ملاحظة هامة جدا :

يرجى الانتباه الى أن المحاضرات المدرج هنا هي المحاضرات التي لم يتم تناولها بشكل حضوري او تم تناولها جزئيا فقط ،اما المحاضرات التي تم تناولها حضوريا فهي غير مدرجة هنا

مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل والمراهق

1 – لمحة تاريخية :

حظي المراهق منذ بداية القرن التاسع عشر باهتمام كبير من الباحثين لكن الطفل و اضطراباته بقيا تقريبا غائبين عن دراسات علم النفس المرضي الى ان قدم " بينيه" اختبار الذكاء سنة 1905، و في نفس السنة قدم فرويد ثلاث مقالات في النظرية الجنسية لفتت انتباه الباحثين الى نفسية الطفل و اضطراباته و توجه الاهتمام تدريجيا من فحص الذكاء الى تكوين الطفل و نموه واضطرابات النمو خاصة مع بياجي و فالون، و انطلاقا من اربعينيات القرن العشرين تطورت الدراسات على الاطفال المضطربين عقليا و نفسيا و أخذ الطفل مكانة معتبرة ككائن قائم بذاته منفصل عن الراشد له مميزاته و خصائصه الصحية و المرضية.

تطور علم النفس المرضي في اتجاهين وتمحورت مقاربات الاتجاه الاول حول الراشد بمفاهيم عديدة، حيث طرح التحليل النفسي نظرته لعلم النفس المرضي لمختلف مراحل حياة الإنسان وكل مرحلة عمرية من مراحل حياة الإنسان عندها خصوصياتها.

وفي اتجاه ثاني اقترح علم النفس المرضي الارتباط بمراحل عمرية معينة وراح يهتم بكل مرحلة على حدى، بمميزاتها ومفاهيمها الخاصة وبتأثر من التحليل النفسي، اكتشف علم النفس المرضي المشاكل النرجسية للراشد وكانت خطوته الأولى هو إرجاع هذه الظاهرة النفسية إلى علامات عيادية عند الطفل. وقد ظهر أيضا أن هناك تأثيرات أخرى بيداغوجية على الطفل أكدتها دراسات جون جاك روسو في دراساته التي تتعلق بالطب العقلي للطفل .

وعليه تأخر علم النفس المرضي للطفل والمراهق في الظهور لأسباب عديدة أهمها أن الاضطرابات والمرض عند الطفل يبدوا أقل وضوحا وتمايزا منه عند الراشد.

2 – بعض النظريات المرجعية لعلم النفس المرضي:

ا- النظرية التحليلية :

أوضح Reicherts (2008) آراء المحللين حول السواء و المرضي، و أشار إلى أن فرويد حصر مصطلح المرضي في اتجاه واحد؛ ألا وهو العصابات. إذ يرى بأن ما يميز العادي عن المرضي يتمحور حول اختفاء عقدة الأوديب أو عدم اختفائها و يضيف بأنه يصعب تحديد الخط الفاصل بين ما هو عادي وغير عادي. ففرويد يرتكز على ثلاث مسلمات في مجال علم النفس المرضي؛ وهي أن الأمراضية النفسية للراشد تجد جذورها في الصعوبات التي يختبرها على مستوى النمو الجنسي في الطفولة. و أن كبت النزوات الجنسية و العدوانية هي ما يشكل العرض. كما أن الطريقة المعاشة في مرحلة تنظيم الشخصية (الأوديب) ترتبط أساس بالظروف المحيطة.

ب. النظرية السلوكية : أساس هذه النظرية هو أن السلوك متعلم عن طريق الاشتراط وتهتم فقط بالعرض أي الاستجابة هنا والآن ولا تؤمن باللاشعور والرمزية. وحسب النظرية السلوكية السلوكات السوية و اللاسوية هي سلوكات مكتسبة من خلال ميكانيزمات القانون العام للتعلم وترفض أي سبب داخلي يرجع للجهاز النفسي وتربط كل ظهور للسلوك بالمحيط. إذن يتعلق الأمر بالبحث عن الشروط الخاصة بالمحيط التي تسبق وتصاحب ونلي السلوك المرضي أو السوي.

ج. النظرية المعرفية: هناك العديد من النظريات في هذا المجال نذكر منها الأكثر شيوعا وهي نظرية أرون بيك Beck (1967) ، الأمر الذي يسبب الاكتئاب هو مخطط معرفي له محتوى سلبي أو مخطط مولد للاكتئاب " وهكذا يصبح لدى الفرد ميولات سلبية هذه المخططات هي المسؤولة والتي تؤدي إلى أعراض الاكتئاب.

د. المقاربة اللانظرية: ظهرت فكرة انشاء علم نفس مرضي وصفي للاضطرابات بطريقة لا نظرية في الولايات المتحدة الأمريكية مع APA من خلال DSM حيث تتلخص المحاولة هنا في وصف التظاهرات الأساسية للاضطراب (نتكلم هنا عن مقاربة وصفية)

ه. المقاربة النسقية: تهتم بالأسرة " العرض عند الطفل هو مجرد عرض لمرض أسرته "، تعرف النسقية كدراسة للمحتوى الذي يتدفق منه العرض فاهتمت بالوضعيات العائلية لتفسير المرض العقلي وبهذا لا يمكننا فهم السلوك إلا بإرجاعه إلى السياق contexte الذي أنتج فيه.

3-مفهوم السواء و اللاسواء Le normal et le pathologique :

أ- مفهوم السواء Le normal :

يقصد بالسواء في علم النفس والطب النفسي توفر الصحة النفسية كما يعني أيضا في علم النفس قيمة معيارية تمثل العادي أو المتوسط أو القريب من المتوسط ، كما يعني أيضا التصرف تبعا للمعايير المقبولة اجتماعيا و ثقافيا .

اما السوي من الوجهة الاجتماعية: هو السلوك المألوف والمعتدل والمتماشي مع القيم – والمعايير الاجتماعية و الثقافية المتعارف عليها في بيئة الفرد فتكيف الفرد مع الجماعة قد يكون على مستوى عال وقد يكون أدنى من ذلك بقليل كذلك فإن الاضطراب في التكيف ليس من درجة واحدة بل بدرجات متفاوتة . السوي من الوجهة النفسية : هو السلوك الذي يواجه المواقف المختلفة النفسية و – الاجتماعية بفعالية و واقعية و يتناقض و يخالف الاضطراب النفسي الشديد أو هو السلوك الذي يعبر عن عدم التناسق داخل الشخصية أو عن سوء التفاعل مع المحيط.

و يرى فرويد أن الشخص السوي هو القادر على الحب والعمل ، وتجدر الإشارة إلى أن – الحب من وجهة نظره يشمل مدى واسعا من الأفعال يمتد من حب الأشياء والأشخاص والموضوعات والأفكار و الجنس و التناسل أما أبراهام ماسلو فيرى أن السواء هو تحقيق الذات و الشعور بالأمان .

ب – مفهوم اللاسواء Le pathologique :

يقابل اللاسواء كلمة الشذوذ والتي تعني الاختلاف عن العادي والمتوقع ويكون هذا الاختلاف في الغالب غير مرغوبا فيه و اجتماعيا و ثقافيا . و يقصد باللاسوي من الوجهة النفسية الانحراف عما يعد سويا أو المختلف عن العادي وعن القاعدة العامة ، فالشاذ في علم النفس المرضي و الطب النفسي مرادف للمرض النفسي وغير المتوافق نفسيا .

