



الإرشاد النفسي للأطفال ثالثه طفوله

إعداد

أ.د. كريمة خطاب

استاذ علم النفس الإكلينيكي المتفرغ

كلية التربية بالغردقه

قسم علم النفس

العام الجامعى

2022 - 2021

بيانات الكتاب

الكلية : التربية بالغردقه

الفرقه : الثالثة

التخصص : طفولة

تاريخ النشر : 2021 - 2022

عدد الصفحات : 126

المؤلف : أ.د. كريمة خطاب

استاذ علم النفس الإكلينيكي المتفرغ

محتويات المقرر

الصفحة	
26-4	الفصل الأول: التنشئة الإجتماعية
79-27	الفصل الثانى: طب نفس الأطفال (أمراض الطفولة العصابية والذهانية)
106-80	الفصل الثالث: التوجيه والإرشاد النفسى
112-107	الفصل الرابع: إرشاد نفسى للأطفال المعاقين عقليا
121-113	الفصل الخامس: نظريات فى الإرشاد النفسى
126-122	قائمة المراجع

الفصل الأول

التنشئة الاجتماعية

مقدمة :

يعد موضوع التنشئة الاجتماعية واحدا من الموضوعات الأساسية التي حظيت باهتمام واضح من جانب العديد من الباحثين؛ خاصة أولئك الذين تتدرج تخصصاتهم في اطار العلوم الاجتماعية . كما يعد ايضا واحدا من الموضوعات ذات التاريخ الطويل من الاهتمام ؛ فعمره في وجدان الباحثين ليس بالعمر القصير. فمنذ بداية التاريخ الطويل للكائن البشري والتساؤل لم ينقطع عن الكيفية التي يتم بها نقل تركة أجيال سابقة إلي أخرى لاحقة؛ ومن ثم تحقيق الاتصال والتواصل بين الأجيال – تلك العملية التي تشكل قوام مفهوم التنشئة الاجتماعية .

والتنشئة الاجتماعية عملية قديمة قدم المجتمعات الإنسانية ذاتها؛ مارستها الأسرة منذ نشأتها لتنشئ أطفالها علي ما نشأت هي عليه ؛ ولتحافظ بذلك علي استمرار عاداتها وتقاليدها ومعاييرها وقيمها ولغتها وخصائصها الاجتماعية المختلفة .

وتكتسب التنشئة الاجتماعية أهمية خاصة في اطار علم النفس الاجتماعي؛ حيث تسهم الخبرات والتنبهات التي يتعرض لها الفرد في مراحل حياته الأولى في تشكيل شخصيته وتطورها في المراحل التالية؛ اعتمادا علي ما لديه من إمكانيات واستعدادات موروثية. وتتوقف فاعلية التنشئة في اكساب الأفراد السلوك الاجتماعي الملائم علي الأساليب والعمليات المستخدمة في هذا الصدد؛ والتي يسعى الباحثون في مجال التنشئة الاجتماعية إلي تحديدها علي نحو دقيق .

أولا : تعريف التنشئة الاجتماعية Socialization :

تدل التنشئة الاجتماعية في معناها العام علي العمليات التي يصبح بها الفرد واعيا ومستجيبا للمؤثرات الاجتماعية؛ وما تشمل عليه هذه المؤثرات من ضغوط وما تفرضه من واجبات علي الفرد حتي يتعلم كيف يعيش مع الآخرين ؛ ويسلك معهم مسلكهم في الحياه. أما التنشئة الاجتماعية في معناها الخاص فهي نتاج العمليات التي يتحول بها الفرد من مجرد كائن عضوي إلي شخص اجتماعي. وتصل تلك التنشئة إلي أقصاها في الطفولة؛ ولكنها لا تقف عندها بل تمتد بامتداد الحياه وخلال مراحلها المتعاقبة أو المتتالية.

ويقصد بالتنشئة الاجتماعية "العملية التي يكتسب الفرد من خلالها أنماط محددة من الخبرات والسلوك الاجتماعي أثناء تفاعله مع الآخرين. بمعنى آخر هي عملية تربوية اجتماعية يتم من خلالها وضع الفرد في قالب ثقافي معين؛ ويكتسب من خلالها الخصائص الأساسية لمجتمعه (مثل اللغة؛ والقيم والاتجاهات؛ والمعايير؛ والتقاليد؛ والمهارات الاجتماعية إلخ)؛ والتي تمكن الفرد من التوافق النفسي والاجتماعي مع المجتمع الذي يعيش فيه؛ ويسلك بطريقة تنسيق ومعايير السلوك الاجتماعي المفضل في هذا المجتمع. كما أنها عملية تساعد الفرد علي مسيرة جماعته والتوافق معها؛ والأندماج في الحياه الاجتماعية.

هناك أيضا من ينظر إلي التنشئة الاجتماعية بأنها العملية التي يكتسب الأفراد من خلالها المعارف والمهارات والاتجاهات التي تمكنهم من المشاركة بصورة فعالة إلي حد كبير أو قليل بوصفهم أعضاء في مجتمعاتهم. وتتضمن التنشئة ثلاث مهام هي: انتقال الثقافة بين الأجيال؛ وإكساب الأفراد القدرة علي التحكم في دفعاتهم؛ وعملية تدريبهم علي القيام بالدور. كما تعرف التنشئة الاجتماعية بأنها "العملية التي يتحقق للفرد من خلالها؛ وبالتفاعل مع الآخرين؛ تنمية رصيد متميز من الخبرة الخاصة؛ وأنماط السلوك الاجتماعي الملائمة".

ويري عالم الاجتماع الأمريكي " تالكوت بارسونز " T . Parsons أن التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم تعتمد علي التقليد والمحاكاة والتوحد مع الأنماط العقلية والعاطفية والاخلاقية عند الطفل والراشد؛ وهي عملية تهدف إلي إدماج عناصر الثقافة في نسق الشخصية.

وتعد التنشئة الاجتماعية ايضا عملية تعلم اجتماعي؛ يتعلم فيها الفرد عن طريق التفاعل الاجتماعي؛ معاييره وقيمه واتجاهاته إلخ؛ كما أنها عملية دينامية؛ ومستمرة طوال الحياه؛ وتتضمن التفاعل والتغير، فكما نغير أبنائنا فإنهم يغيرون فينا وبديهي أن قوة الطرفين في الفاعلية والتأثير ليست متكافئة فالجيل القديم في التنشئة - أي الآباء - أقوى فاعلية والطرف المتلقي - أي الأبناء - أقل فاعلية. ويمثل موضوع التنشئة الاجتماعية واحدا من نقط الالتقاء الكبيرة بين علم الاجتماع من جهة وعلم النفس من جهة أخرى؛ وهو يمثل حقا خصباً للدراسة ومحور اهتمام لكل فريق من المتخصصين. ونظراً لتعقيد عملية التنشئة الاجتماعية وتعدد عناصرها؛ فقد ترتب علي ذلك اختلاف في التعامل معها بين كل من علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي .

وذلك علي النحو التالي :

(1) التعريف الاجتماعي :

يهتم علماء الاجتماع في تعريفهم للتنشئة الاجتماعية؛ بالإنسان والنظم الاجتماعية التي من شأنها أن تساعد علي تحويل المادة البيولوجية الإنسانية الخام إلي شخص قادر علي أداء العمليات التي يتطلبها منه مجتمعه. لهذا يعرفون التنشئة الاجتماعية بأنها تمثل نوعا من التطبيع الاجتماعي أو القولية الاجتماعية للفرد حسب حاجات المجتمع فعلية التطبيع الاجتماعي كما يهتم بها علماء الاجتماع إنما تركز علي جوانب التشابه في الشخصية والسلوك بين أعضاء الجماعة أي أنهم يهتمون بالشخصية المنوالية Modal personality والسلوك المنوالي (نسبة إلي المنوال) أكثر من اهتمامهم بالفروق الفردية؛ والتي هي موضوع اهتمام علماء النفس.

(2) التعريف النفسي :

يتركز اهتمام علماء النفس في تعريفهم للتنشئة الاجتماعية علي دراسة سلوك الفرد ويهتمون علي عكس علماء الاجتماع - بكل من الفروق الفردية وأوجه الشبه بين الأفراد وذلك لأن عملية التنشئة الاجتماعية - من وجهة نظر علماء النفس - تعد عملية تفسيرية لكل من:
أ) أوجه التشابه في أنماط السلوك والمشاعر والاتجاهات بين أعضاء الجماعات
ب) الخصال الفردية وكذلك الصفات الشاذة من السلوك والدوافع والمشاعر.
هذه النظرة للتنشئة الاجتماعية تجعل التصور السيكولوجي أكثر شمولاً إذ يهتم بالتنشئة الاجتماعية (كما يدرسها علماء الاجتماع) من حيث اثار إجراءات التدريب والتفاعل الاجتماعي الذي يشترك فيه مع باقي أعضاء الجماعه كما يهتم التصور السيكولوجي - في نفس الوقت - بنفس الدرجة بالفرد في كل من البيئه والظروف المحيطة بالفرد مثل عدد ونوع وحدة الخبرات والمواقف التي يمر بها الشخص علي مدي حياته.

وتجدر الإشارة إلي أن هناك ايضا تداخلا وترابطا بين مفهوم التنشئة الاجتماعية وبعض المفاهيم الأخرى مثل التطبيع الاجتماعي والاندماج الاجتماعي Acculturation (والذي يدل علي احتواء الشخص لأفكار وممارسات ومعايير وقيم المجتمع الذي يعيش في إطاره) ومصطلح التعلم الاجتماعي Social Learning ... إلخ إلا أن هذه المفاهيم ليست أكثر من كونها مجرد مفاهيم جانبية أو هامشية لا ترقى إلي مستوى التنشئة الاجتماعية في خصوصته وشموليته وتميزه .
ونخلص مما سبق حول تعريف التنشئة الاجتماعية إلي ما يأتي :

- 1- أن عملية التنشئة الاجتماعية عملية تربية نفسية واجتماعية يكتسب الفرد من خلالها الخصائص الأساسية لمجتمعه (من قيم ومعايير وعادات وتقاليد ولغة ... إلخ) وتهدف إلي مساعدة الفرد علي التوافق النفسي والاجتماعي في إطار المجتمع الذي يعيش فيه.
- 2- تعد عملية التنشئة الاجتماعية عملية متعددة الأبعاد، متعددة الأدوات، فهي تبدأ منذ اللحظات الأولى لخروج الطفل للحياة حتي آخر لحظات عمره الممتد وذلك عبر مراحل متتابعة .. ومع ذلك فإن معدلات النمو تكون أكثر سرعة في الشهور والسنوات الأولى من حياته عن تلك التي في نهاية حياته.
- 3- هناك اختلاف واضح بين علماء النفس وعلماء الاجتماع في التعامل مع التنشئة الاجتماعية حيث يهتم علماء الاجتماع بالنظم الاجتماعية وجوانب التشابه بين أعضاء الجماعة. في حين يتركز اهتمام علماء النفس علي الفروق الفردية بالإضافة إلي جوانب التشابه بين أعضاء الجماعة.
- 4- يتسع مفهوم التنشئة الاجتماعية ليشمل عدة مفاهيم وعمليات أخرى مثل التطبيع الاجتماعي والتثقف والاندماج الاجتماعي والتربية ... إلخ.
- 5- في ضوء تعريف التنشئة الاجتماعية بأنها العملية التي يقوم بها المجتمع من خلال وكالاته والتي تعرف بوكالات التنشئة الاجتماعية Socialization Agencies، فإن عملية التنشئة تتم عبر وكالات ووسائل مختلفة من أهمها الأسرة والمؤسسات التعليمية ووسائل الإعلام والاتصال وجماعة الأقران والمؤسسات الدينية والتي تؤثر في تشكيل اتجاهات وسلوك الأفراد وفقاً لثقافة المجتمع ومعاييرها.
- 6- يختلف الوزن النسبي لتأثير كل من هذه الوكالات باختلاف عوامل عديدة منها الإطار الحضاري والثقافي الذي تنتمي إليه والخصائص الشخصية والديموجرافية للفرد مثل عمره الزمني وجنسه ومستواه التعليمي والثقافي ... إلخ.

ثانيا : وسائل التنشئة الاجتماعية :

إن عملية تنشئة الفرد وتأثير المجتمع والثقافة لا ينتقل إليه هكذا بوجه عام بل من خلال تفاعله مع أعضاء الجماعات الأولية primary Groups مثل (الأسرة، والمدرسة، والأصدقاء) وارتباطه بالجماعات الثانوية secondary Groups (مثل جماعة النادي، أو جماعة المصنع الواحد إلخ).

هذا ويرى المتخصصون في مجال العلوم الاجتماعية أن هناك أربعة من المنشئين لهم أهمية خاصة في تنشئة الأفراد، وهؤلاء هم: الأسرة، أو جماعة الأقران، والخبرات الأكاديمية، ووسائل الاعلام. على أن يأخذ في الحسبان أن هناك رسائل لها أهميتها في هذا الصدد مثل دور وأماكن العبادة أو المؤسسات الدينية. هو ما نتناوله على النحو التالي:

(1) دور الأسرة في التنشئة الاجتماعية:

تعد الأسرة بلا منازع هي الجماعة الاولية التي تكسب النشء الجديد خصائصه النفسية والاجتماعية، أي أنها الوسيلة للتنشئة الاجتماعية ولنا حاجة لأن نبرهن على مدى تأثير الأسرة وأهميتها في تنشئة الأبناء فالامر واضح وجلي، ولكننا في حاجة إلى بيان مدى هذا التأثير ونوعيته والعوامل المرتبطة بعملية التنشئة الاجتماعية في اطار الأسرة، والمصادر التي يستقى منها الوالدان الكيفية التي ينشئون بها أبنائهم، ومحددات اساليب تنشئة الآباء لأبنائهم، ونوع العلاقات الأسرية بين الوالدين والأبناء، والتي تؤثر في سلوك الطفل وجوانب شخصيته. وكما يتأثر الطفل بأسرته يؤثر أيضا فيها، ولذا يختلف سلوك الأب والأم قبل ولادة الطفل عن سلوكهما بعد ولادته، وبذلك تصبح عملية التنشئة الاجتماعية عملية متبادلة أي عملية تأثير وتأثر في آن واحد.

ومن أوائل الدراسات التي تناولت الفروق بين الطبقات الاجتماعية الاقتصادية في إجراءات تدريب الأطفال التنشئة الاجتماعية، تلك الدراسة التي يقام بها "دافيز وهافيجورست" Davis & Havighrst في بداية الأربعينيات، حيث درسا عددا من مواقف التنشئة مثل: الطعام، والفظام، والإخراج وضبط العدوان والمساعدة في الأعمال المنزلية وأسلوب الضبط. وتبين لهما أن أمهات الطبقة العاملة "الدنيا" أميل إلى التغذية عن طريق الرضاعة من الثدي وإلى الفطام المتأخر والتأخر في بدء التدريب على ضبط وظائف الإخراج والتسامح بالمقارنة بأمهات الطبقة المتوسطة واللاتي يملن إلى التقييد والتنفيذ الصارم لضبط النفس.

وكشفت دراسة الاتجاهات الوالدية في البيئة المصرية التي قام بها "محمد عماد الدين إسماعيل وآخرون" عن طريق معاملة الأبناء في المستويين الاجتماعي الاقتصادي الأدنى والاوسط حيث تميل الطبقة المتوسطة إلى النصح والإرشاد ومراعاة ظروف الأبناء فيما يتصل بطرق تعليم عادات النوم والنظافة والجنس بينما تميل الطبقة الدنيا إلى استعمال الضرب أو العقاب البدني. وتبين أيضا أن التأثيرات غير متساوية بين كل من الأم والأب في تنشئة الأبناء فالمسؤولية ابتداء تقع على الأم خاصة في شهور الطفل الاولي ومع ذلك لايمكن تجاهل دور الأب وخاصة في الشهور

والسنوات التالية. وأظهرت نتائج البحوث أن غياب الأب عن المنزل لفترات قد تصل إلى عدة شهور أو سنوات يرتبط باعتماد الأبناء على الآخرين وعدم النضج الانفعالي. كما ارتبط غياب الأب أو الأم بتعاطي الأبناء (من طلاب المدارس الثانوية والجامعة) للمخدرات بمختلف أنواعها.

فالأُسرة هي التي تزود الفرد بالرصيد الأول من القيم وكذلك تزوده بالضوء الذي يرشده في سلوكه وتصرفاته ففي الأسرة يعرف الفرد الحسن والقبيح المرغوب وغير المرغوب وتمنح الأسرة الطفل أوضاعه الاجتماعية وتحدد له اتجاهاته وسلوكه وقيمه واختياراته والمثل التي يتبعها. ولذا يستجيب الطفل تلقائياً لاهتمام الآباء السياسي (على سبيل المثال) ويقوم بتكرار هذا الموقف للحصول على اهتمام الأسرة دون اعتبار للتعقيدات التي قد ترتبط بمعتقدات وقيم الأب الذي تجعله يفضل هذا الاتجاه السياسي دون سواه.

وللأسرة أيضاً دورها وأهميتها في إكتساب الطفل المعايير الخاصة بالأسرة، بهذا المعنى تصبح الأسرة وسيلة للحفاظ على معايير المجتمع وعلى مستوى الأداء المناسب لتلك المعايير. وتعتمد تلك المعايير في فعاليتها على دور الفرد في الأسرة وما يقوم به من نشاط وما يرتبط به من علاقات وعلى نوع تفاعله الاجتماعي مع بقية أفراد الأسرة بما في ذلك تحقيق مطالبه في مقابل تحقيق مطالب الأسرة وبذلك تصبح علاقة الفرد بالأسرة علاقة تبادلية قوامها الأخذ والعطاء وضوابطها ما يسود بين الأسرة وأفرادها من معايير عامة ومعايير أسرية خاصة.

كما حظيت الأسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهامها في إقبال الشباب على تعاطي المخدرات أو ابتعاده عنها حيث تبين من دراسات هنت Hunt أنه إذا كانت العلاقة بين الأب والأبناء يسودها التسبب أو التفكك؛ ازداد احتمال إقبال الأبناء على التعاطي وإذا كانت العلاقة تتسم بالتسلط من جانب الآباء؛ فالاحتمال أن يكون إقبال الأبناء على التعاطي متوسطاً إما إذا كانت العلاقة ديمقراطية (أي يسودها الحب والتفاهم جنباً إلى جنب مع التوجيه والحزم) فإن احتمالات الأبناء على التعاطي تكون ضئيلة. كما كشفت نتائج البحوث والدراسات المصرية في هذا الصدد عن أن هناك ارتباطاً قوياً بين إقدام الطلاب على تدخين السجائر وتعاطي المخدرات وبين الإقامة بعيداً عن الأسرة.

والخلاصة أن الأسرة تقوم بدور مهم في تيسير إقدام الشباب على تعاطي المواد النفسية أو تعويقة وهو ما يؤكد الدور المهم للأسرة في تنشئة هؤلاء الشباب.

اما عن العوامل المحددة لتأثير الأسرة ايجابيا كان او سلبيا فتنقسم الى فئتين: اولهما العوامل الاجتماعية: وتشتمل على عدة متغيرات مثل الوضع الاجتماعى الاقتصادى للأسرة والوضع الحضرى (ريف-حضر)، ومدى تماسك العائلة. اما الفئة الثانية فهى العوامل النفسية والنفسية الاجتماعية، وتتضمن عدة متغيرات مثل كيفية تنشئة الأسرة لأبنائها، ونوع الأسلوب المتبع ومقدار ما تمارسه الأسرة من تأثير على الأبناء فى اتجاه ربط الأفراد وجدانيا بأسرهم من عدمه.

وقد تبين أن من اكثر محددات اساليب تنشئة الآباء لأبنائهم: تعلم الآباء السابق والكتب والمجلات والجرائد ووسائل الأعلام فى كافة صورها، ومزاج الآباء انفسهم وسماتهم الشخصية. فالآباء ذوو النشاط المفرط مثلا يتدخلون الى حد كبير فى حياة اطفالهم، وهم يميلون اذا كان هذا هو مزاجهم، الى اتباع اسلوب التحكم والضبط الشديد. اما الآباء ذوو الطاقه المنخفضة من النشاط فيغلب على تصرفاتهم طابع الإتكاليه الذى يصل بهم احيانا الى مستوى الإهمال واللامبالاة مع الطفل. كما ان مستوى انفعالية الآباء له ايضا تأثير كبير على مسلكهم مع الأبناء، فقد يؤدى الخوف الشديد من جانب الآباء إما إلى الحماية الزائدة او التحكم الصارم، كما قد يؤدى احيانا إلى التهاون الشديد امام تصرفات الطفل بشكل يقترب من التدليل. ومن بين محددات اساليب تنشئة الآباء للأبناء الأبناء انفسهم، حيث يتوقف ذلك على طبيعة الطفل نفسه كطفل عصبى المزاج او طفل هادىء الطبع، وامكانيه تغيير الأبوين لسلوكهما مع الطفل فى ضوء ما يصدره الطفل من ردود افعال.

ولوحظ ان هناك اتفاقا بين نتائج الدراسات السابقة (مثل دراسة شيفر، ودراسة سيلتر) على وجود بعدين اساسيين لسلوك الآباء والأمهات مع الأبناء ، ويتمثل هذان البعدان فى كل من :

أ) التقبل والحب- فى مقابل- التجنب والرفض.

ب) الاستقلال والحرية- فى مقابل - الضبط والقهر .

وإذا كانت الأسرة تمثل الإطار الأساسى للتفاعل بين الوالدين والأبناء خاصة فى المرحلة المبكرة من العمر - فإنه يوجد إلى جانبها العديد من المنشئين الاجتماعيين ، مثل المؤسسات التربوية ، وهو ما نعرض له على النحو التالى .

(2) دور المؤسسات التربوية والتعليمية:

بالرغم من ان المظاهر الأولى للتنشئة تبدأ فى الأسرة، فإن المؤسسات التربوية تقوم بدور مكمل ومهم فى هذا الشأن، خاصة بعد أن أصبحت فرص التعليم متاحة للجميع. وتعد

المؤسسات التربوية من اهم عوامل الحراك الاجتماعى، فهي ترقى بالفرد إلى المستويات الاجتماعية والمهنية العليا فى المجتمع المعاصر، وتثير فى الأفراد دافع الانجاز والتنميه، وتمهد الطريق امام الفرد إلى التخصصات والأعمال والمهن التى يطمح لممارستها فى مستقبل حياته. لقد اتسع مجال التنشئة الاجتماعية ليجاوز الأسرة إلى الروضة ثم المدرسة ثم الجامعة. حيث انتشرت رياض الأطفال فى بلادنا فى الوقت الحاضر بشكل واضح بفعل ما طرا من تطور على العلاقات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية واصبح للروضة اهميتها وتأثيرها على الأطفال. فهي تهيء فرصا للأطفال للقيام بنشاطات تتلاءم مع مرحلة نموهم، وتساعدهم على التوافق مع البيئة وتمدهم بخبرات جديدة وفرصا للعب والاستكشاف وهى امور ضرورية للطفل فى هذه المرحلة. كما يمكن لرياض الأطفال اذا ما اعدت الاعداد السليم ان تساهم بشكل فعال فى التنشئة الاجتماعيه للطفل من خلال تنمية الاحساس بالثقة والاستقلالية وعدم التمرکز حول الذات لتهيئة الطفل للحياة المدرسية.

اما بالنسبة للمدرسه فهي المؤسسة الاجتماعية الرسمية التى تقوم بوظيفة التربية ونقل الثقافة وتوفير الظروف المناسبة للنمو جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا. حيث ياتى الطفل الى المدرسة مزودا بالكثير من المعايير الاجتماعيه والقيم والاتجاهات التى اكتسبها من الاسرة بشكل اساسى ثم تاتى المدرسة وتتسع الدائرة الاجتماعية للطفل حيث يلتقى بجماعة جديدة من الرفاق ويعلم أمورا اجتماعية جديدة، والتوفيق بين حاجاته وحاجات الآخرين كما يتفاعل مع العملية ويتأثر بالمنهج الدراسى فيزداد علما وثقافة وتنمو شخصيته من كافة جوانبها.

وتمارس المدرسة آليات مختلفة لتحقيق وظيفتها الاجتماعية فى عملية التنشئة لتلاميذها. ومن هذه الآليات ما يأتى :

(أ) قد تستعمل المدرسة طرقا مباشرة ومقصودة وواعية لتدعيم القيم التى يغلب الاتفاق عليها من جانب المجتمع. وذلك بتناول هذه القيم صراحة فى مواد الدراسة وشرحها وتأكيد ضرورة التمسك بها كما أن ذلك يمكن الوصول إليه عن طريق غير مباشر كما هو فى مسائل الحساب مثلا أو قطع المطالعات وما إلى ذلك.

(ب) كما أن دور المدرسة لا يقتصر بطبيعة الحال على المواد الدراسية بل أن النشاط المدرسى نجد منه ما هو منظم وموجه بحيث يتعلم منه قيما معينة مثل المواظبة وحسن الاستماع إلى المدرس عندما يتحدث والنظام وهكذا.

(ج) كما أن استعمال وسيلتي الثواب والعقاب فى تدعيم القيم وفى تعلم التلاميذ يعد بمثابة امتداد لما قد تعلمه الطفل ابتداء فى الاسرة أى أن المدرسة تستعمل الثواب والعقاب فى دورها فى التطبيع الاجتماعى مثلها مثل الأسرة .. وإن اختلف جوهر ومغزى الثواب والعقاب فى كل من المؤسستين.

والمؤسسة التربوية سواء كانت مدرسة أو جامعة وهى كما يرى البعض مصنع للشخصية، شخصية الطالب وشخصية الدرس العلمى. وتتصدر الجامعات منذ القدم دور الريادة فى تطور وإصلاح المجتمعات والمنتبع لتاريخ الجامعات فى أوروبا على سبيل المثال يجد أن التحولات وحركات الإصلاح الدينى والفكرى والاجتماعى انطلقت أولاً من الجامعات بواسطة الأساتذة فى شتى فروع المعرفة والعلم. لذلك تضع الجامعات أهدافا لها فأغلبها له أربعة أهداف عامة هي: الارتقاء بالعلم وتعليم الطالب وتدريبه على مهنة يمارسها بعد تخرجه وتدريب الطالب على البحث العلمى ومناهجه ونشر العلم. وهناك جامعات تضع لها أهدافا خاصة حسب ظروفها الاجتماعية والسياسية فالجامعات الانجليزية مثلا وضعت ضمن أهدافها الحفاظ على الثقافة الوطنية والقومية.

والمؤسسة التعليمية بكل ما تشتمل عليه من عناصر (المعلم، المقرر، الإدارة) لها دورها المهم والفعال فى إكساب الطالب هويته ومساعدته على تحقيق ذاته. فقد تبين أن المدرسة تلعب دوراً مهماً فى عملية التنشئة السياسية من خلال الثقافة السياسية وما تبثه من تثقيف سياسى من جهة ومن طبيعية النظام المدرسى من جهة ثانية. والتثقيف السياسى الذى تقوم به المدرسة يتم من خلال مواد معينة كالتربية الوطنية والتاريخ. وتهدف التربية الوطنية إلى تعريف التلميذ بحكومته وتحديد السلوك المتوقع منه وزرع مشاعر الحب والولاء القومى فى نفوس التلاميذ كما ترمى دراسة التاريخ القومى بما يتضمنه من أحداث وانتصارات وهزائم إلى تعميق إحساس الطالب بالفخر والانتماء القوميين.

وتأتى أهمية المؤسسة التربوية فى عملية التنشئة من خلال جانبيين يختص أحدهما بخبرات التعليم المنظم كما تتمثل فى المقررات الدراسية المختلفة وهو الجانب الرسمى من العملية التعليمية أما الجانب الآخر فيتعلق بخبرات التفاعل مع زملاء الدراسة والمعلمين وما ينتج عنها من تعديل فى اتجاهات الفرد وقيمه ويمثل الشق غير الرسمى من العملية التعليمية.

وتختلف صور ممارسة العملية التعليمية فهي كصورة تقليدية؛ تركز على تلقين المعلومات دون استبصار بأهمية خلق كيان للفرد يساعده على التعامل مع المعلومات على نحو يستكشف من خلاله اهتماماته وقيمه. هناك ايضا صورة أخرى تركز على الفرد بمحدداته الشخصية وعلى إعدادة بكيفية تمكنه من أن يحدد ذاته في صورة أهداف قريبة وأخرى بعيدة. وتستلزم هذه الصورة الثانية تحقيق مايلي: تطويع المادة التعليمية التي يتلقاها الطلاب بهدف إبراز التفاعل السوى بين الأفراد وأن تقوى المدارس صلتها بأسر الطلاب لكي تبصرها بالأهداف التربوية وأن تتحاشى السياسة التعليمية التفرقة بين الأفراد وأن تتيح البرامج التعليمية للفرد الفرصة لأن يحقق ذاته في ضوء إمكاناته وقدراته.

وتعد نوعية التعليم الذى يتلقاه الطالب (حكومى أو خاص) من العوامل المهمة فى تنشئة وتشكيل اتجاهاته نحو العديد من الموضوعات ففى مجال تعاطى المخدرات مثلا كشفت نتائج البحوث عن وجود علاقة بين نوع المدرسة وتعاطى المخدرات بكافة أشكالها حيث تبين أن هناك اقترانا إيجابيا بين التلمذة فى المدارس غير الحكومية (الخاصة واللغات) والإقبال على تعاطى المخدرات فقد تزايدت نسب الطلاب المدخنين ومتعاطى المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش والأفيون) والخمور بين طلاب المدارس الخاصة واللغات عن طلاب المدارس الحكومية.

(3) جماعة الأقران :

تقوم جماعة الأقران peer Groups أو الرفاق أو الصحبة بدور مهم فى عملية التنشئة الاجتماعية وفى النمو الاجتماعى للفرد فهى تؤثر فى معاييرها الاجتماعية وتمكنه من القيام بأدوار اجتماعية عديدة لانتيسر له خارجها. ويتوقف مدى تأثير الفرد بجماعة الرفاق على درجة ولائه لها ومدى تقبله لمعاييرها وقيمتها واتجاهاتها وعلى تماسك هذه الجماعة ونوع التفاعل القائم بين أعضائها. ويأتى الأقران كما يرى ميوسن فى مرتبة تالية للوالدين من حيث الأهمية فالأطفال عندما يلتحقون بالمدرسة الابتدائية لا تتوفر لهم خبرة كافية بكيفية التعامل مع جماعات كبيرة من الأطفال ومن ثم يوفر الأقران لزملائهم هذه الخبرة كما يقدمون لهم صورة مصغرة مما يمكن أن يكون عليه سلوكهم كما يتيح وجود الطفل وسط الاقران فرصة إعادة النظر فى سلوكه الذى اتى به من أسرته ليرى مدى ملاءمته. ويستمر هذا التعلم فى مراحل عمرية تالية حيث يلعب الاقران

دوراً مهماً في مرحلة المراهقة نظراً لما يتمتع به المراهق من درجة من الاستقلال عن العائلة وتزاي

د حاجتهم بضرورة تحديد هويتهم من خلال تفاعلهم مع من يماثلونهم عمرياً. وقد ينشأ في هذه المرحلة أي المراهقة نوع من الصراع لدى المراهق بين قيم الوالدين وقيم الأقران.

ويتوقف مدى تأثير الأقران إيجابياً أم سلبياً بالنسبة للفرد على نوعية هؤلاء الأقران فإذا كانوا من النوع السوي سوف يكون تأثيرهم إيجابياً وفعال والعكس صحيح .

وبوجه عام يختلف دور جماعة الرفاق عن دور الأسرة أو المدرسة من جهتين: الأولى حيث علاقة السلطة داخل الأسرة أو المدرسة تظل محكومة بمبدأ السيطرة أو الخضوع بينما داخل الجماعة محكومة بقيم الندية والديمقراطية أما الثانية فتهدىء جماعة الرفاق لأعضائها مجالاً أرحب للتكيف مع البيئة الاجتماعية والثقافية بعكس كل من الأسرة أو المدرسة.

وقد استخدمت جماعة الأقران حديثاً في مجال العلاج النفسي فيما أصبح يسمى الآن إعادة التنشئة الاجتماعية. وتعتمد هذه الوظيفة الجديدة لجماعة الأقران على الافتراض الذي يقرر أن الاختلال الوظيفي في المهارات الاجتماعية ينشأ من انحراف مسار التنشئة الاجتماعية عن مسلكها السوي نتيجة للظروف غير السوية التي عانى منها الفرد في نشأته في أسرته ويعانى منها الآن في مواجهته لمشكلات المجتمع الذي ينتمى إليه. وتتطلب عملية تصحيح مسار نموه الاجتماعي وجوده لبعض الوقت في بيئه جديدة تحميه من صراعات المجتمع الخارجي التي لم يعد يحتملها ويقوي على مواجهتها.

ويعيش الفرد مع أمثاله من المرضى تحت رعاية من يستطيعون أن يوجهوا سلوكه وسلوك زملائه الذين يؤلفون فيما بينهم جماعة الأقران أو النظائر العلاجية للمواجهة التدريجية لمشكلات المجتمع الواقعي وذلك عن طريق إعادة التنشئة الاجتماعية وتصحيح المعايير والقيم وأنماط السلوك الاجتماعي.

وتشير نتائج كثير من البحوث الميدانية إلى أهمية نوع الأقران والأصدقاء في تحديد ما إذا كان الفرد سيقدم على تعاطي المخدرات أم لا ومن بين هذه العوامل الفعالة كون هؤلاء الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر هذا من ناحية ومن ناحية أخرى كونهم يشجعون الشباب الذي لم

يتعاط بعد على أن يقدم على التعاطى ويخوض التجربة. كما تبين أن وجود نموذج من الاصدقاء أو الأقارب يتعاطى أى مخدر قد تزايد بشكل جوهري بين الطلاب المتعاطين للمخدرات مقارنة بغير المتعاطين. مما يكشف عن أثر جماعة الأقران فى الإقدام على التعاطى أو الإحجام عنه.

ويدعم ذلك ما أسفرت عنه نتائج الدراسات من أن هناك علاقة جوهريّة بين تعاطي المخدرات والتخصص الدراسي (أدبي، علمي) فهناك ارتباط بين انتظام الطالب في الدراسة الادبية وتدخين السجائر وتعاطي المخدرات. ويدل ذلك على أن هناك مناخاً معيناً يسود بين طلاب التخصص الادبي هو المسئول إلى حد كبير عن تزايد انتشار التعاطي فيما بينهم. وعموماً فإن جماعة الأقران تؤثر في عملية التنشئة الاجتماعية لأعضائها عن طريق عدة وسائل منها ما يأتي:

أ) تعطي جماعة الأقران الطفل فرصة التعامل مع أفراد متساويين ومتشابهين معه، وبذلك نجد أنماطاً من العلاقات لا تتيحها له الأسرة ولا المدرسة.

ب) تساعد الطفل علي الوصول الي مستوى الاستقلال الشخصى عن الوالدين وعن سائر ممثلي السلطة، وإكسابه الاتجاهات والادوار الاجتماعية المناسبة.

ج) تمثل جماعة الأقران ميداناً يجرب فيه أعضاؤها كل ما هو جديد دون خشية من الراشدين. وتجدر الإشارة إلى أنه يجب مراقبة الجماعات التي ينتمى إليها أبنائنا، حتى نطمئن على هذه الجماعات، وهل هي سائرة في الاتجاه المرغوب أم لا. وذلك ليس بهدف المراقبة ولكن بغية حماية هؤلاء الأبناء من الانحراف .

(4) وسائل الإعلام :

تقوم وسائل الإعلام بدور فعال في عملية التنشئة الاجتماعية للأفراد، حيث تسهم في إكسابهم معلومات ومعارف وحقائق واخبار ووقائع إعلانات . . . إلخ، حول موضوعات معينة، كما تساعد على تكوين اتجاهات وقيم وآراء الأفراد بما يؤدي إلى تكوين رأى عام حول هذه الموضوعات.

وقد تعددت البحوث والدراسات التي تحاول الكشف عن أثر وسائل الإعلام سواء المسموعة أو المرئية أو المقروءة في عملية التنشئة الاجتماعية. وقد أدى انتشار وسائل الإعلام على نطاق واسع في القرن العشرين إلى تأكيد كثير من الباحثين أهمية الدور الذي تقوم به في الحياه

الاجتماعية بوجه عام، وفي تكوين وتغيير الآراء والاتجاهات والسلوك بوجه خاص. حيث يقضي الفرد جزءاً كبيراً من وقته مع وسائل الإعلام.

ولم يعد من الممكن لأي مجتمع يريد أن يرقى وينمو أن يتجاهل الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في عصر المعلوماتية، فهي أداة فعالة في توحيد السلوك الاجتماعي والثقافي فألى جانب اشتغالها على أحداث إخبارية فأنها تعكس قيماً ومعاييراً للسلوك، وتنقل إلى الأفراد من مختلف الفئات العنصرية مهما تباعدت أماكن إقامتهم. ولا شك أن وسائل الإعلام يمكنها إذا أحسن استخدامها أن تساعد على تنشيط قدرات الأفراد المهارية والدافعية إلى الخلق والابتكار والاقتراد بنماذج إنسانية فعالة.

وقد تبلور مجال الإعلام في العصر الحديث واصبح يشير إلى هذا المجال من الدراسة الذي يبحث عملية التخاطب ووسائلها ونتائجها، واهمية الإعلام بهذا المعنى الأشمل أنه يهتم بعملية التخاطب كعملية اساسية تحدد نتائج أى نوع من التفاعل الاجتماعي في المواقف المختلفة. هذا وتؤدي وسائل الإعلام دورها كمنشئ من خلال قيامها بوظائف ثلاثة هي: إكساب الأفراد المعلومات، والإقناع، والترفيه وهي وظائف ليست مستقلة، وإنما تتفاعل فيما بينها، حيث يمكن أن يتحقق الإقناع والاقتران باتجاهات وآراء معينة من خلال وظيفة الترفيه التي تتجه نحو وجدان الفرد ووعيه بوجه عام.

ويتوقف نجاح التخاطب أو فشله على عدد من الظروف أو المتغيرات، مثل السياق الاجتماعي والانفعالي الذي يستقبل فيه الأفراد المادة الإعلامية أو الرسالة الموجهة إليهم. فقد تبين مثلاً أن الحديث الموجه يتضاءل تأثيره عندما يسمعه الأفراد كأعضاء في جماعة عنه عندما يكون كل منهم في موقف فردي (Wiess 1975)، ويتسق ذلك مع ما أشار إليه البعض من أن المعلومات لا تكفي وحدها لتغيير الاتجاه والسلوك، إذ يتطلب الأمر غالباً تقديمها في سياق دافعي وانفعالي يعطيها شدة أو وقعاً معيناً، فالعوامل الدافعية والانفعالية تقوم بدور فعال وأساسي في تغيير الاتجاهات.

