثابه استجابة لحيرة مصدرها عدم ايجاد حل لمشكل معين
- -التناقض الوجداني اذ يبدو بعض التناقض الوجداني سويا وهو موجود عند كل شخص فكل فرد منا يحمل الحب والكراهية لذاته والأخرين في جانب او في اخر لكن بالنسبة للشخصية ذات الميول الانتحارية يكون التناقض الوجداني بمثابة مساله حياه او موت

- -الكشف عن الرغبة في الانتحار حيث ان معظم المنتحرين او المحاولون للانتحار يصرحون ضمن بيئتهم من اصدقاء واهل ومعارف واقارب من خلال اشارات ورموز تمهد لذلك فهم يبدون تعبيرات من الحزن والضعف والياس ثم يستنجدون ويستغيثون وكأنهم يحاولون بالانتحار جلب اهتمام الاخرين نحو آلامهم ومعاناتهم وبالتالي منعهم من قتلي انفسهم والواقع ان محاوله الانتحار بالنسبة لهم ليست في جوهرها رغم ما تكتسبه من سمات عدوانية ذاتية بل القصد منها هو جلب اهتمام الاخرين نحوهم
- **السمات السيكولوجية للنزعة الانتحارية :**
- انطلاقا من دراسات Edwin الباحث في ميدان الانتحار هناك سمات قال عنها انها تشكل اللوحة السيكولوجية لأرضية الانتحار نذكر منها
- -وجود الم نفسي لا يطاق الحاجات السيكولوجية المحبطة غير المشبعة البحث عن حل اي كيف اخرج من هذا الموقف ويجد الاجابة في الانتحار
- - القيام بمحاوله اطفاء الوعي يمكن القول ان الانتحار هو هروب من الوعي الياس وفقدان المساعدة اذ ان الشعور بالاحباط والذنب عوامل تعتبر من اسباب الانتحار
- -تضييق الخيارات بمعنى الوصول الكامل غير المنقوص او ايقاف كل شيء
- -التناقض الوجداني فالشخصية ذات الميول الانتحارية يكون عندها التناقض الوجداني مسالة حياة او موت الكشف عن الرغبة في الانتحار
- -الرحيل او الهروب من المنزل او ترك العمل والانتحار هو ذروة الرحيل
- -انماط الصراع المستمر طوال الحياه اذ يجب معاينة عوارض الاضطرابات السابقة
- **العلاج:**
- -التكفل الطبي ينجر عن محاوله الانتحار استشفاء استعجالي بسبب الاصابة الجسدية مهما كان نوعها ثم محاولة معالجة العوامل والاسباب المؤدية الى محاوله الانتحار وخاصة علاج الاكتئاب والفصام اذا كانت الحالة تعاني من اعراض احد هذه الاضطرابات وبالتالي العلاج الدوائي للاضطرابات النفسية والعقلية اذا وجدت مثل ما ذكرنا سابقا اكتئاب او فصام او غير ذلك
- -التكفل النفسي ان فتره الاستشفاء الاستعجالي يجب ان تلخص بتقييم اعيادي مفصل لظروف محاولة الانتحار العلاقات بالمحيط اهميه الافكار الانتحارية واخطار الانتكاس اي معاوده الفعل الانتحاري فالعلاج والتدخل العلاجي على المدى القصير يكون ضروريا لأنه يسمح بعمل نوع من تشكيل الافكار حول فعل الانتحار كما تنجح كذلك العلاجات المعرفية السلوكية في هذا المشكلة بمحاولة دراسة الافكار الانتحارية ومحاوله تعديلها
- -التكفل العائلي حيث ان الاتصال بالأسرة يكون ضروريا لتقديم المساعدة للشخص الذي حاول الانتحار لان لها دور مدعم ومساند لمحاول الانتحار لهذا يمكن اللجوء الى العلاج العائلي تحت سياق ان محاول الانتحار يعيش صراع في الوسط العائلي