و يقصد باللاسوي من الوجهة الاجتماعية الخروج عن المعايير المرسومة اجتماعيا من قبل فرد أو مجموعة أفراد ينتمون لنفس الجماعة حيث تلعب المعايير الاجتماعية دورا هاما في تحديد السلوك السوي و غير السوي ، فالمجتمع هو مجموعة من العادات و التقاليد و الأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذ حتى لو تعرض ذلك مع النظرة العلمية أو مع المبادئ الحرية الشخصية و الديموقراطية و حقوق الإنسان المزعومة في المجتمعات الغربية

ان اعتبار اللاسواء كانحراف إحصائي عن المتوسط يجعلنا نهتم ببعض أنماط السلوك والخصائص الغير العادية أو النادرة التي تقع على طرفي منحنى التوزيع الاعتدالي للظاهرة أو الخاصية ، و هذا المنحنى يمثل درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة من الناس.

و ربما يعد تلقى الفرد علاج نفسيا متخصصة من أي نوع مؤشرة لاضطراب العقلي لديه، فالشخص يعد شاذا إذ طلب المساعدة و العلاج لأن التماسه للعلاج يعد اعتراف ضمنية بوجود مشكله، كما أن اصطحاب أهله أو ذويه له كما يحدث في بعض مرضى الفصام دليل على وجود مشكلة تحتاج الى العلاج.

4– معايير السواء و اللاسواء: واهم المعايير التي يتم الاستناد عليها في صياغة تعريف اللاسواء هي:

أ – **المعيار الإحصائي:** يعتبر الشذوذ من وجهة نظر إحصائية انحرافا كميا عن المتوسط (المعتاد) ويحدث السلوك الشاذ عادة بشكل غير متكرر، بينما يحدث السلوك السوي بشكل متكرر، وإذا تم الافتراض بوجود مجموعة كبيرة من الأفراد تم اختيارهم عشوائيا فان سلوك هؤلاء الأفراد سيتوزع على طول هذا المتصل بحيث يأخذ شكل المنحنى الاعتدالي، ومن هنا يعرف الشذوذ بأنه الأقل والاستثناء. وفي ضوء هذا المعيار فان الأفراد الذين يعانون درجات مرتفعة من القلق والاكتئاب يعتبرون شواذا لان خبرتهم تنحرف عن المعيار الشائع.

❖ نقد:

1. هذا المعيار لا يميز بين السواء واللاسواء لان مرتفعي الذكاء والمنخفضين والمبدعين في الفن والأدب والذين ليست لهم أية موهبة هم جميعا شواذ بالمعنى الإحصائي.

2. إن هناك سلوكات تبدو شائعة (يمكن اعتبارها سوية بالمعنى الإحصائي) مثل: تدخين السجائر وشرب الخمر وغيرها من السلوكات الجنسية في بعض

المجتمعات وهي في الحقيقة ضارة وتسبب الإدمان والاعتماد (وقد صنفت في الدليل التشخيصي للاضطرابات) رغم شيوعها وانتشارها.

3. وفي المقابل بعض السلوكات نادرة وغير منتشرة في بعض المجتمعات ولكنها سوية كممارسة الرياضة كل صباح والمشي للعمل والمراجعة الطبية الدورية (سلوكات نادرة غير متكررة ولكنها سوية (فهل يمكن اعتبارها غير سوية).

ب- المعيار الاجتماعي الثقافي :

ويعرف السواء في هذا المعيار بأنه الالتزام والتقيد بالمعايير الاجتماعية. ويعتبر انتهاك وتجاهل المعايير الاجتماعية والثقافية من أهم المكونات في تعريف السلوك الشاذ ومن ثم فتعريف الشذوذ يرتكز على الانحراف بمعنى الدرجة التي ينحرف بها الفرد عن المعايير الثقافية.

❖ **نقد:**

1. أظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال الصينيين أن الذين يتسمون بالخجل والحساسية الانفعالية لا يعتبرون منحرفين أو غير ناضجين اجتماعيا

أو غير متوافقين وهو عكس ما يحدث في الحضارة الغربية حيث ينظر إلى الخجل انه سلوك غير توافقي يعكس انخفاض توكيد الذات.

2. أظهرت الدراسات في الأمراض النفسية أن ما تعتبره بعض المجتمعات مرضا يستحق العلاج ينظر إليه في ثقافة أخرى انه ظاهرة عادية لا تحتاج إلى تدخل.

3. إن التباين والاختلافات الشديدة في المعايير يجعل مفهوم اللاسواء أو الشذوذ مفهوما نسبيا، وما يصلح لثقافة قد لا يصلح لأخرى ونحتاج إلى تعريف

وفاصل يجمع البشر على تصنيف واحد.

4. انه يجعل من الصعب التمييز بين المرض النفسي والعقلي من ناحية والانحرافات الاجتماعية من ناحية أخرى، فبعض المجرمين يرتكبون الجرائم

وينتهكون القانون وينحرفون عن المعايير الاجتماعية ولا يمكن اعتبارهم مرضى عقليين.

5. لان المعايير مختلفة ومتغيرة عبر الزمان و المكان فإنها لا تصلح كأساس قوي لتقييم الصحة النفسية والمرض النفسي.

6. كثير من الأمراض ممن يعانون القلق والوسوسة لا يلفتون نظر المجتمع ولا يحضون بالرفض أو الاستهجان، وحتى بعض المرضى العقليين والنفسيين لا ينتهكون معايير المجتمع ولا يرتكبون المخالفات القانونية.

7. إهماله مشاعر الفرد لذاته ورؤيته لنفسه وتركيزه فقط على العلاقات الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين.

8. التركيز على التوافق الاجتماعي والمجاراة الاجتماعية ويصف الشذوذ واللاسواء أولئك المفكرين والمبدعين والمصلحين الذين يرفضون بعض معاييرالمجتمع ويثورون عليها.

ج- معيار سوء التوافق:

وهذا المعيار يركز على الحالة العملية من حيث المضي في الحياة بمقاييس معينة للنجاح بمعنى أن سلوك الفرد هل يساعده في تحقيق حاجاته ومطالبه في الحياة أم لا؟ كالوفاء والتعامل مع الأصدقاء والأسرة والحصول على عمل وغيره (التوافق العام).

❖ نقد:

السلوكات غير التوافقية قد تكون مسؤولية الفرد أو مسؤولية البيئة أو مشتركة بينهما (لان بعض المواقف لا تلائم سلوك الفرد من حيث الجنس أو السن أو المستوى الثقافي أو التعليمي).

د- معيار التعاسة الشخصية:

وهو يركز في تعريف الشذوذ على خبرة الشخص بالألم والكرب أو التعاسة الشخصية وعدم الراحة الذاتية التي تقود الشخص للبحث عن المساعدة من قبل المختصين، فالشذوذ بالنسبة إليهم هو الفرد المتصف بالقلق والاكتئاب وعدم الرضا والتوتر الواضح والعجز عن الأداء الشخصي والاجتماعي والفسيولوجي والمهني، ويستخدم هذا المفهوم في الاضطرابات النفسية الأقل شدة

❖ نقد:

1. هذا المعيار قائم على الاستبصار ولكن بعض المرضى كالذهانيين يفقدون استبصارهم، فهم لا يطلبون الرعاية الصحية بل يقاومونها فهل هذا يعني أنهم أسوياء؟
2. هذا المعيار يهمل إلى حد كبير وجهة نظر الآخرين (المعيار الاجتماعي).
3. الكثير من الشواذ والمضطربين لا يشعرون بالتعاسة والألم فالسيكوباتي يعادي الآخرين ويعاملهم ببرود شديد وينتهك القانون ولا يشعر بالتعاسة والألم وقد يتلذذ بمعاناة الآخرين.
4. بعض الاضطرابات كالنرجسية المرضية أو (ظاهرة التمارض) وتوهم المرض والمبالغة في تصور الألم ترك تحديدها للمريض يعطي تضليلا للحقيقة؟

د- معيار عدم التوقع:

أشار إليه دافيسون وفيل أن صور السلوك الشاذ عبارة عن استجابات غير متوقعة للضغوط البيئية، فتشخيص اضطرابات القلق يتم عندما يكون القلق خارج نطاق الموقف الذي حدث فيه (كقلق بعض الناس على موقفهم المالي مع أنهم أغنياء) (استجابات غير متوقعة في مواقف الحياة).