إن الغاية من كل الجهود الإعلامية هي إحداث الأثر المنشود منها، وسواء أكان هذا التغيير في منطقته المعلومات، أو في الرأي والاتجاه، أو في السلوك، فإن الأمر يحتاج إلى معرفة حدوث هذا الأثر وحجمه. وبالتالي فإن بحوث الأثر تصبح ضرورية لفهم عملية التأثير هذه والكشف عن العوامل المختلفة التي تتدخل فيها وإدراك علاقتها مما ييسر التوصل إلى الخطوة

التالية، وهي التنبؤ المبني على هذا الفهم، وهذا بدوره يقودنا إلى خطوة أخرى هي إمكانية التحكم والسيطرة على هذه الوسائل بما يحترم الإنسان.

ولتأثير وسائل الإعلام عدة مستويات تبدأ من مجرد الاهتمام إلى حدوث تدعيم داخلي للاتجاهات، إلى تغيير فعلي في الاتجاهات، ثم في النهاية إقدام الفرد على سلوك علني. فالرسائل التي تنقل للجماهير بوسطة وسائل الإعلام تجعلهم يعيدون تنظيم معتقداتهم وآرائهم الموجودة بشكل جذري. ومن انواع تأثيرات وسائل الإعلام على تصور المتلقى نوعان:

الأول: قد يعيد المتلقى تعريف أو تحديد هذا التصور.

الثاني: قد يستبقى أو يحتفظ بتصوره.

ويختلف حجم ودرجة تأثير الإعلام حسب نوع الوسيلة المستخدمة، فهناك الإعلام الصحفي أو الإذاعي والتلفزيوني والسينمائي وغير ذلك.

وعلى الرغم من انتشار الإعلام الإذاعي والتلفزيوني وتزايد تأثيره بشكل ملحوظ، فإن للإعلام الصحفي أيضا تأثيره، حيث تلعب الصحافة كمصدر للدعاية والإعلان والتأثير في الرأي العام دوراً مهماً في الثقافات والحضارات الحديثة، حتى لقد أصبحت قراءة الصحف والمجلات أمراً يكاد يكون ضرورياً لدى قطاع عريض من الجمهور.

كما تشير الدراسات إلى أن الصحف والمجلات تعد من المصادر الأساسية لحصول الأطفال على المعلومات والمعارف عن كافة الأمور المرتبطة بحياتهم، وبمشاكلهم العامة و الخاصة كما أن لها أهميتها في مجال تنمية القيم الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال ويرى المتخصصون في مجال صحافة الأطفال أن الصحيفة لا تقل في رسالتها عن الأسرة بالنسبة للطفل، وتلعب دوراً مهماً في عملية تثقيفه وتشكيل شخصيته كما يقع على عاتقها مسئولية توسيع دائرة معارفه. ولوسائل الإعلام تأثيرها الواضح في اتجاهات الأفراد نحو العديد من الموضوعات فقد كشفت البحوث في مجال تعاطي المخدرات عن أهميه وسائل الإعلام كمصدر اساسي للمعلومات عن مختلف انواع المخدرات، فالسينما والراديو على رأس قائمة مصادر السماع عن هذه المخدرات، يليها الصحف اليومية والمجلات الأسبوعية ثم الكتب وتبين أن الإعلام هو احد العوامل الهامة التي تساهم في تكوين ثقافة الافراد واتجاهاتهم نحوها.

كما أشار البعض إلى الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في مجال الوقايه من تعاطي المخدرات إذا أحسن استخدامها بشكل علمي دقيق من قبل المتخصصين.

كما كشفت نتائج البحوث والدراسات عن تأثير وسائل الإعلام على السلوك العدواني لدى الأطفال، حيث يقلدون ما يشاهدونه في التلفزيون والسينما، وأن مواقف القلق التي يعتمد عليها أحيانا بعض الأفلام والقصص في جنب أنتباه المشاهدين تثير في نفوس الأطفال أنواعا غريبة من القلق. وعلى الرغم من كثرة البحوث التي تناولت أثر مشاهد العنف الأتصال، فإنه لا تزال هناك كثير من المتغيرات التي تحتاج إلى كشف عن دورها في تفاعل المؤثر مع الشخصية المتعرضة، كما أن هناك حاجة إلى مزيد السلوكيات المضادة للمجتمع، وخاصة على المدى البعيد.

وهذا ما أشار إليه البعض من أن ما يعرض من اساليب مختلفة للعنف وبعض صور الإجرام في وسائل الإعلام ليس ذا تأثير مباشر على تبنى الأتجاهات العدوانية. فقد تبين أن مشاهدة الأطفال لمشاهد العنف لا تدفع بهم إلى ممارسة سلوك العنف. نظراً لأن سلوك أى فرد هو دالة مركبة للعديد من العوامل منها تأثير الوالدين وأساليب تنشئتهم لأبناهم، ومن يحتكم الفرد إليهم ويقتدى بسلوكهم، وهو بصدد اتخاذ قرار معين او اصدار سلوك ما. وفي نهاية حديثنا عن دور وسائل الاعلام في التنشئة الاجتماعية نخلص إلى النقاط التالية:

أ) إذا كان لوسائل الإعلام أثر سلبي على الأطفال في بعض الأحيان، فإننا لا نستطيع أن نلقى اللوم بالضرورة إليها فقط، ولكن مسئولية الأسرة والوالدين ومدى الرقابة والتوجيه نحو هؤلاء الأطفال لها؟ أهميتها وأثرها البالغ في الوقاية من هذه الأثار السلبية، وفي هذا المجال تشير البحوث إلى ضرورة توفر البيئة الصالحة لكي تكون لوسائل الإعلام تأثيرات محددة مرغوب فيها على عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء.

ب) أن وسائل الإعلام إذا أحسن استخدامها فإنها تستطيع أن تكون أداة فعالة وقوية في إرساء القواعد الأخلاقية والدينية لمجتمع أفضل، وتستطيع أيضا أن تساعد على تنمية التفكير والإبداع والخيال الخصب.

ج) يتوقف على وسائل الإعلام ذاتها، حيث لا يقوم الفرد بمحاكاة جميع اشكال السلوك الذي يشاهده، وإنما يمكن أن تحدث المحاكاة في حالات معينة هي :

- 1 - ملاءمة ما يعرض من سلوك في وسائل الإعلام للموقف الذي يحدث فيه السلوك.
- 2 - عندما يكون الفرد مهيباً للتعامل مع هذا النمط من السلوك.
- 3 - عندما تتوافر عوامل معينة في تنشئة الفرد تدفعه إلى محاكاة ما يشاهده.

د) يتوقف دور وسائل الإعلام من حيث درجة التأثير في الفرد على الفترة الزمنية المنقضية بين مشاهدة المادة الإعلامية وإصدار السلوك، فعندما تطول هذه الفترة يقل التأثير على السلوك، والعكس صحيح.

هـ) كما يتوقف نجاح وسائل الإعلام أو فشلها على عديد من المتغيرات منها السياق الاجتماعي والانفعالي الذي يستقبل فيه الرسالة الموجهة لهم، ومستوى تعليم الجمهور وثقافته، وطبيعة الموضوع وغيرها من العوامل.

و) نحن في حاجة إلى بحوث يمكن أن تصل إلى نظرية متكاملة حول دور وسائل الإعلام في مجال التربية الاجتماعية للانفعالات والاتجاهات، كيف وإلى أى مدى يمكن أن تكون وسائل الاتصال الجماهيري موجهة إلى الخير، وتحت أي ظروف يمكن أن تؤدي إلى الشر؟ لماذا؟

(5) المؤسسات الدينية:

تقوم دور العبادة بدور مهم وحيوي في تنشئة الفرد نفسياً واجتماعياً، خاصة أننا نعيش في عصر يشهد صراعاً بين طغيان الآلية والمادية وتضاؤل نصيب الروح، مما أدى إلى ظهور العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية. فدور العبادة تقوم بدور مهم وحيوي في تنشئة الإنسان وتربيته لما تتميز به من خصائص فريدة أهمها إحاطتها بهالة من التقديس، وثبات وإيجابية المعايير والقيم التي تعلمها الأفراد. فالمسجد والكنيسة أصبح دورهما لا ينحصر في التنشئة من خلال المعلومات الدينية والروحية والأخلاقية فقط، بل امتد وخصوصاً في الآونة الأخيرة ليشمل بث وتدريس وخلق مجموعة من القيم العامة للأطفال والبالغين على سواء. وما أحوجنا الآن إلى زيادة فعالية هذه الوسيلة، هذا وتتبع المؤسسات الدينية عدة أساليب في عملية التوجيه والإرشاد، منها الترغيب والترهيب والإقناع وعرض النماذج والقذوة التي يحتذى بها. ويلاحظ أن كثيراً من علماء الدين يعتمدون على الترهيب غالباً عند محاولاتهم تغيير بعض الاتجاهات السلبية السائدة، ورغم أن الترهيب له آثاره الإيجابية أحياناً فإن له آثاره السلبية في حالات كثيرة، فقد كشفت بحوث تغيير الاتجاهات أن تأثير الترهيب قصير المدى، وغير فعال مع الأطفال الصغار، بل يأتي بنتائج وآثار سلبية بالنسبة لهم. لذلك يجب استخدام الترهيب باعتدال، والموازنة بين الترغيب والترهيب.

ثالثاً : أساليب التنشئة الاجتماعية والعمليات التي تتم من خلالها :

و نتناول في هذا الجزء أساليب التنشئة الاجتماعية أو طرق معاملة الأبناء في مواقف حياتهم المختلفة ، التي يتم من خلالها إكساب الأفراد لضروب سلوكية معينة، وتعديل ضروب أخرى. ثم بعد ذلك للعمليات التي يتم من خلالها تنشئة الأفراد.

(1) أساليب التنشئة الاجتماعية :

تبين من خلال استقراءنا للعديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا الصدد أن هناك كثيراً من اساليب التنشئة التي يستخدمها المنشئون الاجتماعيون و أنه يصعب الإحاطة بها جميعا في هذا السياق. واتضح أن اساليب التنشئة الاجتماعية التي يستخدمها الآباء و الأبناء، إنما تعكس الاتجاهات الوالدية parental Attitudes والتي هي عبارة عن نسق أو منظومة من المعارف والمشاعر والسلوك، وتوجه الآباء والأمهات في اساليب تعاملهم مع الأبناء وتنشئتهم. ونعرض لبعض اساليب التنشئة الاجتماعيه على النحو التالي:

أ) السماحة: وتتمثل في عدم تدخل الوالدين في اختيار الأبناء أصدقائهم، وتشجيع الأبوين لأبنائهما لأن يكون لهم رأى مستقل منذ الصغر، وإعطاء الأبناء حرية اللعب في المنزل دون قيود، وإمكانية إفضاء الأبناء بأسرارهم للآباء وعدم إتباع أسلوب العقاب البدني مع الأبناء ورعاية الأبوين الأبنائهم وبعث الثقة في نفوس الأبناء والسماح بأن يكون للأبناء عالمهم خارج حدود الأسرة والتحدث معهم عما يمر به الوالدان من خبرات كما تعني السماحة أيضاً توجيه الأطفال إلى التعامل مع عناصر البيئة الملائمة لهم بدرجة من الاستقلال تسمح لهم بإمكانية نمو اعتمادهم على أنفسهم، ويطلق البعض على هذا الأسلوب في التنشئة أسلوب السواء.

ب) التشدد: ويتمثل في إلزام الأبناء بالطاعة الشديدة، وحرص الوالدين علي ألا يكون أبنائهم ناكرين لجميلهما، وعدم السماح للأبناء لأن يفرضوا إرادتهم عليهما، وحماية الوالدين المفرطة لأبنائهم. كما يتضمن التشدد تسلط الوالدين وفرضهما الرأي على الطفل، وإحجام رغبات الطفل التلقائية أو منعه من القيام بسلوك معين. وقد يستخدم الوالدان في ذلك أساليب مختلفة كالتهديد أو الضرب أو الحرمان أو غير ذلك.

ويلجأ الأبوان إلى التشدد بدافع الخوف على أبنائهم ومن باب القلق الشديد عليهم. كما تتسم التنشئة المتشددة بدرجة كبيرة من الجمود والتطرف. ومن الآثار المترتبة على هذا النمط من التنشئة؛ خوف الأبناء المفرط من صرامة الوالدين، وضعف الثقة في الذات، وسلوك التحاشي والعزلة في المواقف المختلفة، والاعتمادية الشديدة على الآخرين.

كما تؤدي المطالب غير الواقعية التي ترتبط بالوالدية السلطوية إلى إعاقة الأطفال عن التفاعل مع بيئاتهم بشكل ملائم، من ثم يفشل هؤلاء الأطفال في الحصول علي الخبرة المطلوبة لإزالة حساسيتهم نحو القلق المرتبط بعدم الانصياع.

ج) عدم الاتساق أو التذبذب: ويشتمل هذا الأسلوب علي جانبين: يتعلق اولهما بعدم انتهاج الآباء لأسلوب مستقر له طابعه المميز، كأن تكون معاملتهما قاسية حيناً، وما يستتبع هذا من شعور الأبناء بالعجز عن تحديد ما يرضي والديهم. أما الجانب الثاني فيتمثل في عدم توافق أسلوب الأم مع أسلوب الأب في تربية الأبناء، كأن يوجه الأب أبناءه إلي أشياء معينة وتوجههم الام إلى نقيضها.

ويترتب على عدم الاتساق في التنشئة اختلال ميزان التوقعات الحاكم لعلاقة الأبوين بأبنائهما، بحيث يدرك الطفل أن سلوكه قد يعود حيناً بعائد وحيناً بعائد آخر، أو أن سلوكه قد يمدح من جانب الأم ويعاقب من قبل الأب فلا يمكن للطفل في هذه الحالة أن يتوقع ما الذي يمكن أن يفضى إليه سلوكه.

وقد كشفت البحوث عن علاقة عدم الاتساق بالتشدد في التنشئة، حيث تبين وجود عدم الاتساق في مناخ التشدد أى زيادة احتمالات عدم الاتساق في سلوك الأبوين عبر المواقف المختلفة إذا كان يصبغ طابع تنشئتهما الأسلوب المتشدد.

وحول علاقة هذه الأساليب الثلاثة السابقة ببعض متغيرات الشخصية عند الأبناء تبين ارتباط السلامة النفسية للأبناء إيجابيا بأسلوب السماحة وسلبياً بالتشدد وعدم الاتساق كما تبين التأثير السلبي الأشد للتنشئة غير المتسقة إذا ما قورن بتأثير التنشئة المتشددة وهي نتيجة تؤكد خطورة اسلوب عدم الاتساق في تربية الأبناء وتنشئتهم.

د (الوقاية أو الحماية الزائدة: ويقصد بها حرص الوالدين على حماية الطفل من أى خطر متوقع، والقيام نيابة عنه بالأعمال والواجبات التي يمكن ان يقوم بها، والتي يجب تدريبه عليها إذا أردنا أن يكون ذا شخصية مستقلة. فالأبوان اللذان يتخذان من ابنهما اتجاه الحماية الزائدة في التربية لا يعطيانه الفرصة للتصرف في كثير من الامور. وقد يتدخل هذا الاتجاه أحيانا مع اتجاه التسلط فعندما يتسم موقف الأبوين بالحماية الزائدة ويكون ذلك معارضا لرغبة الطفل في التحرر والاستقلال فإن ذلك يجمع كلاً من العملية الزائدة والتسلط معاً، ولهذا الاتجاه في التنشئة آثاره السلبية على الطفل فهو يكف ارتقاء الاستقلالية وتحمل الإحباط لديه من خلال إبعاده عن المواقف الضاغطة والقلق الذي يظهره الوالد في هذا النمط حين يتعرض اطفاله للضغوط قد تنتج عنه زيادة القلق لدى الأطفال.

هـ (التذليل: ويشير إلى تلبية رغبات الطفل ومطالبه آيا كانت ومنحه المزيد من الحنان وعدم تشجيعه على تحمل المسؤولية. وقد يتضمن ذلك تشجيع الطفل على القيام بأشكال من السلوك غير المرغوب فيه اجتماعيا ويحدث التذليل عندما تختل اركان أسلوب السماح، فالسماحة في التنشئة إنما تقيم الحب كأحد أركانها، كما تقيم التعبير عن الحب كركن ثان، كما يوجد ركن ثالث يتمثل في تمكين الأطفال من أن يعتمدوا على انفسهم في قضاء بعض حاجاتهم الشخصية ومن ثم تؤدي إلى تنمية مهارات وقدرات الأطفال في إطار من الحب.

و (الاتكالية وعدم الاكتراث واللامبالاة: وهي أساليب تشير إلى إهمال الوالدين في عملية التنشئة الاجتماعية، حيث عدم الرعاية والتوجيه وعدم الاهتمام بتشجيع الطفل على السلوك الحسن أو معاقبته على السلوك السيئ والآباء الذين يمارسون مثل هذه الاساليب في التنشئة لا يوجد لديهم غالبا ما يقدموه للأبناء لإنماء إمكاناتهم، كما لا يوجد لديهم قواعد واضحة لتنشئة الأبناء وبوجه عام فإن التذليل والاتكالية بوصفهما أسلوبين للتنشئة يفتقدان إلى ما يمكن أن يخلق كيان الطفل وينمى قدراته وشخصيته.

ز (إثارة الألم النفسي : يتضمن جميع الأساليب التي تعتمد على إثارة الضيق والألم. ويكون ذلك عن طريق إشعار الطفل بالذنب أو تحقيره والتقليل من شأنه كلما أتى سلوكا غير مرغوب فيه. ويشترك اتجاه القسوة أو الشدة واتجاه إثارة الألم النفسي في أنهما يعتمدان على العقاب

بوصفه محورا أساسيا في عملية التنشئة ويختلفان في أن العقاب في حالة القسوة هو من نوع العقاب البدني اما في حالة إثارة الألم فهو عقاب نفسي.

ويتضح من عرضنا السابق لبعض أساليب التنشئة الاجتماعية أن هناك تداخلا كبيرا فيما بينهما، ولا توجد أسرة تتبع مع أبنائها أحد الأساليب دون غيرها، ولكن قد يسود اتجاه أو أسلوب معين في التنشئة بدرجة كبيرة بالمقارنة بالاتجاهات الأخرى. فقد يغلب على تنشئة بعض الأسر طابع السماحة، وأخرى طابع التشدد، وهكذا.

(2) العمليات التي تتم من خلالها تنشئة الأفراد :

عملية التنشئة الاجتماعية في أساسها عملية تعلم يتم خلالها إكساب الأفراد أنماطا سلوكية معينة عبر مراحل العمر المختلفة، ويتم ذلك من خلال عدة عمليات أو أساليب من أهمها: التدعيم، والعقاب، والتعلم المعرفي، والاقتران أو المحاكاة. وهو ما نعرض له على النحو التالي:

أ (التدعيم (أو التعزيز) Reinforcement :

يقصد بالتدعيم المثيرات والاحداث البيئية التي تعقب صدور الاستجابة المراد تعلمها للفرد، والتي تعمل على زيادة احتمال تكرار هذه الاستجابة في المواقف التالية. وينقسم التدعيم إلى نوعين نعرض لهما على النحو التالي:

النوع الأول: التدعيم الإيجابي: ويقصد به إعطاء الكائن مكافأة (مادية أو معنوية) كلما صدر عنه السلوك المرغوب كأنه يقدم الطعام أو المدح للطفل عقب صدور السلوك المرغوب.

النوع الثاني: التدعيم السلبي: وهو عبارة عن إيقاف المنبهات المؤلمة أو المنفرة واستبعادها، بحيث يميل الكائن إلى إصدار السلوك الذي يعقبه توقف المنبه المؤلم. ومن أمثلة ذلك الإفراج عن السجين(وقف العقاب) بعد انقضاء نصف المدة في حسن سيره وسلوكه.

ب (العقاب Punishment):

يستخدم العقاب كحدث منفر، سواء بهدف حث الفرد على تجنب سلوك غير مرغوب (كعقاب الطفل على الكذب) او بهدف حثه على إصدار سلوك مرغوب (كعقاب التلميذ لتركه المذاكرة). وينقسم العقاب ايضا إلى نوعين هما:

النوع الأول: العقاب الإيجابي: ويقصد به تقديم منبه منفر أو مؤلم للفرد نتيجة لإصداره سلوكا غير مرغوب فيه. وقد يكون بدنيا (مثل إلحاق الأذى أو الألم البدني بالفرد المعاقب كالضرب مثلا) أو لفظيا معنويا (كتوجيه اللوم لشخص صدر عنه سلوكا غير مقبول).

النوع الثاني: العقاب السلبي: ويقصد به وقف تقديم المكافأة، بهدف خفض تكرار حدوث السلوك غير المرغوب أو استبعاده تماما. مثال ذلك أن يحرم الوالد ابنه من مصروفه الخاص عقابا له على عدم مذاكرته أو أن يحرم موظف من الترقية في حالة عدم قيامه بعمله بالشكل المطلوب. ويختلف أثر التدعيم على التعلم عن أثر العقاب حيث تبين أن العقاب عادة ما يكون أقل تأثيرا من المكافأة نظرا لأنه يؤدي إلى كبت مؤقت للاستجابة غير المرغوبة ولا يؤدي إلى إضعافها أو منع صدورها وبمجرد أن يتوقف سرعان ما تعاود الاستجابة التي عوقبت للظهور بكل قوتها. وربما تكون الميزة الوحيدة للعقاب هي أنه يجبر الكائن على أن يختار استجابة بديلة إذا ما كوفئت تميل إلى التكرار.

وعلى الرغم من ان التدعيم في تشكيل السلوك قد لقي تأييدا قويا من قبل علماء النفس المهتمين بتعديل السلوك فإن آثار التدعيم السلبي أو العقاب في إطفاء الاستجابات وقمعها ليست واضحة بما فيه الكفاية حيث تتوقف هذه الآثار على الظروف التي يتم فيها التدعيم وعلى العديد من المتغيرات التي يتعرض لها الفرد في الموقف ومع أن هناك اتفاقا على اهمية التدعيم في التعلم، فقد أشار المبني على هذا الفهم وهذا بدوره يقودنا إلى خطوة أخرى هي إمكانية التحكم والسيطره على هذه الوسائل بما يحترم الإنسان.

د (التعلم بالاقتراء :

يرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning أن قدرا كبيرا من التعلم يتم بالعبارة Vicariously أى من خلال رؤية آخر يقوم بسلوك ما ويثاب او يعاقب عليه بعبارة أخرى من خلال مشاهدة شخص آخر يؤدي استجابة ما. ويتعلم الشخص الاستجابة الصادرة عن شخص آخر حين يبدأ في محاولة تقليد هذه الاستجابة. بهذه الطريقة يمكن للمشاهد أن يتعلم العديد من الاستجابات الجديدة من خلال ما يسمى بعملية الاقتداء Modelin .

وقد كشفت نتائج الدراسات التي أجريت في إطار نظرية التعلم الاجتماعي عن أن ظواهر التعلم التي تنتج عن الخبرات المباشرة يمكن أن تحدث على أساس التعلم بالمشاهدة أو العبارة Vicarious Learning أى من خلال مشاهدة سلوك شخص آخر وما يترتب على هذا السلوك من نتائج. حيث تختلف درجة التقليد أو المحاكاة باختلاف النتيجة المترتبة على السلوك، أى يكون السلوك كوفئ أو عوقب، أو يلقي التجاهل (لايدعم ولا يعاقب) فأشكال السلوك التي كوفئت تكون أكثر تكرارا من غيرها.

ويتضح من ذلك أن نظرية التعلم الاجتماعي تعطي أهمية لدور التدعيم من خلال العبارة الذى يتم من خلال تشكيل سلوك الشخص الذى يشاهد أحد جوانب السلوك إذا تلقى عند استجابته بالمحاكاة دعما ذاتيا كلما اقترب من النموذج. فالعديد من أنماط السلوك يتم اكتسابها من خلال عملية المحاكاة والتوحد Identification مع سلوك الراشدين المحيطين بالفرد. فالأطفال في العديد من الثقافات لا يعملون ما يقوله لهم الراشدون، وانما يعملون ما يشاهدونه من سلوك الراشدين وما يتمثل في وجود نماذج واقعية.

وتشتد التنشئة الاجتماعية عن طريق التوحد إلى أننا نقوم بأشكال وأنماط من السلوك على أساس رؤيتنا لها فى الآخرين وتقليدنا لهم أو العمل على شاكلتهم. وقد استخدمت عدة مصطلحات للإشارة إلى هذا النمط من العمليات كالتوحد والاستدخال Internalization والاستدماج introjection والاقتراء Modeling. وتجدر الإشارة إلى أننا عندما نقوم بعملية محاكاة وتقليد شخص آخر فإن ذلك يتم بدرجات متفاوتة من احتواء الاتجاه Attitude Involvement. وقد اقترح عالم النفس الاجتماعي "هر برت كلمان " Kelman درجات متعددة من هذا الاحتواء حيث يمثل الإذعان Compliance أضعف درجات الاحتواء والاستدخال أقواها.

وعرف "فرويد" التوحد بأنه التقبل الشعوري لقيم الدين وأن تصبح هذه القيم جزءاً راسخاً في نظام القيم لدى الشخص ذاته.

وتمر عملية الاكتساب والمحاكاة من خلال التعلم الاجتماعي بعدة مراحل هي: الانتباه والاحتفاظ والتذكر والدافعية. وهي عمليات مشابهة لعمليات المعالجة المعرفية التي يقوم بها الشخص المتلقى عند استقباله للرسالة أو التنبيه. وتتأثر خصائص النموذج أو القدرة في الأفعال التي يتم محاكاتها ومن هذه الخصائص، خصال شخصية الشخص القدوة من قدرات وسمات شخصية ومتغيرات ديموجرافية (مثل العمر والجنس والمهنة ومستوى التعليم) وغيرها.

وقد تبين أنه كلما ازداد تعقد المهارة أو السلوك المطلوب تعليمه كلما كان من الصعب تقليده وأن الاستجابات العدوانية تقلد بدرجة عالية وأن المتعلم يتبنى المعايير والقيم الأخلاقية التي يتاح له مشاهدتها من خلال الشخص القدوة.

وكما أن للاقتداء دوره المهم في اكتساب السلوك الإيجابي فإن له دوره أيضاً في إكتساب الأفراد بعض السلوكيات السلبية مثل السلوك العدوانى وتعاطى المخدرات. ففي مجال تعاطى المخدرات مثلاً تبين أن وجود أصدقاء أو أقارب يتعاطون بعض أنواع المخدرات يزيد بشكل جوهري من احتمالية تعاطى الفرد لهذه المخدرات. فمثل هؤلاء الأصدقاء أو الأقارب يعد بمثابة نموذج أو قدوة ييسر على الآخرين محاكاته والاقتداء به. وبتعبير آخر يحدث ما يمكن تسميته بالعدوى الاجتماعية Social Contagion حيث انتقال أشكال السلوك من شخص لآخر.

وفى ضوء ما سبق فإن الاقتداء يعد أحد الاساليب المهمة التي تتم من خلالها تنشئة الأفراد ومن ثم يجب على من يمثلون نماذج قدوة للآخرين أن يضعوا ذلك فى اعتبارهم بحيث يتعمدون إصدار كل ما هو إيجابى ويساعد على تنمية وارتقاء الطفل نفسياً واجتماعياً وعقلياً ويتحكمون فى السلوك السلبى حتى لا يتعلمه الأطفال بالاقتداء.

الفصل الثانى

طب نفس الأطفال

امراض الطفل العصابية والذهانية

أصبحت دراسة نفسية الطفل موضعاً لآبحاث تخصصية ، بل وبدأ البعض يعتقد أنه أهم فروع الطب النفسى نظراً لأن البعض يعتقد أم مصدر الأمراض النفسية والعقلية عند الكبار صدمات نفسية أثناء الطفولة ، وتفاعل بين الطفل وبيئته وأنه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع ، وأعتنينا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة نشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية ولو أن تحقيق هذا الهدف صعب المنال .

ويختلف الطب النفسى فى الطفل عنه فى الكبار ، نظراً لصعوبة فحص الطفل اكلينيكيًا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالبا ما يقاوم الطفل أى محاولة للتعرف عليه ، ويعترض على تدخل الناس فى عالمه الخاص ، وعلى الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة للوصول الى بعض المعرفة لصراعات الطفل ، ومنها مشاهدته وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه فى أنواع اللعب المختلفة ويجب على الطبيب محاولة التكلم مع أى طفل يزيد عمره على ست سنوات ، وهنا يعتمد فى فحصه لعقل الطفل على عوامل غير مباشرة كالحديث عن أحلامه ومخاوفه ومحتوى تفكيره أما التاريخ الموضوعى للمرض أو للعائلة أو الصراعات الناشئة فيجب أخذها من الوالدين أو الأقرباء .

ولقد أثبت أطباء النفس أنه لكى ينشأ الطفل فى صحة نفسية وعقلية سوية ، يجب أن تظل حياته علاقة دائمة دافئة ، وطيدة مستمرة مع الأم يتمتع كلاهما أثناءها بالرضا والسعادة والبهجة ، ولقد رأينا من التجارب الأكلينيكية أن الجزء الغالب من مرضى النفوس والعقول قد فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة ، أما بالوفاء أو الانفصال أو المرض .. الخ . كذلك تزيد نسبة غياب الأم الحقيقية وكثيراً ما تؤدي مشاحنات الوالدين ونفورهم المستمر وخلافاتهم الدائمة الى عدم الاستقرار والأمن فى الطفل ، وغالباً ما نشاهد الأم التعسة فى زواجها تتقرب الى طفلها بمبالغة شديدة ، تعويضاً عن تعاستها الزوجية وتبنى معه ارتباطاً وثيقاً يحمى كل أنفعالها المكبوتة ، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والألتصاق بوالدته حتى بعد نضجه ومن ثم ينشأ ذا شخصية عاجرة اعتمادية ، قابلة للايحاء .. الخ وتؤمن نظرية . التحليل النفسى بأن رضاعة الطفل من ثدى أمه تعطيه نوعاً من التفاؤل والأمل

والتوقع السعيد فى مستقبله أما الذين يعتمدون على اللبن الصناعى فيكونون عرضه للتشاؤم وعدم الأستقرار ، والشك الدائم .

ويعتمد الكثير من العلماء فى تأثير تنظيم عمليتي التبول فى الطفل ، فان قست واشتدت الأم على طفلها للتحكم فى هذه العمليات مبكراً وحرمانه من هذه المرحلة واللذة المصاحبة لها ، نشأ الطفل بشخصية وسواسية قهرية متشائمة على درجة كبيرة من النقد الذاتى ، وذلك بمقارنته بالذين يتركون أطفالهم فى حرية تامة دون أى تحفظ أو تنظيم لعمليتي التبول حتى سن متأخرة ، فبنشأ هؤلاء الأطفال مستهترين ، ولا يهتمون بالمواعيد والتفصيلات سطحين فى نظرتهم للأمر ، متواكلين فى تصرفاتهم ، ونجد ذلك واضحاً فى طبيعة المصريين خاصة فى ريفنا وفى مدارمتهم على بعض الكلمات (معلش) (على كيفك) (علشان خاطر) .. الخ .

تصنيف الأضطرابات الأنمائية والنفسية والسلوكية فى الأطفال :

1. أضطرابات النماء النفسى :

أ. أضطرابات انمائية معينة فى الكلام واللغة :

1. أضطراب اللغة التعبيرية .

2. اضطراب اللغة الأستقبالية .

3. الحبسة المكتسبة مع الصرع (زملة لاندو . كليفر) .

4. أضطرابات أنمائية أخرى وغير محددة .

ب . أضطرابات أنمائية محددة فى المهارات الدراسية :

1. أضطراب القراءة المحدد .

2. الأضطراب الهجائى المحدد .

3. أضطراب محدد فى المهارات الحسابية .

4. أضطراب مختلط فى المهارات الدراسية .

ج . الأضطراب الإنمائى المحدد بوظيفة الحركة .

د. اضطرابات انمائية مختلفة محددة .

هـ . أضطرابات انمائية منتشرة .

1. الذاتية الطفلية .
2. الذاتية اللانمطية .
3. زملة رت .
4. اضطراب طفولة تحلى آخر .
5. اضطراب فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلى وحركات نمطية .
6. زملة اسبرجر .

* اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات البداية المتعلقة بالطفولة أو المراهقة :

1. اضطراب فرط الحركة :

2. اضطراب المسلك (الجناح) :

- أ. اضطراب المسلك المحدد فى إطار العائلة .
- ب. اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً .
- ج. اضطراب المسلك المتوافق اجتماعياً .
- د. اضطراب المعارضة والتحدى .
- هـ. اضطرابات مسلك أخرى وغير محددة .

3. الأضطرابات المختلفة فى المسلك والانفعالات :

- أ. اضطراب المسلك الاكتئابى .
- ب. اضطرابات مختلط أخرى فى المسلك والانفعالات .
- ج. اضطرابات مختلط غير محدد .

4. اضطرابات انفعالية ذات البداية المحددة فى الطفولة :

- أ. اضطراب قلق الانفصال فى الأطفال .
- ب. اضطراب قلق الرهابى .
- ج. اضطراب قلق الاجتماعى .
- د. اضطراب تنافس الأخوة

هـ . اضطراب انفعالي آخر وغير محدد .

5. اضطرابات الأداء الاجتماعى ذات البداية المحددة فى الطفولة أو المراهقة :

- أ. الخرس أو الصمت الأختياري .
- ب - اضطراب القلق التفاعلى .
- ج - اضطراب القلق المنفلت (المنطق) .
- د- اضطراب الأداء الاجتماعى آخر وغير محدد .

6- اضطراب اللوازم :

- أ- اضطراب اللوازم العابر .
- ب - اضطراب اللوازم الحركى أو الصوتى المزمّن .
- ج - اللوازم الحركية والصويتية المتعددة المشتركة (زملة توريث) .
- د- اضطراب لوازم أخرى وغير محددة .

7- اضطرابات أخرى فى السلوك والمشاعر تبدأ عادة أثناء الطفولة والمراهقة :

- أ- التبول اللارادى غير العضوى (سلسل البول)
- ب - التبول اللارادى غير العضوى (سلسل البراز) .
- ج - اضطراب الأكل فى البداية والطفولة المبكرة .
- د- الوحم للطعام غير المغذى .
- هـ - اضطراب الحركة النمطية .
- و- التمتمة .
- ز - القلقله .

وينطبق على الأطفال كل تشخيصات الكبار اذا توافرت المعايير الخاصة بالاضطراب فيحتمل اصابة الطفل بالقلق العام ، والهلع ، والوسواس القهرى ، والاكتئاب والهوس ، والفصام والاضطرابات الانشقاقية والتحولية ، وكذلك كل الأعراض السريرية فى الذهاب العضوى السابق شرحه .
ولذا يقتصر هذا الفصل على الاضطرابات التى تحدث فقط فى الطفولة والمراهقة ولا تحدث فى الناضجين .

* اضطرابات النماء (الارتقاء) النفسى :

Disorders Of psychological Development

تتشرك الاضطرابات المتضمنة فى هذا الفصل فى التالى :

1- تبدأ دائماً فى البداءة أو الطفولة .

2- خلل أو تأخر فى ارتقاء وظائف ترتبط بشدة بالنضوج الحيوى (البيولوجى) للجهاز العصبى المركزى .

3- مسار ثابت لايتضمن فترات تحسن وانتكاسات تتضمن والوظائف المصابة مثل اللغة والمهارات والبصر مكانية

(Visuo – Spatial) والتناسق الحركى ، ويتضمن التاريخ تأخيراً أو اضطراباً يرجع وجوده الى وقت مبكر يمكن عنده اكتشاف الخلل بدرجة يعتمد عليها ويقل بشكل مضطرب كلما تقدم الأطفال فى السن (وان كان من الممكن أن تستمر بعض الاختلالات الخفيفة فى الحياة البالغة)

وبالرغم من وجود اتفاق عام جيد بشأن المفهوم وراء الاضطرابات فى هذا الجزء ، إلا أن السبب غير معروف فى أغلب الحالات كما أن هناك زعزعة مستمرة حول الحدود والتقسيمات الدقيقة للاضطرابات الارتقائية ، كذلك ، هناك نوعان من الحالات قد ادراجا فى هذا الجزء ولكنهما لايستوفيات تماما السمات النظرية المذكورة أعلاه ، وهناك أولاً ، الاضطرابات التى كان فيها مرحلة لاشك فيها من الارتقاء الطبيعى ، مثل الاضطرابات التفسخى فى الطفولة ، وزملة لاندر – كليفر وبعض حالات الذاتوية ، وقد ادراجت هذه الحالات لأنها ، بالرغم من بداياتها المختلفة ، إلا أن خصائصها ومسارها يتشابه فى الكثير مع مجموعة الاضطرابات الارتقائية وفوق ذلك فانه من غير المعروف ، ما اذا كانت أسبابها مختلفة أم لا ، وهناك ، ثانياً الاضطرابات المعروفة باعتبارها انحراف أكثر منها تأخيراً فى الوظائف الارتقائية ، وينطبق هذا خاصة على الذاتوية ، لقد ادراجت الاضطرابات الذاتوية فى هذا الجزء لأنها بالاضافة الى تعريفها باعتبارها انحراف يحتوى دائماً على درجة ما من التأخير الارتقائى ، كذلك فانها تتوازي مع الاضطرابات الارتقائية الأخرى سواء فيها يتعلق بسمات الحالات المنفردة أو بمجموعة الأعراض المألوفة فى كل منها .

1- اضطرابات ارتقائية (انمائية) معينة فى الكلام واللغة :

Specific Developmental Disorders Of Speech And Language

هى اضطرابات تخيل فيها الأنماط الطبيعية لاكتساب اللغة بداية من المراحل المبكرة فى الارتقاء ولا يمكن ارجاع الحالات فى اختلالات فى الآليات العصبية أو آليات الكلام مباشرة ، أو الى اختلالات

حسية أو تخلف عقلى أو عوامل بيئية وقد يكون الطفل أقدر على التفاهم أو الفهم فى بعض المواقف السمعية المألوفة جداً عن مواقف أخرى ، ولكن القدرة اللغوية تكون مختلفة فى كل الأحوال .

تكمّن الصعوبة الأولى فى التشخيص كما هو الحال فى الاضطرابات الارتقائية الأخرى فى تمييز الحالة عن التباينات الطبيعية فى الأرتقاء فالأطفال الطبيعيون يختلفون كثيراً عن العمر الذى يبدأون عنده فى اكتساب اللغة المنطوقة وفى السرعة التى تستقر فيها المهارات اللغوية جيداً ، هذه التباينات الطبيعية فى توقيت اكتساب اللغة ليس لها دلالة أو لها دلالة اكلينيكية ضئيلة حيث أن الأغلبية العظمى من المتباطئين فى الكلام يستكملون ارتقائهم بشكل طبيعى ، وكذلك الأطفال ذوو الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة يعانون من مشاكل مصاحبة متعددة ، بالرغم من أنهم يصلون فى النهاية الى مستوى طبيعى فى المهارات اللغوية إلا أن تأخير اللغة كثيراً ما تليه صعوبات فى القراءة والهجاء واضطرابات فى العلاقات الشخصية واضطرابات عاطفية وسلوكية ، وبالتالي فإن التشخيص المبكر والدقيق لاضطرابات ارتقائية معينة فى الكلام واللغة هو أمر هام ، ولا يوجد حد فاصل واضح بين طرفى الأختلاف الطبيعى ، ولكن هنالك أربع مؤشرات رئيسية مفيدة فى الأسارة الى احتمال وجود اضطراب ذى مغزى اكلينيكى :

1- درجة الشدة .

2- المسار .

3- النمط .

4 المشكلات المصاحبة .

يعتبر كل تأخير فى اللغة غير طبيعى اذا كان بالشدة بحيث يتجاوز حدود انحرافين معياريين ، وأغلب الحالات التى تكون على هذه الدرجة من الشدة عادة ما تصاحبها مشاكل أخرى ، ومع ذلك فإن التعبير عن درجة الشدة بالمصطلحات الاحصائية ليس ذى فائدة فى التشخيص فى حالة الأطفال الأكبر سناً وذلك لوجود ميل طبيعى نحو التحسن المزايد ، وفى هذه الحالة يوفر مسار الحالة مؤشراً مفيداً ، فاذا كان المستوى الحالى للاضطرابات خفيف الشدة ولكن هناك مع ذلك تاريخ سابق لمستوى شديد من الاضطرابات ، فالأرجح هو أن الأداء الحالى هو نتيجة اضطراب شديد أكثر منه مجرد تباين طبيعى ، كذلك يجب أن يوجه الانتباه الى نمط الاداء الكلامى واللغوى ، فاذا كان النمط غير طبيعى (بمعنى أنه منحرف عن الطبيعى وليس مجرد نوع مناسب لمرحلة أكثر تقدماً من الارتقاء) أو اذا كان كلام الطفل أو لغته تتضمن سمات غير طبيعية كقيا ، فإن الأرجح هو وجود اضطراب سربرى شديد ، كذلك اذا تصاحب التأخر فى جانب معين من الكلام أو اللغة مع

أوجه عجز دراسى (مثل تأخر معين فى القراءة أو الهجاء) أو مع اضطرابات فى العلاقات الشخصية ، و / أو مع اضطرابات عاطفية أو سلوكية فمن غير المرجح أن يشكل التأخر مجرد تبايناً طبيعياً

الصعوبة الثانية فى التشخيص تتعلق بالتمييز عن التخلف العقلى أو التأخر الارتقائى العام ، ولأن الذكاء يتضمن مهارات لفظية ، فمن الأرجح أن يكون ارتقاء اللغة عند الطفل أقل من المتوسط اذا كانت نسبة ذكائه أقل من المتوسط ، وبالتالي لايجوز استخدام اضطراب ارتقائى عندما يكون التأخر فى اللغة فى اللغة مجرد جزء من تخلف عقلى شامل أو تأخر ارتقائى عام ، وانما يستخدم عندئذ اجد رموز التخلف العقلى ، ومع ذلك فمن الشائع أن يكون التخلف العقلى مصحوباً بنمط غير منتظم من الأداء الفكرى وخاصة بدرجة من الاضطراب فى اللغة تتجاوز فى شدتها درجة التخلف فى المهارات غير اللفظية ، حين يكون هذا الفرق شديداً بالدرجة التى تجعله واضحاً فى الأداء اليومى ، عندئذ يجب أن يرمز الى وجود اضطراب ارتقائى معين فى الكلام واللغة بالاضافة الى أحد الرموز فى الجزء الخاص بالتخلف العقلى .

الصعوبة الثالثة تتعلق بالتمييز عن اضطراب ثانوى لصمم شديد أو لعب عصبى معين أو أى عيب خلقى آخر . الصمم الشديد فى الطفولة المبكرة سوف يودى فى الواقع دائماً الى تأخر وتشوه شديدين فى ارتقاء اللغة ، هذه الحالات لايجوز ادراجها هنا لأنها نتيجة مباشرة لفقدان السمع ، ومع ذلك ، فليس من غير الشائع أن يصاحب الاضطرابات الارتقائية الشديدة فى اللغة الاستقبالية خلا جزئياً فى السمع (خاصة بالنسبة للأصوات ذات الذبذبات العالية) والمنتبع أن تستبعد هذه الاضطرابات من اضطرابات الارتقاء اذا كانت درجة فقدان السمع من الشدة بحيث تقدم تفسيراً كافياً لتأخر اللغة .

* اضطراب نطق الكلام المحدد :

Specific Speech Articulation Disorder

هو اضطراب ارتقائى محدد يقل فيه استخدام الطفل لأصوات الكلام أقل من المستوى المناسب لعمره العقلى ، ولكن مع وجود مستوى طبيعى من المهارات اللغوية ، والسن الذى تكتسب فيه أصوات الكلام ، والترتيب الذى ترتقى به هذه الأصوات يختلفان كثيراً من فرد الى آخر ، فعند عمر الأربع سنوات تشيع الأخطاء فى إصدار أصوات الكلام ، ولكن يمكن فهم الطفل بسهولة من قبل الغرباء وبحلول الست أو السبع سنوات تكتسب أغلب أصوات الكلام ، وبالرغم من أنه قد تستمر بعض الصعوبات الخاصة بتركيبات صوتية معينة ، إلا أنه لاينبغى أن تشكل هذه أى مشاكل فى

التواصل . وبحلول سن الحادية أو الثانية عشر ينبغي أن يكون الطفل متمكناً من كافة الأصوات الكلامية تقريباً .

ويحدث الارتقاء غير الطبيعي عندما يتأخر و / أو يشذ اكتساب الطفل لأصوات الكلام مما يؤدي الى سوء نطق في كلام الطفل يترتب عليه أن يجد الآخرون صعوبات في فهم كلامه ، كما يؤدي الى استقطاعات أو تشوهات أو استبدالات في أصوات الكلام ، مع عدم انسجام في تزامن الأصوات (بمعنى أن الطفل قد ينطق مقاطع صحيحة في بعض كلمات وليس في كلمات أخرى) يستخدم هذا التشخيص فقط حين تتجاوز شدة اضطراب النطق حدود الاختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي ، ويكون الذكاء غير اللفظي في النطاق الطبيعي ، وتكون مهارات اللغة التعبيرية والاستقبالية في النطاق الطبيعي ، واختلالات النطق ليس مرجعها مباشرة الى خلل حسي أو خلقي أو عصبى كما يكون سوء النطق غير طبيعي بشكل واضح في إطار الاستخدام الدراج للغة في بيئة الطفل .

1- اضطراب اللغة التعبيرية (والبث اللغوى) عسر كلام أو حبسه ارتقائية :

Expressive Language Disorder

هو اضطراب ارتقائى محدد تقل فيه قدرة الطفل على استخدام اللغة المنطقية التعبيرية كثيراً عن المستوى المناسب بالنسبة لعمره العقلي ، ولكن مع بقاء فهم اللغة في اطار الحدود الطبيعية وقد تصاحبه أو لاتصاحبه عيوب في النطق وبالرغم من وجود اختلافات فردية كثيرة في ارتقاء اللغة الطبيعي ، إلا أن عدم القدرة على تكوين جمل بسيطة من كلمتين عند عمر الثلاث سنوات ، يجب أن تعبير علامات دالة على التأخير .

تتضمن الصعوبات التالية على ذلك ، ارتقاء محدود في حصيلة الكلمات ، الاستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية ، صعوبات في اختيار كلمات مناسبة أو كلمات بديلة مناسبة ، قصر فترات الكلام ، تكوين الجملة غير الناضج ، أخطاء تركيبية ، وخاصة اسقاط نهايات أو بدايات الكلمات ، وسوء استخدام أو العجز عن استخدام الاشكال النحوية مثل حروف الجر والضمائر وحروف التعريف وتبديلات الفعل والأسم ، كذلك قد يحدث تعميم خاطئ ومبالغ فيه في قواعد الكلام بالاضافة الى فقدان السلاسة في الجمل وصعوبة في ترتيب الاشياء عند الحديث عن أحداث سابقة .

ومن الشائع أن تصاحب الاختلالات فى اللغة المنطوقة بتأخر أو اختلالات فى اصدار الصوت المعبر عن الكلمة .

يجب أن يقتصر استخدام التشخيص على الحالات التى تتجاوز فيها درجة التأخر فى ارتقاء اللغة التعبيرية حدود التباينات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلى ، وتكون فيها مهارات اللغة الاستقبالية فى الحدود الطبيعية لعمر الطفل العقلى (بالرغم من أن اللغة الاستقبالية كثيراً ما تكون أقل من المتوسط بدرجة ما) . كذلك يجب استخدام الاشارات غير اللفظية (كالاتسمات و اشارة اليد) واللغة الداخلية المنعكسة فى العاب الخيال أو تقليد الحقيقة ، سليماً نسبياً ، كما يجب أن تكون القدرة على التواصل اجتماعياً بدون كلمات نسبياً غير مختلفة ، فالطفل سوف يسعى الى التواصل بالرغم من اختلال اللغة وسوف يميل الى الاستعاضة عن فقدان الكلام باستخدام التمثيل أو اشارات اليد أو التقليد الصامت أو الأصوات غير الكلامية ومع ذلك فان الصعوبات المصاحبة فى العلاقات مع الأفراد والاضطراب العاطفى والسلوكى و / أو فرط النشاط وعدم الانتباه ليست ظواهر غير شائعة خاصة بين الأطفال فى سن المدرسة ، وقد يكون هناك أيضاً فى قلة من الحالات فقدان سمع جزئى (انتقائى فى أحوال كثيرة) ولكنه لايجوز أن يكون بالشدة لتفسير تأخر اللغة كذلك فان الأندماج غير الكافى فى المحادثات المتبادلة ، أو الفقر أو الحرمان البيئى العام ، قد يلعبان دوراً كبيراً أو مساهماً فى نشأة الارتقاء المختل فى اللغة التعبيرية وعندما تكون هذه هى الحال ، يجب الاسارة الى العامل البيئى المسبب ، يجب أن يكون الاختلال فى اللغة الكلامية واضحاً منذ الطفولة المبكرة ، دون أن تكون هناك مرحلة طويلة واضحة من الاستخدام الطبيعى للغة (ومع ذلك فليس من الشائع أن تبدأ القصة باستخدام يبدو طبيعياً لبضعة كلمات منفردة ثم يلى ذلك تدهوراً أو عجزاً من التقدم) .

2- اضطراب اللغة الاستقبالية وحبسة " فرنك " الاستقبالية :

Receptive Language Disorder

هو اضطراب ارتقائى محدد يقل فيه الطفل للغة عن المستوى المناسب لعمره العقلى وفى كل الحالات تقريباً تختل بشدة أيضاً اللغة التعبيرية وتشيع العيوب فى اصدار الأصوات الكلامية .

مؤشرات تشخيصية :

الفشل فى الاستجابة للأسماء المألوفة فى غياب تلميحات غير لفظية بحلول عيد الميلاد الأول أو عدم القدرة على التعرف على بعض الأشياء المألوفة على الأقل عند عمر الثمانى عشرة شهراً ، أو الفشل فى متابعة تعليمات بسيطة روتينية عند سن السنتين يجب أن تعتبر علامات دالة على التأخر ، والصعوبات الناتجة عن ذلك .

تتضمن :

عدم القدرة على فهم التركيبات النحوية (النفى ، الأسئلة ، الأوامر .. الخ) وعدم فهم الجوانب الأكثر دقة فى اللغة

(نبرة الصوت ، الإشارة .. الخ) ويتراوح انتشار هذا الاضطراب بين 3 - 10% من أطفال المدارس .

يجب أن يقتصر التشخيص فقط على الحالات التى تتجاوز فيها درجة التأخر فى اللغة الاستقبالية حدود الاختلاف الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلى ، والتى لاتستوفى المعايير التشخيصية ارتقائى عام وفى كل الحالات تقريباً يوجد كذلك تأخر شديد فى ارتقاء اللغة التعبيرية وتشيع العيوب فى اصدار الأصوات الكلامية ، أن هذا الاضطراب هو أكثر اشكال الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة معدلاً فى ارتباطه باضطرابات اجتماعية وعاطفية وسلوكية ، ولا تأخذ هذه الاضطرابات أى شكل معين . ولكن فرط النشاط وعدم الانتباه والحماقة والعزلة عن الأفراد والقلق والحساسية أو الخجل غير المبرر هى كلها أشكال كثيرة الحدوث نسبياً ، الأطفال المصابون بأشد أشكال اضطراب اللغة الاستقبالية قد يتأخرون بدرجة ما فى ارتقائهم الاجتماعى وقد يرددون لغة لايفهمونها كما يظهرون أنماطاً محدودة بدرجة ما من الاهتمامات ، ولكنهم يختلفون عن الأطفال الذاتيين فى أنهم عادة ما يظهرون تعاملات اجتماعياً طبيعياً ، ويمارسون ألعاب محاكاة الواقع ويلجأون إلى الأهل للراحة بشكل طبيعى ، ويستخدمون الإشارة بشكل قريب للطبيعى كما يظهرون اختلافات بسيطة فقط فى التواصل غير اللفظى ، وليس من غير الشائع أن يكون هناك درجة ما من فقدان السمع للأصوات العالية ، ولكن درجة الصمم ليست كافية لتفسير اضطراب اللغة .

3- الحبسة المكتسبة مع الصرع (زملة لاندو كليفر) :

Acquired Aphasia With Eplieps(Landau – Kleffner – Syndrome)

هو اضطراب يفقد فيه الطفل كل من مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية ، بعد أن يكون قد سبق له أن أنجز تقدماً طبيعياً في ارتقاء اللغة ، ولكن مع احتفاظه بالذكاء العام ، وتصاحب بداية الاضطراب نوبات شاذة في رسم المخ الكهربائي (مصدرها دائماً تقريباً الفص الصدغي ، عادة على الجانبين ، ولكن في كثير من الأحيان مع خلل أوسع انتشاراً) ، وفي أغلب الحالات أيضاً نوبات صرعية ، البداية النمطية تكون بين عمرى ثلاث وسبع سنوات ، لكنها قد تبدأ قبل أو بعد ذلك في الطفولة ، يحدث فقدان اللغة بشكل تدريجى عبر فترة بضع شهور في ربع الحالات ولكن في أكثر الحالات تكون البداية مفاجئة وتفقد المهارات في أيام أو أسابيع .

العلاقة الزمنية بين بداية النوبات الصرعية وبداية فقدان اللغة تختلف كثيراً ، إذا يسبق أى منهما الآخر بفترة تتراوح بين بضعة شهور وعامين ومن المميز جداً أن يكون الخلل في اللغة جسيماً ، وتكون بداية مظاهر الحالة عادة هي صعوبات في الفهم السمعى فيصاب بعض الأطفال بالخرس وآخرون يقتصرون على اصدار أصوات لامعنى لها ، في حين أن البعض الآخر يظهر عيوباً أخف شدة في إخراج وسلاسة الكلمة ، ويصاحبها في كثير من الأحيان سوء في النطق ، وفي قلة من الحالات تتأثر نوعية الصوت فيفقد ترنيماته الطبيعية ، وفي بعض الأحيان تبدو وظائف اللغة متذبذبة في المراحل الأولى وتشيع الاضطرابات السلوكية والعاطفية في الشهور الأولى التالية لفقدان اللغة ، ولكنها تميل الى التحسن عندما يكتسب الطفل بعض وسائل التواصل مع الآخرين ، وسبب الحالة غير معروف وان كانت الخصائص الاكلينيكية تشير الى احتمال وجود التهاب دماغى ، ويختلف مسار الحالة كثيراً ، فحوالى خمسى الأطفال يظلون يعانون من عيب شديد في اللغة الاستقبالية في حين يشفى الثلث تماماً .

4- اضطرابات ارتقائية (انمائية) أخرى في الكلام أو اللغة :

Other Developmental Disorders Of Speech And Language

ويتضمن : اللغة (التلعثم) .

5- اضطرابات ارتقائية (انمائية) محددة في المهارات الدراسية :

Specific Developmental Disorders Of Scholastic Skills .

الفكرة العام وراء الاضطرابات الارتقائية المعينة فى المهارات الدراسية توازى مباشرة الفكرى العامة وراء الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة كما ينطبق عليها نفس نقاط التعريف والقياس الأساسية ، فهى اضطرابات تتميز باختلال مجرد نتيجة لغياب فرصة التعلم ، كما أنه ليس نتيجة لأى شكل من أشكال الاصابات أو أمراض المخ المكتسبة ، لكنه يرجح أن يكون أصلة فى اضطرابات العملية والتي غالباً ما تكون نتيجة لشكل من أشكال الاضطراب الوظيفى البيولوجى وتشيع هذه الحالة أكثر بين الأولاد مثلها مثل أغلب الاضطرابات الارتقائية الأخرى .

هناك خمس صعوبات تبرز عند التشخيص :

أولاً :

هناك الحاجة الى تمييز هذه الاضطرابات عن الاختلافات الطبيعية فى الانجاز الدراسى والنقاط الواجب مراعاتها هنا هى نفس النقاط المذكورة مع اضطرابات اللغة كما تطبق ذات المعايير لقياس الخلل (مع التعديلات الضرورية التى تبرز عند التحول من اللغة الى المهارات الدراسية) .

ثانياً :

هناك الحاجة الى أن يوضع مسار الارتقاء فى الاعتبار

وهى نقطة هامة لسببين مختلفين :

1- الشدة ، بمعنى أن تأخر سنة فى القراءة عند سن 7 سنوات يكتسب معنى مختلفاً تماماً عنه حين يكون تأخر السنة عند سن 14 سنة .

2- تغير النمو ، بمعنى أنه من الشائع أن يتحسن تأخر اللغة فى السنوات السابقة على الدراسة فلا تصبح هناك مشكلات خاصة باللغة ولكن يليها تأخراً معيناً فى القراءة يتحسن مرة أخرى فى فترة المراهقة .

وتنبى المشكلة الرئيسية المتبقية فى الرشد المبكر هى اضطراب شديد فى الهجاء وقد تستمر الحالة طوال هذه الفترة ولكن النمط يتبدل بزيادة العمر ، اذن يجب أن يراعى هذا التغير الارتقائى عند وضع المعايير التشخيصية .

ثالثاً :

هناك الصعوبة الناجمة عن أن المهارات الدراسية يجب تعلمها وتعليمها فهى ليست مجرد تعبير عن نضج حيوى ، ولا مفر من أن مستوى مهارات الأطفال سوف تعتمد على ظروف العائلة والمدرسة ، كما سوف تعتمد على الخصائص الفردية لكل طفل ، ولسوء الحظ لا توجد طريقة مباشرة وواضحة للتمييز بين الصعوبات الدراسية نتيجة لانعدام الخبرات الكافية عن تلك المترتبة على اضطراب

ارتقائى فهناك أسباب كثيرة جيدة لافتراض ان هذا التمييز حقيقى وصادق سريريا ، ومع ذلك فان التشخيص صعب فى كل حالة على حدة .

رابعاً :

بالرغم من أن نتائج الابحاث تدعم الفرضية القائلة بوجود أساس مرضى فى العملية المعرفية ، إلا أنه لا توجد طريقة سهلة لتميز الاضطرابات التى تسبب صعوبات القراءة عن تلك التى تترتب على أو تصاحب المهارات الضعيفة فى القراءة وتتعدد الصعوبة حقاً حيث أن اضطرابات القراءة قد تنشأ عن أكثر من نوع من الخلل المعرفى .

خامساً :

هناك عدم التأكد الدائم من أفضل الطرق لتقسيم الاضطرابات الارتقائية فى المهارات الدراسية . يتعلم الأطفال القراءة والكتابة والهجاء وحل المسائل الحسابية عندما يتعرفون على هذه العملية فى البيت وفى المدرسة ، وتختلف البلاد كثيراً فى السن الذى يبدأ عنده التعليم الإلزامى وفى المنهج المتبع داخل المدارس وبالتالي فى النوع المهارات التى يتوقع من الطفل أن يكتسبها فى السنوات عمره المختلفة ، ويتعاطم هذا الاختلاف فى التوقعات أثناء سنوات الدراسة الأولية أو الابتدائية (أى حتى سن 11 سنة) ويزيد من تعقيد عملية الوصول إلى تعريفات اجرائية لاضطرابات المهارات الدراسية عدم ثباتها عبر البلدان المختلفة .

ومع ذلك ففى كل الأنظمة التعليمية يتضح أنه فى كل مجموعة عمرية من أطفال المدارس يوجد نطاق واسع من المنجزات المدرسية وأن بعض الأطفال ينجزون أقل فى أوجه معينة من الانجاز الدراسى بالقياس الى مستوى أدائهم الفكرى أو الذهنى العام .

الاضطرابات الارتقائية المعينة فى المهارات الدراسية : أ.م.د .

تتضمن مجموعات من الاضطرابات تتميز باختلالات معينة ودالة فى تعلم المهارات الدراسية وليست هذه الاختلالات فى التعلم نتيجة مباشرة لاضطرابات أخرى (مثل التخلف العقلى أو خلل عصبى جسيم أو مشاكل بصرية أو سمعية حادة غير قابلة للعلاج أو اضطرابات وجدانية) وان كان يمكن أن تحدث متزامنة مع هذه الحالات أ.م.د.م.د تحدث كثيراً فى ارتباط مع زملاات سريرية أخرى ، (مثل اضطراب عجز الانتباه أو اضطراب الجناح) أو اضطرابات ارتقائية أخرى (مثل الاضطراب المحدد فى وظيفة الحركة أو الاضطرابات الارتقائية المحددة فى الكلام واللغة) .

وسبب أ.أ.م.د غير معروفة ولكن هناك أفترض بأولوية العوامل الحيوية التي تتفاعل مع عوامل غير حيوية (مثل فرصة التعلم وكيفية التعلم) لإحداث مظاهر الاضطراب ، وبالرغم من ارتباط هذه الاضطرابات بالنضوج الحيوي إلا أن ذلك يوضح أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يقعون ببساطة عن الطرف الأدنى من المتصل الطبيعي وبالتالي فسوف يلحقون بالآخرين من أقرانهم مع الوقت ، وفي أحوال كثيرة تستمر آثار هذا الاضطراب خلال فترة المراهقة وحتى مرحلة الرشد ، ومع ذلك فإن ظهور الاضطراب بشكل ما أثناء سنوات الدراسة المبكرة يعتبر سمة تشخيصية ضرورية ، فقد يتدهور الأطفال فى أدائهم الدراسى فى مرحلة متأخرة من سيرتهم التعليمية (نتيجة لعدم الاهتمام ، أو التدريس غير الوافى ، أو اضطرابات عاطفية ، أو زيادة أو تغير فى نمط المهام المطلوبة) ، ولكن هذه المشاكل لاتمثل جزءاً من مفهوم أ.أ.م.د .

وهناك عدة متطلبات أساسية لتشخيص أى من الاضطرابات

الارتقائية المحددة فى المهارات الدراسية :

أولاً : يجب أن يكون هناك درجة من الخلل فى المهارات الدراسية المعينة (دالة سريرياً) . ويمكن الحكم على هذا الخلل بالاستناد الى درجة الشدة كما هى معروفة بالمصطلحات الدراسية (أى درجة ينتظر أن يحصل عليها أقل من 3% من عينة أطفال المدرسة) ، الى سوابق ارتقائية (أى أن الصعوبات الدراسية قد سبقتها تأخرات ارتقائية فى السنوات السابقة على المدرسة غالباً فى مجال الكلام أو اللغة) ، الى مشكلات مصاحبة (مثل عدم الانتباه ، فرط النشاط ، اضطراب عاطفى صعوبات فى السير) والى وجود انماط شذوذ كيفية ليست فى العادة جزءاً من الارتقاء الطبيعى (والى الاستجابة (أى أن الصعوبات الدراسية لاتتحسن بسرعة ويسر مع زيادة المساعدة للطفل فى المنزل و / أو المدرسة) .

ثانياً : يجب أن يكون الخلل معيناً ، بمعنى أنه ليمن تفسيره فقط على أساس وجود تخلف عقلى أو اختلافات أقل شدة فى الذكاء العام ، ولأن نسبة الذكاء والانجاز الدراسى لايتوازيان تماماً ، فإن القرار بشأن هذه النقطة يجب أن يؤخذ فقط على أساس من اختبارات مقننة وفردية التطبيق لكل من الانجاز ونسبة الذكاء والتي تناسب مع الثقافة والنظام التعليمى ، ويجب استخدام هذه الاختبارات فى ارتباط مع جداول احصائية توفر المعلومات الخاصة بمتوسط مستوى الانجاز المنتظر لكل مستوى

ذكاء معطى عند كل عمر معطى ، هذا الشرط الأخير ضرورى وذلك لأهمية اثار الارتجاع الاحصائى ، ذلك لأن التشخيصات التى تستند الى طرح عمر الانجاز بالعمر العقلى تكون بالضرورة خادعة بشدة ، ومع ذلك فالارجح هو أن هذه المتطلبات لن تستوفى فى أغلب الاحوال فى الممارسة السريرية اليومية وبالتالي فان الدليل السريرى هو ببساطة أن يكون مستوى الطفل فى التحصيل أقل بكثير من المستوى المنتظر من طفل فى عمره العقلى .

ثالثاً : يجب أن يكون الخلل ارتقائياً ، بمعنى أن يكون موجوداً منذ البداية وليس مكتسباً فى مرحلة متأخرة من العملية التعليمية ويمكن الاستدلال على هذه النقطة من خلال تاريخ التقدم الدراسى لطفل **رابعاً :**

يجب ألا تكون هناك عوامل خارجية يمكن أن تتمثل سبباً كافياً للصعوبات والى وجود دليل ايجابى على وجود اضطراب سريرى واضح فى الانجاز الدراسى تصاحبه عوامل داخلية خاصة بارتقاء الطفل ، مع ذلك ، ولكن يتعلم الأطفال بشكل فعال ، يجب أن تتوفر لهم فرص تعليم ملائمة ، وبالتالي لايجوز ادراج الاضطراب تحت هذه الفئة اذا اتضح أن الأنجاز الدراسى الضعيف هو نتيجة مباشرة لغياب طويل عن المدرسة دون تدريس بالمنزل أو نتيجة لتعليم غير مناسب بالمرّة ، أن التغيب المتكرر عن المدرسة والانقطاعات التعليمية المترتبة على تغيير المدرسة لاتكون فى العادة كافية لاحداث تخلف دراسى بدرجة تكفى لتشخيص أ.أ.م.م.د ولكن التعليم الضعيف قد يضيف الى أو يزيد من تعقيد المشكلة وفى هذه الحالة يجب أن تذكر العوامل المدرسية على نحو الأوضاع النفس اجتماعية غير الطبيعية . وأخيراً لا يجوز أن يكون أ.أ.م.م.د نتيجة مباشرة لاختلالات بصرية أو سمعية غير خاضعة للتحسن .

التشخيص الفارق :

هناك احتياج هام للتمييز بين أ.أ.م.م.د.والتى تظهر فى غياب أى اضطراب عصبى قابل التشخيص وبين الاضطرابات التى تكون ثانوية الحالة عصبية ما كالثلل الدماغى ، وكثيراً ما يكون هذا التمييز صعباً فى الممارسة العلمية (نتيجة للدلالة غير المؤكدة للعلامات العصبية ضعيفة التباين) كما أن نتائج الابحاث لاتوضح أى تمييز محدد لا فى نمط ولا فى مسار أ.أ.م.م.د بشأن وجود أو غياب خلل وظيفى عصبى واضح ، وبالتالي فان هذا يكون جزءاً من المعايير التشخيصية ولكن من

الضرورى أن يسجل وجود أى اضطراب مصاحب بشكل منفرد فى الجزء المناسب الخاص من هذا التقسيم .

ويتضمن :

اضطراب قراءة معين عسر القراءة اضطراب هجائى معين ، اضطراب معين فى المهارات الحسابية ، عسر الحساب ، اضطراب المهارات الدراسية المختلط ، عدم القدرة على التعلم .

1- اضطراب القراءة المحدد :

Specific Reading Disorder

السمة الرئيسية هى خلل معين فى ارتقاء مهارات القراءة لايمكن ارجاعها الى العمر العقلى أو مشكلات حدة البصر أو التعليم غير الوافى فحسب وقد تتأثر كذلك مهارات فهم القراءة والتعرف على الكلمة من خلال القراءة ومهارات القراءة الفهية والأداء فى المهام التى تتطلب القراءة ، كثيراً ما يصاحب اضطراب القراءة المعين صعوبات فى الهجاء قد تستمر فى فترة المراهقة حتى بعد أن يكون التقدم قد تم احرازه فى القراءة ، والأطفال المصابون باضطراب فى القراءة كثيراً ما يكون لديهم تاريخ باضطرابات انمائية معينة فى الكلام واللغة ، كما أن التقييم المتكامل لاداء اللغوى الحالى كثيراً ما يعكس وجود صعوبات دقيقة متعاصرة بالاضافة الى الفشل الأكاديمى ، وقد نجد أن ضعف الانتظام الدراسى ومشكلات التكيف الاجتماعى هى مضاعفات كثيرة الحدوث خاصة فى سنوات الدراسة الابتدائية والثانوي التالية ، توجد هذه الحالة فى كل اللغات المعروفة وان كان من غير المؤكد أن معدلها يتأثر أو لايتأثر بطبيعة اللغة والخط المكتوب ويتراوح انتشاره بين 2 - 8% من أطفال المدارس .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يكون أداء الطفل فى القراءة أقل بكثير من المستوى المنتظر منه على أساس عمره وذكائه العام ومكانه فى المدرسة وأفضل طريقة لتقييم ذلك هى بواسطة اختبار مقنن ، يطبق بشكل فردى ويقيس القراءة والدقة والفهم وتعتمد الطبيعة المحددة لمشكلة القراءة على مستوى القراءة المتوقع وعلى اللغة والخط المكتوب ، ولكن فى المراحل الأولى من تعلم اللغة الأبجدية قد تكون هناك صعوبات فى الحروف الأبجدية أو فى تسمية الحروف بأسمائها الصحيحة أو فى إعطاء النغم البسيط للكلمات وفى تحليل أو تقسيم الأصوات (وذلك بالرغم من قدرة سمعية طبيعية) قد توجد أخطاء فى مهارات القراءة الشفهية ويظهر ذلك من خلال :

- 1- اسقاطات ، استبدالات تشويهات أو إضافات فى الكلمات أو أجزاء من الكلمات .
 - 2- معدل قراءة بطئ .
 - 3- بدايات خاطئة أو ثنائيات طويلة أو فقدان القراءة فى النص .
 - 4- تقسيم غير دقيق للجمل .
 - 5- استبدال الكلمات فى الجمل أو الحروف داخل الكلمات كذلك قد يكون هناك عيوب فى الفهم عن طريق القراءة كما يتضح من خلال .
 - أ- عدم القدرة على استعادة المعلومات المقروءة
 - ب- عدم القدرة على الوصول الى استنتاجات أو استدلالات من المادة المقروءة .
 - 6- استخدام المعرفة العامة كخلفية معرفية بدلاً من المعلومات المستفادة فى قصة بعينها للأجابة على أسئلة خاصة تعتبر من عيوب القراءة ومن المميز أن تتضمن الصعوبات فى الهجاء أخطاءً صوتية غير دقيقة ، ويبدو عندئذ أن كل مشكلات الهجاء والقراءة تتبع خلافاً فى التحليل الصوتي للكلمات ، القليل هو المعروف عن طبيعة أو معدل اخطاء الهجاء فى الأطفال المضطربين الى قراءة لغات غير مشكلة وقليل هو المعروف عن أنواع الأخطاء فى النصوص غير الابجدية .
- الأضطرابات الارتقائية المحددة فى القراءة عادة ما يسبقها تاريخ من الاضطرابات فى الفاء الكلام أو اللغة وفى حالات أخرى قد يكون الطفل قد اجتاز مراحل اللغة فى سن الطبيعى ولكنه مع ذلك يعانى من الصعوبات فى العمليات السمعية كما يتضح فى مشكلات تصنيف الأصوات والتنغيم واخطاء تمييز أصوات الكلام والذاكرة السمعية الترتيبية والترابط السمعى ، أو فى بعض الحالات أيضاً تكون هناك مشكلات فى العملية الابصارية (مثل التمييز بين الحروف والذاكرة السمعية التقريبية والتمييز السمعى) ولكن هذه كلها شائعة بين الأطفال الذين يبدأون بالكاد تعلم القراءة وبالتالي فمن المحتمل إلا تكون نتيجة مباشرة لضعف القراءة أو لصعوبة فى الانتباه المصحوبة فى أحيان كثيرة بفرط النشاط والاندفاعية ، أن النمط الدقيق للصعوبات الارتقائية فى فترة ما قبل المدرسة يختلف كثيراً من طفل الى طفل كما تختلف شدته ، ومع ذلك فان هذه الصعوبات عادة (ولكن ليس دائماً ما تكون موجودة .
- كذلك كثيراً ما يكون هناك اضطرابات عاطفية و / أو سلوكية أثناء فترة المدرسة ، ويكون معدل المشكلات العاطفية أكثر فى سنوات الدراسة الأولى فى حين تشيع اضطرابات الجناح وزمالات فرط النشاط أكثر فى الطفولة المتأخرة والمراهقة وينخفض عادة تقييم الطفل لنفسه ، وتكثر مشكلات التكيف مع المدرسة والعلاقات مع الأقران .

يتضمن :

القراءة المتأخرة ،عسر القراءة الارتقائي ، تختلف القراءة المحدد.

2- الاضطراب الهجائي المحدد :

Specific Spelling Disorder

هو اضطراب تميز السمة الرئيسية فيه بخلل معين واضح في ارتقاء مهارات الاستهزاء الشفهي وكتابة الكلمات بشكل صحيح ولا يجوز ادراج الأطفال الذين تتمثل مشكلتهم الوحيدة في الكتابة ولكن في بعض الحالات قد تصاحب مصاعب الاستهزاء مشكلات في الكتابة وعلى العكس من النمط الموجود في اضطرابات القراءة المحددة نجد أن أخطاء الاستهزاء تميل الى أن تكون دقيقة بشكل واضح من الناحية الصوتية .

ويجب أن يكون مستوى أداء الطفل في الاستهزاء أقل بكثير من المستوى المنتظر على أساس عمر الطفل والذكاء العام ومكانه في المدرسة وأفضل وسيلة لتقييم هذه النقطة هي بواسطة استخدام اختبار مقنن للاستهزاء ويطبق بشكل فردي على الطفل ، يجب أن يكون مهارات الطفل في القراءة (في ما يتعلق بالدقة والفهم) في نطاق الطبيعي ، كما لايجوز أن يكون هناك تاريخ لصعوبات سابقة ذات دلالة في القراءة ، ولا يجوز أن تكون صعوبات الاستهزاء أساساً نتيجة لعدم كفاية شديدة في التدريس أو نتيجة مباشرة لعيوب في البصار أو السمع أو الوظائف العصبية كذلك لايجوز أن تكون مكتسبة نتيجة أي اضطراب عصبى أو طب نفسى أو أى اضطراب آخر . وبالرغم مما هو معروف من أن اضطرابات الهجاء المحدد يختلف عن اضطرابات القراءة المصحوبة بصعوبات في الاستهزاء المعينة أو مسارها أو العوامل المصاحبة لها أو حصيلتها .

3-اضطراب محدد فى المهارات الحسابية : Specific Disorder Of Arithmetical Skills

يتضمن هذا الاضطراب خلل محدد فى المهارات الحسابية لايمكن تفسيره على أنه تخلف عقلى أو سبب ضعف التدريس ويشمل الخلل المهارات الحسابية الأولية كالجمع والطرح والضرب والقسمة (أكثر منها المهارات الحسابية الأكثر تجريدية كالمضمنة فى الجبر أو حساب المثلثات أو الهندسة أو التفاصيل والتكامل) .

ويجب أن يكون مستوى أداء الطفل الحسابى أقل بكثير من المتوقع على أساس من عمر الطفل والذكاء العام ومكانه الدراسى وأفضل تقييم لهذا الأداء هو الاستناد الى اختبار مقنن للحساب يطبق تطبيقاً فردياً على الطفل ، يجب أن تكون مهارات الطفل فى القراءة والاستهزاء فى النطاق الطبيعى المنتظر بالنسبة للسن العلى ، الذى يفضل قياسه بواسطة اختبارات مقننة ومناسبة تطبق بشكل فردى ولا يجوز أن تكون صعوبات الحساب بسبب عدم كفاية شديدة فى التدريس أو نتيجة مباشرة لعيوب فى الأبصار أو السمع أو الوظائف العصبية كذلك لاتجوز أن تكون مكتسبة نتيجة لأى اضطراب .

أن الدراسات فى مجال الاضطرابات الحسابية أقل منها بالنسبة لاضطرابات القراءة ، كما أن المعرفة المتوفرة عن مقدمتها ومسارها ومصاحباتها وخصيلتها تعد محدودة جداً ، ومع ذلك وعلى عكس أطفال كثيرون يعانون من اضطرابات فى القراءة تميل مهارات الادراك السمعى والمهارات اللفظية الى أن تكون فى النطاق الطبيعى ، فى حين تميل مهارات الابصار المكانية والأبصار الادركية الى الخلل ، يعانى بعض الأطفال بالاضافة الى ذلك من مشكلات اجتماعية وعاطفية وسلوكية ، ولكن المعروف عن خصائصها أو معدلها قليل ، كذلك هناك اشارة الى احتمال شيوع صعوبات فى التفاعلات الاجتماعية .