❖ نقد:

لكن هناك استجابات سوية غير متوقعة كالطفل الصغير الذي يتصرف ويحل مشكلة معقدة لا تناسب سنه وهو يسلك بطريقة غير متوقعة منه.

ه- المعيار الإكلينيكي:

ويأخذ صورا متنوعة أهمها:

_ تركيزه على التفسير البيولوجي العضوي في ظهور الاضطراب.

- تركيزه على ظهور زملة الأعراض حتى يوصف بالاضطراب.

وهي صور مستعارة من الطب.

❖ **نقد:**

- بعض الاضطرابات لا توجد لها تفسيرات عضوية ولا ترتبط بعمليات بيولوجية.

_ إن ظهور الأعراض لا يتصف بالثبات والتجانس.

خلاصة:

كل المحكات والمعايير لا تخلو من العيوب والنقد ومن هنا تبرز الحاجة إلى منظور تكاملي تتم فيه الاستفادة بمميزات كل معيار ومزجها معا للخروج بتحديد لما نقصده باللاسواء أو الشذوذ. وقد أشار ماهر وماهر إلى أربع فئات أساسية تحدد السلوكات اللاسوية هي:

1. السلوك الذي يسبب الضرر للفرد نفسه أو الأخرين دون إن يحقق أي هدف للفرد.
2. الاتصال غير الفعال بالواقع.
3. الاستجابات الانفعالية غير الملائمة لموقف الشخص.
4. السلوك المنحرف غير المبرر الذي يتغير بطريقة لا تمكن من التنبؤ به.
5. الاختلالات الفسيولوجية والهرمونية المؤدية لخلل في شخصية الفرد.

5-مشكلة السواء و اللاسواء (المرضي) عند الطفل والمراهق:

اولا :عند الطفل

إن مشكلة السواء والمرض عند الطفل والمراهق مشكلة صعبة للغاية لأن الطفل يتعرض خلال نموه إلى صراعات نفسية ويلجا في معظم الحالات لا شعوريا إلى العرض (انعدام اللغة يوازيها ظهور العرض) لمواجهة الصراعات ووجود العرض وإن كان خطيرا ليس كافيا لتمييز المرضي من السوي وبالتالي فالعرض عند الطفل هو مرحلة من مراحل النمو.

يرى Ajuriaguerra أنه "إذا كانت مسألة السواء والمرض عسيرة الحسم عند الراشد فإنها أكثر تعقيدا عند الطفل لأنه ينمو وبالتالي فهو في حالة تغير للأعراض أو اختفائها والمهم هنا ليست الأعراض أو اختفائها وإنما تنظيم الشخصية (بنية الشخصية) الذي يعد بمثابة محك للتشخيص والتنبو، ونعرف تنظيم الشخصية من خلال دراسة معمقة ومن خلال تاريخ الفرد. فهناك العديد من العوامل المولدة للاضطراب عند الطفل لكن هذا لا يعني بالضرورة أنها تؤدي إلى

عصاب أو ذهان، كما أن بعض حالات العصاب قد تتغير ويصحح مسارها خلال عملية النمو بشكل تلقائي أو بفضل تغيير ملائم (مثال عند دخول الطفل للروضة تظهر له أعراض وعند توقيفه تختفي الأعراض وهذا ناتج عن دخوله لعالم مختلف) أو بفضل تغيير ملائم في الظروف فكل مرحلة من مراحل النضج تحمل إمكانية صراع محتمل ولكنها تتضمن في الوقت نفسه إمكانية تجاوزه وبالتالي من العسير القول ما إذا كان الصراع سويا أو مرضيا إذا ما لم يدرج ضمن مرحلة نمو معينة وتأسيسا على هذا فإنه لا يمكن التمييز بين الصراع العابر والصراع المرضي إلا من خلال تاريخ الفرد الشخصي والنمط العام للوجود. فالمرض من منظور Ajuriaguerra هو تلك الحالة التي يعجز فيها الطفل عن تجاوز صراعه أو التكيف مع العالم الخارجي ومطالبه وحاجاته الشخصية.

ويذهب Diatkeen نفس المذهب: " إن ما يهم هو التنظيم المرضي أو السوي للشخصية (أي التنظيم هو الذي يهم أي لا تستطيع الحكم على السواء والمرض فقد يكون سواء أو مرضي) وبالتالي ليس بالإمكان الحكم على عرض منعزل مهما كانت حدته (خوف، طقوس اضطرارية.. . انطلاقا من أنه صراع مرضي أو سوي. بل يجب العودة للإطار العام أي التنظيم النفسي للشخصية.

أما Bergeret فيرى أن السواء هو قدرة الطفل على التكيف مع صراعاته والآخرين دون إهمال قدرته على الإبداع وحاجاته الداخلية ووفقه يمكن القول أن المرضية تظهر على شكل نسق تنظيمي غير موفق نتيجة لصلابة وضعف ميكانيزمات التكيف.

ثانيا: عند المراهق

تعتبر مسألة تحديد السوي من المرضي في مرحلة المراهقة صعبة وغامضة لتعدد السلوكات المنحرفة والانفعالية وأخرى من الحياة تعتبر فاشلة في مرحلة المراهقة، فلو اعتمدنا المعيار الإحصائي لاعتبرت سلوكات المراهق سوية في حين تكون مرضية لو اعتمدنا المعيار الاجتماعي.

ان التساؤلات التي تطرح حول السلوكات الصراعية لا تغير شيئا في تحديد السوي من المرضي عند المراهق لأن هذا الأخير هو راشد نسبي ومؤقت. وأمام الطلب العائلي يته الأخصائيون إلى اتجاهين:

– علم نفس مرضي مرتبط بجداول عيادية خاصة تشخص الأعراض وفقها، غير أن الدراسات أكدت بأن أغلب هذه الأعراض ماهي إلا تظاهرات نفسية مرحلية عابرة.

– اتجاها يأخذ بعين الاعتبار معاش المراهق في المحيط الاجتماعي فهل العرض عند المراهق ناتج عن مرض نفسي أو هو انعكاس لوضعيات أسرية؟

يمكن الحديث هنا عن أزمة المراهقة التي هي مرحلة عابرة لكنها ليست مرضية، غير أن البعض يتكلم عن أزمة مراهقة بطابع مرضي مما ألغى الحدود بين السوي والمرضي.

الاضطرابات المعرفية : الصعوبات المدرسية

تمهيد :

يعتبر سوء الأداء الدراسي من المشاكل الهامة التي تواجه بعض الأسر التي تطمح أن يكون أبناؤها من المتفوقين ، فهناك عدة أسباب لسوء الأداء الدراسي للأطفال و المراهقين مثل المشكلات الأسرية أو المجتمع الذي يعيشون فيه أو ربما المدرسة أو جماعة الرفاق ، وهناك أيضا من يرجعها إلى انخفاض معدل الذكاء أو وجود اختلال بالجهاز العصبي، و يرجع سوء الأداء الدراسي إلى ما يعرف بصعوبات التعلم و التي تعني وجود مشكلة في التحصيل الأكاديمي أي صعوبة في تعلم التهجي ، القراءة ، الكتابة أو الحساب بما أنها الأساسيات أو المستويات الأولى للتعلم ،و هذا ما سنحاول إلقاء الضوء عليه من خلال هذه المحاضرة.