وتتعدد الصعوبات الحسابية ، ولكنها قد تتضمن :

الفشل فى فهم الفكرة وراء بعض العمليات الحسابية الخاصة ، عدم فهم المصطلحات او العلامات الحسابية ، وعدم التعرف على الرموز الرقمية ، صعوبة فى ممارسة عمليات حسابية ثابتة ، صعوبة فى فهم أى الأرقام مناسبة للمشكلة الحسابية الجارى تناولها ، صعوبة فى ترتيب الأرقام بشكل صحيح أو فى استخدام العلامات العشرية أ، الرموز أثناء الحساب سوء الترتيب المكانى للعمليات الحسابية ، وعدم القدرة على تعلم جداول الضرب بشكل مرض

4- اضطراب مختلط فى المهارت الدراسية :

Mixed Disorder Of Scholastic Skills

هو فئة متبقية من الاضطرابات ، ضعيفة التحديد ولاتستند الى مفهوم واضح (ولكنها ضرورية) تتميز باختلال واضح فى كل المهارات الحسابية ومهارات القراءات أو الاستهزاء ولكن الاختلال لايمكن تفسيره فقط بتخلف علقى عام أو تعليم غير وافى .

العلاج :

لا يوجد سبب محدد لاضطرابات النماء النفسى الخاصة بالكلام ، واللغة ، والمهارات الدراسية حيث يتفاعل كل من العوامل البيولوجية ، والنفسية ، والاجتماعية والتربوية والتعليمية ويعتمد العلاج على التدريب الخاص بواسطة مجموعة من اخصائى التخاطب ، والتعليم والتربية ، ويوجد فى بعض البلاد المتقدمة مدارس خاصة لتوجيه وتدريب هؤلاء الأطفال .
ولأسف أن معظم هؤلاء الأطفال فى مصر والبلاد العربية يعتمدون فى تدريبهم وعلاجهم على الجهد الذاتى والعلاج الخاص .

5- الاضراب الارتقائى الخاص بوظيفة الحركة :

Specific Developmental Disorder Of Motor Function

السمة الرئيسية هى أختلال شديد فى ارتقاء التناسق الحركى لايفسر فقط بواسطة تخلف فكرى عام أو أى اضطراب عصبى معين خلقى أو مكتسب (باستثناء ذلك المتضمن فى اختلال التناسق) ومن المعتاد أن يصاحب الحركة الخرقاء درجة ما من اختلال الاداء فى المهام المعرفية الخاصة بالتعرف البصرى على المكان ، وينتشر هذا الاضطراب بنسبة تبلغ حوالى 6% من الأطفال بين العمر 5 - 11 سنة ويجب أن يكون مستوى التناسق الحركى للطفل ، فى المهام الحركية الدقيقة أو الضخمة ، أقل بكثير من مستوى الاداء المنتظر من الطفل على أساس من عمره وذكائه العام ، ويقاس هذا بأفضل شكل بواسطة اختبار مقنن يطبق بشكل فردى ويقيس التناسق الحركى الدقيق والضخم ، ويجب أن تكون صعوبات التناسق موجودة فى المراحل المبكرة من الارتقاء (بمعنى أنه لايجوز أن يمثل نقصاً مكتسباً) ، ولا يجوز أن تكون نتيجة مباشرة لأى عيوب فى الأبصار أو السمع ، أو لأى اضطراب عصبى قابل للتشخيص . ويختلف المقدار الذى يصيب به الاضطراب كل من التناسق الحركى الدقيق أو الضخم كما يختلف نمط العجز الحركى تبعاً للسن ، وقد تتأخر مراحل الارتقاء الحركى وقد يصاحب ذلك التأخر بعض الصعوبات فى الكلام ن (خاصة تلك التى تتضمن النطق) . قد يبدو الطفل غريباً فى طريقة سيره عموماً ، وقد يكون بطيئاً فى تعلم الجرى والقفز وصعود وهبوط الدرج ، كما قد تكون هناك صعوبة فى تعلم كيف يربط الحذاء ، وكيف يغلق ويفتح الزرائر وكيف يقذف ويلتقط الكرة ، وقد يكون الطفل بشكل عام أخرق فى حركاته الدقيقة و / أو الضخمة ، فيميل الى اسقاط الاشياء من يده ، والتعثر ، والارتطام بأشياء فى طريقه وان يكون خط يده سيئاً كذلك فان مهارات الرسم تكون عادة ضعيفة وكثيراً ما يكون الأطفال ذوو هذا

الاضطراب ضعافاً في ممارسة الألعاب التركيبية ، واستخدام الألعاب التشكيلية وبناء النماذج وممارسة ألعاب الكرة ورسم أو فهم الخرائط .

يظهر الفحص الاكلينيكي الدقيق في أغلب الحالات علامات لعدم النضج الشديد للإرتقاء العصبى مثل حركات الشلل الراقص والتي تصيب الأطراف أو حركات تلقائية وسمات حركية أخرى بالإضافة الى علامات ضعف التناسق الحركى الدقيق والضحخ (الموصوف عادة بالعلامات العصبية ضعيفة التباين وذلك لورودها الطبيعى فى صغار الأطفال ولافتقارها أى قيمة تحديدية بشأن الآفة) أما الانعكاسات العميقة فقد تزيد او تقل على الجانبين ولكنها لاتكون غير متماثلة . بحكم التعريف لايحوز أن يكون هناك مرض عصبى قابل للتشخيص (مثل الشلل الدماغى أو الضمور العضلى) ومع ذلك ، ففي بعض الحالات يكون هناك تاريخ من المضاعفات التى احاطت بالولادة أو يكون الطفل قليل الوزن جداً عند الولادة أو تكون الولادة مبكرة جداً .

6- اضطرابات ارتقائية (أنمائية) مختلفة محددة :

Mixed Specific Developmental Disorders

هذه فئة من الاضطرابات ، غير دقيقة التحديد ولا يوجد وراءها مفهوم ملائم أو واف (ولكنها ضرورية) تتميز بوجود خليط من اضطرابات ارتقائية معينة فى الكلام واللغة وفى المهارات الدراسية ، و / أو الوظيفة الحركية ، دون أن يكون أى منها بارزا بالدرجة التى تمثل تشخيصاً مبدئياً ، ومن الشائع لكل من هذه الاضطرابات الارتقائية المعينة أن يتضمن درجة ما من الخلل فى تلك الوظائف .

اضطرابات ارتقائية (انمائية) منتشرة :

Pervasive Developmental Disorders

هى مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية فى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفى أنماط التواصل ومخزون محدود ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة فى اداء الفرد فى كل المواقف ، وتنتشر بنسبة 10 - 15 طفل فى كل عشرة آلاف

تصاحب هذه الاضطرابات فى بعض الحالات أو تتسبب فيها حالة طبية ما ومن أكثرها حدوثاً :
التقلصات الطفولية ، الحصبة الامانية الخلقية ، التصلب الحدبى ، الشحام المخى ، وحالة الصبغ أكس الهش ومع ذلك فان تشخيص هذا الاضطراب يجب أن يستند الى سمات سلوكية بعض النظر

عن وجود أو غياب أى حالات طبية مصاحبة ولم تثبت الدراسات المضبوطة ما قبل سابقاً عن شخصية الوالدين وأسلوب التربية أو البعد العاطفى .
وقد اختلف الباحثون فى تصنيف ذهان الطفولة أو ما يسمى باضطرابات انمائية منتشرة وقد تعددت الأعراض ، ووصفها كل عالم بطريقة الخاصة ، ومن حصيلة هذه المجالات نستطيع تقسيم ذهان الطفولة الى :

1- ذهان الطفولة المتأخرة :

وعادة ما يبدأ بعد سن الثامنة ويأخذ طابع فصام الكبار ، وتتشابه أعراضه مع الصورة الاكلينيكية السابقة ذكرها مع الفصام .

2- ذهان الطفولة المتوسطة :

ويبدأ بين سن 3 - 5 وعادة ما ينمو الطفل سوياً ثم يبدأ فى التدهور فى هذا السن ، وعادة ما تكون أسباب ذلك أمراضاً عضوية فى النخاع الشوكى والجهاز العصبى ، ويعتبر هذا الذهان ذهاناً عضوياً .

3- ذهان الطفولة المبكرة :

ويبدأ فى السنوات الثلاث الأولى ، وهو الذى اختلف فى وصفه العلماء ، وأستقر الرأى على تسمية بزملة أعراض الفصام فى الطفولة أو ما يسمى حالياً باضطرابات النماء المنتشرة وسندرج تصنيفها فيها بعد ويشمل تسع ظواهر اكلينيكية :

1- اختفاء القدرة على التجارب الانفعالى ، وإقامة أية علاقة عاطفية حتى مع الوالدين مما يؤدى الى صعوبة الاختلاط والعزلة الاجتماعية التامة ، وعدم اللعب مع الأطفال الآخرين ، وعدم الاستجابة لحب أو تدليل الوالدين والأقارب والانسحاب الكامل من العالم .

2- عدم الاحساس بالذات ، وعدم شعور الطفل بكيانه الخاص مما يجعل سلوكه شاذاً وغريباً حيث أنه لايميز نفسه من الجماد والحيوان والنبات .

3- الانغماس والأغراق المرضى فى التعلق بأشياء تافهة كاللعب بحذاء قديم أو أدوات منزلية رثة ، واستحالة إغرائه بكل أنواع اللعب المختلفة .

4- المقاومة الشديدة ، او المعارضة الصلبة لأى تغيير فى بيئته من ناحية المكان أو الملابس ، أو النظافة أو الطعام .

5- اضطرابات فى الإدراك فى هيئة خداعات وهلاوس وأحياناً هذات متفاوتة وقلق وتوتر غير ممكن تفسيره .

6- الفشل فى اكتساب القدرة على الكلام أو إختفاء هذه القدرة تدريجياً بعد اكتسابها .

7- اضطرابات الحركة من سكون تام الى أفرط حركى ، الى حركات وطقوس متكررة تأخذ طابعاً شاذاً وأوضاعاً خاصة غامضة .

8- يتخلل هذا التدهور والهبوط الفكرى ، بعض القدرات الطبيعية وأحياناً قدرات استثنائية .

والعلاقة بين فصام الطفولة المبكرة ، وفصام الكبار غير واضحة فتختلف مظاهر المرض فى النوعين ، ونادراً ما يتحول فصام الطفولة الى الصورة الاكلينيكية المألوفة عن الفصام الكبار من هلاوس وهذات وأعراض كتاتونية ، ويلعب العامل الوراثى دوراً هاماً ويعززه الحرمان العاطفى فى المناخ الأسرى .

وعادة ما تؤثر الأعراض الاكلينيكية السابقة على نضوج الطفل العلقى والعاطفى ، ومن ثم تشخص معظم حالات فصام الطفولة بالقصور العلقى ، ولكن اذا سبق المرض فترة من التطور والنضوج الطبيعى ثم يبدأ بعد ذلك التدهور ، فان ذلك يؤكد على تشخيص الفصام ، حيث أن القصور العلقى يبدأ مع الولادة ، يزيد على ذلك وجود بعض القدرات الطبيعية والاستثنائية فى مرض الفصام ، وكذلك يجب تمييز هذا المرض عن الذهان العضوى الناتج عن عطب أو تلف بالمخ وذلك عن طريق أشعات الجمجمة العادية والأشعات المقطعية والمغناطيسية النووية الرنانة ورسم المخ والالتجاء أحياناً الى الاختبارات النفسية الدقيقة لمعرفة مدى تدهور الأمكانيات العقلية .

ولا تفيد عادة الجلسات الكهربائية ، وغيوبية الأنسولين فى فصام الطفولة ولكن تتحسن الكثير من الأعراض بالعقاقير المضادة للفصام ويدعى البعض تحسناً ملحوظاً بالعلاج النفسى العميق والعقاقير المضادة للذهان غير النموذجية ، واختراق الحاجز العاطفى الذى يفصل عن باقى العالم ، ولا يدعى أطباء النفس نسبة شفاء أكثر من 20% فى فصام الطفولة ويستمر الباقى بأعراض مختلفة وقصور علقى ثانوى يمنع توافقهم الاجتماعى وظهرت أخيراً نتائج مشجعة من الملامسة والدفء العاطفى واحتضان الطفل لمدة طويلة بالرغم من رفضه وعنفة بواسطة الأم والأب الأشراف النفسى والتربوى .

1- الذاتية الطفولية

Childhood Autism

هى أنواع من الاضطراب الارتقائى المنتشر يعرف :

1- بوجود ارتقاء غير طبيعى و / أو مختل ، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات .

2- بنوع مميز من الأداء غير الطبيعى فى المجالات الثلاث النفسية :

أ- التفاعل الاجتماعى .

ب- التواصل .

ج- السلوك المحدد المتكرر .

بالإضافة الى هذه السمات التشخيصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات ونسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال يتراوح من أربع الى خمس أطفال بين كل عشرة آلاف طفل .

مؤشرات تشخيصية :

عادة لاتكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الارتقاء الطبيعى ، ولكنها أن وجدت لاتتجاوز عمر الثلاث سنوات . هناك دائماً اختلالات كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل ، وتأخذ هذه الاختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية ، كما يتضح فى فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين و / أو عدم تعديل السلوك طبقاً للإطار الاجتماعى ، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعى والعاطفى ، كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية فى التواصل وقد تأخذ هذه شكل عدم الاستخدام الاجتماعى لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة ، خلل فى ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعى وضعف المرونة فى التعبير اللغوى وفقدان نسبي للقدارة على الابتكار والخيال فى عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد فى إيقاع التواصل ، وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التى تساعد فى تأكيد أو توضيح التواصل الكلامى ، كذلك تتميز الحالة بانماط محدودة ونمطية ومتكررة ونمطية فى السلوك والاهتمامات والنشاطات وقد تأخذ شكل الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومى ، وينطبق هذا عادة على النشاطات الجديدة كما ينطبق على العادات المألوفة وانماط اللعب وفى الطفولة المبكرة على وجه

الخصوص قد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية وان كانت تتميز بافتقادها للمرونة ، وقد يصر الأطفال على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لاتؤدى وظيفة بعينها ، وقد تكون هذه انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات مثل التواريخ أو الطرق أو الجداول الزمنية ، وكثيراً ما تكون هناك أنماط حركة ، واهتمام خاص بعناصر وظيفية فى الأشياء (مثل رائحتها أو ملمسها) ، كما قد توجد مقاومة لأى تغيرات فى روتين أو تفصيلات البيئة الشخصية (مثل تحريك التحف والأثاث من مكانها فى بيت العائلة) .

وبالإضافة الى ذلك فان الأطفال الذاتويين كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير المعينة مثل الفزع والخوف ، واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبى والعدوان وايداء النفس (مثل عض الرسغ) خاصة اذا كان هناك حالة من التخلف العقبى الشديد ، أغلب المصابين بالذاتوية يفتقدون الى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار فى شغل أوقات فراغهم ويجدون صعوبة فى تطبيق المفاهيم النظرية وعلى اتخاذ القرار فى العمل (حتى اذا كانت المهام تقع فى أطار إمكاناتهم) ، أن المظاهر المحددة للعيوب التى تميز الذاتوية تتبدل عندما ينمو الأطفال ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة الراشدة على شكل نمط شبيهة فى المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعى والتواصل وانماط الاهتمامات ، ويجب أن تكون العيوب الارتقائية موجودة فى الثلاث سنوات الأولى من الحياة لكى نستطيع أن نستخدم التشخيص ، الزملة يمكن أن تحدث فى كل المجموعات العمرية .

قد تصاحب الذاتوية كل مستويات نسبة الذكاء ولكن فى ثلاثة أرباع الحالات توجد درجة دالة من التخلف العقبى .

ويتضمن :

الأضطراب الذاتوى ، ذاتوية الطفولة المبكرة ، ذهان الطفولة المبكرة ، زملة كانر .

عند التشخيص الفارق :

نضع فى الاعتبار (الى جانب الأشكال الأخرى من الاضطراب الارتقائى المنتشر) اضطراب ارتقائى معين فى اللغة الاستقبالية مع مشكلات اجتماعية وعاطفية ثانوية ، اضطراب الالتصاق التفاعلى على أو النوع المنفلت ، إعاقة عقلية مع اضطراب عاطفى / سلوكى مصاحب ، فصام ذو بداية مبكرة غير عادية ، زملة ريت .

2- الذاتية اللانمطية :

Atypical Autism

هو نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة ما فى عمر الطفل عند بدايته أو فى عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث ، وتستخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعى و / أو المختل لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات و / أو فى غياب ما يكفى من العلامات غير الطبيعية فى واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص الذاتية (الا وهى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، التواصل والسلوك المحدود النمطى والمتكرر) وذلك بالرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى فى منطقة (مناطق) أخرى وتنشأ الذاتية اللانمطية غالباً فى الأفراد ذوى التخلف العقبى جسيم الشدة .

ويتضمن :

ذهان طفولى غير نموذجى ، وتخلف عقلى مع سمات ذاتوية .

3- زملة رت :

Rett Syndrome

هى حالة لم يبلغ عن حدوثها حتى الآن سوى فى الفتيات ولا يعرف لها سبب ولكنها تتميز على أساس خاص من البداية والمسار ونمط الأعراض والصورة النموذجية هى وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعياً أو قريباً من الطبيعى تليه حالة من فقدان الجزئى أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبة ولللكلام ، مع انخفاض معدل النمو ، وتبدأ الحالة عادة بين سبع وأربع وعشرين شهراً من العمر وتتميز الحالة على وجه الخصوص بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات يدوية نمطية وفراط التنفس الارتقاء الاجتماعى وارتقاء اللعب يتوقف عند السننتين أو الثلاث سنوات الأولى ولكن مع الحفاظ على الاهتمامات الاجتماعية ، ويحدث فى منتصف فترة الطفولة تخلع جذعى وعمى حكى يصاحبها أحياناً جنف حدى وأحياناً حركات رقص كنعية ، الحالة يترتب عليها دائماً إعاقة عقلية شديدة وكثيراً ما تطراً تشنجات أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة .

وتبدأ أغلب الحالات بين سبعة شهور الى أربع وعشرين شهراً من العمر والسمة المميزة هى فقدان حركات اليد الهادفة والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة ، يصاحبها فقدان كامل أو جزئى أو أنعدام فى ارتقاء اللغة وحركات معينة ونمطية تلتف اليد فيها احدهما حول الأخرى أو تقوم بحركة غسل مع وضع الذراعين فى حالة أنتشاء أمام الصدر أو الذقن ، بلل نمطى لليدين بواسطة اللعاب ، عدم

المضغ الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس ، فشل دائم تقريباً فى التحكم فى التبول والتبرز ، سيولة زائدة فى اللعاب وازدحام مفرط فى اللسان ، وعدم التفاعل اجتماعياً الشئ النموذجى هو أن يحتفظ الأطفال بنوع من الابتسامة الاجتماعية على وجوههم فينظرون الى الآخرين أو خلالهم ولكنهم لايتفاعلون اجتماعياً معهم فى الطفولة المبكرة (وان كان التفاعل الاجتماعى كثيراً ما يرتقى فى مرحلة متأخرة) ويتركز الوقوف والمشي غالباً على قاعدة عريضة والعضلات ناقصة التوتر ، وتصبح حركات الجذر غير متناسقة ويتكون عادة جنف أو جنف حدبى فى نصف الحالات يحدث ضمور فى العضلات الفقرية مع عجز حركى شديد فى فترة المراهقة أو الرشد بعدها يظهر تشنج شديد يصيب الاطراف السفلية أكثر من الأطراف العليا . النوبات الصرعية تحدث فى أغلب الحالات وتتضمن فى العادة نوعاً ما من النوبة الصغرى ، تبدأ عموماً قبل عمر الثمانى سنوات ، وعلى العكس من الذاتوية يعتبر كل من الأيذاء المتعمد للنفس والانشغالات النمطية المركبة أو الروتين النمطى المركب ظواهر نادرة .

التشخيص الفارق :

تشخيص الزملة أولاً ومبدئياً استنادا الى انعدم الحركات اليدوية الهادفة وانخفاض معدل نمو الرأس والتخلج وحركات غسل يدين نمطية وعدم المضغ الجيد ويتأكد التشخيص بمسار الحالة ، والمتمثل فى تدهور حركى متزايد .

4- اضطراب طفولية تحلى (تفككى) آخر :

Other Childhood Disintegrative Disorder

نوع من الاضطراب الارتقائى الانمائى المنتشر يعرف بوجود فترة من الارتقاء الطبيعى الأکید سابقة على بداية الاضطراب تليها فترة مؤكدة من فقدان المهارات المكتسبة سابقاً تمتد عبر عدة مناطق الاتقائية وذلك فى خلال بضعة شهور والنموذجى هنا أن يصاحب ذلك فقدان عام للأهتمام بالبيئة المحيطة ، وحركات نمطية متكررة واختلال شبه ذاتوى فى التفاعل الاجتماعى والتواصل . يمكن أن يكون الاضطراب فى بعض الحالات نتيجة لنوع ما من التغير المرضى الدماغى المصاحب ، ولكن التشخيص يجب أن يكون على أساس السمات السلوكية . ويستند التشخيص الى وجود ارتقاء طبيعى ظاهرى حتى عمر سنتين على الأقل يليه فقدان أكيد للمهارات المكتسبة سابقاً ، ويصاحب هذا أداء اجتماعى غير طبيعى كيفياً ، من المعتاد أن يكون

هناك نكوص جسيم أو فقدان للغة ونكوص فى مستوى اللعب والسلوك التكيفى ، وفى حالات كثيرة فقدان للتحكم فى التبرز أو التبول مع تدهور فى الأداء الحركى أحياناً ، الشكل النموذجى هو أن يصاحب كل هذا فقدان عام للاهتمام بالبيئة المحيطة وعادات حركية نمطية متكررة ، وخلل شبه ذاتوى فى التفاعل الاجتماعى والتواصل ، أن هذه الزملة تتشابه فى بعض الجوانب مع حالات الخرف فى الحياة الراشدة ، ولكنها تختلف فى ثلاث أوجه جوهرية :

- 1- عادة لا يكون هناك دليل على وجود أى أذى أو مرض عضوى قابل للتشخيص (بالرغم من أنه يمكن دائماً استنتاج وجود خلل وظيفى تعقبه درجة من التحسن) .
- 2- اختلال التوافق الاجتماعى والتواصل له صفات مميزة للذاتوية عنها للتدهور الفكرى .
- 3- فقدان المهارات قد تعقبه درجة من التحسن .

يتضمن :

الخرف الطفولى الذهانى التحلى ، زملة هيلر ، الذهان التكافلى . عند التشخيص الفارق :
يوضع فى الاعتبار (بخلاف الأنواع الأخرى من الاضطراب الارتقائى المنتشر) الحبسة المكتسبة مع صرع ، خرس ارتقائى ، فصام وزملة رت .

5- اضطراب فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلى وحركات نمطية :

Overative Disorder Associated With Mental Retardation & Stereotyped Movements

هو اضطراب ضعيف التحديد ، فى قيمته التصنيفية

وقد وضع هنا لوجود دليل على أن :

- 1- الأطفال ذوى التخلف العقلى الشديد (نسبة الذكاء أقل من 50) والذين يعانون من مشاكل عظيمة فى فرط النشاط والانتباه كثيراً ما يظهرون سلوكيات نمطية .
- 2- هؤلاء الأطفال لا يستفيدون من الأدوية المنشطة (بخلاف الأطفال ذوى نسبة الذكاء الطبيعية) وقد يظهرون استجابة سيئة عند اعطائهم المنشطات (أحياناً يصاحبها بطء نفسحركى)
- 3- فة المراهقة يستبدل فرط النشاط بحالة من قلة النشاط (وهو نمط غير معتاد فى الأطفال طبيعى الذكاء الذين يعانون من فرط الحركة) وكذلك من الشائع أو تصاحب هذه الزملة أنواع مختلفة من التأخر الارتقائى ، أما محددة أو شاملة، ومن غير المعروف ما اذا كان النمط السلوكى هو نتيجة لمعدل الذكاء المنخفض أو لأذى عضوى بالمخ .

6- زملة اسبرجر :

Asperger Syndrome

هو اضطراب غير مؤكد في قيمته التصنيفية يتميز بنفس النوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يميز الذاتوية بالإضافة الى مخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات النشاطات وتختلف عن الذاتوية أساساً في أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي ، وعادة ما تظهر في الذكور .
اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات البداية المتعلقة
بالطفولة أو المراهقة :

Behavioural And Emotional Disorders With Onset Specific To Childhood And Adolescence

1- اضطرابات فرط الحركة :

Hyperkinetic Disorders

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بالتالي :

1- بداية مبكرة .

2- تشابك بين سلوك مفرط النشاط ، قليل التهذيب ، مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج لفترة ما .

3- تنتشر هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة كما تستمر ثابتة مع الوقت ، ومن التفكير الشائع أن خلا تكوينياً ما يلعب دوراً جوهرياً في نشأة هذه الاضطرابات ، ولكن في الوقت الحالي تنقصنا المعرفة بشأن سببها المعين ، ولكن في السنوات الأخيرة فضل استخدام المصطلح التشخيصي (اضطراب عجز الانتباه)

(Attention Deficit Disorder) للإشارة لهذه الزمالات خاصة في التصنيف الأمريكي ولكننا لم

نستخدمه هنا للأسباب التالية :

1- أنه يحمل ادعاء بمعرفة العمليات النفسية غير المعلومة حتى الآن .

أنه يشير الى ادراج الأطفال القلقين المنشغلين أو الأطفال المتبلدين الحاليتين والتي غالباً ما تختلف نوعية مشكلاتهم ، ومع ذلك فمن الواضح أنه من وجهة النظر السلوكية تمثل مشكلات عدم الانتباه سمه في زملاات فرط الحركة .

تبدأ دائماً اضطرابات فرط الحركة في مرحلة مبكرة من الارتقاء (عادة في السنوات الخمس الأولى من العمر) وخصائصها الرئيسية هي فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماج معرفياً وميل الى الانتقال من نشاط الى آخر دون الانتهاء من أى منها ، بالإضافة الى نشاط مفرط ، غير منظم وغير مرتب ، وتستمر أشكال العجز هذه عادة أثناء سنوات المدرسة وحتى أثناء الحياة الراشدة ولكن كثير من الأفراد يظهرون تحسناً تدريجياً في النشاط والانتباه .

يصاحب الاضطراب اشكالا مختلفة من الاختلالات ، فالأطفال المفرطو الحركة كثيراً ما يكونون غير مباليين ، واندفاعيين ، وعرضة للحوادث ويجدون أنفسهم دائماً في مشكلات مع نظام ما ذلك لتجاوزهم الدائم للقواعد نتيجة لعدم انتباههم أكثر منه لتحديدهم المقصود ، وعلاقاتهم مع البالغين عادة ما تكون غير مكبوتة اجتماعياً ، وتفتقد الى الحذر والتحفظ الطبيعيين ، ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين وقد يصبحون أسرى المنزل ، أما الخلل المعرفى فهو شائع ، كما يكتر التأخر المعين فى ارتقاء الحركة بشكل غير متناسب .

تتضمن المضاعفات الثانوية السلوك غير الاجتماعى ، وانخفاض تقدير الذات وبالتالي فهناك تطابق شديد بين فرط الحركة وانماط السلوك الفوضوى مثل الاضطراب غير المتكيف اجتماعياً ، ومع ذلك فان الدلائل المتوفرة حالياً تحبذ أن يتم فصل المجموعة التي يمثل فرط الحركة المشكلة الرئيسية فيها . تحدث اضطرابات فرط الحركة بين الذكور اضعاف معدل حدوثها بين الأناث وتعتبر صعوبات القراءة المصاحبة (و / أو مشكلات مدرسية أخرى) شائعة . وتتميز السمات الجوهرية باضطراب فى الانتباه وفرط النشاط - وكلاهما ضرورى للتشخيص ، ويظهر الانتباه فى شكل الانقطاع المبكر عن المهام ، وترك نشاطات دون استكمالها وينتقل الأطفال كثيراً من نشاط الى آخر ، ويبدون وكأنهم فقدان انتباههم بمهمة ما لأن مهمة أخرى قد جذبتهم (بالرغم من أن الدراسات المعملية لاتوضح فى العادة درجة غير عادية من التشتت الحسى أو الادراكى) ويجب تشخيص هذه الجوانب من عدم المثابرة وعدم الانتباه اذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل فى حدود عمره ومعدل ذكائه .

يتضمن النشاط المفرط ضجر مفرط خاصة فى المواقف التي تستدعي هدوء نسبى ، قد تصل ، تبعاً للموقف الى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل

جالساً ، أو الكلام والضجيج المفرط ، أو التملل والتلوى عندما يكون الطفل في مكانه ، مقياس الحكم هو أن يكون النشاط على الأفرط في إطار ما هو منتظر في ذلك الموقف بالقياس الى آخرين في نفس العمر وبنفس معدل الذكاء ، وتوضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص في المواقف المنظمة الشكلية التي تستدعي درجة عالية من التحكم الذاتي في السلوك .

ويجب أن يكون كل من الانتباه المضطرب وفرط النشاط واضحين في أكثر من موقف واحد (على سبيل المثال المنزل ، الفصل والعيادة) .

أما السمات المصاحبة فليست كافية أو ضرورية للتشخيص ولكنها تساعد في التأكيد عليه : عدم الكبت في العلاقات الاجتماعية الاستهتار في بعض مواقف الخطر ، والاندفاع في الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية (كما يتضح في التطفل على أو مقاطعة الآخرين في نشاطهم ، أو التلغظ المبكر باجابات لأسئلة لم تستكمل بعد ، أو صعوبة في احترام الأدوار وانتظارها ، في طابور مثلاً) وكلها مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

أما أعراض اضطراب المسلك فلا تمثل أى محكات تأكيدية ولا استبعادية للتشخيص الرئيسي ، حيث يجب أن تكون مشكلات السلوك المميزة ذات بداية مبكرة (قبل عمر 6 سنوات) وطويلة في مدتها ولكن من الصعب التعرف على فرط النشاط قبل سن دخول المدرسة وذلك لنطاق الاختلافات الواضح ، ولذا فان المستويات شديدة التطرف هي التي تؤدي الى التشخيص في أطفال ما قبل سن المدرسة .

في الحياة الراشدة يظل من الممكن استخدام تشخيص اضطراب فرط الحركة وأسس التشخيص هي ذاتها ، ولكن يجب أن يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة الى المقاييس الانتقائية الطبيعية ، ويدرج الآن اضطراب فرط الحركة وعجز الانتباه في الراشدين مع التصنيفات المختلفة . أما اذا كان هناك فرط حركة في الطفولة وتحسن تم تلتها حالة أخرى مثل اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية أو سوء استخدام عقار ، عندئذ يرمز الى الحالة الحالية وليس السابقة في التاريخ .

التشخيص الفارق :

الاضطرابات المختلفة شائعة وتكون الاولية للاضطرابات الارتقائية المنتشرة أن وجدت ، والمشكلة العظمى في التشخيص على اضطراب المسلك اذا استوفيت معاييرها ، ولكن من الشائع أن يصاحب اضطراب التصرف درجات خفيفة من فرط النشاط وعدم الانتباه . وقد يبرز فرط نشاط وعدم الانتباه من نوع مختلف تماماً يماثل أعراض حالات القلق أو الاضطرابات الاكتئابية وبالتالي لايجوز أن

يؤدى التملل الذى هو جزء نموذجى من الاضطراب الاكتئابى أو القلق الى تشخيص فرط الحركة . وقد وجد المؤلف مع زملائه الباحثين أنه يوجد شذوذ فى رسم المخ فى حوالى 65% من الأطفال مفرطى الحركة خاصة المصوبين بعلامات عضوية أى أن الاضطرابات يحتمل أن يكون من أسبابه فى رسم المخ فى حوالى 25% من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية . ويتجه العلاج فى هذه الحالات نحو اعطاء عقاقير منبهة مثل الريتالين أو الامفيتامين أو البيمولين على أساس أن القشرة المخية والتي تثبط ما تحدث القشرة فى حالة من الضعف وان اثارها ستجعلها قادرة على الكف المتزن لمراكز تحت القشرية ، مما يجعل السلوك متسماً بالهدوء ، وبالطبع يجب الحذر من الادمان والارق ، وفقدان الشهية ولذا يجب ضبط الجرعة فى حولة كل طفل ، وأحياناً ما يستعمل فى العلاج بالليثيوم أو مضادات الصرع مثل التجريتول أو المپمثنات الكبرى مثل الهلوبريدول ، ويصاحب العلاج الكيمايى أنواعاً مختلفة من العلاج الأسمى والنفسى مع وسائل تعليمية وتربوية خاصة .

2- اضطرابات المسلك (الجناح) :

Conduct Disorders

تتميز اضطرابات المسلك بنمط متكرر ومستمر من المسلك غير الاجتماعى أو العدوانى أو التحدى وقد يصل هذا السلوك الى حد الاختراقات العظيمة لما هو مناسب بالنسبة لعمر الطفل والمنظر منه اجتماعياً وبالتالي فهو أشد من العبث أو الازعاج العادى أو تمرد المراهقة ويستدعى أن يكون نمطاً ثابتاً من السلوك (ستة شهور أو أكثر) . وقد تكون اضطرابات المسلك فى بعض الحالات الى اضطراب شخصية ضد اجتماعية سيئة تتضمن علاقات عائلية غير محبة وفشل فى المدرسة وهو أكثر بين الذكور ، والتميز بينهما وبين الاضطراب الانفعالى مقتن وصحيح ولكن فصلها عن فرط النشاط أقل وضوحاً وكثيراً ما يكون هناك تشابك بينهما ويجب أن تراعى الاحكام الخاصة بوجود اضطراب فى مستوى المسلك الارتقائى للطفل ، فنوبات المزاج العصبى ، على سبيل المثال هى جزء طبيعى من ارتقاء طفل يبلغ من العمر ثلاث سنوات ولا يمثل وجودها المجرى أساساً للتشخيص ، كذلك فان خرق الحقوق المدنية للآخرين (بالجريمة العنيفة على سبيل المثال) ليس فى مقدرة أغلب البالغين من العمر سبع سنوات ، وبالتالي فهو ليس معياراً ضرورياً لهذه المجموعة العمرية . والأمثلة على السلوكيات التى قد يستند اليها التشخيص تتضمن : معدلات مفرطة فى الشجار أو المضايقة ، القسوة على بشر آخرين أو حيوانات تدمير مفرط للملكية ، أشعال الحرائق ، السرقة ،

الكذب المتكرر ، الهروب من المدرسة ومن المنزل ، نوبات مزاج عصبية شديدة وكثيرة فوق العادة ، وعدم طاعة شديد ومستمر .

أ- اضطراب مسلك مقتصر على اطار العائلة :

Conduct Disorder Confined To The Family Context

هو اضطراب المسلك الذى يتضمن سلوكاً ضد اجتماعى عدوانى (وليس مجرد سلوكاً معارضاً أو متحدياً مزعجاً) ويقتصر فيه السلوك غير الطبيعى على المنزل و / أو التفاعلات مع أعضاء العائلة المركزية أو المعاشرين للطفل ويتطلب التشخيص ألا يكون هناك اضطراب فى المسلك ذو دلالة خارج اطار العائلة وان تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج اطار العائلة فى النطاق الطبيعى .

سوف نجد فى أغلب الحالات أن اضطرابات المسلك (الجناح) مقتصرة على العائلة قد برزت فى سياق شكل ما من الاضطرابات الشديدة فى علاقة الطفل بواحد أو أكثر من أعضاء عائلته المركزية فى بعض الحالات على سبيل المثال قد يبرز الاضطراب فى ارتباط بصراع مع زوجة أب جديدة أو زوج أم جديد .

ب- اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً :

Unsocialized Conduct Disorder

يتميز هذا النوع من اضطراب المسلك فى كونه يربط بين سلوك غير اجتماعى أو عدوانى مستمر وبين اضطراب دال ومنتشر فى علاقات الطفل الفرد مع الأطفال الآخرين .

السمة الجوهرية المميزة لهذا الاضطراب هو عدم الانخراط المؤثر فى مجموعة من الاقران ويستدل على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين و / أو الموجهة بالرفض من قبلهم وعدم (الشعبية) بينهم وكذلك بالافتقار للأصدقاء المقربين والعلاقات المستمرة والمتعاطفة مع آخرين من نفس المجموعة العمرية ، أما العلاقات مع الراشدين فتتميز بالخلاف والعدوانية . والرفض ومع ذلك فقد توجد علاقات طيبة مع راشدين (ولكنها تفتقد الى الدرجة الوثيقة من الحميمية) وأحياناً يكون هناك خلل عاطفى مصاحب بالسلوكيات النموذجية وتتضمن الأغاظة ، والشجار المفرط والابتزاز المالى والاعتداء العنيف (بين الأطفال الأكبر سناً) ذلك بالإضافة الى درجات مفرطة من عدم الطاعة والوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، كذلك نوبات المزاج العصبى الشديدة والغضب غير المحكوم ، تدمير الملكية واشعال الحرائق والقسوة نحو الأطفال الآخرين

والحيوانات وقد يتورط بعض الأطفال المنعزلين في آثار جماعية وذلك عكس طبيعة هذا الاضطراب إلا وهي إتيان الأثم منفرداً .

وغالباً ما ينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ولكن قد يكون أكثر وضوحاً في المدرسة ، كذلك اذا اختص الاضطراب بمواقف بخلاف المنزل ، فان ذلك يتناسب مع التشخيص .

ج- اضطراب مسلك (جناح) متوافق اجتماعياً :

Socialized Conduct Disorder

هو اضطراب مسلك (جناح) يتضمن سلوكاً ضد اجتماعي وعدوانى مستمر وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعاضة والمتحدية والمزعجة يحدث في الأفراد جيدي التكيف مع مجموعة أقرانهم .

مؤشرات تشخيصية :

والسمة الجوهرية المميزة هي وجود صداقات مرضية ومعمرة مع أقران من نفس المجموعة العمرية تقريباً ، وتتكون مجموعة الاقراء من الصغار الآخرين المتورطين في نشاطات منحرفة وضد اجتماعية (وفي هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً مقبولاً من مجموعة أقرانه وتتظمه الثقافة التحتية التي ينتمى لها) ولكن هذه ليست حاجة ضرورية للتشخيص فالطفل قد يكون جزءا من مجموعة أقرناء غير منحرفة ويمارس سلوكه ضد الاجتماعى خارج هذا الاطار خاصة اذا كان السلوك ضد الاجتماعى يتضمن اضطهاد الآخرين ، فقد توجد

علاقات مضطربة مع الضحايا أو مع بعض الأطفال الآخرين ، ومرة أخرى فان هذا لايلغى التشخيص شرط أن يكون للطفل مجموعة أقران ما يكن لها الوفاء وتتضمن صداقات معمرة . تميل العلاقات مع راشدين ذوى السلطة الى أن تكون سيئة ولكن قد تكون هناك بعض علاقات طيبة ، أما الاضطرابات العاطفية فعادة ضئيلة وقد يتضمن اضطراب التصرف أو لايتضمن الاطار العائلى ولكن اقتصاره على المنزل يستبعد التشخيص فغالباً ما يكون الاضطراب أكثر وضوحا خارج اطار العائلة واذا ما اختص بالمدرسة

(أو سياقات أخرى خارج سياق العائلة) فان ذلك لايتناقض مع التشخيص .

لقد ادرجت هذه الفئة لاغراض التقسيم المتكامل ، ولا يترتب على ذلك أى نتائج خاصة باعتبار الاضطراب أو عدم اعتباره دليلاً على عدم التكيف الشخصى .

ويتضمن :

اضطراب الجناح - النوع الجماعى ، انحراف الجماعة ، الاثام فى اطار عضوية عصابة ، السرقة بالاشتراك مع الآخرين ، الهروب من المدرسة .

د- اضطراب المعارضة المتحدية (الجريية) :

Oppositional Defiant Disorder

يظهر عادة بين الأطفال الأصغر عمراً ويتميز بوجود سلوك متحدى وعاصى واستفزازى شديد ولا يتضمن الأفعال ضد الاجتماعية أو العدوانية الاكثر شدة ، ذلك أنه حتى السلوك الفوضى أو العاثر لايكفى فى حد ذاته التشخيص والسمة الأساسية فى هذا الاضطراب هى نمط من السلوك الرافض ، العدوانى المتحدى الاستفزازى الفوضى المستمر الذى يتجاوز بوضوح الاطار الطبيعى لسلوك طفل فى نفس العمر ومن نفس السياق الثقافى والحضارى والذى لايتضمن اختراقات خطرة لحقوق الآخرين كما هو مشار إليه فى السلوك العدوانى وضد الاجتماعى المعين لتصنيف فئات اضطراب المسلك ويميل المصابون بهذا الاضطراب الى تحدى طلبات أو قواعد الراشدين ويغضبون البشر الآخرين عن عمد ، وعادة يميل هؤلاء الأطفال الى الغضب والامتعاض والاعتياط السهل بواسطة الآخرين الذين يصبحون بعد ذلك محل لوم لاختفاء أو صعوبات الطفل ذاته ، وهم بشكل عام لايتحملون الاحباط ويفقدون اعصابهم بسهولة ، والتحدى الذى يمارسونه يتميز بخاصية استفزازية بحيث أنهم يبدأون المواجهات ويمارسون عموماً درجات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، وفى أحيان كثيرة يظهر هذا السلوك بوضوح اثناء التفاعل مع البالغين أو أقران يعرفهم الطفل جيداً ، وقد لا تتضح علامات الاضطراب اثناء المقابلة السريرية .

الميزة الجوهرية عن باقى أنواع اضطراب المسلك هى غياب السلوك الخارق للقوانين وللحقوق الأساسية للآخرين كما يحدث فى حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتدمير .

هـ- اضطرابات مسلك أخرى وغير محددة :

Other Conduct Disorders And Unspecified

3- الاضطرابات المختلفة فى المسلك والانفعالات :

Mixed Disorders Of Conduct And Emotions

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بالجمع بين سلوك عدوانى أو ضد اجتماعى أو تحدى مستمر وبين أعراض شديدة من الاكتئاب أو القلق أو مضايقات أخرى فى المشاعر .

أ- اضطراب المسلك الاكتئابي :

Depressive Conduct Disorder

تستدعى هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب المسلك مع اكتئاب مستمر وشديد في المزاج ويستدل على ذلك بأعراض مثل البؤس المفرط فقدان الاهتمام والاستمتاع بالنشاطات المعتادة ، لوم النفس وفقدان الأمل ، وقد تتواجد اضطرابات النوم أو الشهية .

ب- اضطراب مختلط آخر في المسلك والانفعالات :

Other Mixed Disorder Of Conduct And Emotions

تستدعى هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب المسلك (الجناح) وبين أعراض انفعالية مستمرة وشديدة - مثل القلق ، والوساوس أو الأعراض القهرية أو تبدد الشخصية أو تبدد الواقعية والرهاب أو توهم المرض .

ج- اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات ، غير محدد :

Mixed Disorder Of Conduct

And Emotions Unspecified

4- اضطرابات انفعالية ذات البداية في الطفولة :

Emotional Disorders With

Onset Specific To Childhood

كان التقليد في طب نفس الأطفال أن يجرى التمييز بين الاضطرابات الانفعالية المحددة في الطفولة والمراهقة وبين الاضطرابات العصابية في الراشدين وقد كان لهذا التمييز أربع مبررات .

أولاً :

لقد اتفقت نتائج الابحاث على أن أغلبية الأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية يصحبون راشدين طبيعيين (وان قلة فقط هي التي تصاب باضطرابات عصابية في الحياة الراشدة) ، وعلى العكس ، فان اضطرابات عصابية راشدة كثيرة تظهر بدايتها في الحياة الراشدة وذلك دون أن يكون لها أى سوابق اعتلالات نفسية دالة في الطفولة وبالتالي فهناك انقطاع ما في الاستمرارية إلا نادراً بين الاضطرابات الانفعالية التي تحدث في هاتين المرحلتين من العمر .

ثانياً :

كثير من الاضطرابات فى الطفولة تبدو أنها تمثل مبالغات فى الاتجاهات الارتقائية الطبيعية أكثر منها ظواهر فى حد ذاتها غير طبيعية كئفياً .

ثالثاً :

وهى ترتبط بالاعتبار الأخير ، حيث كان هناك فى أحيان كثيرة افتراضاً نظرياً بأن العلمات العقلية المتضمنة هنا قد لاتكون هى ذاتها المتضمنة فى العصاب الراشد .

رابعاً :

الاضطرابات الانفعالية فى الطفولة أقل وضوحاً فى انقسامها الى مجموعة افتراضية معينة مثل حالات الرهاب أو اضطرابات وسواسية . تقتقد النقطة الثالثة الى البرهان التجريبي والمعلومات البيئية تشير الى أنه إن صحت النقطة الرابعة فيكون ذلك فى حدود ضيقة (ذلك أن اضطرابات المشاعر غير واضحة التقسيم شائعة جداً فى كل من الطفولة والحياة الراشدة) .

وبالتالى ، فان السمة الثانية (أى الملائمة الارتقائية) تستخدم باعتبارها السمة التشخيصية الجوهرية فى تعريف الفرق بين الاضطرابات الانفعالية ذات البداية المحددة فى الطفولة والاضطرابات العصابية ، ذلك ان صدق هذا التمييز غير المؤكد ولكن هناك بعض الدلائل التجريبية التى تشير الى أن مآل الاضطرابات الانفعالية فى الطفولة الملائمة ارتقائياً أفضل .

أ- اضطراب قلق الانفصال فى الأطفال :

Separation Anxiety Disorders Of Childhood

يجب تشخيص قلق الانفصال عندما يمثل الخوف من لانفصال بؤرة للقلق وحين يظهر هذا القلق أول ما يظهر فى السنوات الأولى من الطفولة ويتميز عن قلق الانفصال الطبيعي عندما يكون على درجة من الشدة غير معتادة احصائياً (بما فى ذلك استمرار غير طبيعى يتجاوز الفترة العمرية العادية) وعندما يكون مصحوباً بخلل دال فى الأداء الاجتماعى . والسمة التشخيصية الجوهرية هى قلق مركزى مفرط يتعلق بالانفصال عن الأفراد الذين يلتصق بهم الطفل (عادة الأهل أو أفراد آخرين فى العائلة) ، ولا يمثل جزء من قلق عام بشأن مواقف متعددة ، ويتميز بالآتى :

1- انزعاج غير واقعى يشغل بال الطفل بشأن أذى محتمل يصيب الأشخاص شديدي الالتصاق به ، أو خوف من أن يتركوه ولا يعودون .

2- انزعاج غير واقعى يشغل بال الطفل فى أن حدثاً مشئوماً سوف يفصل بين الطفل وبين شخص شديد الالتصاق به ، كأن يفقد الطفل أو يخطف أو يدخل المستشفى أو يقتل .

- 3- مريض أو رفض مستمر لأن يذهب الطفل الى المدرسة خوفاً من الانفصال (أكثر منه لأسباب أخرى كالخوف مما قد يحدث في المدرسة) .
- 4- مريض او رفض مستمر للذهاب الى النوم دون أن يكون في محيط أو بجانب الشخص الذى هو شديد الالتصاق به .
- 5- خوف دائم وغير مناسب من البقاء وحيداً أو فى أى حال بدون أن تكون هذه الشخصية لصيقة فى المنزل .
- 6- كوابيس متكررة حول الانفصال .
- 7- الظهور المتكرر لاعراض جسمية (مثل الغثيان ، آلام المعدة ، الصداع أو القيء) فى المناسبات التى تتضمن انفصالا عن الشخصية للصيقة ، مثل ترك المنزل للذهاب الى المدرسة .
- 8- ضيق مفرط أو متكرر (يظهر على شكل قلق أو بكاء ، أو نوبات عصبية أو تبدل أو انسحاب اجتماعى) عند توقع أو أثناء أو مباشرة بعد الانفصال عن الشخصية الملتصق بها .

ب- اضطراب القلق الرهابى فى الطفولة :

Phobic Anxiety Disorder Of Childhood

يشير هذا الاضطراب الى تلك المخاوف فى الطفولة التى تبدى ارتباطاً شديداً بمرحلة ارتقائية محددة وتظهر (بدرجة ما) فى أغلبية الأطفال ولكنها تختلف فى درجة شدتها أما المخاوف التى تظهر فى الطفولة ولكنها لا تشكل جزءاً طبيعياً من الارتقاء النفس اجتماعى (مثل رهاب الساحة) فيجب ادراجها تحت الفئة الملائمة مع الراشدين . وتستخدم هذه الفئة فقط لتشخيص المخاوف الخاصة بمرحلة ارتقائية معينة عندما تستوفى المعايير الاضافية التى تنطبق على كل الاضطرابات فى هذا الجزء وهى :

- 1- البداية فى فترة عمرية ملائمة ارتقائياً .
- 2- درجة القلق غير طبيعية سريرياً .
- 3- القلق لا يكون جزءاً من اضطراب أكثر عمومية .

ج- اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة :

Social Anxiety Disorder Of Childhood

نجد في هذا الاضطراب حذراً من الغرباء وكذلك درجة من الخشية الاجتماعية أو القلق عند مواجهة مواقف جديدة أو غريبة اجتماعياً حيث تظهر هذه المخاوف أثناء السنوات الأولى المبكرة من العمر ولكنها تكون على درجة عادية من الشدة ويصاحبها خلا اجتماعياً ، ويظهر قبل عمر ست سنوات ويبدى الأطفال المصابون بهذا الاضطراب خوفاً مستمراً أو متكرراً من الغرباء و / أو تجنباً لهم ، وقد يحدث هذا الخوف أساساً مع الكبار أو الأقران أو قد يحدث مع كليهما ويصاحب هذا الخوف درجة طبيعية من الالتصاق الاختياري للأهل أو لأشخاص مألوفين آخرين ويكون التجنب أو الخوف في المواجهات الاجتماعية على درجة تتجاوز الحدود الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل .

د- اضطرابات تنافس الأخوة :

Sibling Rivlary Disorder

يظهر على أغلبية صغار الأطفال درجة ما من الاختلال الانفعالي عادة بعد ولادة أخ أو أخت أصغر منهم مباشرة ، وفي أغلب الحالات يكون الاختلال خفيفاً ولكن التنافس أو الغيرة التي تتكون أثناء الفترة التالية لمولد الأخ الأصغر قد تستمر بشكل مرضي ، ويستخدم تشخيص اضطراب تنافس الأخوة فقط اذا كان :

أ- بدايته في الشهور التالية لمولد أخ أصغر مباشرة .

ب- ويتضمن الخلل الأنفعالي عناصراً تشير دون شكل الى وجود تنافس مع أو غيره من الأخ الأصغر .

ج- كانت شدة و / أو استمرارية لاضطراب غير طبيعية احصائياً ومصاحبة بخلل اجتماعي .

ويتميز الاضطراب بالجمع بين :

أ- دليل على وجود تنافس و / أو غيره أخوية .

ب- يبدأ أثناء الشهور التالية لمولد الأخ مباشرة .

ج- خلل في المشاعر غير طبيعي في درجته واستمراره ويصاحبه خلل نفسي اجتماعي وقد يظهر التنافس بين / والغيرة من الأخوة على شكل مباراة بين الأخوات على جذب اهتمام ومشاعر الأهل ، وقد يصاحب ذلك عدوانية واضحة في الحالات الشديدة وأصابة جسيمة للأخ أو حقد نحوه أو تقليل من شأنه وفي الحالات الخفيفة ، قد يظهر ذلك في شكل امتعاض شديد من مشاركة الأخ ، وافتقار

الأعتبار الايجابي له وفقر في التفاعلات الدافئة (الودودة) معه ، أما الاضطراب الانفعالي فقد يتخذ واحداً من أشكال متعددة فهو كثيراً ما يتضمن بعض النكوص مع فقدان للمهارات السابق أكتسابها (مثل التحكم في التبرز أو التبول وميل نحو لسلوك الطفولي) ، ويود الطفل في أحيان كثيرة أيضاً لو قلد أخاه الرضيع في ممارساته ، مثل تناول الطعام والذي يسترعى انتباه الأهل هو زيادة في المسلك المواجه أو المعارض للأهل مع نوبات عصبية وعسر مزاج يتضح في شكل قلق أو بؤس أو انعزال اجتماعي ، وقد يضطرب النوم وفي أحيان كثيرة يصبح هناك ضغط شديد في المطالبة بانتباه الأهل كما يحدث وقت النوم .

هـ- اضطراب انفعالي آخر وغير محدد في الطفولة :

Other Emotional Disorder Of Childhood And Unspecified

العلاج :

يعتمد العلاج في كل الحالات السابقة على العلاج النفس الفردي والأسرى ووسائل تربوية خاصة ، وأساليب خاصة في المعاملة وأحياناً نستعمل مضادات القلق والاكتئاب والصرع .

1- اضطرابات الداء الاجتماعي ذات البداية

المحددة في الطفولة أو المراهقة :

Disorders Of Social Functioning With Onset Specific To Childhood And adolescence

هي مجموعة من الاضطرابات المتبادلة الى حد ما ، والتي تشترك في وجود اختلالات في الأداء الاجتماعي ولكنها (بخلاف اضطرابات الارتقاء المنتشرة) لا تتميز أساساً بعجز أو نقص اجتماعي تكويني يتخلل كل مواقع الأداء وتصاحب هذه الاضطرابات في العادة تشوهات بيئية شديدة أو أشكال شديدة من الحرمان والتي يحتمل أن تلعب دوراً خطيراً في أحداث الحالة .

أ- الخرس أو الصمت الاختياري :

Elective Mutism

هي حالة تتميز بانتقائية في الكلام ، تحكمها المشاعر بحيث أن الطفل يظهر جدارته اللغوية في بعض المواقف ولكن يعجز عن الكلام في مواقف أخرى (قابلة للتحديد) وفي أغلب الأحيان يظهر

الاضطراب لأول في بداية الطفولة ويحدث بنفس المعدل تقريباً في الجنسين ، ومن المعتاد أن يصاحب الصمت سمات شخصية بارزة تتضمن القلق الاجتماعي ، الانعزال ، الحساسية أو المقاومة ، وعادة ما يتكلم الطفل في المنزل أو مع أصدقاء مقربين ، ولكن يصمت في المدرسة أو مع الغرباء ومع ذلك فقد تحدث أنماط أخرى للاضطراب (بما فيها العكس) .

ويفترض التشخيص الآتي :

- 1- مستوى طبيعي أو قريب من الطبيعي في فهم اللغة .
 - 2- مستوى من الجدارة في التعبير اللغوي يكفي للتواصل الاجتماعي .
 - 3- دليل واضح على أن الطفل يستطيع ويتحدث فعلاً بشكل طبيعي أو قريب من الطبيعي في بعض المواقف ومع ذلك فإن أقلية لا بأس بها من الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي لديهم تاريخ أما من التأخر في الكلام أو مشكلات في النطق ، ويمكن استخدام التشخيص في وجود مشكلات متزامنة في الكلام واللغة شرط أن يوجد من اللغة ما يكفي للتواصل المفيد ، ومع فارق كبير في استخدام اللغة تبعاً للسياق الاجتماعي ، بحيث أن الطفل يتكلم بطلاقة في بعض المواقف ولكنه يصمت أو يقرب من الصمت في مواقف أخرى .
- كذلك يجب أن يكون هناك دليل واضح على العجز عن الكلام في بعض المواقف الاجتماعية بالرغم من الكلام في مواقف أخرى يستدعي التشخيص أن يستمر العجز عن الكلام لفترة من الوقت كما يجب أن يكون هناك ثبات في القدرة على التنبؤ بالمواقف التي سوف يحدث فيها أو لا يحدث فيها الكلام .
- تعانى الغالبية العظمى من الحالات من اضطرابات اجتماعية وانفعالية أخرى ولكن هذه لا تكون جزءا من السمات الضرورية للتشخيص ولا تتبع هذه الاضطرابات نمطاً ثابتاً ولكن تشيع السمات المزاجية غير المعتادة (خاصة الحساسية الاجتماعية والقلق الاجتماعي والانعزال الاجتماعي) ويشيع السلوك المعارض .

ب- اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة :

Reactive Attachment Disorder Of Childhood

يبدأ هذا الاضطراب في السنوات الخمس الأولى من العمر باختلالات مستمرة في النمط الذي يقيم به الطفل علاقاته الاجتماعية التي تصاحبها اضطرابات في المشاعر والتي هي استجابة لتغيرات في الظروف البيئية المحيطة ،

(مثل فرط الترقب و فقر التفاعل الاجتماعي مع الأقران والعدوان نحو الذات والآخرين والبؤس والعجز عن النمو في بعض الحالات) وتحدث هذه الزملة غالباً كنتيجة مباشرة لأهمال الأهل الشديد أو سوء استخدامهم أو معاملتهم للطفل ، السمة الجوهرية هي نمط شاذ من العلاقات مع المعتنين بالطفل ويتكون قبل سن الخمس سنوات ، ويتضمن سمات سوء تأقلم لاتشاهد في العادة في الأطفال الطبيعيين إلا أنه قد يستجيب الى تغيرات كافية الشدة في أنماط التربية .

ويبدأ صغار الأطفال المصابون بهذه الزملة استجابات اجتماعية شديدة التناقض والتردد وتكون أكثر وضوحاً في أوقات الفراق واللقاء ، فقد يستجيب الطفل لحظة بنظرة كارهة أو بالنظر بعيداً ، أو قد يستجيب للمعتنين به بخليط من الاقتراب والاجتباب ومقاومة الطمأنة ، وقد يتضح اضطراب المشاعر في البؤس الواضح ، وفقدان الاستجابة العاطفية ، واستجابات انعزالية كان يركض على الأرض ، و / أو استجابات عدوانية لضيقة أو ضيق الآخرين ، والخوف وفرط التنبه (ما يوصف أحياناً بالترقب المجد) ، اللذان لا يستجيبان للطمأنة وفي أغلب الحالات يبدى الأطفال اهتماماً بتفاعلات الأقران ولكن الاستجابات العاطفية السلبية تعرق اللعب الاجتماعي ، وفي بعض الحالات يصاحب اضطراب التعلق عجزاً جسيماً في الازدهار مع النمو البدني يتميز هذا الاضطراب بنوع غير طبيعي من عدم الأمان الذي ينعكس في استجابات اجتماعية شديدة التناقض لاتشاهد عادة في الأطفال الطبيعيين ، وتمتد هذه الاستجابات غير الطبيعية عبر مواقف اجتماعية مختلفة ولا تقتصر على علاقة ثنائية مع أحد المعتنين بالطفل بشكل خاص ، كما أن هناك انعدام استجابة للطمأنة بالإضافة الى اضطراب مصاحب في المشاعر في شكل قلق أو بؤس أو خوف هناك خمس سمات رئيسية تميز هذه الحالة عن اضطراب الارتقاء المنتشرة .

أولاً :

الأطفال ذوو اضطراب التعلق التفاعلي لديهم قدرة طبيعية على التبادل والاستجابة الاجتماعية في حين أن الأطفال ذوي اضطراب الارتقاء المنتشر ليس لديهم ذلك .

ثانياً :

بالرغم من أنماط الاستجابات غير الطبيعية فى اضطراب التعلق التفاعلى الا أنه تتحسن بدرجة كبيرة اذا وضع الطفل فى بيئة تربوية طبيعية توفر الاستمرارية فى العناية المتجاذبة ، وهذا لا يحدث فى اضطرابات الارتقاء المنتشر .

ثالثاً :

بالرغم من أن الأطفال ذوى اضطراب التعلق التفاعلى قد يظهرون خلافاً فى ارتقاء اللغة إلا أنهم يبدون كيفية غير طبيعية فى التواصل ، مما يميزها عن الذاتية .

رابعاً :

على العكس من الذاتية فان اضطراب التعلق التفاعلى لا يصاحبه قصور معرفى مستمر وشديد ويستجيب بشكل ايجابى للتغير البيئى .

خامساً :

انماط السلوك والاهتمامات والنشاطات دائمة المحدودية والتكرار والنمطية ليست سمة فى اضطرابات التعلق التفاعلى .

تبرز دائماً اضطرابات التعلق التفاعلى فى ارتباط برعاية ناقصة ، وقد يأخذ شكل سوء معاملة أو أهمال نفسى

(كما يدل عليه العقوبة القاسية ، او الفشل الدائم فى التجارب مع مبادرات الطفل أو عدم أهلية الأهل) أو أهمال جسدى (كما يدل عليه عدم المراعاة الدائمة لاحتياجات الطفل الأساسية ، أو الأصابة المتعمدة المتكررة ، أو عدم التوفير الملائم للغذاء) فيجب الحذر عند استخدام التشخيص فى غياب دليل سوء معاملة أو هناك كذلك لايجوز استخدام التشخيص ألياً على أساس أن هناك سوء معاملة أو أهمال ، اذ ليس كل الأطفال المهملة أو التى تعامل معاملة سيئة يظهرون هذا الاضطراب .

ج- اضطراب التعلق المنفلت فى الطفولة (المنطق) :

Disinhibited Attachment Disorder Of Childhood

هو نمط خاص من الأداء الاجتماعى غير الطبيعى الذى يبرز أثناء السنوات الخمس الأولى من عمر والذى اذا استقر ، يميل الى الاستمرارية بالرغم من التغير فى الظروف البيئية ، يظهر عند

عمر السنتين غالباً على شكل سلوك التصاق وتعلق عام وغير انتقائي ، وعندما يبلغ الطفل الرابع سنوات تبقى التعلقات العامة ولكن الالتصاق يتميز بسلوك باحث عن الانتباه والود ، ولكن السلوك الباحث عن الانتباه كثيراً ما يستمر ومن المعتاد أن تكون هناك تفاعلات ضعيفة مع الأقران ، وقد يصاحب اختلالات في المشاعر أو السلوك طبقاً للظروف المحيطة ويظهر ذلك بوضوح في الأطفال الذين تمت تربيتهم في مؤسسات منذ الطفولة المبكرة ولكنها قد تحدث أيضاً في مواقف أخرى ، والمعتقد أنها تنشأ جزئياً نتيجة عجز دائم عن فرصة خلق تعلقات انتقائية نتيجة للتغير الدائم والكثير للقائمين على العناية بالطفل أن وحدة المفهوم التي يستند إليها الزملة تعتمد على البداية المبكرة لتعلقات عامة واستمرار فقر التفاعلات الاجتماعية وافتقار خصوصية الموقف ولذا يجب أن يستند التشخيص الى دليل على أن الطفل قد أظهر درجة غير عادية من العمومية في تعلقه الانتقائي أثناء السنوات الخمس الأولى وإن هذا صاحبه سلوكاً التصاقياً عام في الطفولة المبكرة و / أو سلوك توددي ، جاذب للانتباه بدون تمييز في الطفولة المبكرة والمتوسطة وعادة تكون هناك صعوبة في تشكيل علاقات وثيقة حميمة مع الأقران ، وقد تصاحب ذلك وقد لاتصاحبه اختلالات في المشاعر أو السلوك وفي أغلب الحالات يكون هناك تاريخ واضح في وسيلة التربية في السنوات الأولى يتضمن انقطاعات شديدة في القائمين على العناية بالطفل أو تغيرات متعددة في وضعه وسط عائلة (كما هو الحال مع التغيير المتكرر لعائلات التبني) .

د- اضطرابات الأداء الاجتماعي وغير المحددة في الطفولة :

Other Childhood Disorders Of Social Functioning

اضطرابات اللوازم

Tic Disorders

هي زمالات تتمثل مظاهرها الأساسية في شكل ما من اللوازم واللازمة هي حركة عضلية غير إرادية وسريعة ومتكررة وغير ايقاعية (تتضمن عادة مجموعات محددة من العضلات) ، وذو بداية مفاجئة ولا يخدم أى غرض واضح وتبدو اللوازم انها خبرة لاتقاوم ومع ذلك فمن الممكن كبتها لفترات متراوحة من الوقت ويمكن تصنيف كل من اللوازم الحركية والصوتية أما بسيطة أو مركبة ومع ذلك فالحدود بينها ليست جيدة التعريف وتتضمن اللوازم الحركية البسيطة الشائعة طرفه العين ، رجة الرقبة هزة الكتف ولوى قسمات الوجه - أما اللوازم الصوتية الشائعة وتتضمن ، تصفية الحلق ،

النباح الفحيح وتتضمن اللوازم المركبة الشائعة ضرب الذات ، القفز والوثب على قدم واحدة (الحجل) ، أما اللوازم الصوتية المركبة الشائعة فتتضمن تكرار كلمات بعينها وأحياناً استخدام كلمات (خارجة في كثير من الأحيان) غير مقبولة اجتماعياً (بذاءة) وتكرار الأصوات أو الكلمات التي تصدر عن النفس

(لجلجلة) . وهناك تباين عظيم في شدة اللوازم ، ففي طرف تكون الظاهرة أقرب الى الطبيعية حيث يبديها طفل من كل خمسة أو طفل من كل عشرة وفي الطرف الآخر يوجد زملة توريت وهي اضطراب غير شائع ومزمن يجعل المريض عاجزاً ، ومن غير المؤكد ما اذا كان الطرفان يمثلان حالات مختلفة أو ما اذا كانا نهايتين لنفس المتصل كثير من الباحثين يعتبرون الاحتمال الأخير أكثر وروداً وتظهر اضطرابات اللوازم في الأولاد أكثر منها البنات كذلك يشيع وجود تاريخ عائلي . وينتشر مص الابهام في حوالي 83% من الأطفال ويصاحب الجوع في أوئل شهور الحياة ، ثم تنخفض مع آلام التسنين بعد ذلك وان استمرت بعد سن الثالثة فتدل على استمرار درجة التوتر الداخلي في الفرد ويجب على الوالدين هنا محاولة شغل أيدي الطفل باللعب المختلفة . ونجد أن ثلث مرضى قضم أو عض الأظافر وأكل الجلد المحاط بها يعانون من أعراض عصابية أخرى ، ويعتبر هذا العرض كمص الأبهام عن توتر داخلي ، وقلق ذاتي وصراعات نفسية للفرد .

والسمات الرئيسية التي تميز اللوازم عن

اضطرابات الحركة الأخرى هي :

الطبيعية المفاجئة والسريعة والمحدودة للحركات ، بالإضافة الى غياب دليل على وجود مرض عصبى أساسى ، وتخفى التكرارية في العادة أثناء النوم وكذلك السهولة التي يمكن بها تكرارها أو كبتها ارادياً ويميز اللوازم انعدام الايقاعية عن الحركة المتكررة النمطية التي تشاهد في بعض حالات الذاتية أو التخلف العقلى ، ذلك أن النشاطات الحركية المتكررة المشاهدة في هذه الاضطرابات ذاتها هي حركات أكثر تعقيداً وتبايناً من تلك المشاهدة عادة مع اللوازم ، وقد تتشابه الممارسات الوسواسية القهرية أحياناً مع اللوازم المركبة ولكنها تختلف في أن شكلها يتحدد تبعاً للعرض منها (مثل لمس شئ ما أو الدوران عدد من المرات) أكثر من مجموعات العضلات المشتركة في الحركة ، ومع ذلك فان التمييز أحياناً يكون صعباً .

تحدث اللوازم غالباً كظواهر منفردة ولكن ليس من غير الشائع أ، تكون مصاحبة بنطاق واسع من اضطرابات المشاعر ، خاصة الظواهر الوسواسية وظواهر التوهم المرضى ، وقد تصاحب التأخرات الارتقائية المحددة بعض اللوازم .

أ- اضطراب اللوازم العابر :

Transient Tic Disorder

يستوفى المعايير العامة لاضطراب اللوازم ولكن اللوازم لاتستمر لاطول من اثنى عشر شهراً ، وهذا هو أكثر أشكال اللوازم ، يزيد معدله فى سن اربع أو خمس وتأخذ اللوازم عادة شكل طرفه العين أو لوى قسمات الوجه وهزة الرأس وفى بعض الحالات تحدث اللوازم فى نوبة واحدة ولكن فى حالات أخرى قد تحدث تحسنات وانتكاسات تستمر لفترة شهور .

ب- اضطراب اللوازم الحركى أو الصوتى المزمن :

Chronic Motor Or Vocal Tic Disorder

يستوفى المعايير العامة لاضطراب اللوازم ، والذي يتكون من لوازم حركية أو صوتية والذي يكون أما منفرداً أو متعدداً (وان كان فى العادة متعدداً) ويستمر لفترة أطول من سنة .

ج- اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زملة توريت) :

Combined Vocal And Motor Tic

Disorder (De la Tourette Syndrome) .

هو شكل من اضطراب اللوازم فيه يتميز بلوازم حركية متعددة وواحد أو أكثر من اللوازم الصوتية ، بالرغم من أنه لايشترط تزامنها ، وكثيراً ما تزداد الأعراض سواء أثناء المراهقة ومن الشائع أن يستمر الاضطراب فى الحياة الراشدة .

اللوازم الصوتية كثيراً ما تكون متعددة مع أصوات انفجارية متكررة وتصفية حلق ونخر وقد تستخدم كلمات أو جمل فاحشة ، أحياناً تصاحب الحالة اصدار حركة اشارية قد تكون لها أيضاً طبيعة فاحشة (بذاء الحركة)

د- اضطرابات لوازم أخرى غير محددة :

Other And Unspecified Tic Disorders

العلاج :

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكى فى هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرأة عدة مرات حتى تصبح إرادية أكثر منها لاشعورية وثبت نجاح العلاج بالعقار بيموزيد (أوراب) خاصة فى زملة توريت ، وحديثاً وجد المؤلف مع د/ طارق عكاشة (1996) نتائجاً مشجعة من العقاقير المضادة للاكتئاب الخاصة بزيادة الموصل العصبى السيروتونين .

اضطرابات أخرى فى السلوك والمشاعر تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة

Other Behavioural And Emotional Disorders Disorders With Onset Usually In Chidhood And Adolescence

تتضمن هذه الفئة مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تشترك فى خاصية أنها فى الطفولة .

1- التبول اللاإرادى (سلس البول) غير العضوى :

Nonorganic Eneuresis

يتميز هذا الاضطراب بافراغ لاإرادى للبول أثناء النهار والليل ويعتبر غير طبيعى بالقياس الى عمر الفرد العقلى ، وليس نتيجة لعدم التحكم فى المثانة بسبب أى اضطراب عصبى أو نوبات صرعية أو أى عيب فى مجرى البول ، وقد يحدث التبول اللاإرادى منذ الولادة أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب فى المثانة .

ولا يوجد حد فاصل واضح بين الاختلافات الطبيعية فى سن اكتساب التحكم فى المثانة واضطراب التبول اللاإرادى ، ومع ذلك فانه فى العادة لا يتم تشخيص سلس البول فى طفل أقل من عمر خمس سنوات أو يقل عمره العقلى عن أربع سنوات ، أما اذا صاحب سلس التبول اضطراب مشاعر أو سلوك (آخر) ما ، فان سلس التبول يعتر عادة التشخيص الأولى فقط اذا حدث الإفراغ اللاإرادى للبول عدة مرات على الأقل فى الأسبوع . يصاب الأطفال أحياناً بسلس بول عابر كنتيجة لالتهاب المثانة أو كثرة التبول (مثل حالات السكر) ولكن لا يمثل ذلك تفسيراً كافياً للتبول اللاإرادى الذى يستمر بعد أن يكون الخمج (الالتهاب) قد شفى ويحتمل أن يكون التهاب المثانة ثانوياً للتبول اللاإرادى وأن يحدث التهاب فى مجرى البول (خاصة) فى الفتيات كنتيجة للبلل المستمر .

ينتشر هذا المرض بين الأطفال خاصة الصبية حيث تتراوح النسبة من 3 إلى 8% من كل الأطفال ، وفى أحد الأبحاث الميدانية التى قام بها المؤلف بين كل المدارس الابتدائية والاعدادية سواء الخاصة أو الحكومية فى مدينة طنطا ، وجد أن هذا المرض أكثر انتشاراً فى المدارس الحكومية

حيث تزداد نسبة المستوى الاجتماعى الفقير والطبقات ذات الدخل المحدود وان انتشار المرض بين الأولاد يفوق بمراحل نسبته بين البنات ، وعادة ما يكون المرضى ذوى متوسط أو أقل من المتوسط . وغالباً ما يحجم الوالدان عن عرض طفلهم على الطبيب إلا بعد فترة طويلة وذلك لخلهم من الإفصاح عن طبيعة المرض ، ويأتى معظم الأطفال للعلاج بين 8 - 11 عاما ولهذا المرض أهمية كبيرة فى تكوين الشخصية اذ ان التحكم فى البتول والتبرز من اول الصراعات بين الغرائز البدائية ومذاهب اللذة وبين حاجات وتقاليد المجتمع ومذهب الواقع فاذا فشل الفرد فى حل هذا الصراع نتج اضطراب واضح فى الشخصية يعرضة عند النضوج لعدة اعراض عصابية وعادة ما نجد ان احد الوالدين وبعض الاخوة قد بنفس المرض فى طفولتهم مما يدل على اهمية العامل الوراثى .

ونستطيع تقسيم التبول الليلي اللاارادى للاتى :

(1) اسباب عضوية :

مثل التهاب المثانة - صغر حجم المثانة ضيق فى عنق المثانة نوبات صرعية كبيرة ليلية - النوم العميق الثقيل - اضطراب فى منطقة المثانة فى الحبل الشوكى - انقسام فى الفقرات القطنية بالعمود الفقرى - التهابات فى الحبل الشوكى الخ .

(2) اسباب نفسية :

واهمها القلق النفسى وعامل المنافسة والغيرة من ولادة طفل اصغر واهتمام الاسرة بالطفل الجديد فهنا ينكص الطفل الاكبر ويبدا فى التبول ثانية , وذلك لاثارة العائلة لاشعورياً وجذب الاهتمام الكافى له ، وأحياناً ما يحدث التبول الليلي عند تعرض الطفل أثناء النهار لصراعات مختلفة مع أحباط وكبت لانفعالاته .

(3) أسباب فسيولوجية :

تميل النظريات الحديثة لاعتبار التبول اللارادى علامة على عدم نضح الجهاز العصبى ، وفشله فى تكوين الفعل المنعكس الشرطى الناضج وهو اليقظة عند امتلاء المثانة ونظراً للفشل تكوين هذا الفعل المنعكس ، تفرغ المثانة محتوياتها كلما أمتلأت دون الحاجة لليقظة ويتجه بالطبع العلاج لاقامة وبناء هذا الفعل المنعكس .

ويعتمد مصير المرض أن لم يعالج على عمر المريض ، فيشفى عادة 60% من الأولاد و 74% من البنات تلقائياً فيتحسن النصف عند بلوغ سن 12 ، و 75% عند سن 14 ، ولكن لايصبح ترك الطفل يعاني من هذه المرض طوال هذه المدة حتى يشفى تلقائياً نظراً لما يتبع ذلك من اضطرابات فى الشخصية ، وفقدان الثقة فى الذات والانعزال وظهور علامات عصابية .

العلاج :

- 1- الامتناع عن الايذاء والعقاب والتهديد لأن هذا السلوك غير مثمر .
- 2- فهم صراعات الطفل ، ومساعدته على التعبير عن انفعالاته ومشاكله الخاصة وتفسير ذلك للعائلة وتوجيهها للمعاملة الصحيحة .
- 3- لامانع من تقليل كمية السوائل مساء وايقظ الطفل للتبول قبل خلود الوالدين للنوم .
- 4- العقاقير المقوية للجهاز السمبتاوى والخافضة من عمق النوم مثل البلادونا والريتالين .. الخ لأن ذلك يساعد قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات أكبر من البول .
- 5- العقاقير المضادة للاكتئاب خاصة التوفرانيل والترتيبزول والانفرانيل بكميات تتراوح من 25 - 75 مجم يومياً ، ويمكن تناولها مرة واحدة مساء أو على فترات أثناء الليل ، وتعمل هذه العقاقير من خلال عدة تأثيرات فسيولوجية أهمها أنها مضادة للأعصاب الباراسمبتاوية ، ومن ثم تقوى الأعصاب السمبتاوية وتحتفظ المثانة بكميات أكبر من البول ، وكذلك تقلل هذه الأدوية من درجة القلق والاكنتاب التى يعاني منها الطفل ، وأخيراً تخفض من عمق مستوى النوم وتلعب كل هذه العوامل دوراً فى بناء الفعل المنعكس الشرطى الجديد باليقظة عند امتلاء المثانة ويجب الاستمرار على العلاج لمدة لاتقل عن ستة شهور حتى نتأكد من سلامة الفعل المنعكس الجديد .
- 6- العلاج السلوكى الشرطى : وقد سبق الحديث عنه مع العلاج السلوكى فى الأمراض العصابية والغرض منه تكوين فعل منعكس شرطى بتوصيل جرس رنان بالأعضاء التناسلية ، فان بدأ الطفل فى التبول ، تتم توصيلة كهربائية ومن ثم يرن الجرس ، ويستيقظ الطفل ، وتدرجياً يستيقظ وحده عند امتلاء المثانة دون الحاجة الى الجرس الرنان ، وقد وجد المؤلف فى أحد ابحاثه عن 32 حالة مستعصية للعلاج ، بالعقاقير وتطبيق العلاج السلوكى عليهم نتائجاً مشجعة ، وكانت النسبة شفاء فى 72% تحسن فى 16% لاتغير فى 12% .