1- صعوبة القراءة أو عسر القراءة (La dyslexie):

1-1 - تعريفه:

يفهم عسر القراءة على أنه مجمل الصعوبات المحددة التي تعترض التلميذ في تعلم القراءة ، فهو اضطراب ذو أسس لغوية يتسم بصعوبات في فك شفرة الكلمات المفردة ، و الذي يعكس دوما عدم كفاءة المعالجة الصوتية ، و تلك الصعوبات لا تكون متوقعة تبعا للعمر و القدرات المعرفية و الأكاديمية الأخرى (عبد الغفار، 2000 ، ص 36).

و يتميز عسر القراءة بوجود صعوبة في اكتساب مهارة القراءة في السن العادي و الضروري لذلك في غياب تخلف ذهني أو حسي ، و حسب الباحثون في هذا الميدان فإنه يوجد من 05% إلى 10% من الأطفال يعانون من هذا الاضطراب . (بوبازين ، ص 180)

1-2 - عوامل صعوبة القراءة:

2-1-1 العوامل الجسمية:

تشير العوامل الجسمية إلى تلك العوامل التي تعزى إلى التراكيب الوظيفية و العضوية أو الفيزيولوجية التي تشيع بين الأطفال ممن يعانون من صعوبات التعلم بصفة عامة و صعوبات القراءة على وجه الخصوص حيث يرى الاتحاد الأوروبي لعلم الأعصاب عام 1975 أن صعوبة القراءة تحدث نتيجة اضطرابات معرفية ذات أصول في البنية المخية.

2-1-2 العوامل المعرفية :

و تتمثل فيما يلي:

*** اضطراب الإدراك السمعي البصري:**

إن عملية الإدراك تبدأ باستثارة حواس الفرد من خلال السمع أو البصر أو بهما معا ، و إن القراءة ترتبط بالخصائص أو العمليات الإدراكية ، فالأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة تظهر لهم

صعوبات في هذه الخصائص و هي : ضعف في الإدراك البصري و السمعي ، تمييز الحروف و الكلمات التعميم و غيرها.

*** الاضطرابات اللغوية :**

فالحصيلة اللغوية للطفل و قاموسه اللغوي يؤثران بشكل مباشر على تعلمه و تفسيره للمادة المطبوعة أو المقروءة و فهمه لها ، فقد يفهم بعض الأطفال اللغة المنطوقة ، و لكنهم لا يستطيعون استخدام اللغة في الكلام و التعبير و تنظيم الأفكار ، و هذا يعكس بالضرورة انفصالا ملموسا بين الفكرة و اللغة ، بالإضافة إلى استخدام الكلمات و المفاهيم.

– **اضطراب الانتباه:** حيث تؤثر كفاءة و فاعلية عملية الانتباه على كافة عمليات النشاط العقلي المصاحبة للقراءة ، فهي تؤثر على كل من الإدراك بنوعية السمعي و البصري ، و الفهم اللغوي و الفهم القرائي ، و بالتالي فإن اضطراب عمليات الانتباه يؤثر سلبا على النشاط الوظيفي المعرفي لهذه العمليات.

*** اضطراب الذاكرة :**

أوضحت الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة يجدون صعوبة في الاسترجاع التابعي للمثيرات المرئية ، كما أنهم يحققون درجات منخفضة على اختبارات الذاكرة البصرية، و ذلك نتيجة لعدم كفاءة عملية الانتباه ، و تتمايز اضطرابات الذاكرة في نوعين كلاهما يؤدي إلى صعوبات القراءة ، و هما اضطرابات الذاكرة البصرية و اضطرابات الذاكرة السمعية.

2–1–3 العوامل الاقتصادية و الاجتماعية:

إن العوامل الاقتصادية و الاجتماعية غالبا مرتبطة ارتباطا وثيقا ، و من بينها نذكر المستوى الاجتماعي و الاقتصادي للفرد ،تواجد الآباء مع الأبناء لفترات كافية، بالإضافة إلى نوع العلاقة بينهما ،الاهتمام بالجانب التحصيلي للأطفال ، العلاقة مع الإخوة و غيرها ، حيث تتفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض لتؤثر في القدرة على القراءة.

2–1–4 العوامل التربوية :

يذكر كثير من الباحثين أن هناك عددا من العوامل التربوية التي تكون سببا من أسباب صعوبات القراءة منها طرق تدريس القراءة ، شخصية المعلم ، شعور التلميذ بالفشل نتيجة لعدم ملائمة العمل قدراته ، الابتداء الفجائي في تعليم اللغة الفصحى دون مراعاة الصلة بينها و بين الكلام الدارج (العامي) و دون مراعاة التدرج في ذلك ، استهزاء المدرس أو التلاميذ بالتلميذ الذي يتعثر في القراءة ، المشكلات العاطفية ، فرط النشاط ،اتجاه الوالدين نحو التعليم و غيرها. (ملحم ،، 2002، ص 96،98)

3–1 – أعراض صعوبة القراءة :

– خلط في شكل الحروف المتشابهة أو التي لها رسوم متشابهة.

– إهمال الحروف أو المقاطع الصوتية.
– ترك السطور أو ترك عدة كلمات.
– الحذف : أين يميل إلى حذف الكلمات في القراءة ، و أحيانا يحذف أجزاء من الكلمة المقروءة.
– الإدخال : أحيانا يدخل التلميذ إلى السياق كلمة ليست موجودة به.
–الإبدال : أثناء القراءة يقوم الطفل بإبدال كلمة بأخرى.
– التكرار : بعض الأطفال يلجؤون إلى تكرار كلمات أو جمل ناقصة حيث تصادفهم كلمة لا يعرفونها.
– القراءة السريعة و غير الصحيحة :يميل الأطفال ذوي صعوبات التعلم إلى القراءة بشكل سريع و غير صحيح ، محاولة منهم لتجاوز الكلمات التي لا يستطيعون قراءتها.
– القراءة البطيئة : يقرأ بعض الأطفال ببطء على شكل كلمة– كلمة و ذلك نتيجة للتركيز على الرموز و محاولة فك شفرتها . (سالم و آخرون، 2006 . ص 155)

3–2 صعوبات الكتابة :

3–2–1 تعريف صعوبة الكتابة (La dysgraphie): هي الشكل الثاني من أشكال صعوبات التعلم الأكاديمية التي تتعلق باللغة المكتوبة ، و توصف هذه الحالات بأنها الفشل في إنتاج لغة مقبولة و قابلة للفهم و القراءة بشكل يعكس المعرفة بالموضوع الذي كتب عنه.
فصعوبة التعلم تتشكل سواء في مجال الإملاء أو التعبير الكتابي ، و ترجع مشكلات التعبير إلى القلق ، ضحالة المعرفة ، وعدم القدرة على صياغة جمل مترابطة تراعي القواعد النحوية و التنقيط (وضع النقاط في مكانها) ، و يكثر فيها عكس الحروف و عدم الالتزام بالسطور في الكتابة. (كوافحة ، 2004، ص 128)

3–2–2 عوامل صعوبات الكتابة : لكي يتعلم الطفل الكتابة يجب أن يكون ناضجا بدرجة كافية ولديه الرغبة و الاهتمام في تعلم كيف يكتب، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يطور الطفل التناسق الحركي و صورة الجسم و ضبطه بما يخدم الكتابة و تحديد اليد المفضلة، و لذلك فإن الصعوبات التي يواجهها الطفل في الكتابة ترتبط بالكثير من العوامل ، و يمكن تحديدها في النقاط التالية:

3–2–2–1 عوامل متعلقة بالطفل : و تعرف بالعوامل الفردية و تشمل :

– **العوامل المعرفية العقلية :** و تشير إلى مستوى ذكاء التلميذ و قدراته و استعداداته العقلية ، و كفاءة العمليات المعرفية المتمثلة في الانتباه و الإدراك و الذاكرة ، حيث أن افتقار الطفل إلى القدرة النوعية الخاصة التي ترتبط بالكتابة كالذاكرة البصرية و القدرة على الاسترجاع من الذاكرة تؤثر على هذه العملية.