7- يميل البعض للاعتقاد بوجود حزمة ليفية تحيط بمراكز أعصاب المثانة فى الحبل الشوكى وأنه يجب ازالة هذه الحزمة جراحياً ولم يثبت علمياً وعملياً نتيجة هذه الجراحة يحتاج البرهان لمدة طويلة من المتابعة لاستبعاد العامل الايجائى .

2- التبرز اللارادى غير العضوى (سلسل البراز غير العضوى) .

Nonorganic Encopresis

هو المرور المتكرر أو اللارادى لبراز طبيعى أو قريب من الطبيعى فى تكوينه وعادة فى أماكن ليست ملائمة لهذا الغرض بالقياس الى الوضع الاجتماعى أو الثقافى للفرد نفسه ، قد تمثل الحالة استمرار غير طبيعى للسلس الطفولى الطبيعى ، أو قد تتضمن فقدان للحصر بعد فترة من اكتساب التحكم فى البراز ، أو قد تتضمن اخراج قصى للبراز فى أماكن غير مناسبة بالرغم من التحكم الوظيفى الطبيعى فى التبرز ، قد تحدث الحالة كاضطراب أحادى العرض أو قد تكون جزءاً من اضطراب أوسع خاصة اضطراب مشاعر أو اضطراب جناح .
والسمة التشخيصية الجوهرية هى إخراج البراز فى أماكن غير مناسبة وقد تبرز الحالة بعدة طرق مختلفة :

1- قد تمثل افتقاراً للتدريب الكافى على قضاء الحاجة أو عدم الاستجابة المناسب للتدريب مع تاريخ للفشل الدائم فى اكتساب تحكم واف فى التبرز .

2- قد تعكس وجود اضطراب محدد نفسياً ، يوجد فيه تحكم وظيفى طبيعى فى التبرز ولكن لسبب ما هناك ممانعة أو مقاومة أو عجز عن العمل طبقاً للمعايير الاجتماعية بالتبرز فى أماكن مقبولة .

3- قد تنشأ الحالة عن احتباس مع فيض وإخراج للبراز فى أماكن غير مناسبة هذا الاحتباس قد يبرز كنتيجة لشجارات بين الطفل وأهله حول التدريب أو حول الامتناع عن التبرز أو بسبب الألم المصاحب له (على سبيل المثال كنتيجة لشق شرجى) ، أولاً لأسباب أخرى يصاحب التبرز اللارادى فى بعض الأحوال تلطيخ للجسد أو للبيئة الخارجية بالبراز واحياناً قد يصاحبه ملامسة للشرج بالأصبع أو ممارسة العادة السرية .

تتكرر الأسباب العضوية فى إصابة المراكز الخاصة بالحبل الشوكى أو المخ ، أما أسبابه النفسية عادة ما تكون تعبيراً عدوانياً من الطفل نحو أمه ، ويتجه العلاج لفهم وتفسير هذا العدوان والنفور للعائلة مع بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة فى الشرح .

3- اضطراب الأكل فى البدانة والطفولة المبكرة :

Feeding Disorder Of Infancy And Chikdhood

هو اضطراب فى الأكل متعدد المظاهر ، ويقتصر عادة على مرحلة البدء والطفولة المبكرة يتضمن الاضطراب بشكل عام رفضاً للطعام وذبولاً (خاصة انتقائية) شديداً بالرغم من وجود كمية متوفرة من الطعام وكفاءة معقولة فى من يقومون برعاية الطفل ، وفى غياب مرض عضوى ، قد يصاحب الحالة أو قد لا يصاحبها اجترارت (بمعنى قئ متكرر دون غثيان أو مرض فى المعدة والامعاء) .

4- الوحم للطعام غير الطبيعى فى البدء أو الطفولة :

Pica Of Infancy And Childhood

هو الأكل المستمر لمواد غير مغذية (مثل الطين نشارة الخشب ، الدهان .. الخ) وقد يحدث كواحد من أعراض كثيرة تكون جزءاً من اضطراب طبنفسى أوسع (مثل الذاتوية) أو قد يحدث كسلوك اعتلال نفسى منفرد نسبياً ، الحالة الأخيرة فقط هى التى يرمز لها هنا وهى الأكثر شيوعاً بين الأطفال المختلفين .

2- اضطرابات الحركة النمطية (المقولية) :

Stereotyped Movement Disorder

هى حركات ارادية ومتكررة ونمطية وغير وظيفية (وغالباً أيقاعية) لاتكون جزءاً من حالة طبنفسية أو عصبية معروفة ، وغير متسببة فى أذى للذات وتتضمن : ارجحة الجسم ، هز الرأس ، جذب الشعر ، لوى الشعر ، نقر الأصابع المتكرر والتصفيق بالأيدي ، أما السلوك النمطى المتسبب فى أذى النفسى فيتضمن ارتطام الرأس المتكرر ، صفح الوجه ، الضغط على العين وعض الأيدي أو الشفاه أو أجزاء أخرى من الجسم .

3- اضطرابات الكلام :

تأخذ هذه الاضطرابات عدة صور اكلينيكية من تلعثم لتأخر فى الكلام أو البكم المؤقت أو الثأثأة والفاءة أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات أو بعض الحروف وأهم هذه الاضطرابات من الناحية المريضة هو التلعثم .

أ- اللجلجة أو التلعثم :

Stammering

هو كلام يتميز بتكرار عالى أو تطوير فى الأصوات أو المقاطع للكلام ، اللفظية أو الكلمات أو بترددات وانقطاعات كثيرة تقطع الانسياب الايقاعى للكلام ، وهو شائع جداً كمرحلة عابرة فى

الطفولة المبكرة ، ويجب أن تصنف الحالة كاضطراب فقط اذا كانت على درجة من الشدة بحيث تخل بانسيان الكلام وقد تكون هناك حركات مصاحبة فى الوجه و / أو جزء آخر من الجسم تتزامن مع التكرار أو الاطارات أو الانقطاعات فى انسياب الكلام ويجب أن تميز التمتمة عن القلقة (انظر أدناه) وعن اللوازم ، فى بعض الحالات قد يصاحب الحلة اضطراب ارتقائى فى الكلام أو اللغة .

يبدأ الاضطراب عادة فى سن الثالثة أو الرابعة أثناء اكتساب الطفل الكلام أو فى الخامسة عند دخوله المدرسة وبداية المنافسة بينه وبين زملائه ونادراً فى سن البلوغ والمراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر ، وما يصاحب فترة المراهقة من حرج اجتماعى .

والتلعثم أكثر انتشاراً فى الصبية ، وكان يعتقد البعض أنه نادر الحدوث فى المجتمعات البدائية ، ولكن ثين خطأ هذا الظن وبرهنت الأبحاث الحديثة على وجوده بنسبة محترمة وقد وجدت نسبته بين مرضى النفوس والعقول المترددين على عيادة الطب النفسى بالجامعة حولى 5% وقد قامت دكتورة زينب بشرى تحت إشرافى بمسح منطقة شرق القاهرة ووجدت أن نسبة التلعثم بين الطلبة من سن 6 - 12 تصل الى 0.93 % أى حوالى 1% .

وعادة ما يؤمن الوالدان أن طفلهم سيتغلب على تلعثمه عند النضوج وهذا اعتقاد خاطئ لأن هذا العرض سيسبب الكثير من الآلام النفسية وعدم الاستقرار والانعزال ، والتوتر ، وتتعدد أسباب التلعثم فى الآتى :

- 1- تلف أو عطب وظيفى فى مراكز الكلام فى المخ .
- 2- منافسة بين فصى المخ السائد وغير السائد ، ويفسر ذلك انتشار التلعثم فى الطفل الأعسر عندما تحاول عائلته الضغط عليه للكتابة باليد اليمنى فقد خلق هذا الأعسر بالفص السائد فى الناحية اليمنى ، وتحاول إجبار الناحية اليسرى على السيطرة ، وهنا يتنافس الفصام فى السيادة وينتج التلعثم نتيجة لهذا الصراع .
- 3- التلعثم منفرداً أو يقرأ بعض الآيات المعروفة ، ويزيد عند سؤالة أمام الناس ، وهى علامة فقدان الثقة بالذات ، واضطراب فى التوافق الاجتماعى .

ويتجه العلاج النفسى والكلامى الى فهم مشاكل المريض ، وتقليل درجة التوتر المصاحبة للتلعثم مع مساعدته على نطق الحروف بطريقة سليمة ، وكثير الجدل أخيراً بالنسبة للعلاج التسجيلى المرافق أو الظلى وأساس العلاج أن المتلعثم يزداد توتره عندما يستمع الى ذاته ، وأنه اذا استطعنا تشتيت إنتباهه بحيث لا يستمع لصوته ، فهنا يستطيع الكلام بطلاقة ، ويعزز ذلك ثقته بذته وهنا نسجل

للمريض كلمة أثناء قراءته لأحد الموضوعات ثم يكرر ما سجله أثناء قراءته لنفس المريض ، فيقرأ أثناء استماعه لصوته في التسجيل ، فنلاحظ تحسناً واضحاً في القراءة الثانية من جراء توقف استماعه لكلامه الذاتى .. وتدرجياً يعزز التحسن ثقته . وينخفض القلق ، وقد مارست هذا العلاج فى عدة حالات واستطيع أن أضيف أنها من أنجح الوسائل لعلاج التلعثم .

كذلك قمت فى أحد الأبحاث بعلاج هذه الحالات تحت تأثير عقار ل . س . د مع نتائج مشجعة ، حيث أن المتلعثم بنطلق من أسوار ويتكلم بطلاقة تحت تأثير العقار مما يعزز ثقته بنفسه . وفى أحد الابحاث الحديثة التى قام بها المؤلف مع الدكتورة زينب بشرى تبين أن نسبة عالية من المتلعثمين يعانون من شذوذ فى رسم المخ الكهربائى فى حوالى 46% وأنه لامانع فى بعض الاحيان من استعمال العقاقير المضادة للصرع ، وعادة ما يقوم إخصائى العلاج التخاطبى بالعلاج مع نتائج مشجعة وعلاج التلعثم عامة من أصعب الأمور فى اضطرابات الطفل النفسية .

ب- القلقة :

Cluttering

هو معدل سريع فى الكلام مع انقطاع فى انسياب الكلام ولكن بدون تكرارات أو ترددات وعلى درجة من الشدة تؤدى الى اخلال فى وضوح الكلام مع ظهور كلام غريب وعسير الايقاع (على سبيل المثال تناوب انقطاعات واندفاعات الكلام تؤدى الى تكوين مجموعات من الكلام غير مرتبطة بالهيكل النحوى للجملة) .

4- اضطرابات الجنس :

يجب الحرص على ألا يكون الطفل عرضة للملامسة الجسدية ، والقبلات والاحضان المستمرة بعد سن الثالثة أو الرابعة حتى لايتكون عنده ترابط شرطى باللذة المصاحبة للتلامس الجسدى الذاتى .

5- اضطرابات سلوك أو مشاعر أخرى محددة تبدأ عادة فى الطفولة

أو المراهقة :

Other Specified Behavioural And Emotional Disorders With Onset Usually Occurring And Adolescence

يتضمن :

اضطراب نقص الانتباه بدون فرط الحركة ، ممارسة العادة السرية ، قضم الأظافر ، نخر الأنف ، رضاعة الإبهام .

العلاج :

حدث في السنوات الأخيرة طفرة كبيرة في علاج الاضطرابات النفسية في الطفل ويشمل العلاج الأسرى الفردى ، العلاج الكيماى ، والعلاج السلوكى ، وإذا أخذنا في الإعتبار إن حوالى نصف سكان مصر والبلاد العربية أقل من سن الخامسة عشر يتضح قصور الخدمات النفسية للطفل سواء في عدد أطباء نفس الطفل أو هيئة التمريض أو اخصائيين النفسيين والإجتماعيين ، ويجب تدارك هذا القصور في أى خطة قومية للصحة النفسية .

الفصل الثالث

التوجيه والإرشاد النفسي

هناك تعريفات كثيرة للتوجيه والإرشاد، كل من وجهة نظر معينة، وكل يركز على وجهة النظر التي يركز عليها، ولكنها جميعا تهدف إلى نفس الشيء، وتؤكد نفس المعنى----- وهذه التعريفات تحدد وتصف الأنشطة التي يتضمنها الإطار العام للتوجيه والإرشاد النفسي --- وفيما يلي عدد من هذه التعريفات:

عملية إرشاد الفرد إلى الطرق المختلفة التي يستطيع عن طريقها اكتشاف واستخدام إمكانياته وقدراته، وتعليمه ما يمكنه من أن يعيش في أسعد حال ممكن بالنسبة لنفسه وللمجتمع الذي يعيش فيه .
* هو عملية مساعدة الفرد في فهم وتحليل استعداداته وقدراته وإمكانياته وميوله والفرص المتاحة أمامه ومشكلاته وحاجاته، واستخدام معرفته في إجراء الاختيارات واتخاذ القرارات لتحقيق التوافق بحيث يستطيع أن يعيش سعيدا .

* هو عملية مساعدة الفرد وتشجيعه على الاختيار والنقير والتخطيط للمستقبل بدقة وحكمة ومسئولية في ضوء معرفة نفسه ومعرفة واقع المجتمع الذي يعيش فيه .
* هو عملية مساعدة الفرد في فهم حاضرة وإعداده لمستقبله بهدف وضعه في مكانه المناسب له وللمجتمع الذي يعيش فيه .

التعرف الشامل للتوجيه والإرشاد النفسي :

التوجيه والإرشاد النفسي عملية واعية مستمرة بناءة ومخططة، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، ويفهم خبراته، ويحدد مشكلاته وحاجاته، ويعرف الفرص المتاحة له، وأن يستخدم وينمي إمكانياته بنكاء إلى أقصى حدٍ مستطاع، وأن يحدد اختياراته ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته بنفسه، بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين والمربين والوالدين، في مراكز التوجيه والإرشاد وفي المدارس وفي الأسرة، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع والتوفيق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا.

أهداف التوجيه والإرشاد

أ . تحقيق الذات : Self – actualization

لا شك أن الهدف الرئيسي للتوجيه والإرشاد هو العمل مع الفرد لتحقيق الذات والعمل مع الفرد يقصد به العمل معه حسب حالته سواء كان عاديا أو متفوقا أو ضعيف العقل أو متأخرا دراسيا أو متفوقا أو جانحا، ومساعدته في تحقيق ذاته إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه فيرضى عما ينظر إليه .

ويقول كارل روجرز إن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات. ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية فهم ذاته ومعرفة وتحليل نفسه وفهم استعداداته وإمكاناته أي تقييم نفسه وتقويمها وتوجيه ذاته. ويتضمن ذلك " تنمية بصيرة العميل ". ويركز الإرشاد النفسي غير المباشر أو الممرکز حول العميل أو الممرکز حول الذات على تحقيق الذات إلى أقصى درجة ممكنة وليس بطريقة " الكل أو لا شيء " .

كذلك يهدف الإرشاد النفسي إلى نمو مفهوم موجب للذات، والذات هي كينونة الفرد وحجر الزاوية في شخصيته، ومفهوم الذات الموجب positive self – concept يعبر تطابق مفهوم الذات الواقعي (أي المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص (مع مفهوم الذات المثالي (أي المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنه الشخص . (ومفهوم الذات الموجب عكس مفهوم الذات السالب الذي يعبر عنه عدم تطابق مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي .

وهناك هدف بعيد المدى للتوجيه والإرشاد وهو " توجيه الذات self –guidance " أي تحقيق قدرة الفرد على توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية، وتحديد أهداف للحياة وفلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف .

ويعمم هذا الهدف تحت عنوان " تسهيل النمو العادي " وتحقيق مطالب النمو في ضوء معايير وقوانينه حتى يتحقق النضج النفسي. ويُقصد بتسهيل النمو هنا النمو السوي الذي يتضمن التحسن والتقدم وليس مجرد التغيير، لأن ليس كل تغيير تحسنا .

ب . تحقيق التوافق : Adjustment

من أهم أهداف التوجيه والإرشاد النفسي تحقيق التوافق، أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة .

ويجب النظر إلى التوافق النفسي نظرة متكاملة بحيث يتحقق التوافق المتوازن في كافة مجالاته. ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يلي :

1- تحقيق التوافق الشخصي:

أي تحقيق السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الفطرية والعضوية والفسولوجية والثانوية المكتسبة، ويعبر عن سلم داخلي حيث يقل الصراع، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحل المتابعة

2- تحقيق التوافق التربوي:

وذلك عن طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته وميوله وبذل أقصى جهد ممكن بما يحقق النجاح الدراسي .

3- تحقيق التوافق المهني :

ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علميا وتدريبيا لها والدخول فيها والإنجاز والكفاءة والشعور بالرضا والنجاح، أي وضع الفرد المناسب في المكان المناسب بالنسبة له وبالنسبة للمجتمع .

4- تحقيق التوافق الاجتماعي :

ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة وتعديل القيم مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية، ويدخل ضمن التوافق الاجتماعي التوافق الأسري والتوافق الزوجي .

ج . تحقيق الصحة النفسية :

إن الهدف العام الشامل للتوجيه والإرشاد النفسي هو تحقيق الصحة النفسية وسعادة وهناء الفرد. ويلاحظ هنا فصل تحقيق الصحة النفسية كهدف عن تحقيق التوافق كهدف ويرجع ذلك إلى أن الصحة النفسية والتوافق النفسي ليسا مترادفين. فالفرد قد يكون متوافقا مع بعض الظروف وفي بعض المواقف ولكنه قد يكون صحيحا نفسيا لأنه قد يساير البيئة خارجيا ولكنه يرفضها داخليا . ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف حل مشكلات العمل أي مساعدته في حل مشكلاته بنفسه، ويتضمن ذلك التعرف على أسباب المشكلات وأعراضها وإزالة الأسباب وإزالة الأعراض .

د . تحسين العملية التربوية :

- إن أكبر المؤسسات التي يعمل فيها التوجيه والإرشاد هي المدرسة، ومن أكبر مجالاته مجال التربية . وتحتاج العملية التربوية إلى تحسين قائم على تحقيق جو نفسي صحي له مكونات منها احترام التلميذ كفرد في حد ذاته وكعضو في جماعة الفصل والمدرسة والمجتمع وتحقيق الحرية والأمن والارتياح بما يتيح فرصة نمو شخصية التلاميذ من كافة جوانبها ويحقق تسهيل عملية التعليم، ولتحسين العملية التربوية يُوجّه الاهتمام إلى ما يلي :
- * إثارة الدافعية وتشجيع الرغبة في التحصيل واستخدام الثواب والتعزيز وجعل الخبرة التربوية التي يعيشها التلميذ كما ينبغي أن تكون من حيث الفائدة المرجوة .
 - * عمل حساب الفروق الفردية وأهمية التعرف على المتفوقين ومساعدتهم على النمو التربوي في ضوء قدراتهم .
 - * إعطاء كم مناسب من المعلومات الأكاديمية والمهنية والاجتماعية تفيد في معرفة التلميذ لذاته وفي تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية وتلقي الضوء على مشكلاته وتعليمه كيف يحلها .
 - * توجيه التلاميذ إلى طريقة المذاكرة والتحصيل السليم بأفضل طريقة ممكنة حتى يحققوا أكبر درجة ممكنة من النجاح .
- وهكذا نرى أن تحسين العملية التربوية يُعتبر من أهم أهداف التوجيه والإرشاد النفسي في المجال التربوي الذي يهمننا بصفة خاصة.

الحاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي

لقد كان التوجيه والإرشاد فيما مضى موجودا ويُمارس دون أن يأخذ هذا الاسم أو الإطار العلمي ودون أن يشمل برنامج منظم، ولكنه تطوّر وأصبح الآن له أسسه ونظرياته وطرقه ومجالاته وبرامجه، وأصبح يقوم به أخصائيون متخصصون علميا وفنيا وأصبحت الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد في مدارسنا وفي أسرنا وفي مؤسساتنا الإنتاجية وفي مجتمعنا بصفة عامة .

إن الفرد والجماعة يحتاجون إلى التوجيه والإرشاد، وكل فرد خلال مراحل نموه المتتالية يمر بمشكلات عادية وفترات حرجة يحتاج فيها إلى إرشاد. ولقد طرأت تغيرات أسرية تعتبر من أهم ملامح التغير الاجتماعي. ولقد حدث تقدّم علمي وتكنولوجي كبير، وحدث تطوّر في التعليم ومناهجه، وحدثت زيادة في أعداد التلاميذ في المدارس . وحدثت تغيرات في العمل والمهنة. ونحن الآن نعيش في عصر يطلق عليه عصر القلق. هذا كله يؤكد أن الحاجة ماسة إلى التوجيه

والإرشاد. وفيما يلي تفصيل ذلك :

1- فترات الانتقال :

يمر كل فرد خلال مراحل نموه بفترات انتقال حرجة يحتاج فيها إلى التوجيه والإرشاد. وأهم الفترات الحرجة عندما ينتقل الفرد من المنزل إلى المدرسة وعندما يتركها، وعندما ينتقل من الدراسة إلى العمل وعندما يتركه، وعندما ينتقل من حياة العزوبة إلى الزواج وعندما يحدث طلاق أو موت، وعندما ينتقل من الطفولة إلى المراهقة، ومن المراهقة إلى الرشد، ومن الرشد إلى سن القعود والشيخوخة. إن فترات الانتقال الحرجة هذه قد يتخللها صراعات وإحباطات وقد يلونها القلق والخوف من المجهول والاكنتاب. وهذا يتطلب إعداد الفرد قبل فترة الانتقال ضمانا للتوافق مع الخبرات الجديدة، وذلك بإمداده بالمعلومات الكافية وغير ذلك من خدمات الإرشاد النفسي، حتى تمر فترة الانتقال بسلام .

2- التغيرات الأسرية :

يختلف النظام الأسري في المجتمعات المختلفة حسب تقدم المجتمع وثقافته ودينه. ويظهر هذا الاختلاف في نواحٍ عدة مثل نظام العلاقات الاجتماعية في الأسرة ونظام التنشئة الاجتماعية..إلخ. ونحن نلمس آثار هذا الاختلاف في الدراسات الاجتماعية المقارنة بين المجتمعات الغربية، ومقارنة النظام الأسري، في المدينة والقرية والبادية...وهكذا .

3- التغير الاجتماعي :

يشهد العالم في العصر الحاضر قدرا كبيرا من التغير الاجتماعي المستمر السريع. ويقابل عملية التغير الاجتماعي عملية أخرى هي عملية الضبط الاجتماعي Social control التي تحاول توجيه السلوك بحيث يساير المعايير الاجتماعية ولا ينحرف عنها. وهناك الكثير من عوامل التغير الاجتماعي أدت إلى زيادة سرعته عن ذي قبل مثل: الاتصال السريع والتقدم العلمي والتكنولوجي وسهولة التزاوج بين الثقافات ونمو الوعي وحدوث الثورات والحروب...إلخ.، ومن أهم ملامح التغير الاجتماعي ما يلي :

1- تغير بعض مظاهر السلوك، فأصبح مقبولا بعض ما كان مرفوضا من قبل، وأصبح مرفوضا ما كان مقبولا من قبل .

2- إدراك أهمية التعليم في تحقيق الارتفاع على السلم الاجتماعي . الاقتصادي .

3- التوسع في تعليم المرأة وخروجها إلى العمل .

4- زيادة ارتفاع مستوى الطموح، وزيادة الضغوط الاجتماعية للحراك الاجتماعي الرأسي إلى أعلى .

5- وضوح الصراع بين الأجيال وزيادة الفروق في القيم والفروق الثقافية والفكرية وخاصة بين الكبار والشباب حتى ليكاد التغيير الاجتماعي السريع يجعل كلا من الفريقين يعيش في عالم مختلف .

* التقدم العلمي والتكنولوجي :

يشهد العالم الآن تقدماً علمياً وتكنولوجياً تتزايد سرعته في شكل متوالية هندسية.. أصبح التقدم العلمي والتكنولوجي يحقق في عشر سنوات ما كان يحققه في خمسين سنة، ولقد حقق في الخمسين سنة الماضية ما حققه في المائتي سنة السابقة والتي حقق فيها مثل ما حققه التقدم العلمي منذ فجر الحضارة، ومن أهم معالم التقدم العلمي والتكنولوجي ما يلي :

1-زيادة المخترعات الجديدة، واكتشاف الذرة واستخدامها في الأغراض السلمية وظهور النفاثات والصواريخ وغزو الفضاء .

2- سياسة الميكنة والضبط الآلي في مجال العلم والعمل والإنتاج .

3-تغيير الاتجاهات والقيم والأخلاقيات وأسلوب الحياة .

4- تغيير النظام التربوي والكيان الاقتصادي والمهني .

5- زيادة الحاجة إلى إعداد صفة ممتازة من العلماء لضمان أطراد التقدم العلمي والتكنولوجي وتقدم الأمم .

6- زيادة التطلع إلى المستقبل والتخطيط له وظهور علم المستقبل Futurology ونحن نعلم أن التقدم العلمي يتطلب توافقاً من جانب الفرد والمجتمع ويؤكد الحاجة إلى التوجيه والإرشاد خاصة في المدارس والجامعات والمؤسسات الصناعية والإنتاجية من أجل المواكبة والتخطيط لمستقبل أفضل .

مناهج واستراتيجيات التوجيه والإرشاد

1- المنهج الإنمائي

ويطلق عليه المنهج الإنشائي أو التكويني ويحتوي على الإجراءات والعمليات الصحيحة التي تؤدي إلى النمو السليم لدى الأشخاص العاديين والأسوياء والارتقاء بأنماط سلوكهم المرغوبة خلال مراحل نموهم حتى يتحقق أعلى مستوى من النضج والصحة النفسية والتوافق النفسي عن طريق نمو مفهوم موجب للذات وتقبلها ، وتحديد أهداف سليمة للحياة ، وتوجيه الدوافع والقدرات والإمكانات التوجيه السليم نفسياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً ورعاية مظاهر الشخصية الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية.

2- المنهج الوقائي

ويطلق عليه التحصين النفسي ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض ، وهو الطريقة التي يسلكها الشخص كي يتجنب الوقوع في مشكلة ما .

3- المنهج العلاجي

ويتضمن مجموعة الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الشخص لعلاج مشكلاته والعودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية ، ويهتم هذا المنهج باستخدام الأساليب والطرق والنظريات العلمية المتخصصة في التعامل مع المشكلات من حيث تشخيصها ودراسة أسبابها ، وطرق علاجها ، والتي يقوم بها المتخصصون في مجال التوجيه والإرشاد .

التوجيه والإرشاد النفسي علم وفن

إن ممارسة الإرشاد النفسي فن يقوم على أساس علمي، بالضبط كما أن ممارسة العلاج الطبي فن يقوم على أساس علمي. ويقول شيرتزر و ستون إن ممارسة الإرشاد النفسي كفن من فنون العلاقات الاجتماعية يقوم على أساس علمي، يحتاج إلى دراسة علمية في الجامعات وتدريب فني قبل الممارسة في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية، وبينما نجد كتابا يتحدثون عن الإرشاد النفسي على أنه علم أكثر منه فن فإن الواقع يشير إلى أن ممارس الإرشاد النفسي يلمس التوازن العملي بين الإرشاد النفسي كعلم نظري وفن تطبيقي حيث يدعم العلم المتاح فن الممارسة .
الإرشاد النفسي علم :

هناك عدة اعتبارات تجعل الإرشاد النفسي علما. ومن هذه الاعتبارات ما يلي :

* الإرشاد النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقي .

* الإرشاد النفسي يقوم على أساس نظريات علمية راسخة مثل نظرية الذات ونظرية المجال ونظرية السمات والعوامل والنظرية السلوكية. وهذه النظريات تستند إلى مناهج البحث العلمي التجريبي والوصفي الذي من أهم طرقه الملاحظة العلمية، ونحن نعلم أن النظرية يتم التوصل إليها عن طريق تسلسل علمي يبدأ بتحديد ظاهرة تحتاج إلى تفسير، ثم تحديد مشكلة الدراسة التي تدور حول الظاهرة، وتحديد الهدف من البحث العلمي وهو التفسير والتنبؤ والضبط، ثم تحديد الفروض التي تؤدي إلى استكشاف الحقائق العلمية، ثم إجراء التجارب التي تهدف إلى تحقيق الفروض كلها أو بعضها حيث تستخدم عينات ممثلة واختبارات مقننة لقياس متغيرات محددة، ويتم الوصول إلى نظرية علمية .

* هناك حقائق كثيرة معروفة عن الفروق بين الإرشاد السليم والإرشاد غير المؤثر .
* كل مرشد لا بد أن يُعدّ الإعداد العلمي وأن يدرس الأساس العلمي الذي تقوم عليه عملية الإرشاد .
الإرشاد فن :

وهناك عدة اعتبارات تجعل الإرشاد النفسي فنا يحتاج إلى مهارة وخبرة. ومن هذه الاعتبارات ما يلي :

* هناك جوانب من حياة الإنسان وسلوكه مثل طبيعة الإنسان قد لا تخضع . بالدقة الكافية والثقة المطلوبة . للدراسة العلمية البحتة .

* هناك بعض المشكلات النفسية المعقدة لا يوفر العلم وحده تفسيراً كاملاً لها .
* المرشد حين يعمل في مركز الإرشاد أو العيادة النفسية أو المدرسة وغيرها من المؤسسات يلتقي بعملاء بينهم فروق فردية واضحة في شخصياتهم وفي نوعية مشكلاتهم .
* عملية الإرشاد يلزمها الإقبال والقبول والنقبل من جانب المرشد والعميل .
* عملية الإرشاد تحتاج إلى خبرة فنية طويلة خاصة في عملية الفحص والتشخيص وتقديم المساعدة الإرشادية وفي مواجهة طوارئ عملية الإرشاد مثل المقاومة والتحويل والإحالة .
* كل مرشد يضيف لمسات فنية حين يطبق عملياً ما يعرفه علمياً من فنيات وطرق .
* يواجه المرشد في عملية الإرشاد أنواعاً مختلفة من العملاء من بينهم العميل السهل، وفي نفس الوقت يوجد " العميل الصعب " مثل: " الفهلوي " و " أبو العريف " المتواكل والخاضع والمستهتر والممثل والمنسحب واليائس والحزين والعدواني وكبش الغداء... وسيأتي تفصيل ذلك في الفصل العاشر عند الكلام عن العميل ومسئوليته في عملية الإرشاد .
يأتي إلى المرشد عملاء في أعمار مختلفة ولا بد أن يطوّر أساليب عملية الإرشاد لتناسب الطفل والشاب والشيخ والرجل والمرأة. ومع هؤلاء وغيرهم تختلف عملية الإرشاد فنياً وليس علمياً.

مفاهيم عن التوجيه والإرشاد النفسي

هناك بعض المفاهيم الخاطئة عن التوجيه والإرشاد النفسي تحدد ما ليس توجيهياً وليس إرشاداً نفسياً.
* مفاهيم صحيحة :

التوجيه والإرشاد النفسي خدمات أو عملية تقدم إلى العاديين وإلى أقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء
* مفاهيم خاطئة :

التوجيه والإرشاد النفسي خدمات أو عملية تُقدّم إلى المرضى وأصحاب المشكلات فحسب
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي ليس مرادفا للعلاج النفسي، ولكن يشترك معه في كثير من العناصر، والفرق بينهما
في الدرجة وليس في النوع، وفرق في العميل وليس في العملية.
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي مرادف للعلاج النفسي
*مفاهيم صحيحة :

التوجيه والإرشاد النفسي ليس قاصرا على الحياة الانفعالية للعميل فحسب، ولكن يتناول جميع جوانب
شخصيته ككل جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا.
*مفاهيم خاطئة :

التوجيه والإرشاد النفسي يقتصر على الحياة الانفعالية للعميل فحسب
*مفاهيم صحيحة :

التوجيه والإرشاد النفسي ليس قاصرا على المشكلات الشخصية فحسب، ولكن يمتد ليتناول جميع
مجالات حياته ككل شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا وزوجيا
*مفاهيم خاطئة :

التوجيه والإرشاد النفسي يقتصر على المشكلات الشخصية للعميل فحسب
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي عملية يشجّع فيها المرشد عميله ويوقظ عنده الدافع والقدرة على أن يعمل شيئا لنفسه
بنفسه
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي خدمة يعملها المرشد ويقدمها للعميل.
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي يتضمن مساعدة الفرد في أن يفهم نفسه ويحقق ذاته في ضوء فرص الحياة الواقعية
المتاحة
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي يتضمن تقديم نصائح وخطط جاهزة للعميل
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي يجب أن يكون جزءاً لا يتجزأ من البرنامج العام للمؤسسة التي يقدم فيها مثل المدرسة
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي خدمات تُضاف إلى نشاط المؤسسة التي يُقدّم فيها (مثل المدرسة).
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي خدمات أو عملية تُقدّم في أي مكان مناسب يضمن نجاحها سواء كان مركز إرشاد
أو عيادة نفسية أو مدرسة...إلخ
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي خدمات أو عملية لا بد أن تتمّ في مركز إرشاد أو في عيادة نفسية
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي تخصص لا بد أن يقوم به الأخصائيون المؤهلون علمياً وعملياً
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي يمكن أن يقوم به شبه الأخصائيين
*مفاهيم صحيحة :

الإرشاد النفسي خدمات يقدها فريق من الأخصائيين وعملية يقوم بها فريق من هؤلاء الأخصائيين
مثل المرشد النفسي والمعالج النفسي والمدرس . المرشد والأخصائي الاجتماعي وغيرهم.
*مفاهيم خاطئة :

الإرشاد النفسي خدمات يقدمها أخصائي واحد أو عملية يقوم بها أخصائي واحد.

أساليب التوجيه والإرشاد

المقدمة:

تتميز أساليب التوجيه والإرشاد وطرقه بأنها متعددة ، فمثلما تتعدد النظريات الإرشادية تتعدد
الأساليب والطرق المستخدمة في التوجيه والإرشاد ؛ فهي تقوم على منهج واضح وتختلف وفقاً
للاختلافات الموجودة لدى الأفراد سواء في الشخصية أو الميول والاتجاهات والقدرات المختلفة .
فمثلاً ترتبط طريقة الإرشاد باللعب بنظريات اللعب . وتتعدد الطرق كذلك . فنجد منها ما يوفق بين
طريقتين مثل الإرشاد الفردي و الإرشاد الجماعي وكذلك الإرشاد الموجه وغير الموجه أو أن تجتمع
بين عدد من الطرق وعدد من النظريات.

أهمية دراسة طرق الإرشاد المتعددة:

يتحمس بعض المرشدين لطريقة دون أخرى ويعتبرونها الأهم وأن ماسواها يعتبر لاشيء ؛ وفي الواقع (لا توجد طريقة عامة شاملة) أوجامعة مانعة ؛ ومن ثم فعلى الدارس والممارس أن يعرف كل الطرق.

ومن الأساليب الإرشادية:

- 1- الإرشاد المباشر .
 - 2- الإرشاد غير المباشر .
 - 3- الإرشاد الفردي .
 - 4- الإرشاد الجماعي .
 - 5- الإرشاد عن طريق اللعب للأطفال .
 - 6- الإرشاد السلوكي .
- أولاً: الإرشاد المباشر:

هو الطريقة التي تنصب بوجه خاص على المرشد الطلابي وما يقوم به من خدمات ، وهو إعطاء التوجيه والإرشاد والمشورة للطالب بشكل مباشر في حل مشكلته التي يعاني منها وفيه يتحمل المرشد مسئولية أكبر .

ويهدف : الإرشاد المباشر إلى حل مشكلات الطالب التي جاء بها .

ويستخدم : الإرشاد المباشر عادة مع العملاء المتعجلين الذين تنقصهم المعلومات ؛ ويستخدم كذلك مع العملاء ذوي المشكلات الواضحة المحدودة ، وهو بصفة عامة أكثر استخداماً في مجال الإرشاد العلاجي . رائد طريقة الإرشاد المباشر Williamson شروطه:

- 1- لا بد من معرفة المشكلة التي يعاني منها الطالب لمساعدته في حلها وعلاجها .
- 2- تحليل العوامل وجمع المعلومات للوصول إلى تحديد واضح لجميع ما يتعلق بالمشكلة .
- 3- عرض وإعطاء الحلول المناسبة لطالب المساعدة .
- 4- الإشراف والمتابعة على مدى نجاح عملية الإرشاد .
- 5- الطالب ليس لديه معلومات بل هو متلقي للمعلومات .

أهم مزايا الإرشاد المباشر:

هو التركيز الجاد على حل مشكلة المسترشد.

عيوبه:

1- أنه ليس من المفروض أن يقدم المرشد حلولاً جاهزة للعميل.

2- فيه شيئاً من السلطة والتسلطية من جانب المرشد.

ثانياً: الإرشاد غير المباشر:

هو ترك حرية التعبير للطالب عن المشكلة بنفسه وإيجاد الحل المناسب لها، ويمكن أن يتركز حل المشكلة على الطالب بدرجة كبيرة عكس الإرشاد المباشر ، ويجب أن يترك الحرية للطالب في اختيار الحل المناسب لمشكلته.

ويهدف : إلى إقامة علاقة إرشادية وتهيئة مناخ نفسي يمكن المسترشد من أن يحقق أفضل نمو نفسي.

ويستخدم : الإرشاد غير المباشر بنجاح مع أنواع معينة من العملاء ، وخاصة أولئك الذين يكون ذكائهم متوسطاً أو أكثر ويكون لديهم طلاقة لفظية. رائد طريقة الإرشاد غير المباشر Rogers

شروطه:

1- التمرکز حول المسترشد الذي ليس هناك من هو أعرف بنفسه منه.

2- العلاقة بين المرشد والمسترشد تكون في مناخ حيادي خال من التهديد والرقابة.

3- دور المرشد هو تقبل المسترشد كما هو ومشجعاً إياه ويفهم وجهات نظره.

أهم مزايا الإرشاد غير المباشر:

وضوح النظرية التي يستند إليها وهي نظرية الذات.

عيوبه:

1- يراعي الإنسان على حساب العلم

2- قد يغالي المرشد في ترك المسترشد وشأنه.

3- يهمل عملية الإرشاد.

ثالثاً: الإرشاد الفردي:

هو مساعدة الفرد خلال عملية الإرشاد في مجال المدرسة أو المؤسسة أو بمعنى إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه في كل مرة ، وتعتمد فعاليته أساساً على العلاقة الإرشادية المهنية بين المرشد والمسترشد ، أي أنه علاقة مخططة بين الطرفين تتم في إطار الواقع وفي ضوء الأعراض وفي حدود الشخصية ومظاهر النمو ، والإرشاد الفردي هو أوج عملية الإرشاد.

أهم مزايا الإرشاد الفردي:

- 1- يجب أن تكون مبنية على علاقة مهنية جيدة وقوية بين المرشد الطلابي والطالب.
- 2- لا بد من التخطيط لها من قبل وليست صدفة.
- 3- يجب أن ينبع حل المشكلة من صاحب المشكلة أي الطالب نفسه وليس المرشد هو الذي يعرضها عليه.
- 4- لا بد من جمع المعلومات والبيانات الخاصة بالطالب وإعداد من قبل المرشد الطلابي للمقابلة الفردية
- 5- إثارة الدافعية لدى المسترشد وتفسير المشكلات ووضع خطط العمل المناسبة.

حالات استخدام الإرشاد الفردي:

الحالات ذات المشكلات التي يغلب عليها الطابع الفردي والخاصة جداً.
الحالات التي لا يمكن تناولها بفاعلية عن طريق الإرشاد الجماعي.

إجراءات الإرشاد الفردي:

الإرشاد الفردي هو تطبيق عملي لكل إجراءات العملية الإرشادية ، والتي يجب أن تكون مفهومة لدى المسترشد ، ابتداء من المقابلة الأولى حتى إنهاء عملية الإرشاد ومتابعتها.

رابعاً: الإرشاد الجماعي:

ويعني تنفيذ الخدمة الإرشادية من خلال مجموعة من الأفراد أي أنها علاقة إرشادية بين المرشد ومجموعة من المسترشدين تتم من خلال جلسات جماعية في مكان واحد يتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها ويعبرون عنها كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها وكيفية معالجته لها.

دور المرشد في الإرشاد الجماعي:

إن الدور الذي يقوم به المرشد من خلال هذا الأسلوب يقوم على التخطيط للجلسات الإرشادية المزمع القيام بها وكذا تحديد الوقت الملائم لتنفيذها ، ويفضل المرشد أن يعطي لأفراد الجماعة المشاركين في الجلسة فرصة الحوار وتبادل الآراء بينهم وأن لا يحتكر المناقشة وأن يختار أفراد الجماعة قائداً من بينهم ليقوم بالتنسيق وتنظيم الحوار ويتراوح عدد الأفراد المشاركين من (7 . 10) أفراد ويصل إلى أكثر من ذلك.

وكما أنه يستحسن أحياناً أن تكون الجماعة متجانسة عقلياً واجتماعياً حتى يتمكن المرشد من التعامل مع جميع أعضائها في مستوى يناسب الجميع ، ومدة الجلسة الجماعية تتراوح ما بين نصف ساعة إلى ساعة تقريباً.

ويتم تنفيذ الجلسات وفقاً للإجراءات التالية:

الجلسة الأولى : التعارف بين الأعضاء المشاركين وطرح أولويات المشكلة والتعرف على الأسباب والدوافع المؤدية إلى وجود المشكلة.

الجلسة الثانية : استكمال الجلسة الأولى وعرض النتائج المترتبة على التمادي في المشكلة وإعطاء المشاركين واجباً منزلياً متعلقاً بالمشكلة يمكنهم من الإجابة عليه في المنزل.

الجلسة الثالثة : مناقشة الواجب المنزلي الذي أعطى للمشاركين قبل نهاية الجلسة الثانية ويقترح استضافة أحد المعنيين بموضوع الجلسة ومناقشته من قبل المسترشدين ، ويمكن عرض بعض جوانب المشكلة من خلال مشهد تمثيلي يقوم به المشاركون وبإمكانهم تبادل الأدوار التمثيلية فيه ويطلق على هذا النوع بالتمثيل النفسي المسرحي أو تمثيل المشكلات النفسية أو الاجتماعية ويعتبر من أشهر أساليب التوجيه والإرشاد الجماعي ويتيح للمشاركين فيه فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي بمشكلاتهم للكشف عن اتجاهاتهم وصراعاتهم وإحباطهم مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية.

الجلسة الرابعة أو الختامية : وتناقش فيه العوامل المؤدية للتخلص من المشكلة من قبل المشاركين في الجلسة وتصاغ فيه التوصيات التي يتفق عليها المشاركون لكي يقوم المرشد بمتابعتها. ويستخدم المرشد الطلابي بعض الوسائل المناسبة لهذه الجلسات كتسجيلها على شرائط كاسيت أو شرائط فيديو . إن تيسر ذلك . حيث يمكن إعادة التسجيل أو العرض المرئي للمشاركين للاستفادة منه والتعلم أو اكتساب عادات جديدة في ضوءه ، ويقوم المرشد الطلابي بتدوين هذه الجلسات وما يدور

فيها من مناقشات وملاحظات في سجل خاص للقيام بدور المتابعة والتقييم لهذه الجلسات.
وتشتمل جلسات الإرشاد الجماعي على الجوانب التالية:
مشكلات دراسية:

كالقلق البسيط والعزلة والانطواء والخجل والسرمان والتدخين أو السلوك الإدماني . . كالتأخر الدراسي ، وتكرار الرسوب والإعادة والغياب والتسرب واضطراب العادات الدراسية وصعوبات وبطء التعلم وسوء التكيف الدراسي

مشكلات أسرية وإجتماعية وصحية:

مثل التفكك الأسري الناجم عن انفصال الزوجين أو طلاقهما وحالات الشجار بينهما ، وسوء التوافق المهني أو الإصابة ببعض الأمراض العصرية أو المزمنة ... الخ

مواقف تتطلب تدخل المرشد الطلابي أثناء جلسات الإرشاد الجماعي:

قد يحدث خلال الإرشاد الجماعي ما يتطلب تدخل المرشد وعلى سبيل المثال:

1- عندما يحدث بطريق مباشر أو غير مباشر أن يكون أحد المسترشدين هو كبش الفداء الذي تفرغ عليه الجماعة مشاعرها وتزيح تهديداتها .

2- عندما تتلاحق أسئلة ومناقشة الجماعة.

3- الخروج من المشكلة وسرد قصص ومواقف جانبية لا علاقة لها بالموضوع.

4- عندما تغتاب الجماعة عضواً غير موجود.

5- عندما يهاجم أحد المسترشدين أفكار الجماعة والعمل الإرشادي.

متى نفضل استخدام الإرشاد الفردي على الإرشاد الجماعي ؟

1- إذا تطلبت حالة المسترشد ومشكلته انتبهاً وتركيزاً شديداً لا يتوافر أو يتاح من خلال الإرشاد الجماعي .

2- عندما يكون موضوع الإرشاد أو العلاج انحرافاً جنسياً أو إدماناً للمخدرات.

3- إذا كان المسترشد في حالة تتطلب التدخل السريع كما هو في الحالات الهستيرية والإكتئابية.

4- عندما لا يكون لدى المسترشد القدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتنقصه مهارة التفاعل مع الآخرين كما هو في حالات الفوبيا الاجتماعية.

5- عندما يرفض المسترشد الجماعة لأن مشكلته على درجة من الخصوصية.

مميزات الإرشاد الجماعي:

- 1- الترشيد والاقتصاد في النفقات والوقت والجهد وعدد المرشدين.
 - 2- تعد أفضل طرق الإرشاد بالنسبة للحالات التي تقاوم العلاج الفردي وتتحفظ ولا تسعى أو تتعاون في حل المشكلة.
 - 3- يتعلم الفرد من الجماعة جوانب كثيرة فهي تكسبه مزيداً من الثقة بالذات وتضفي عليه روح التعاون والتفاعل والانسجام مع الآخرين.
 - 4- صورة حية واقعية لنقل المشكلات الاجتماعية إلى مواقف حياتية فتكسب المسترشدين مرونة السلوك الاجتماعي قبل تطبيقه عملياً.
 - 5- المناقشة الجماعية لموضوع مشترك تقلل من الخوف وتشعر بالأمن فتتيح فرص التنفيس والتفريغ الانفعالي.
 - 6- اشتراك المسترشد في المناقشة والاستماع يقلل من تمركزه حول نفسه ويشعره بالأخذ والعطاء واختيار الأنماط السلوكية البديلة وتعميمها إلى مواقف الحياة اليومية.
 - 7- ازدواجية دور المسترشد إذ يقوم بتعديل سلوكه بناء على نقده وملاحظاته لسلوك الآخرين وعلى نقد وملاحظات سلوك الآخرين له وعليه فإنه يقوم بعملية تقويم ذاتي.
 - 8- الشعور بالانتماء للجماعة واحترام الرأي الآخر حتى ولو اختلف مع وجهة نظره خلال التفاعل والتعاون مع الأقران ، وأن إرشاد مجموعة الأقران يعد مشخفاً لمشكلاتهم ومعالجاً لها.
 - 9- تطوير إمكانيات الشخصية وتدريب حساسيتها عند التفاعل مع الضغوط الاجتماعية.
- عيوب الإرشاد الجماعي:

- 1- عدم وجود فرصة لعرض المشكلات الخاصة التي يرى المسترشد عدم عرضها أمام الآخرين مما يضعف إمكانية إحداث تغييرات في بناء شخصية المسترشد.
- 2- عدم استفادة الحالات القصوى من المرضى والمنحرفين من الجلسات الإرشادية الجماعية
- 3- قد تضيع المشكلات الخاصة خلف أولوية مناقشة المشكلات العامة وقد تتضاعف المشكلات فقد يتعلم ذوي المشكلات الخاصة أنماطاً سلوكية جديدة غير مرغوب فيها.
- 4- اعتبار المسترشد عضو في جماعة يجعله يلتزم باقتراحاتها ومرئياتها مما يعوق حاجته الشخصية .
- 5- قد ينتاب بعض المسترشدين شعور بالخوف أو القلق أو الخجل في شف مشكلاتهم للآخرين وقد

ينتابهم شعور بالقنوط والندم والتوتر إذا ما كشفوا فعلاً ، وبذلك يرون أن الإرشاد الجماعي مهدد لمكانتهم وواقعهم الاجتماعي.

تمهيد لجلسات الإرشاد الجماعي:

- 1- تحديد المشكلة وجمع المعلومات عنها.
- 2- تحديد الطلاب عن طريق بعض المصادر مثل (إدارة المدرسة / المعلمون / ملاحظات المرشد الطلابي الميدانية / استمارة الحاجات الإرشادية / مذكرة الواجبات ... / الخ)
عقد لقاءات فردية مع الطلاب المعنيين لمعرفة مدى رغبتهم في علاج المشكلة فردياً أو جماعياً والاتفاق معهم على موعد الجلسة الأولى.

خامساً: الإرشاد عن طريق اللعب للأطفال :

الإرشاد باللعب طريقة شائعة الاستخدام في مجال إرشاد الأطفال على أساس أنه يستند إلى أسس نفسية وله أساليب تتفق مع مرحلة النمو التي يمر بها الطفل وتناسبها وأنه يفيد في تعليم الطفل وفي تشخيص مشكلاته وفي علاج اضطرابه السلوكي.

أسس الإرشاد باللعب:

يقوم الإرشاد باللعب على أسس نفسية لها أصولها في ميادين علم النفس العام وعلم نفس النمو وعلم النفس العلاجي.
فاللعب بصفة عامة هو أي سلوك يقوم به الفرد دون غاية علمية مسبقة.

استخدام اللعب في التشخيص:

يمكن دراسة سلوك الطفل عن طريق ملاحظته أثناء اللعب بهدف تشخيص مشكلاته ، واثاء اللعب الجماعي يمكن معرفة الكثير عن المشكلات وأسبابها.

استخدام اللعب في الإرشاد:

يلجأ المرشد إلى اللعب كطريقة هامة لضبط وتوجيه وتصحيح سلوك الطفل ، ويستخدم اللعب لدعم النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي المتكامل المتوازن للطفل ، فهو يقويه جسمياً ويراوده بمعلومات عامة ومعايير اجتماعية ويضبط انفعالاته.

أساليب الإرشاد باللعب:

- 1- اللعب الحر : وهو غير محدد تترك الحرية للطفل لاختيار اللعب وإعداد مسرح اللعب وتركه يلعب بما يشاء وبالطريقة التي يريدونها دون تهديد أو لوم أو استنكار أو رقابة أو عقاب.
- 2- اللعب المحدد : وهو لعب موجه مخطط وفيه يحدد المرشد مسرح اللعب ويختار اللعب والأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته وبحيث تكون مألوفة له حتى تستثير نشاطاً واقعياً أو أقرب إلى الواقع.
- 3- اللعب بطريقة الإرشاد السلوكي : ويكون في حالات مثل حالات الخوف من حيوانات معينة يمكن تحصين الطفل تدريجياً بتعويده على اللعب بدمى هذه الحيوانات في مواقف آمنة سارة متدرجة ومتكررة حتى تتكون ألفة تذهب بالحساسية والخوف مبدئياً.

فوائد الإرشاد باللعب:

- 1- هو انسب الطرق لإرشاد الطفل.
- 2- يستفاد منه تعليمياً وتشخيصياً وعلاجياً في نفس الوقت.
- 3- يتيح خبرات نمو بالنسبة للطفل في مواقع مناسبة لمرحلة نموه.
- 4- يساعد الطفل على الاستبصار بطريقة تناسب عمره.
- 5- يعتبر مجالاً سمحاً يتيح فرصة التنفيس الانفعالي ويخفف عن الطفل التوتر الانفعالي.
- 6- يمثل فرصة لإشراك الوالدين والتعامل معهما في عملية الإرشاد.

سادساً: الإرشاد السلوكي:

يعتبر الإرشاد السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم والنظرية السلوكية وعلم النفس التجريبي بصفة عامة في ميدان الإرشاد النفسي وبصفة خاصة في محاولة حل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المضطرب المتمثل في الأعراض.

أسس الإرشاد السلوكي:

يقوم الإرشاد السلوكي على أسس نظريات التعلم بصفة عامة ولاتعلم الشرطي بصفة خاصة ، ويطلق على الإرشاد السلوكي أحياناً " إرشاد التعلم " أو " علاج التعلم . "

خصائص الإرشاد السلوكي:

- 1-معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب.
- 2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم.
- 3- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة لتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه.
- 4- زملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعا لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
- 5- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

إجراءات الإرشاد السلوكي:

- 1- تحديد السلوك المضطرب المطلوب تعديله أو تغييره أو ضبطه.
- 2- تحديد الظروف والخبرات والمواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب.
- 3- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.
- 4- اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها أو ضبطها.
- 5- إعداد جدول التعديل أو التغيير أو الضبط.
- 6- تنفيذ خطة التعديل أو التغيير أو الضبط.

أساليب الإرشاد السلوكي:

- 1- التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجي.
- 2- الغمر وهو عكس التحصين التدريجي.
- 3- الكف المتبادل ويقصد به كف كل من نمطين سلوكيين غير متوافقين ولكنهما مترابطان وإحلال سلوك متوافق محلها.
- 4- الإشراف التجني ويعني تعديل سلوك المسترشد من الإقدام الى الإحجام والتجنب.
- 5- التعزيز الموجب " الثواب".
- 6- التعزيز السالب ويعني العمل على ظهور السلوك المطلوب.
- 7- العقاب " الخبرة المنفرة".
- 8- الثواب والعقاب.
- 9- تدريب الإغفال " الإطفاء"
- 10- الإطفاء والتعزيز.

أهم مزايا الإرشاد السلوكي:

- 1- يقوم على أساس دراسات وبحوث تجريبية معملية قائمة على نظريات التعلم.
- 2- متعدد الأساليب لتناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.
- 3- يركز على المشكلة أو العرض وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه.
- 4- عملي أكثر منه كلامي ويستعين بالأجهزة العلمية.
- 5- نسبة الشفاء عالية قد تصل إلى 90 % من الحالات.
- 6- أهدافه واضحة.
- 7- يوفر الوقت والجهد والمال.
- 8- يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين بعد التدريب اللازم.

أهم عيوب الإرشاد السلوكي:

- * لا يركز على مصدر المشكله العميق.
- * أحياناً يكون الشفاء وقتياً وعابراً.
- * الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعاً في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الإشراف.
- * يهتم بالسلوك المضطرب فقط ويركز على التخلص من الأعراض الظاهرة دون المصدر الحقيقي.

النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل ونمو شخصيته خلال مرحلة الطفولة المبكرة :

وقبل التطرق لأهم معالم وخصائص النمو الاجتماعي والانفعالي والمتكامل للأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة قد يكون من المفيد أن نوضح هنا أن معرفتنا لهذه الجوانب ترجع في حقيقة الأمر لمساهمات عدد من المدارس والأطر النظرية التي ترتبت عليها ومن أهمها على الإطلاق مدرسة التحليل النفسي سواء المدرسة الكلاسيكية التي أرسى أساسها سجموند فرويد، Freud, S ، والتي وإن كانت قد بالغت في الاهتمام بالعوامل البيولوجية والغريزية في النمو الانفعالي ونمو شخصية الطفل بشكل عام، فإن الفضل يرجع لهذه المدرسة في التأكيد على أن أساس شخصية الإنسان يرسو خلال الأعوام القليلة الأولى من عمره واعتبار هذه السنوات حاسمة وخطيرة في بناء شخصيته طوال حياته، وهو رأي يتفق عليه اليوم الصعيد الأعظم من علماء نفس الطفل والنمو النفسي. إلا أن التطورات الأحدث والتي وقعت في تيار أو مدرسة التحليل النفسي سواء على يد أتباع فرويد وتلاميذه المبكرين ممن أطلق عليهم الفرويديون الجدد، NeoFreudians أو من المعالجين النفسيين الأكثر معاصرة من أمثال إريك إركسون، Erickson وسلفان Sullivan وروجر

Roger وغيرهم، الذين يطلق عليهم مجتمعين المدرسة الاجتماعية النفسية، The Sociopsychological School قد أكدوا على أهمية وخطورة العوامل الاجتماعية والبيئية في تشكيل شخصية الإنسان وأعطوها دوراً إن لم يزد عن دور العوامل البيولوجية والغريزية فعلى الأقل يكون مساوياً له .

هذه المدرسة وهذا التيار قد أرسى الأساس المبكر لعلم النفس الاجتماعي الذي أدت التطورات الأحدث فيه إلى التأكيد على الدور المحوري الهام للأسرة وباقي المؤسسات الاجتماعية في عملية التنشئة الاجتماعية، Socialization أو التطبيع الاجتماعي للأفراد في بناء شخصية الطفل بل وشخصية الفرد طوال حياته .

على اساس ما تقدم فإن معالجة معالم وخصائص النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل وبناء شخصيته تتطلب الإطال السريع على النقاط التالية :

- 1- بناء أساس شخصية الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة .
- 2- خطورة تحقيق الارتباط المبكر، Early Attachment بين الطفل ووالديه أو من يرعاه لتحقيق بناء نفسي سوي .
- 3- الحاجات الأساسية لأطفال مرحلة الطفولة المبكرة .
- 4- الاتجاهات والممارسات الوالدية ودورها في بناء شخصية الطفل .
- 5- تكوين مفهوم الذات Self-Concept عند أطفال مرحلة الطفولة المبكرة .
- 6- الذهاب لدار الحضانة أو الروضة أو المدرسة كموقف فطام نفسي للطفل وأثر تغير مصدر السلطة والعلاقات بالرفاق على شخصية الطفل .
- 7- أهم المشكلات السلوكية والنفسية التي يتعرض لها أطفال مرحلة الطفولة المبكرة وسبل مواجهتها والتغلب عليها .
- 8- نمو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، سبل اكتشافهم وضرورة التدخل المبكر حيالهم خلال مرحلة الطفولة المبكرة .

ونقدم فيما يلي نبذة مختصرة حول كل من النقاط

1- بناء أساس شخصية الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة

من المتفق عليه بين جميع أساتذة علم نفس الطفل والتحليل النفسي وعلماء النمو النفسي والتربية بشكل عام أن أساس شخصية الطفل يوضع خلال السنوات القليلة الأولى من عمره وأن ذلك يتم نتيجة للتفاعل والتكامل بين ما يولد الطفل مزوداً به من قدرات واستعدادات وبين ما يتعرض له

خلال السنوات القليلة الأولى من عمره من معاملة وخبرات وبشكل خاص من أسرته أو بديل الأسرة في حالات الضرورة .

ويطلق العلماء المعاصرون على هذا التفاعل والتكامل بين دور العوامل الوراثية والعوامل البيئية مصطلح، " Gene-Environment Interaction"، أي التفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية التي تحيط بالفرد .

وتؤكد مختلف المدارس والأطر النفسية سواء في مجال علم نفس النمو أو التحليل النفسي وغيرها على أنه لو تم وضع الأساس القوي السليم لشخصية الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة يكون الطفل في هذه الحالة قادراً على مواجهة كافة ما يتعرض له ويواجهه من صعوبات ومشكلات وتحديات وضغوط خلال المراحل التالية، أما إذا كان هذا الأساس هشاً ضعيفاً محملاً بصراعات ونقاط ضعف نتيجة لتعرضه للخبرات المؤلمة في الصغر فإنه لن يستطيع مواجهة هذه الصعاب والضغوط وسيكشف خلال المراحل التالية من حياته عن مشكلات سلوكية واضطرابات انفعالية مرضية وفقاً لمدى ضعف البناء النفسي وشدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد.

2-خطورة تحقيق الارتباط المبكر بين الطفل والأم أو من يرعى الطفل لتحقيق بناء نفسي سوي .
هناك تراث غزير من الدراسات والبحوث سواء في مجال علم النفس بشكل عام أو في تراث التحليل النفسي والدراسات الإكلينيكية التي تؤكد على أن حصول الطفل الإنساني وربما كافة الكائنات وبالذات الثدييات على حد أدنى من حب الوالدين أو من يرعى الطفل في المراحل المبكرة من عمره (من الميلاد وحتى بلوغ خمس سنوات في حالة الطفل الإنساني) هو أساس كل ما يستطيعه في المراحل التالية من عمره من علاقات إنسانية حميمة. كما بينت تلك الدراسات والخبرات الإكلينيكية أن الحرمان من هذا الحب المبكر والارتباط العاطفي الحميم هو في حقيقة الأمر من أهم الأسباب وراء الصعيد الأعظم من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية التي تعاني منها المجتمعات المعاصرة .

فالحاجة للحب والحنان وإقامة علاقة حميمة آمنة مطمئنة مبكرة بين الطفل ومن يراعه وهو ما يطلق عليه "الارتباط المبكر، "Early Attachment" من الصغر حاجة إنسانية فطرية أساسية لا يمكن إهمالها وإهمالها إشباعها وإلا اضطربت الشخصية وأعيق نموها. لذلك يعتبر هذا الارتباط المبكر حجر الزاوية في الصحة النفسية للإنسان .

بالإضافة إلى ذلك بينت دراسات يصعب حصرها سواء في تراث علم النفس أو التحليل النفسي أن هذا الارتباط المبكر بين الطفل والأم أو بديلها في رعاية الطفل يرتبط ارتباطاً كبيراً بالنمو النفسي

للطفل بمختلف جوانبه (النمو الجسمي والعقلي واللغوي والانفعالي والاجتماعي)، وأشارت هذه الدراسات إلى أن نمو الطفل في جميع هذه المجالات لا يسير سيراً طبيعياً سوياً ما لم يتمكن الطفل من إقامة هذه العلاقة الحميمة الدافئة الآمنة مع الأم أو بديلها . بل إن هناك دراسات أجريت على الحيوانات كالقطط والقردة وغيرها تبين أن الحرمان من الأم وحبها في السن الصغيرة (قبل بلوغ عام) يؤدي إلى ذبول الصغار واضمحلالهم وقد يؤدي في بعض الأحيان إلى الموت .

الحاجات الأساسية لأطفال مرحلة الطفولة المبكرة:

من بين الجوانب الهامة للنمو النفسي للأطفال اللازم الاهتمام بها ومراعاتها عند التوجه للأطفال لرعايتهم وتنشئتهم وتعليمهم وتمييزهم، الحاجات النفسية الأساسية للأطفال في مختلف مراحل نموهم النفسي .

وقد قام علماء النمو النفسي بتحديد أهم الحاجات النفسية للأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة على النحو التالي :

- 1- الحاجة إلى الأمن .
- 2- الحاجة إلى الحب والحنان والتواصل الوجداني .
- 3- الحاجة إلى الانتماء والقبول الاجتماعي .
- 4- الحاجة إلى احترام الذات وتقديرها .
- 5- الحاجة إلى الاستطلاع والمعرفة والفهم .
- 6- الحاجة إلى النجاح والانجاز .
- 7- الحاجة إلى اللعب والحركة .
- 8- الحاجة إلى المرح والفكاهة .

ومن الجدير بالملاحظة أن من أهم الأدوار اللازم على الأسرة القيام بها هو السعي بكافة السبل والطرق والوسائل لتحقيق حاجات الأطفال عند مختلف المراحل وبشكل خاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ومن أهمها الحاجة للحب والحنان والاطمئنان والثقة اللازمة لتحقيق الارتباط المبكر السابق الإشارة إليه .

بالإضافة إلى ذلك يكون على جميع المسؤولين عن تربية الطفل وتعليمه وتنقيفه والترفيه عنه السعي بكافة الطرق والسبل لاستثارتها والاستفادة من الحاجة للاستطلاع والمعرفة والفهم (حب الاستطلاع

الفطري لدى الأطفال) وتنميته لما يخدم اكتساب الأطفال لمختلف المهارات والمفاهيم اللازمة لنموهم النفسي المتكامل .

ومن الجدير بالملاحظة أن جميع هذه الحاجات وغيرها من الحاجات النفسية قد عولجت باستفاضة وتوسع في مختلف الكتابات النفسية سواء كتب علم النفس العام أو علم نفس النمو. ومن أهم المراجع والمصادر التي يمكن الرجوع لها للتعرف على جميع التفاصيل والمعلومات المتعلقة بالأنواع المختلفة من الحاجات النفسية للأطفال عند مختلف مراحل تطورهم، المراجع والمصادر التالية : محمد عماد الدين إسماعيل، 1989، هدى قناوي، 1988 و 1989، حامد زهران، 1977 .

* الاتجاهات الوالدية والممارسات الوالدية ودورها في بناء شخصية الطفل:

فيما يختص بالاتجاهات التي يتبناها الوالدان والممارسات والأساليب التي يقوم بها لتحقيق عملية التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعي للأطفال، وهي تلك الاتجاهات والأساليب والممارسات التي تتعلق بالمعاملة الوالدية للأطفال على وجه العموم وتلك التي ترتبط بضبط السلوك،

Disciplinary Procedures بصفة خاصة وغرس القيم والعادات والاتجاهات السائدة في المجتمع

لدى الأطفال، فيمكن تحديدها على النحو التالي :

بالنسبة للممارسات التي يقوم بها الوالدان خلال المراحل المبكرة من عمر الطفل وهي الممارسات

التي تهتمنا في هذه الدراسة والتي يطلق عليها، أساليب التنشئة المبكرة للطفل، Child Rearing

Practices فقد قام علماء النفس بتصنيفها إلى ثلاثة تصنيفات أو أنواع أساسية لكل منها يُعدان

على النحو التالي :

1- الحب مقابل العداء ويتميز البعدان في هذا النوع من المعاملة بالتقبل والاستحسان واستخدام

المكافأة والثناء والتفاهم في مقابل العقاب البدني والزجر والنقد والتهديد وكراهية الطفل .

2- التسلط والتحكم مقابل التسامح ويتميز باستخدام أساليب قاسية تقيد حرية الطفل وتكبله ولا تتقبل

أخطائه وتعاقب عليها في مقابل السماح بقدر مناسب من الحرية واتخاذ القرار من جانب الطفل

والتسامح بقدر معقول فيما يقوم به الطفل من أخطاء .

3- العلاقة الهادئة في مقابل القلق الانفعالي ويتميز بعدا هذا الاتجاه عن طريق التدليل والحماية

الزائدة والقلق المبالغ فيه في مقابل النظرة الهادئة الموضوعية لنمو الطفل .

ومن الجدير بالملاحظة أنه بسبب أهمية النوع الأول من الممارسات الوالدية وخطورته على التوافق

النفسي والصحة النفسية للطفل، قام رونر Rohner في الثمانينيات بتطوير نظرية حديثة في التنشئة الاجتماعية على أساس بعدي القبول والرفض والوالدين أطلق عليها اسم " : نظرية القبول والرفض الوالدي.(18)"(Parental Acceptance and Rejection Theory (PART) "

وتحاول هذه النظرية تحديد العوامل المرتبطة بالقبول والرفض الوالدي وتفسير هذه الظاهرة والتنشئة ببعض مستتبعاتها وبصفة خاصة تلك الخصائص والسمات التي يمكن أن تترتب على القبول والرفض الوالدي .

وقد أثارت هذه النظرية عدداً كبيراً من الدراسات والبحوث الهامة التي حاولت الكشف عما يمكن أن يترتب على الرفض الوالدي من مشكلات سلوكية واضطرابات انفعالية ومن أمراض نفسية وانحرافات .

ومن أهم ما كشفت عنه نتائج هذه الدراسات أن شعور الأطفال برفض والديهما أو احدهما يؤدي إلى العديد من المشكلات من أهمها كافة أشكال الاضطرابات السلوكية وكثير من الأمراض النفسية. كما يمكن أن يؤدي هذا الرفض للانحرافات السلوكية والسلوك المضاد للمجتمع والسيكوباتية. وأخيراً بينت بعض الدراسات أن هذا الرفض يؤدي لإصابة الأبناء بالاكنتاب الذي قد يؤدي بهم إلى الإدمان .

أما بخصوص الممارسات التي يقوم بها الوالدان لضبط سلوك الطفل خلال المراحل اللاحقة ومدى إتصافها بالسواء أو عدم السواء، فقد قسمها علماء النفس إلى نوعين عريضين على متصل واحد يقع عند أحد حديه الأساليب السوية وعلى حده الآخر الأساليب غير السوية .

ويندرج تحت الأساليب السوية في التنشئة استخدام الأساليب التربوية والنفسية الصحيحة السوية مثل الإثابة والمدح والنقاهم والتشجيع وغيرها، واستخدامها بطريقة تكشف عن حب الطفل والاهتمام به. أما الأساليب غير السوية مثل العقاب البدني والزجر والذم والتهديد فهي تكشف عن إحباط الوالدين بسبب سلوك الطفل .

ومن أهم أساليب المعاملة الوالدية التي وجدت سائدة في المجتمعات العربية بشكل عام والمجتمع

المصري على وجه الخصوص، الأساليب التالية :

1- الأساليب الوالدية السوية .

2- الأساليب الوالدية غير السوية ومن أهمها :

*التسلط .

- *الحماية الزائدة .
- *الإهمال .
- *التدليل .
- *القسوة .
- *إثارة الألم النفسي .
- *التذبذب .
- *التفرقة

وقد حاولت دراسات وبحوث عربية عديدة الربط بين أساليب المعاملة الوالدية السابق تحديدها، سواء الأساليب السوية أم غير السوية، وما يتصف به الأطفال والمراهقون والشباب من سمات، وكذلك مع ظهور الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانحرافات السلوكية بمختلف أنواعها بما فيها الإدمان .

وعلى الرغم من الصعوبات والمشكلات المنهجية التي تواجه الدراسات التي تحاول الربط بين أساليب المعاملة الوالدية وسمات شخصية الأبناء . وهي صعوبات ترجع دون شك إلى العديد من الأحداث التي تقع خلال مراحل النمو وكذلك إلى العديد من العوامل التي تتداخل . فإن استعراض نتائج جميع الدراسات التي أجريت يمكن من التوصل للاستنتاجات العامة التالية :

بينت نتائج الدراسات المبكرة أن الاتجاهات والممارسات الوالدية السوية ترتبط بالسمات التالية عند الأبناء :

- *انخفاض العدوانية .
- *انخفاض الاعتمادية غير المرغوب فيها .
- *زيادة الميول الاجتماعية .
- *ارتفاع مستوى نمو الضمير والأحكام الخلقية .
- *الشعور بالذنب عند البعد عن المعايير المحددة للسلوك والانحراف عنها .

وقد ارتبطت الاتجاهات الوالدية غير السوية بالجانب السلبي لهذه السمات أو بعكسها . وأشارت نتائج الغالبية العظمى من الدراسات العربية إلى ارتباط أساليب المعاملة الوالدية غير السوية (التسلط أو الحماية الزائدة أو الإهمال أو التدليل أو القسوة أو إثارة الألم النفسي أو التذبذب أو التفرقة) بالاضطرابات السلوكية بمختلف أنواعها. فقد ارتبطت بعض هذه الأساليب بالقلق (شنوده حسب الله بشاي، 1983) وبالعصابية (مصطفى أحمد تركي، 1974)، وبالمخاوف (ممدوحة سلامة، 1987)، كما ارتبطت بعض هذه الأساليب ببعض الأمراض النفسية (دراسة سعيد أبو الخير، 1989) بالإضافة إلى ذلك ارتبطت الاتجاهات والممارسات الوالدية غير السوية بالانحرافات السلوكية، جناح الأحداث في دراسة (الصيرفي والغامدي والصيد، 1988) وأخيراً ارتبطت هذه الممارسات بالإدمان في دراسة (زيور، 1960) و (Soueif, 1975) وغيرها.

الفصل الرابع

ارشاد نفسي للاطفال المعاقين عقلياً

الأسرة والإرشاد النفسي للأطفال المعاقين عقلياً

مقدمة

الأسرة جزء لا يتجزأ من برامج العلاج والإرشاد و التأهيل و التدخل المبكر للأطفال المعاقين عقليا ولا يمكن لأية خطة أيا كانت أن تحقق أهدافها إلا إذا وضعنا في حساباتنا العوامل التي ترتبط بالأسرة " علاقاتها الاجتماعية و اتجاهاتها نحو الابن المعاق عقليا ودرجة تقبلهم لوجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة وأثر وجود هذا الطفل المعاق عقليا على حياة الأطفال الآخرين داخل الأسرة و تأثيره في دورة حياة الأسرة وعلاقتها الاجتماعية بوجه عام " .. تلك العوامل التي قد تخلق جوا مناسباً لنمو صحي متكامل للطفل المعاق , يمكنه من تطوير و تنمية قدراته إلى أقصى إمكاناته أو تخلق جوا غير صحي نحو انكالية و سلبية وعجز فتضيف إلى إعاقته إعاقة و إلى عجزه عجزاً ومن هنا كانت أهمية وعى الأسرة بدورها الحيوي , و المهم في حياة الطفل بعامة والمعاق بخاصة . ويمكن لنا تقسيم دور الأسرة في المرحلة المبكرة من حياة الطفل المعاق عقليا إلى خمسة محاور " تقسيماً تصورياً " بهدف التحليل والإيضاح مع التأكيد على كون دور الأسرة دوراً متكاملًا لا يمكن تجزئته واقعيًا بل يجب أن يعمل في تكامل و تناغم تامين حتى يؤتى بالثمار المنشودة .

المحاور الخمسة لدور الأسرة، وتتمثل هذه المحاور الخمسة لدور الأسرة من خلال:

•أولاً : اتجاهات الأسرة نحو الابن المعاق وأساليب معاملته .

هذه الاتجاهات التي تأخذ احد الأشكال الاسمية (الإنكار – الإخفاء و التبرير – التقبل) بيد أن الإنكار والإخفاء و التبرير هما اللذان يحتلان المرتبة الأولى في بداية علاقة الأسرة بطفلها المعاق عقليا ثم يأتي الاعتراف بالحالة في مرحلة لاحقة يختلف مداها الزمني من أسرة لأخرى ... ومن هنا كان إنكار الحالة ومحاولة إخفائها وتبريرها أمراً مشتركاً لدى غالبية الأسر لا يختص بأسرة بعينها ولا يجب أن

يستدعى مشاعر اللوم فالمشكلة ليست في تأخر الأسرة بالاعتراف بحقيقة أعاقه ابنها بقدر أهمية اعترافها بهذه الحقيقة في الوقت المناسب . فمتى قبلت الأسرة بوجود درجة أعاقه لدى ابنها تكون قد كسبت نصف المعركة من سعادته وتنمية قدراته ومهاراته، على أننا يجب أن نضع في الاعتبار أن سعادة ابننا المعاق عقليا لن تكون من النوع الذي قد يسعدنا نحن كأباء أو كما نود أن نرسمها له لأننا إذا نظرنا إلى مشكلته من خلال معاييرنا نحن فأنا سننجح فقط في جعله بائسا، تعيسا، غير قادر على الاستفادة من تلك القدرات التي منحها الله له.

دور الأسرة في تعديل الاتجاه نحو الابن وأساليب معاملته

• فقد يستطيع الابن المعاق عقليا الاستمتاع بالرضا ومعاملته الذاتية و الوصول إلي أقصى ما تمكنه قدراته إذا ما اتبعت الأسرة الاتي :

- 1- إذا لم تحط من قيمة عمله البسيط بل تشجعه وتعتبره انجازا يستحق الفخر .
- 2- إذا وضعت له أهداف يمكنه تحقيقها و الوصول إليها .
- 3- إذا عاونته في خطوات التدريب وتعلم المهارات التي يستطيع أداءها أكثر من تلك التي يعجز عنها.
- 4- إذا حرصت على تكرار وتكرار المعلومة و الخبرة التي ترغب في تعليمه إياها بأكثر من أسلوب و طريقه وباستخدام وسائل معينه تنبه أكثر من حاسة لديه وذلك بلا ملل أو ضجر .
- 5- إذا أتاحت له الفرصة للمحاولة مهما تكرر الفشل فمن الأفضل أن يحاول حتى ولو فشل من ألا يحاول علي الإطلاق .
- 6- إذا أعطته حبا وحنانا صادقا بالرغم مما يعانيه من نواحي قصور و بصرف النظر عن مقدار ما حرم منه فإنه في المقام الأول طفل قبل أي اعتبار أخر كما انه لازال يحتفظ بالكثير من لقدرات التي يمكننا صقلها وتدريبه عليها.
- 7- إذا عاملته كما تحب أن يعامله أفراد المجتمع، فاتجاهاتنا و أسلوب معاملتنا لطفلنا المعاق عقليا هما اللذان يشكلان اتجاهات و أسلوب تعامل أفراد المجتمع معه .