- **العوامل الانفعالية :** فافتقار الأطفال للتركيز الحسي الحركي و استخدام اليد و الأصابع ، و العلاقة بين الحروف و الرموز و الكلمات تترك بصمة على النواحي الانفعالية ، فيبدو الطفل مكتئب و محبط و يميل إلى الانسحاب من موقف التنافس التحصيلي القائم على استخدام الكتابة و التعبير الكتابي.

- **اضطراب الإدراك البصري :** فتعلم الكتابة يتطلب من الطفل أن يعرف و يميز بصريا بين الأشكال و الحروف و الأعداد و الكلمات على نماذجها ، و كل هذا إذا لم يتعلمه الطفل فإنه يؤدي إلى صعوبات تعلم الكتابة.

- **اضطراب الذاكرة البصرية :** إن الأطفال الذين لا يستطيعون تذكر الأشكال و الحروف والكلمات بصريا قد تكون لديهم صعوبات في تعلم الكتابة و تسمى هذه العملية بفقدان الذاكرة البصرية ، و قد يعود ذلك إلى ضعف استخدام التخيل و التصور لدى هؤلاء الأطفال.

- **نقص الدافعية :** يعتبر نقص الدافعية من الأسباب الهامة في صعوبة تعلم الكتابة ، حيث يبدو الطفل في الفصل الدراسي محبطا ، و الملاحظ على الطفل كثرة الغياب في حصص الإملاء و التعبير و تظهر عليه علامات الاضطراب الانفعالي اتجاه عملية الكتابة ، وقد يرجع هذا إلى دور كل من المعلمين و الوالدين المنعدم ، و ذلك في تشجيع الطفل و استشارته و مكافأته و تعليمه خطوة فضلا عن ميله للعب و اللهو.

3-2-2-2 - العوامل المتعلقة بنمط التعليم و أنشطته و برامجه :

حيث تشير الدراسات و البحوث إلي أن دور المدرس و نوعية التدريس يضلان العاملان الرئيسيان المدعمان لتعلم التلميذ ، فنوعية و فعالية التدريس يتيحان الفرصة للتلميذ في تحصيل أكاديمي جيد .

3-2-2-3- العوامل الأسرية و الاجتماعية : فكل منها يلعب دورا في تنمية و تطوير عملية التعلم للطفل ، كاختفاء دور الأسرة مثلا في متابعة الطفل ، فالكتابة مهارة تتطلب التدريس المستمر والمتابعة الدائمة، فلا شك أن وقعت الحصة في المدرسة لا يكفي لتدريب الطفل على الكتابة الصحيحة ، لذلك يجب أن يتابع من طرف الأسرة على إتقان و تحسين الكتابة اليدوية ، فالفشل و الإهمال يؤثر على عملية اكتساب الطفل لمهارة الكتابة. (عوض ،ص ص 170 ،171)

3-3 – أعراض صعوبة الكتابة :

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

- عدم تنظيم الكتابة (الأفكار أثناء الكتابة)
- مشكلة في التعبير عن الأفكار الجيدة على الورقة.

– يفتقر التلميذ إلى العرض الواضح للكتابة (عدم تجانس الكتابة بخلط الحروف و إدخالها في بعضها).
– مسك القلم بصورة خاطئة يجعل خط اليد مشوه و غير واضح.
–حجم الأحرف و تباعدها غير ملائم ككتابة الحروف المتصلة في الكلمة بصورة منفصلة.
– ضعف القابلية للرسم (فالكتابة هي عبارة عن رموز ترسم).
– التنظيم السيئ للفقرات .(كوافحة ، ص 131)

4– صعوبة الحساب : (La dyscalculie)

4–1 تعريف صعوبة الحساب (عسر الحساب): تعتبر صعوبة الحساب من أشكال الصعوبات التعليمية الشائعة بين ذوي صعوبات التعلم ، حيث تعرف على أنها : " عدم قدرة التلميذ على التعامل مع الأرقام و كذلك المعادلات الرياضية ، بالإضافة إلى وجود مشكلات في إجراء العمليات الحسابية و في حل المسائل و التي تكون ناتجا لمشكلات في تطبيق المهارات الحسابية. (سالم و اخرون،ص160)
– الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطراب يجدون صعوبة في إعادة رسم الأشكال الهندسية ، و يمكن أن تلاحظ مع كل هذا بعض الصعوبات في القراءة و التعبير. (بوبازين، ص 179)

4–2 عوامل صعوبة الحساب : (عسر الحساب)

– **إصابات المخ :** لقد أوجد بعض الباحثين أن المنطقة الصدغية هي المسؤولة عن إجراء العمليات الحسابية ، و أن أي خلل في هذه الأجزاء سوف يؤدي إلى ضعف في المهارات الرياضية ، و أن الأداء الرياضي الجيد يتطلب سلامة هذه المناطق ، و تعكس مشكلات الحساب الخلل الوظيفي.
– **نسبة الذكاء :** فقد أشار العديد من العلماء إلى أن تعلم الرياضيات يرتبط بنسبة ذكاء لا تقل عن المتوسط ، و ما يرتبط بها من قدرات رياضية مثل القدرة العددية أو القدرات الهندسية أو القدرة الاستدلالية ، رغم أن التسليم بأن ذوي صعوبات التعلم لا يدخلون صمن فئات المتخلفين عقليا و إنما هم أقرب إلى المتأخرين دراسيا و بطيئي التعلم. – الصعوبات اللغوية :| اللغة ضرورية لتعلم الحساب حيث أنها تؤثر فيه و في فهم الألفاظ الموجودة بالمسألة و فهم المفردات اللغوية ، و تؤثر أيضا على القدرة على قراءة المسألة، و يبدو أن الكفاءة في اللغة ذات تأثير مهم على الانجاز الحسابي عموما ، فالعيوب اللغوية التي تعيق القراءة قد تعيق الحساب . – اضطراب الذاكرة: * صعوبة التذكر البصري: و المتعلقة باستدعاء الأرقام و الأشكال و التعرف عليها. * صعوبة التذكر السمعي : و المتعلقة بالشروح المتعلقة بالدروس و استرجاع مضمونها عند حل المسائل الحسابية.
* **القصور الإدراكي :** الإدراك الحسي هو العملية التي يتم بواسطتها التعرف على المعلومات المستمدة من المحيط الخارجي عن طريق الأعضاء الحسية ، إذا كانت هذه الأعضاء سليمة و لا تزال المعلومات غير قادرة على الانتقال ، فمن المفترض أن يكون هناك اختلال وظيفي في الجهاز المركزي ، و تنتشر مشاكل الإدراك الحسي بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم، فيحدث تحريف للرموز و العلامات و

الكلمات ، فعلى سبيل المثال يخلط الأطفال بين علامتي (+ ،−) و يخلط الأخرون بين الرقمين(9 ، 6)، ومنهم من يعجز عن قراءة الأعداد المركبة بصورة صحيحة مثل(17،71).(كوافحة ،ص 140−141)

العصابات و الذهانات والحالات الحدية

اولا: العصابات

يعد العصاب اضطراب وظيفي في الشخصية، وهو حالة مرضية تجعل الفرد أقل تكيفا مع الحياة العادية، بالإضافة الى أن الاضطرابات العصابية هي أكثر الاضطرابات حدوثا، ومما يلاحظ أن هناك عددا من الناس لديهم اضطرابات عصابية ويعيشون بها طوال حياتهم ولا يفكرون أبدا في استشارة معالج نفسي، ويوجد العصاب في كل الثقافات وكل الطبقات الاجتماعية ويحدث أكثر لدى الاناث منه لدى الذكور.