ثانيا : تعامل الاسرة مع أخوة الطفل المعاق

لا يقل دور أخوة و أخوات الطفل المعاق عقليا بحال من الأحوال عن دور الوالدين , بل يعد دورهم أساسيا وحيويا ومكملا لدور الوالدين وتبرز أهميته من كون الأخوة يميلون بصفة عامة إلى أتباع اتجاهات الوالدين نحو الابن المعاق عقليا كما يمكن لهم إذا أحسن توظيفهم أن يكونوا خير معلم و

موجه ومرشد وصديق لأخيهم المعاق

فالأمر ليس مجرد وجود حالة طفل معاق عقليا في الأسرة بقدر مدى المسؤولية التي تلقى على أفراد الأسرة وخاصة الإخوة و الإناث منهم على وجه الخصوص نتيجة لوجود هذا الأخ المعاق. • فعندما يتوقع الوالدان من الإخوة و الأخوات أكثر مما تتحمل طاقتهم أثناء تعاملهم مع أخيهم المعاق ينشأ صراع نفسي عنيف وإحباط وتوتر في حياة الأسرة يحول حياتها إلى عذاب، هذا وقد يؤدي الاهتمام الذائد من الوالدين بالابن المعاق إلى إهمال إخوته مما يخلق جوا من التوتر والاستياء داخل الأسرة

دور الأسرة في تنمية العلاقة بين المعاق وإخوته

• ولذلك وجب على الأسرة أن :

- 1- تعين أخوة المعاق على فهم حالته والفروق الفردية بين البشر ... وذلك على قدر استيعابهم .
- 2- تبصير أخوة المعاق بالأساليب السوية والمناسبة لمساعدة أخوهم وفق ظروف الإعاقة
- 3- تشجيعهم على عدم الخجل من أخيهم المعاق عقليا حيث لا يوجد ما نخجل منه فأى فرد في أية أسرة معرض أن يكون مكانه إذا شاء الخالق عز وجل.
- 4- عدم المبالغة و الإسراف في حماية ومساعدة الابن المعاق على حساب أخوته.
- 5- تراعى البعد عن التعبير اللفظي عن استيائهم أو ضجرهم من أخيهم المعاق أمام الآخرين عامة والأخ المعاق خاصة.
- 5- تحرص على أن لا ينعكس وجود الأخ المعاق عقليا سلبا على حق أخوته في الاستمتاع بحياتهم و طفولتهم.

ثالثا: تفاعل الأسرة مع المجتمع المحيط وأسر الأطفال المعاقين عقليا

وتتمثل أهمية أفراد المجتمع المحيط وأسر الأطفال المعاقين عقليا الآخرين في كونهم المجتمع الذي يتفاعل معه الطفل المعاق و الذي يعد بحق الأسرة الممتدة لهذا الطفل بما تمثله الأسرة من توجيه ورعاية وأشرف وعطف، وهم من يعد الطفل المعاق عقليا لكي يستطيع التعامل و العيش معهم في حالة وفاة الوالدين والأخوة أو فقد إشرافهم ورعايتهم بأي شكل من الأشكال.

ولذلك فإنكار الطفل المعاق عقليا وحجبه عن المجتمع يسهم في تدعيم رفض المجتمع له ويوسع الفجوة بينهم، ومن الاصوب أن يخرج ابنا المعاق إلى الشارع و المطعم و المتنزهات وأن ندمجه داخل المجتمع ونبقيه مع أقرانه (عاديين - معاقين) أطول وقت ممكن، بل ومن الأصلح و الأفضل أن لا نبخل بجهد أو وسيلة لإحضار الأطفال الآخرين إلى منزله و إذا استلزم الأمر تقديم بعض المدعمات و الحوافز

لجذبهم وذلك حتى يتعرفوا على قدرات و إمكانات الطفل المعاق عقليا وانه رغم ما يعانیه من بعض القصور إلا انه قادر على إن يشاركهم الكثير من الأنشطة وان له من الإمكانيات و القدرات ما يفوق توقعاتهم وتأتى أهمية هذه الخطوة في كون هؤلاء الأطفال هم المجتمع المستقبلي لهذا الطفل و الذي يعد للتعامل معه .

دور الأسرة في التفاعل مع المجتمع وأسر الأطفال المعاقين

وكذلك على الأسرة الحرص على :

- 1- التحدث إمام الآخرين بصراحة عن مشاعرهم الأبوية نحو ابنهم المعاق عقليا وإمكاناته وإعاقته وما يمكنه عمله وما لا يمكنه أداءه كي يقف المتعاملون معه على قدراته الحقيقية.
 - 2- معاملة الابن المعاق كما يحبون إن يعامله أفراد المجتمع حيث أن طريقة وأسلوب معاملة الأسرة له هي التي تحدد أسلوب تعامل الآخرين معه .
 - 3- تشجيع الابن المعاق عقليا على عرض مواهبه و هواياته وقدراته على الآخرين مما يساهم في تنمية ثقته بنفسه ويعدل من اتجاهات الآخرين نحوه.
- وفيما يتعلق بأهمية التفاعل بين أسرة الطفل المعاق عقليا وأسر الأطفال المعاقين عقليا الآخرين ...
فالتفاعل معهم والالتقاء بهم يتيح للأسرة :
- 1- حرية التعبير عن النفس و التنفيس عن المشاعر و الانفعالات.
 - 2- توفير نماذج للاستفادة من خبرات الآخرين بما يمثلونه من مواقف حياتيه حقيقية.
 - 3- مشاركة الغير ممن يلاقون الصعوبات نفسها وربما أكثر حملا.
 - 4- استثارة المشاعر و الانفعالات والعواطف الايجابية تجاه الابن المعاق مما ينعكس ايجابيا في العلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة.

رابعا : تعاون الأسرة مع الفنيين المعنيين بحالة الابن المعاق عقليا :

(طبيب - أخصائي نفسي - أخصائي اجتماعي - معلم تربوي - أخصائي تخاطب - أخصائي علاج طبيعي....الخ).

حيث يمثل التعاون بين أولياء الأمور و فريق الفنيين المعنيين بالابن المعاق عقليا أحد المقومات الأساسية لنجاح أي برنامج يهدف إلى الأخذ بيد الابن المعاق فالأسرة بمفردها عاجزة عن تقديم كافة الخدمات التي يحتاجها الابن كما أن فريق العمل الفني يذهب جهده أدراج الرياح إذا لم يجد الدعم و المساندة والمتابعة مع الأسرة ومن هنا كانت أهمية التعاون بينهما

وذلك من خلال الحرص على :

- 1- التحدث عن ابنهم المعاق ومشاعرهم نحوه بكل صراحة ووضوح وصدق وكذلك التحدث عن إمكاناته الحقيقية ودرجة إعاقته وجوانب قوته و قصوره مما يساعد على التقييم الواقعي ووضع الخطة العلاجية الفردية المناسبة.
- 2- المشاركة بقدر المستطاع في الخطة العلاجية الفردية و تحديد الأهداف القريبة و البعيدة المدى ومتابعة سير الخطة العلاجية الفردية أول بأول
- 3- تقبل تعليمات و توجيهات المختصين كل في تخصصه وتوفير الظروف والخدمات الأزمة و الميسرة لتنفيذ الخطة العلاجية الفردية.
- 4- الاستفسار عن كل ما يعن لهم بلا خجل
- 5- العناية الطبية والمتابعة الدورية بالابن المعاق عقليا فقد يعاني من مشكلات لا تساعده قدراته عن التعبير عنها.

خامسا : مدى وعى أسرة الطفل المعاق بمصادر المعرفة المتاحة عن الحالة :

•وتأتى أهمية هذا المحور من خلال ما يمثله من أرضية ثقافية مهمة تضع يد الأسرة على طبيعة الحالة ودرجة الإعاقة وخصائصها و احتياجاتها والتوقع المستقبلي المحتمل لها مما ينعكس بتفاعل واع وبناء بين الأسرة و أبنها المعاق...

ويمكن للأسرة أن تحقق الاستفادة المرجوة من مصادر المعرفة من خلال :

- 1- الحرص على الالتقاء الدوري بالمتخصصين ذوى الكفاءة في الميادين ذات الصلة بإعاقة الابن.
 - 2- الاطلاع على المراجع العلمية المتعلقة بإعاقة الابن.
 - 3- المشاركة في الندوات و المؤتمرات و الدورات المتخصصة.
 - 4- الإلمام بمراكز خدمة الأطفال المعاقين عقليا بالمجتمع المعلى و الوقوف على الخدمات التي تقدمها.
 - 5- مساندة المنظمات و الجمعيات الحكومية و الأهلية والتي ترعى هذه الفئة من الإعاقة.
- وفى النهاية

•يجب أن أؤكد على أهمية وضرورة دور كل فرد من أفراد الأسرة كشريك فعال في كل ما يقدم للطفل المعاق عقليا من برامج ... لا يقف دورهم عند حد تعميم المكاسب التي يكتسبها الطفل المعاق عقليا من هذه البرامج العلاجية و التربوية و التدريبية و التأهيلية بل يتعداها إلى الزيادة في معدل هذه المكاسب والإسهام الايجابي في تخطيطها و تنفيذها .

نظريات التوجيه والإرشاد

يتفق المشتغلون بالتوجيه والإرشاد على أن المرشد الطلابي بحاجة كبيرة للتعرف على النظريات التي يقوم عليها التوجيه والإرشاد وذلك يعود لأهمية تطبيقها أثناء الممارسة المهنية للعمل الإرشادي حيث أن هذه النظريات تمثل خلاصة ما قام به الباحثون في مجال السلوك الإنساني والتي وضعت في شكل إطارات عامه تبين الأسباب المتوقعة للمشكلات التي يعاني منها المرشد كما ترصد الطرق المختلفة لتعديل ذلك السلوك وما يجب على المرشد القيام به لتحقيق ذلك الغرض .

ان دراسة هذه النظريات تعطي تصورا للدور الذي يجب على المرشد القيام به ، فالنظرية التي يمارس المرشد عمله في إطارها تحدد بدرجة كبيرة سلوكه في العملية الإرشادية ، مع إمكانية الاستعانة بنظريات أخرى تساعده على القيام بدوره في المقابلة مثلا ، أو في تشخيص الحالة أو في البرنامج العلاجي المقترح لهذه الحالة ، وكما ان النظريات في التوجيه الإرشادي تعطي صورا عن الشخصية وخصائص النمو الإنساني ومراحله ومشكلاته فان على المرشد الطلابي ان يستفيد منها في ممارسة عمله المهني المتخصص بما لا يتعارض مع عقيدته وقيمه وآداب مجتمعه . وهذه النظريات كثيرة مما حدا باحد علماء النفس بتشبيهها بالغابة الكثيفة ألا شجار ، ولكننا اخترنا بعض هذه النظريات حيث روعي في عرضها الاشارة للأفكار الرئيسية التي تقوم عليها النظرية وتطبيقاتها العلمية لتحمل بعض الأمثلة من واقع الممارسة الإرشادية ليختار المرشد الطلابي ما يتناسب مع أساليبه وطرقه التي يستخدمها مع المرشد، ومن هذه النظريات نظرية الذات ونظرية الإرشاد العقلاني والانفعالي ، النظرية السلوكية ونظرية التحليل النفسي .

الفصل الخامس

نظريات فى الإرشاد النفسى

لقد تركنا الخيار للمرشد الطلابى فى الاستزادة والتعرف على النظريات النفسية والإرشادية الأخرى من خلال اطلاعه على قائمة المراجع فى التوجيه والإرشاد التى حرصنا على ذكرها ويمكن استعراض بعضها على الشكل التالى :

أولاً : نظرية الذات

وتعتمد هذه النظرية على أسلوب الإرشاد غير المباشر وقد أطلق عليها الإرشاد المتمركز حول المسترشد "العميل" وصاحب هذه النظرية هو كارل روجرز وتعتمد هذه النظرية على أسلوب الإرشاد غير المباشر وقد أطلق عليها الإرشاد المتمركز حول المسترشد (العميل) وصاحب هذه النظرية هو كارل روجرز. وترى هذه النظرية أن الذات تتكون وتتكون وتتحقق من خلال النمو الإيجابي وتتمثل فى بعض العناصر مثل صفات الفرد وقدراته والمفاهيم التى يكونها بداخله نحو ذاته والآخرين والبيئة الاجتماعية التى يعيش فيها وكذلك عن خبراته وعن الناس المحيطين به ، وهى تمثل صورة الفرد وجوهه حيويته ولذا فان فهم الإنسان لذاته له أثر كبير فى سلوكه من حيث السواء أو الانحراف ، وتعاون المسترشد مع المرشد أمر أساسى فى نجاح عملية الإرشاد فلا بد من فهم ذات المسترشد (العميل) كما يتصورها بنفسه ولذلك فانه من المهم دراسة خبرات الفرد وتجاربه وتصوراته عن نفسه والآخرين من حوله.

ويمكن تحديد جوانب اهتمامات هذه النظرية من خلال التالى:

- 1- ان الفرد يعيش فى عالم متغير من خلال خبراته ، ويدركه ويعتبره مركزه ومحوره.
- 2- يتوقف تفاعل الفرد مع العالم الخارجى وفق لخبرته وإدراكه لها لما يمثل الواقع لديه.
- 3- يكون تفاعل الفرد واستجابته مع ما يحيط به بشكل كلى ومنظم.
- 4- معظم الأساليب السلوكية التى يختارها الفرد تكون متوافقة مع مفهوم الذات لديه.
- 5- التكيف النفسى يتم عندما يتمكن الفرد من استيعاب جميع خبراته الحية والعقلية واعطائها معنى يتلاءم ويتناسق مع مفهوم الذات لديه.
- 6- سوء التوافق والتوتر النفسى ينتج عندما يفشل الفرد فى استيعاب وتنظيم الخبرات الحسية العقلية التى

يمر بها.

- 7- الخبرات التي لا تتوافق مع مكونات ذات الفرد تعتبر مهددة لكيانه، فالذات عندما تواجهها مثل هذه الخبرات تزداد تماسكا وتنظيما للمحافظة على كيانها.
- 8- الخبرات المتوافقة مع الذات يتفحصها الفرد ثم يستوعبها، وتعمل الذات على احتوائها، وبالتالي تزيد من قدرة الفرد على تفهم الآخرين وتقبلهم كأفراد مستقلين.
- 9- ازدياد الاستيعاب الواعي لخبرات الفرد يساعده على تصحيح بعض المفاهيم الخاطئة التي تم استيعابها بشكل خاطئ لتؤدي إلي تكوين منهج أو سلوك خاطئ لدى الفرد.

تطبيقات النظرية:

يمكن للمرشد الطلابي اتباع الإجراءات التالية:

- 1- اعتبار المسترشد كفرد وليس مشكلة ليحاول المرشد الطلابي فهم اتجاهاته وأثره على مشكلته من خلال ترك المسترشد يعبر عن مشكلته بحرية حتى يتحرر من التوتر الانفعالي الداخلي.
- 2- المراحل التي يسلكها المشكل في ضوء هذه النظرية تتمثل في الآتي:
 - 1- مرحلة الاستطلاع والاستكشاف : يمكن التعرف على الصعوبات التي تعيق المسترشد وتسبب له القلق والضيق والتعرف على جوانب القوة لديه لتقويمها والجوانب السلبية من خلال الجلسات الإرشادية ومقابلة ولي أمره أو اخوته ومدرسية وأصدقائه وأقاربه وتهدف هذه المرحلة إلى مساعدة المسترشد على فهم شخصيته واستغلال الجوانب الإيجابية منها في تحقيق أهدافه كما يريد.
 - 2- مرحلة التوضيح وتحقيق القيم : وفي هذه المرحلة يزيد وعي المسترشد ويزيد فهمه وإدراكه للقيم الحقيقية التي لها مكانه لديه من خلال الأسئلة التي يوجهها المرشد والتي يمكن معها إزالة التوتر الموجود لدى المسترشد.
 - 3- المكافأة وتعزيز الاستجابات : تعتمد على توضيح المرشد لمدى التقدم لدى المسترشد في الاتجاه الإيجابي وتأكيده للمسترشد بأن ذلك يمثل خطوة أولية في التغلب على الاضطرابات الانفعالية.

ثانيا : نظرية الارشاد العقلاني والانفعالي

صاحب هذه النظرية هو البرت اليس وهو عالم نفسي إكلينيكي اهتم بالتوجيه والإرشاد المدرسي والإرشاد الزواجي والأسري، وترى هذه النظرية بأن الناس ينقسمون إلى قسمين، واقعيون، وغير واقعيين، وأن افكارهم تؤثر على سلوكهم فهم بالتالي عرضة للمشاعر السلبية مثل القلق والعدوان والشعور بالذنب بسبب تفكيرهم اللاواعي وحالتهم الانفعالية، والتي يمكن التغلب عليها بتنمية قدرة الفرد العقلية وزيادة درجة ادراكه.

تطبيقات النظرية :

يمكن للمرشد الطلابي من خلال هذه النظرية القيام بالإجراءات التالية:

1- أهمية التعرف على أسباب المشكلة، اي معرفة الأسباب غير المنطقية التي يعتقد بها المسترشد والتي تؤثر على ادراكه وتجعله مضطربا.

2- إعادة تنظيم ادراك وتفكير المسترشد عن طريق التخلص من أسباب المشكلة ليصل إلى مرحلة الاستبصار للعلاقة بين النواحي الانفعالية والأفكار والمعتقدات والحدث الذي وقع فيه المسترشد.

3- من الأساليب المختلفة التي تمكن المرشد الطلابي من مساعدة المسترشد للتغلب على التفكير اللامنطقي هي

*اقناع المسترشد على جعل هذه الأفكار في مستوى وعيه وانتباهه ومساعدته على فهم (غير اللامنطقية) منها لديه

*توضيح المرشد للمسترشد بان هذه الأفكار سبب مشاكله واضطرابه الانفعالي

*توضيح الأفكار المنطقية ومساعدته على المقارنة بين الأفكار المنطقية

*تدريب المسترشد على إعادة تنظيم افكاره وداكه وتغيير الافكار اللامنطقية الموجودة لديه ليصبح اكثر فعالية اعتمادا على نفسه في الحاضر والمستقبل

4- اتباع المرشد الطلابي لأسلوب المنطق والأساليب المساعدة لتحقيق عملية الاستبصار لكسب ثقة المسترشد

5- استخدام أساليب الارتباط الإجرائي والمناقشات الفلسفية والنقد الموضوعي واداء الواجبات المنزلية وهي من أهم جوانب العملية الإرشادية

6- العمل على مهاجمة الأفكار اللامنطقية لدى المسترشد باتباع الأساليب التالية:

1- رفض الكذب وأساليب الدعاية الهدامة والانحرافات التي يؤمن بها الفرد غير العقلاني

- 2- تشجيع المرشد للمسترشد فى بعض المواقف واقناعه على القيام بسلوك يعتقد المسترشد انه خاطئ ولم يتم فيجبره على القيام بهذا السلوك
- 3- مهاجمة الأفكار والحيل الدفاعية التي توصل المرشد إلى معرفتها من خلال الجلسات الإرشادية مع المسترشد وإبدالها بأفكار أخرى.

ثالثا : النظرية السلوكية

يرى أصحاب هذه النظرية بان السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، ويتحكم في تكوينها قوانين الدماغ وهي قوى الكف وقوى الاستثارة اللتان تسييران مجموعة الاستجابات الشرطية ، ويرجعون ذلك إلى العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد. وتطور هذه النظرية حول محور عملية التعلم في اكتساب التعلم الجديد أو في إطفائه أو إعادته، ولذا فان أكثر السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم، وان سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة.

تطبيقات النظرية:

يقوم المرشد الطلابي بتحمل مسؤولياته في العملية الإرشادية وذلك لكونه أكثر تفهما للمسترشد من خلال قيامه بالإجراءات التالية:

- 1-وضع أهداف مرغوب فيها لدى المسترشد وأن يستمر المرشد الطلابي بالعمل معه حتى يصل إلى أهدافه.
- 2-معرفة المرشد الطلابي للحدود والأهداف التي يصبو اليها المسترشد من خلال المقابلات الأولية التي يعملها مع المسترشد .
- 3-إدراكه بان السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم وقابل للتغيير .
- 4-معرفة أسس التعلم الاجتماعي تأثيرها على المسترشد من خلال التغيرات التي تطرأ على سلوك المسترشد خارج نطاق الجلسات الإرشادية.
- 5-صياغة أساليب إرشادية إجرائية عديدة لمساعدة المسترشد على حل مشكلاته.
- 6-توقيت التعزيز المناسب من قبل المرشد ليكون عملا مساعدا في تحديد السلوك المطلوب من المسترشد،وقدرته على استنتاج هذا السلوك المراد تعزيزه.

المبادئ التي تركز عليها هذه النظرية في تعديل السلوك:

في النظرية السلوكية بعض المبادئ والإجراءات التي تعتمد عليها وتحتاج المرشد الطلابي لتطبيقها كلها أو اختيار بعضها في التعامل مع المسترشد من خلال العلاقة الإرشادية على النحو التالي:

1-الأشراط الإجرائي:

ويطلق عليه مبادئ التعلم حيث أنها تؤكد على الاستجابات التي تؤثر على الفرد، فإن التعلم يحدث إذا أعقب السلوك حدث في البيئه يؤدي إلى إشباع حاجة الفرد واحتمال تكرار السلوك المشبع في المستقبل وهكذا تحدث الاستجابة ويحدث التعلم أي النتيجة التي تؤدي إلى تعلم السلوك وليس المثير، ويرتبط التعلم الإجرائي في أسلوب التعزيز الذي يصاحب التعلم وصاحب هذا الإجراء هو (سكنر) والذي يرى أن التغيرات تحدث نتيجة لتبادلات في سلسلة من المقدمات و الاستجابات والنتائج مما تؤدي إلى التحكم في الإجراء إذا كان وجود النتيجة يتوقف على الاستجابة.

ولهذا الإجراء استخدامات كثيرة في مجال التوجيه والإرشاد والعلاج السلوكي وتعديل سلوك الأطفال والراشدين في المدارس ورياض الأطفال والمستشفيات والعيادات ولها استخداماتها في التعليم والتدريب والإدارة والعلاقات العامة.

2-التعزيز أو التدعيم:

ويعتبر هذا المبدأ من أساسيات عملية التعلم الإجرائي والإرشاد السلوكي ويعد من أهم مبادئ تعديل السلوك لأنه يعمل على تقوية النتائج المرغوبة لذا يطلق عليه اسم مبدأ (الثواب أو التعزيز) فإذا كان حدث ما (نتيجة) يعقب إتمام استجابة (سلوك) يزداد احتمال حدوث الاستجابة مرة أخرى يسمى هذا الحدث اللاحق معزز أو مدعم.

والتعزيز نوعان هما:

1- التعزيز الإيجابي:

وهو حدث سار كحدث لاحق (نتيجة) لاستجابة ما (سلوك) إذا كان هذا الحدث يؤدي إلى زيادة استمرار قيام السلوك. مثال:

طالب يجيب على سؤال أحد المعلمين فيشكره ويثني عليه ، فيعاود الطالب الرغبة في الإجابة على أسئلة المعلم.

2- التعزيز السلبي:

ويتعلق بالمواقف السلبية والبيغضة والمؤلمة فإذا كان استبعاد هذا الحدث منفرد يتلو حدوث سلوك بما يؤدي إلى زيادة حدوث هذا السلوك فإن استبعاد هذا الحدث يطلق عليه تدعيم أو تعزيز سلبي. مثال: فرد لديه حلة أرق بدأ يقرأ في صحيفة فاستسلم للنوم نجد أنه فيما بعد يقرأ الصحيفة عندما يرغب النوم .

3- التعليم بالتقليد والملاحظة والمحاكاة:

وتتركز أهمية هذا المبدأ حيث أن الفرد يتعلم السلوك من خلال الملاحظة والتقليد ،فاطفل يبدأ بتقليد الكبار ،والكبار يقلد بعضهم بعضا وعادة يكسب الأفراد سلوكهم من خلال مشاهدة نماذج في البيئة وقيامهم بتقليده،ويتطلب في العملية الإرشادية تغيير السلوك وتعديله اعداد نماذج السلوك السوي على أشرطة تسجيل (كاسيت) أو أشرطة فيديو أو أفلام أو قصص سير هادفة لحياة أشخاص مؤثرين ذوى أهمية كبيرة على الناشئة مثل قصص الصحابة رضوان الله عليهم لكونهم يمثلون قدوة حسنة يمكن الاحتذاء بهم، وكذا قصص العلماء والحكماء من أهل الرأي والفطنة والدراية، وكذلك نماذج من حياتنا المعاصرة فمحاكاة السلوك المرغوب من خلال الملاحظة يعتمد على الانتباه والحفظ واستعادة الحركات والهدف أو الحافز، اذ يجب أن يكون سلوك النموذج أو النال هدفا يرغب فيه المسترشد رغبة شديدة ، فجهد مثل هذا يمثل أهمية كبيرة للمسترشد وذا تأثر قوي عليه،ويمكن استخدام النموذج الاجتماعي في الحالات الفردية والإرشاد والعلاج الجماعي.

4-العقاب:

ويمثل في الحدث الذي يعقب حدوث الاستجابة والذي يؤدي إلى إضعاف الاستجابة التي تعقب ظهور العقوبة، أوالتوقف عن هذه الاستجابة وينقسم العقاب إلى قسمين هما:

1- العقاب الإيجابي

ويتمثل في ظهور حدث منفر (مؤلم) للفرد بعد استجابة ما يؤدي إلى إضعاف هذه الاستجابة أو توقيفها ومن أمثلة ذلك العقاب (العقاب البدني) والتوبيخ بعد قيام الفرد بسلوك غير مرغوب إذا كان ذلك يؤدي إلى نقص السلوك أوتوقفه، ونؤكد بان أسلوب استخدام العقاب البدني محظور على المرشد الطلابي وكذا المعلمين.

2- العقاب السلبي

وهو استبعاد حدث سار للفرد يعقب أي استجابة مما يؤدي إلى اضعافها أو اختفائها مثال: حرمان الابناء من مشاهدة بعض برامج التلفاز وتوجيههم لمذاكرة دروسهم وحل وجباتهم فان هذا الإجراء يعمل على تقليل السلوك غير المرغوب وهو عدم الاستنكار ولكنه يحرمهم من البرامج المحببة لديهم، يسمى عقابا سلبيا، ويفضل المرشدون والمعالجون النفسيون أسلوب العقاب السلبي في معالجة الكثير من الحالات التي يتعاملون بها.

5-التشكيل:

وهي عملية تعلم سلوك مركب وتتطلب تعزيز بعض أنواع السلوك وعدم تعزيز أنواع أخرى ويتم من خلال استخدام القوانين التالية:

1- الانطفاء أو الاطفاء أو الاغفال أو المحو:

وهو انخفاض السلوك في حال التعزيز سواء أكان بشكل مستمر أم منقطع فيحدث المحو أو الانطفاء أو الإغفال أو الاطفاء.. وتفيد في تغيير السلوك وتعديله وتطويره ويتم من خلال إهمال السلوك وتجاهله وعدم الانتباه إليه أو عن طريق وضع صعوبات أو معوقات أمام الفرد مما يعوق اكتساب السلوك ويعمل علي تلاشيته مثال ذلك:

الطالب الذي تصدر منه أحيانا كلمات غير مناسبة كالتناوب بالألقاب مثلا فان من وسائل التعامل مع هذا السلوك هو اغفال وتجاهل تماما مما قد يؤدي إلى الكف عن ممارسة هذا السلوك.

2- التعميم:

ويحدث التعميم نتيجة لاثر تدعيم السلوك مما يؤدي إلى تعميم المثير على مواقف أخرى مثيراتها شبيهة بالمثير الأول أو تعميم الاستجابة في مواقف أخرى مشابهة، ومن أمثلة التعميم:

3- التمييز:

ويتم عن طريق تعزيز الاستجابة الصحيحة لمثير معين أي تعزيز الموقف المراد تعليمه أو تعديله ومثال ذلك : عندما يتمكن الفرد من ابعاد يديه عن أي شئ ساخن كالنار مثلا.

4- التخلص من الحساسية أو (التحصين التدريجي):

ويتم ذلك في الحالات التي يكون فيها الخوف والاشمئزاز والذي ارتبط بحادثة معينة فيستخدم طريقة التعويد التدريجي النظم ويتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شاذة ثم يعرض المسترشد تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف أو الاشمئزاز في ظروف يحس فيها بأقل درجة من الخوف أو الاشمئزاز وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج في الشدة حتى يتم الوصول إلى المستويات العالية من شدة المثير بحيث لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة وتستخدم هذه الطريقة لمعالجة حالات الخوف والمخاوف المرضية.

5-الكف المتبادل:

ويقوم أساسا على وجود أنماط من الاستجابات المتنافرة وغير المتوافقة مع بعضها البعض مثل الاسترخاء والضيق مثلا ، ويمكن استخدامه في معالجة التبول الليلي حيث أن التبول يحدث لعدم الاستيقاظ والذهاب إلى دورة المياه، ولذا فإن الطفل يتبول وهو نائم على فراشه والمطلوب كف النوم فيحدث الاستيقاظ والتبول بشكل عادة الاستيقاظ لذا فإن كف النوم يؤدي إلى كف التبول بالتبادل ، لذلك لا بد من تهيئة الظروف المناسبة لتعليم هذا النمط السلوكي .

6-الاشراط التجنبي:

يستخدم المرشد أوالمعالج النفسي لتعديل السلوك غير المرغوب فيه وقد استخدم في معالجة الذكور الذين ينزعون الجنس الآخر والتشبه بهم أو في علاج الكحولية أو التدخين ،ويتم استخدام مثيرات منفرة كالعقاقير المقيئة والصدمات الكهربائية وأشرطة كاسيت تسجل عليها بعض العبارات المنفرة والتي تتناسب مع السلوك الذي يراد تعديله.

7- التعاقد السلوكي (الاتفاقية السلوكية):

ويقوم هذا الأسلوب على فكرة أن من الأفضل للمسترشد أن يحدد بنفسه التغيير السلوكي المرغوب ،ويتم من خلال عقد يتم بين طرفين هما المرشد والمسترشد يحصل بمقتضاه كل واحد منهما على شيء من الآخر مقابل ما يعطيه له . ويعتبر العقد امتداد لمبادئ التعليم من خلال إجراء يتعزز بموجبه سلوك معين مقدما حيث يحدث تعزيز في شكل مادي ملموس أو مكافأة اجتماعية فعلى سبيل المثال نجد أن المسترشد الذي يعاني من الترهل والسمنة ويريد إنقاص وزنه يتم العقد بينه وبين المرشد على أن يودع الطرف الأول مبلغ من المال لنفرض خمسمائة جنيها على أن تعاد اليه كل خمسين جنيها إذا نقص وزنه كيلوجراما أو أنه يفقدها في حالة زيادة وزنه كيلو جراما واحدا.

قائمة المراجع

- Ann M.Kring, S. L. ت (2015). علم النفس المرضى - الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الخامس - الطبعة الثانية عشر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم, ع. ا. (1998). الإكتئاب - اضطراب العصر الحديث - فهمة وأساليب علاجة. الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - عالم المعرفة.
- إبراهيم, ع. ا. (1983). العلاج النفسى الحديث قوة للإنسان. القاهرة: مكتبة مدبولى.
- إبراهيم, ع. ا. (1988). علم النفس الإكلينيكي - مناهج التشخيص والعلاج. الرياض: دار المريخ للنشر.
- إبراهيم, ع. ا. (1998). العلاج النفسى السلوكى - المدخل الحديث ط2. القاهرة: مطبعة الموسيقى.
- الأشول, ع. ع. (1988). سيكولوجية الشخصية: تعريفها - نظرياتها - نموها - قياسها - انحرافاتهما. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأنصارى, أ. م. (1996). العوامل الخمسة الكبرى فى مجال الشخصية: عرض نظرى. مجلة علم النفس 19.38 - 6,
- الخالق, أ. م. (1993). أصول الصحة النفسية (ط2). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية (ط3: 2015).
- الخالق, أ. م. (1987). قلق الموت. الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب: عالم المعرفة.
- الخالق, أ. م. (1988). الفروق بين الأسوياء والعصابيين والذهانيين الأثر اللاحق لبريمة أرشميدس. القاهرة: بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس فى مصر: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- الخالق, أ. م. (1990). الأبعاد الأساسية للشخصية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية (تقديم: هانز أيزنك) (ط8: 2015).
- الخالق, أ. م. (1994). الدراسة التطورية للقلق. الكويت: حويليات كلية الآداب جامعة الكويت، الحولية 14، الرسالة 90.
- الخالق, أ. م. (2003). اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والإكتئاب: دراسة تنبؤية. المجلة المصرية للدراسات النفسية- العدد 27.41 - 1,
- الخالق, أ. م. (2016). علم نفس الشخصية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخضرى, س. (1976). الفروق الفردية فى النكاء. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
- الدر, إ. ف. (1994). الأسس البيولوجية لسلوك الإنسان. بيروت-لبنان: الدار العربية للعلوم.

- الدق, ر. س. (1996). *علم النفس المعرفى*. الكويت: شركة دار الفكر الحديث.
- الرحمن, م. ا. (2015). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسى*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الزىادى, م. (1969). *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشناوى, م. م. (1994). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسى*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشناوى, م. م. (1995). *العملية الإرشادية*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- الشيخ, أ.ت. ج. (1964). *مشكلات علم النفس*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الطيب, ص. أ. (2014). *الإرشاد النفسى فى المدرسة - أسسه ونظرياته وتطبيقاته*. العين - الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعى.
- الغفار, ع. ا. (1976). *مقدمة فى الصحة النفسية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- القفاش, ف. ت. (1962). *الموجز فى التحليل النفسى*. القاهرة: دار المعارف.
- الملك, ش. ع. (1972). *مبادئ علم التشريح ووظائف الأعضاء*. القاهرة: المطبعة التجارية الحديثه.
- برادة, س. غ. (1964). *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- برادة, س. غ. (1964). *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- برادة, س. م. (1964). *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جابر, ج. ع. (1990). *نظريات الشخصية: البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم*. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- حمودة, م. (1991). *الطب النفسى-النفس أسرارها وأمراضها*. القاهرة: مكتبة الفجالة.
- دالين, د. (1977). *مناهج البحث فى التربية وعلم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية - طبعة ثانية.
- رمزى, ف. ت. (1966). *ما فوق مبدأ اللذة*. القاهرة: مكتبة مصر.
- زهرا, ح. ع. (1973). *علم النفس الإجتماعى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهرا, ح. ع. (1974). *الصحة النفسية والعلاج النفسى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهرا, ح. ع. (1978). *الصحة النفسية والعلاج النفسى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهرا, ح. ع. (1985). *التوجيه والإرشاد النفسى*. القاهرة: عالم الكتب.
- زهرا, ح. ع. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسى ط4*. القاهرة: عالم الكتب.

- زيدان, أ. ل. (2016). *التوجيه التربوي والإرشاد النفسى فى المدرسة العربية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- زيور, ف. ت. (1963). *ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية*. القاهرة: دار المعارف.
- سرى, إ. م. (1990). *علم النفس العلاجى*. القاهرة: دار الكتب المصرية.
- شعلان, م. (1979). *الإضطرابات النفسية فى الأطفال*. القاهرة: الجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية.
- صادق, ف. م. (1982). *سيكولوجية التخلف العقلى ط2*. الرياض: عمادة شئون المكتبات - جامعة الملك سعود.
- صالح, أ. ز. (1971). *نظريات التعلم*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عثمان, د. ف. (1977). *مناهج البحث فى التربية وعلم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسكر, ع. أ. (2008). *علم النفس الإكلينيكي فى ميدان الطب النفسى, ط4*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة, أ. (1975). *التشريح الوظيفى للنفس-علم النفس الفسيولوجى*. مصر: دار المعارف بمصر.
- عكاشة, أ. (1992). *الطب النفسى المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة, أ. (1998). *الطب النفسى المعاصر ط6*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة, أ. ع. (2013). *الطب النفسى المعاصر ط16*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عوف, ط. م. (2011). *أسس علم النفس العام*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عيسى, ه. أ. ت. (2012). *العلاج المعرفى السلوكى المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية*. القاهرة: دار الفجر.
- غنيم, ر. ل. ت. (1989). *الشخصية*. القاهرة: دار الشروق.
- غنيم, س. (1973). *سيكولوجية الشخصية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- غنيم, س. م. (1975). *سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- فتحى, ف. ت. (1966). *محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج, د. ه. (2002). *مرجع إكلينيكي فى الإضطرابات النفسية-دليل علاجى تفصيلى*. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج, د. ه. (2002). *مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية - دليل علاجى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو

المصرية.

فرج, ص. (1980). *القياس النفسى*. القاهرة: دار الفكر العربى.

فضلى, م. ع. (1972). *بيولوجيا الذاكرة*. القاهرة: المجمع المصرى للثقافة العلمية-العددالثانى والأربعون.

فطيم, آ. ج. -ت. م. (1997). *خطة العلاج النفسى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فطيم, ل. (1994). *العلاج النفسى الجمعى*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد, م. ج. (2004). *علم النفس الإكلينيكى*. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

مخيمر, أ. ف. -ت. (1969). *نظرية التحليل النفسى فى العصاب*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مخيمر, ص. (1979). *المدخل إلى الصحة النفسية ط3*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مليكة, ل. ك. (1990). *التحليل النفسى والمنهج الإنسانى فى العلاج النفسى*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

مليكة, ل. ك. (1990). *العلاج السلوكى وتعديل السلوك*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

مليكة, ل. ك. (1994). *العلاج السلوكى وتعديل السلوك ط2*. القاهرة: دار النهضة العربية.

مليكة, ل. ك. (1997). *العلاج النفسى - مقدمة وخاتمة*. القاهرة: مكتبة النجلو المصرية.

مليكة, ه. و. (1971). *نظريات الشخصية*. القاهرة: الهيئة العامة للتأليف والنشر.

مليكة, ل. (1977). *علم النفس الإكلينيكى - جزء أول: التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الإكلينيكية*. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

منصور, ر. ف. (2000). *علم النفس العلاجى والوقنى - رحيق السنين*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ميخائيل, آ. ف. (1972). *الأنا وميكانيزمات الدفاع*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ميخائيل, ف. (1969). *نظرية التحليل النفسى فى العصاب*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

نظمى, أ. -ت. ح. (1969). *الحقيقة والوهم فى علم النفس*. القاهرة: دار المعارف.

هنا, ل. ك. (1959). *الشخصية وقياسها*. القاهرة: دار النهضة المصرية.

هنا, ل. ك. (1959). *الشخصية وقياسها*. القاهرة: دار النهضة المصرية.

وآخرون, ك. و. (1965). *تكنيك الرورشاخ*. القاهرة: المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية.

يوسف, ج. س. (2001). *النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية: مراجعة نقدية*. القاهرة: دار
غريب.