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

و يصنف العصاب الى: قلق عام وتوهم المرض والضعف العصبي(النوراستانيا)، الفوبيا، والهيستريا وعصاب الوسواس والقهر والاكتئاب ويضاف الى ذلك أنواع أخرى من العصاب مثل عصاب الحرب وعصاب السجن. الخ.

- **الشخصية العصابية :** العصاب هو أصل الشخصية العصابية ، وتتسم الشخصية العصابية بعدد من الخصائص أهمها القلق، نقص النضج العجز عن العمل بكفاءة، عدم تحمل الضغط ونقص تقدير الذات والخوف والتوتر والتهيج والاعتماد والتمركز حول الذات والانانية والسلوك الجامد المتكرر، الشكاوي الجسمية، اضطراب العلاقات الاجتماعية ونقص البصيرة ووجود المشكلات وعدم الرضا وعدم السعادة، والحساسية النفسية (وخاصة في مواقف النقد والاحباط) والشخصية العصابية تؤدي بصاحبها الى سوء التوافق النفسي مما يؤثر تأثيرا سيئا على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة ويعوقه عن أداء واجبه كاملا، ويعوقه عن الاستمتاع بالحياة وعلى الرغم من هذا فإن السلوك العام للمريض وان كان مضطربا فإنه يظل في حدود العادي، أو أن تكون غرابته معقولة لأنه يساير المعايير الاجتماعية والمريض يحافظ على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته ويشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج
والشفاء ويتعاون مع المعالج.

- **الأعراض العامة للعصاب:**

-اختلال جزئي في جانب معين من جوانب شخصية الفرد العصابي اذ يمكنه مساعدة نفسه، ويطلب مساعدة الآخرين له.

- استمرارية الاتصال بالواقع دون انقطاع، ويسعى الفرد العصابي لأن يتكيف مع الحياة قدر الامكان لكنه يشعر بتشاؤم كبير عندما يعجز عن تحقيق حياة سعيدة لنفسه -محاولات مستمرة لممارسة الدور الاجتماعي والاتصال مع غيره من أفراد المجتمع الا أن هذه المحاولات غالبا ما تكون مصحوبة بمشاعر القلق والضيق والتوتر اذ يسعى الفرد العصابي للتخلص من هذه الأعراض النفسية القاسية. اضطراب في العمليات العقلية العليا، وتأخذ أشكالا متعددة منها تفكير لا منطقي وغير منظم، و البطيء في الفهم والادراك وضعف القدرة على التذكر وكثرة النسيان والرتابة في الأداء ونقص في الانجاز ، والشعور بالقصور وعدم امكانية تحقيق أهداف الحياة.

-الجمود والسلوك التكراري (الاصرار على الرتابة ، وقصور الأساليب التوافقية. الاحساس الدائم بالاضطرابات العضوية، وتأخذ أشكالا متعددة منها: هضمية، تنفسية، فقدان الشهية للطعام، صعوبات النوم ..الخ.

-اضطرابات انفعالية واضحة تأخذ أشكالا متعددة كسرعة الغضب والاهتياج.

أسباب العصاب:

- **النظرية التحليلية :** ترد النظرية التحليلية العصاب الى عقدة أوديب غير المحلولة وكذلك فشل الأنا في التوفيق بين الهو و الأنا الأعلى.

وقد ركز التحليل النفسي أيضا على الآليات العقلية في تجنب الصراع واعتبر أن أهم آلية الكبت ومن الكبت ومحاولة رفع الكبت تنشأ مختلف أمراض العصاب والتحليل النفسي الذي يحول عملية الكبت الى افضاء وتذكر واعتراف وتفريغ (Catharsis) ما في اللاشعور من عقد.

✓ **كارل يونغ :** قسم كارل يونغ الشخصيات الى نوعين:

- **النوع البسيط :** الميال الى الخارج، المفتوح على العالم، المتفائل النشط.
- **النوع الانطوائي:** المرتد الى الداخل المنغلق على نفسه أو على عالمه الداخلي، يكون خجول، هادئ وبطيء، حساس)

وتنشأ الأمراض النفسية من الاندفاع والالحاح على تلك الطباع أو من محاولة مقاومتها وتبني الطباع الأخرى غير الملائمة لطبيعة الفرد.

✓ **آلفريد آدلر:**

يرى أن شعور الانسان بالنقص يدفعه الى التعويض بالحصول على القوة او الجاه أو الشهرة فاذا استطع التعويض زال شعوره بالنقص وأصبح التعويض وسيلة لطمأنة وتعزيز النفس أما اذا فشلت الميكانزمات الدفاعية في ايجاد تعويض مناسب، يتحول الشعور بالنقص الى "عقدة النقص" وهذه هي مصدر الأمراض النفسية والعصاب حسب آدلر.

- **النظرية السلوكية:** يرى أصحاب هذه النظرية أن الأمراض العصابية ماهي الا عادات تعلمها الانسان من أجل تخفيض درجة قلقه وتوازنه أو مخاوفه، وبالتالي فإن ذلك يؤدي الى نوع من الارتباطات تمت بصورة مرضية.
- **النظرية المعرفية:** يتحدد السلوك حسب المعرفيين بأفكار ومعتقدات وتوقعات الفرد، ومن تم فإن سلبية أو خطأ هذه الأفكار يؤدي الى استجابة الفرد بسلوكات سلبية أو مرضية.

علاج العصاب:

تتعدد الاتجاهات العلاجية اليوم وتصل من 300 الى 400 علاج نذكر منها: العلاج التحليلي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي ، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الاسنادي، العلاجات القصيرة ..الخ.

- **العلاج التحليلي:** يعتمد العلاج التحليلي الكلاسيكي بالدرجة الأولى على العلاقة العلاجية الدينامية واستعمال طرق كالتفريغ او تطهير انفعالي والتداعي الحر بالإضافة الى تحليل تحويل المريض ومقاومته وكذا تحليل الأحلام من أجل اكتشاف الدوافع اللاشعورية المسؤولة عن العصاب.
- **العلاج السلوكي:** يقوم هذا العلاج على اطفاء المنعكسات المرضية الشرطية أي الأعراض المكتسبة والعمل على بناء منعكسات شرطية جديدة وسوية عوضا منها ويؤدي ذلك الى تخلص المريض من مرضه.

العلاج المعرفي : تنحصر مهمة المعالج المعرفي في البحث عن أفكار المريض واعتقاداته والتحديد الدقيق لها ثم تحليلها وبالتالي دحضها أو نفيها وفي الأخير استبدالها بأفكار أكثر منطقية وهذا ما يؤدي حتما الى القضاء على معاناة المريض.

- **العلاج المعرفي السلوكي:** نتج هذا العلاج نتيجة التزاوج الذي وقع بين التناول المعرفي والتناول السلوكي وظهرت فنيات علاجية جمعت بين الطرق السلوكية والطرق المعرفية أثبتت فعاليتها في علاج الأمراض النفسية.

- **مآل العصاب:** يعتبر مآل العصاب أفضل بكثير من مآل الذهان أو الاضطرابات عضوية المنشأ ويلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسن والشفاء الى 90 % أو أكثر وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيا (حوالي 40% الى 70 % من الحالات حيث يحدث تغير في حياة المريض.

ثانيا:الذهانات

يعد المرض العقلي (الذهاني) اضطراب خطير في الشخصية ككل يظهر في شكل اختلال شديد في القوى العقلية والادراك والحياة الانفعالية بالإضافة الى العجز في ضبط النفس والتعاملات الشخصية والاسرية والعمل كما أن المريض الذهاني لا يعترف بأعراض وأسباب مرضه ولا تقوم عمليات الكف والمقاومة لديه بعملها فيما يجعله خطير على نفسه والآخرين ويستدعي ادخاله الى المستشفى وخضوعه للعلاج الطبي وكذا النفسي.

- تصنيف الذهان :

يصنف الذهان الى نوعين هما:

1-الذهان العضوي:

هو مرض عقلي ذو أصل عضوي فسيولوجي ويحدث نتيجة تلف في الجهاز العصبي ووظائفه تؤدي الى اضطرابات حادة في الوظائف النفسية (مثل وظيفة التفكير المجرد والكلام والحركة).

مثال: الأورام المخية وجنون الشيخوخة وجنون الادمان على الخمر والمخدرات.

2-الذهان الوظيفي:

هو مرض عقلي ذو أصل نفسي ولا يرجع الى أي سبب عضوي.

مثال: الفصام ، ذهان الهوس والاكتئاب البارانويا ..الخ.

- أعراض الذهان:

يتصف الذهان بأعراض هي:

1- **التفكك :** لا يستطيع المريض أن يربط بين أفكاره في كل متماسك كما لا يمكنه الحكم أو التمييز أو التفكير بوضوح ويقبل المريض دون نقد أفكار غير متلائمة مع الظروف، فإذا وصل التفكك الى درجة عميقة جدا يبدو على المريض الارتباك وعدم القدرة على ادراك أي شيء بوضوح فلا يشعر بالحوادث الخارجية الا بصورة مبهمة غامضة.

2- **التبلد الانفعالي والانسحاب الاجتماعي:** فالمريض قد يبدو متبلد المشاعر تماما، حيث لا يحزن ولا يفرح ولا يظهر أي نوع من أنواع الانفعال مهما كانت الظروف أو المواقف فسطحية المشاعر تشير الى انحراف في الاستجابة الانفعالية (أي التعبير عن الانفعال).

يميل كثير من مرضى الذهان الى الانسحاب من المجتمع ويبدو أن السبب في ذلك يرجع الى قدر كبير من التبلد الانفعالي والبعد عن الناس وتجنب الحديث معهم، والانسحاب يساعدهم على الاستمرار في الانفصال عن الواقع.

3-**سوء التوافق الشخصي والعائلي والاجتماعي بصفة عامة** .اذ يتصف سلوك الفرد الذهاني بالسلوك اللاجتماعي وميله الى عدم اعطاء المعايير الاجتماعية أي اعتبار لعدم ادراكه لقيمتها وغالبا ما يكون في بدء اصابته في صراع معها فضلا عن رغبته في البقاء بمفرده وتفضيل العزلة عن الناس.

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

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

6- وجود هذاءات وهلاوس وأوهام:

1.6. الهذاءات: Délires

أفكار خاطئة يعتقد المريض بصحتها رغم عدم وجود أي أساس لها في الواقع، ولا جدوى من اقناع المريض بخطأها ومن أهم الهذاءات:

- **هذاءات الاضطهاد:** وهي الأكثر شيوعا لدى مرضى الفصام، فقد يعتقد المريض أن بعض الأشخاص يتآمرون عليه، أو أن المخابرات تحاول خطفه أو قتله أو أنه مضطهد من زملاءه أو رؤساءه.
- **هذاءات العظمة:** يعتقد المريض أنه مخترع كبير أو واسع الثراء أو يعتقد أنه ملك أو نبي ...الخ.

2.6 الهلاوس :Hallucinations

وهي اضطرابات في الادراك الحسي تحدث في غياب المثير الخارجي فيرى المريض أشياء أو اشخاص ويسمع أصواتا ويشم روائح لا وجود لها فعلا أما في حالة هلوسة اللمس فيشعر المريض أن حشرات تمشي على جسمه مثلا، كما تحدث أحيانا هلوسات المذاق الحلو أو المر.

3.6. الأوهام: Illusions

وهي شبيهة بالهلوسة الى حد ما وتعرف أيضا بالخداع البصري وهي تختلف عن الهلوسة لأنها تصدر عن منبه خارجي بخطأ في تأويله كأن يؤول المريض ربطة العنق الموجودة فوق كرسي ثعبان.

- **أسباب الذهان:** يرجع الذهان الى العوامل الوراثية بالدرجة الأولى، بالإضافة الى أسباب أخرى كإحباطات البيئة والصدمات العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة بالإضافة الى العلاقات الأسرية المضطربة وتأخر النمو واضطراب الشخصية خاصة في جوانبها الاجتماعية والانفعالية مما يؤدي الى سوء التوافق.

أما بالنسبة للذهان العضوي فأسبابه عضوية بحتة .

- **علاج الذهان:**

يكون علاج الذهان بالمركبات الكيميائية وحينما يصبح الاتصال ممكنا يمكن استخدام

- **العلاج النفسي.**
- **مآل الذهان:** تكون نتائج العلاج غير مؤكدة وغير مضمونة في أحوال كثيرة والنكسات محتملة والتدهورشائع خاصة اذا تأخر العلاج.
- **اهم الفروق بين الذهان والعصاب**

اولا :العصابيون

أشخاص يتميزون بسهوله الانفعال وتعساء تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة كالخوف من بعض الموضوعات أو الخوف الشديد من المرض الجسمي مما يصبغ حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر لكنهم في العادة قادرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض اللحظات العصابيه في حياتنا اثر ازمه أو خبرة من الخبرات المؤلمة في الحياة.

ثانيا :الذهانيون

فهم طائفة أخرى يطلق عليهم أحيانا اسم المرض العقلي وهم باختصار طائفة من الناس التعساء ولكنهم خطرون وعديمو الفاعلية وهم عادة ما يعجزون عن العمل والتكيف مع الحياة دون عون من الآخرين اضطراباتهم حاسمه وخطرة وتمس التفكير أو السلوك الاجتماعي أو المزاج أو كل هذه الجوانب.

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

ثالثا: الحالات الحدية

يبعث مفهوم الحالة البينية (état limite » (Borderline) إلى مفاهيم الحدود بين السوي و المرضي ، بين العصاب و الذهان، و تشير إلى تنظيمة خاصة للشخصية. و مازالت وجهة نظر السيكوديناميةقائمة ليومنا هذا ،كما أن المعايير التشخيصية الأكثر استعمالا معايير التصنيف الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM IV و التصنيف الدولي للأمراض CIM

1- **تعريف الحالات الحدية أو البينية:** الحالات الحدية أو البينية هي فئة مرضية تقع بين العصاب و الذهان، تشكل حد فاصل بين الاضطراب النفسي الخفيف والاضطراب النفسي الحاد و التنظيم الحدي غير مستقر إلا أنه أكثر تطورا من البنية الذهانية لأن الأنا لديه متطور مقارنة بالذهاني فالتنظيم الحدي قد تجاوز انفجار الأنا و يسير وفق التبعية الإتكالية للموضوع. (Gohier & Rannou-Dubas، 2002) يمثل هذا المصطلح مركز تتجمع حوله كل الاختلالات ذات البناء النفسي غير المنتظم و هو مصطلح يتناسب جيدا مع مفهوم " الحيز البيني" أو الانتقالي الذي أقترحه وينكوت Winnicott. وقد ساهمت أعماله في فهم تشكيلات البنية المسماة " التنظيمات الحدية " (سي موسى ، 2010، ص.3). و يشير إلى التأرجح السيكولوجي الذي يتمثل في عدم استقرار صورة الذات (راشد/ طفل، سعيد/ حزين، قد ينجح/ قد يفشل). (عمارجية ، 2010، ص20)

كان فرويد قد ميز بين العصاب والذهان. ثم و في وقت لاحق، انتبه الأطباء إلى أن عددا من مرضاهم يقدمون الاضطرابات لا تنتمي للسجل العصابي ولا الذهاني. بل في الحدود بين العصاب والذهان. وعليه فإن الحدود بين الأنا و الواقع تكون غامضة. فليس هناك حدود واضحة بينه وبين العالم الخارجي، و لا بين الداخل والخارج. لا ينفي الواقع بالكامل، و لكن الأنا يحدث لها تقلبات و تشوه حتى تتكيف مع هذا الواقع، فالأنا يضحي بنفسه و بوحدته الخاصة، قد يصل الى تمزقه، تصدعه و تجزئته. لذا فغالبا ما يظهر قلق التجزئة بكثرة في المجال النفسي للفرد البيني. وهذا التشويه هو ما يؤدي إلى اضطراب الهوية، اضطراب الفكر العلاقة اضطراب في الفضاء و الزمان.

2- الخصائص المميزة للحالات الحدية :

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

1- الحالات الحدية تتميز أساسا و بالدرجة الأولى؛ بفقدان السيطرة على انفعالاته و التي يعبر عنها "بالفيضان الانفعالي" بأتم معنى الكلمة بحيث يكون خاضعا لها.لأن الحدي جد حساس لما يأتيه من الخارج، فان الخاصية الأساسية الثانية له تتمثل في: عدم التوازن سواء كان في علاقته مع الآخر (كونه يسعى للتكيف مع مزاج الآخر، و مزاجه الخاص الذي لا يمكنه التحكم به، في صورة الذات) ، و في التعبير عن عواطفه (كأن يكون منفتح و جد معبر في بعض الأوقات و منطوي في أوقات أخرى)

2- يحتاج الحدي للآخر و في الوقت ذاته يخشاه فهو من جهة يبحث عن المساعدة المساندة و عن الدعم الخارجي لأجل ملء فراغاته و التخفيف من قلق الهجر لديه و خوفه من الفراغ و بسبب نفاذية حدوده من جهة أخرى، فهو يخاف من الاختراق أو أن يتعرض للتهديد في تكامله و وحدته. يعيش في عالم منضبط إن صح التعبير، فإما أن يكون العالم اسودا أو ابيضا، غير انه يمكن أن ينتقل ويتأرجح من طرف الأخر بسرعة كبيرة.

3- في علاقاته الاجتماعية، العاطفية يكون الآخر مثالي و ممجد لمدة من الزمن، ثم يرى الخطأ و عدم الكمالية و يحدث زوال الوهم، فإما أن تتعمق مثاليته للموضوع أكثر فأكثر إن وجد ما يغذيها، أو تتأرجح نحو الرفض و فقدان القيمة و التحقير التام له. غالبا ما تؤدي هشاشة الاحتواء النفسي للعبور إلى الفعل، قد تكون عنيفة و عدوانية نحو الذات أو الآخر.

3- الوصف الإكلينيكي للحالات الحدية:

يمكن أن يظهر لدى هؤلاء المرضى أي عرض عقلي. و تتمثل اعراضيتهم كما ذكرها (Guelfi , & Chaine.4-5 1999, p.p) في:

1- **القلق** : يكون منتشرا و عائما، يتميز بسهولة غزو المريض. و بالنسبة لبارجوري، فإنه يوازيه بقلق فقدان الموضوع (الهجر)، يتعلق بفقدان المعنى المعطى للحياة أو الشعور بانعدام التناسق الداخلي حسب تعبيره و يعبر القلق عن عجز الفرد على الربط بطريقة فعالة في دفاعاته و التحكم بها.

2- **أعراض بمظاهر عصابية** : تكون غير مستقرة و متقلبة عبر الزمن، ترتبط بطريقة متغيرة 1/4 منها تكون الأعراض ذات مظهر وسواسي، 1/4 منها تأتي بمظهر هستيري قد تأتي على الشكل التحويلي غير النمطي، هروب تفككي، فقدان الذاكرة... و 1/4 المتبقي من الأعراض تأخذ المظهر الهيبوكندري.

3- **اضطرابات المزاج:** 40-50% من الحالات الحدية يعانون من التناذر الاكتئابي. و يعتبرها عدد من الباحثين أنها العنصر المركزي لنمط التنظيم البنائي للفرد الحدي، وهو ما يؤكد عليه بارجوري بقوة. يتعلق الأمر غالبا بحالة اكتئابية دون بطء سيكوحركي و دون تأنيب للضمير . و في مقابل ذلك هناك فقدان الأمل، العجز العام، الشعور بالفراغ خاصة، وكذا شعور بالغضب و العدوانية.

4- **اضطرابات السلوك من النمط الاندفاعي** : يمس مجمل حياة الفرد غياب الاستقرار العاطفي، المهني... يظهرون عجزا في الترميز و العبور إلى الفعل كجزء لا يتجزأ من النموذج العلائقي لديهم، تشير لهشاشة الأنا، و التناوب بين التبعية / الاكتفاء الذاتي، التمجيد خفض القيمة الاندماج الهروب، مطالب مكثفة قلق الهجر. و يعتبر التلاعب العدواني بالآخر هو ما يميز نموذجهم العلائقي. يمتازون بسلوكات العبور إلى الفعل، سلوكات التبعية و الخضوع، و سلوكات ضد اجتماعية...

5- **الحالات العقلية الحادة:** تأتي على شكل إنفكاكات تظهر بشدة في أوقات القلق الشديد و يمكنها أن تكتسب طابع اضطرابات الشعور ذو المظهر الغموضي. و يتعلق الأمر كذلك بحلقات وجيزة من الأمراض العقلية مع موضوعات هذيانية غالبا ذات نمط اضطهادي. غالبا ما تعبر هذه الحالات عن رغبة جامحة لطلب المساعدة الطارئة، يكون فيها الشفاء سريعا. قد تأتي من نمط المحاولات الانتحارية ،من نمط هجمات الذعر و الهلع، تجارب هذيانية عابرة تستجيب للاستشفاء: بارانويا غير هلاوسي، أفكار غريبة.

7 - الأمراض النفسية الناجمة عن البنية الحدية تنقسم كما جاءت في (عمارجية،2015، ص.43) تتمثل في:

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

2- **الاكتئاب البيني:** هو حزن مرضي مع بطء في التفكير، في الحركات و عدم حب الذات، نتيجة لسبب داخلي بنائي (قلق، فقدان الموضوع للتنظيم البيني و ليس خارجي، انفجاري أي فقدان الموضوع جمالي.

3- **الميلانخوليا:** يصاب الملونخولي بالخمول، جالس لا يتحرك، الرأس منحني، وجهه مصفر و حزين، نظره ثابت، غير قادر على أي جهد عقلي كلامه قليل حزن عميق، لا يشعر بالتشجيعات الخارجية، يتألم في صمت، بدون عاطفة، له أفكار تعيسة و الشعور بالذنب، لا يأمل في المستقبل و يكره نفسه.

4- **اكتئاب عصابي (الاستجابي):** متجاوز النسبة المعقولة و لكن يفهم لأنه مرتبط بأحداث و صراعات يعيشها المريض فعليا احباطات ، طموحات في خيبة، حداد، حالة ترك إرهاق، فشل) أي عكس الميلانخوليا التي تظهر بدون أسباب خارجية تفهم.

5-**الهوس:** فرح و هوس مرضي، فيه سرعة الوظائف النفسية و الحركات أي الشخصية بكل أوجهها في نشاط كثيف، الشعور بالنشوة و السهولة، يتكلم و ينتقل كثيرا من موضوع إلى أخر، يصرف النقود كثيرا، لباسه مبعثر و له سهولة في إقامة العلاقات فلا يتعب و لا يخجل.

6- **الإدمان على المخدرات:** يحاول المدمن الهرب من الضغوطات المقلقة التي تثيرها صعوبات الحياة اليومية، كما أنه يبحث عن ملذات جديدة، ويخلف استهلاك المخدرات تبعية نفسية لأجل الهروب من كل و البحث عن الانفعالات السهلة و السريعة، التبعية الجسمية و عبودية نحو المخدرات، هذه الأخيرة التي تشوه الوظائف السليمة للفرد.