

الفصل الثاني

الاطار النظرى

مقدمة

أولاً: الانغلاق النفسى:

- ١- تطور البحث فى ظاهرة الانغلاق النفسى.
- ٢- الصورة الاكلينيكية لحالات الانغلاق النفسى.
- ٣- اسباب الانغلاق النفسى.
- ٤- اعراض الانغلاق النفسى.
- ٥- الانغلاق النفسى وبعض الاضطرابات الاخرى عند الأطفال.

- التخلف العقلى.

- فصام الطفولة.

- ذهان التكافل.

- اضطراب ريت.

- اضطراب اسبرجر.

- عاقبة الصمم.

ثانياً: المتغيرات المعرفية:

- الذكاء.

- الادراك.

- الانتباه.

- اللغة.

ثالثاً: المتغيرات غير المعرفية:

- النضج الاجتماعى.

- الخصائص السلوكية.

الفصل الثانى

الاطار النظرى

مقدمة:

تزايد الاهتمام فى الأونة الأخيرة بالاضطرابات التى تصيب الأطفال وتؤثر على ارتقائهم وتعوقهم عن ممارسة حياتهم باستقلالية عن مجتمعهم أو أسرهم. وتعتبر إعاقة الانغلاق النفسى من الاعاقات التى يحوطها الكثير من الغموض سواء فى أسباب الإصابة أو أساليب التشخيص أو طرق العلاج. كما أن تشابه بعض أعراض إعاقة الانغلاق النفسى مع بعض أعراض الإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلى، فصام الطفولة، وغيرها من الإعاقات الأخرى المتداخلة قد يؤدي إلى التشخيص الخاطىء. ومن ثم كانت الدراسة الحالية محاولة لتشخيص بعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسياً، الأمر الذى يساعد على التشخيص الفارق بين إعاقة الانغلاق النفسى والإعاقات الأخرى المشابهة. وسوف يتناول الباحث فى هذا الفصل عرض ظاهرة الانغلاق النفسى من حيث: تطور البحث فى الظاهرة، الأمر الذى يساعد على معرفة بداية اكتشاف إعاقة الانغلاق النفسى، والمراحل التى مرت بها، وما وصلت إليه حتى الآن. كما يتناول أسباب الظاهرة وأعراضها الأمر الذى يساعد على معرفة خصائصها المميزة، وكذا يتناول الانغلاق النفسى وبعض الإعاقات الأخرى المشابهة مثل التخلف العقلى، فصام الطفولة، ذهان التكافل، اضطراب ريت، اضطراب اسبرجر، إعاقة الصمم. الأمر الذى يساعد على التشخيص الفارق بين إعاقة الانغلاق النفسى وغيرها من الإعاقات الأخرى المتداخلة.

أولاً: الانغلاق النفسى:

١- تطور البحث فى ظاهرة الانغلاق النفسى:

يرجع اكتشاف هذا النوع من الإعاقة إلى عام (١٩٤٣) حيث وصف (ليوكانر) Leokanner مجموعة من الأطفال وعددهم أحد عشر طفلاً بأنهم لم يرتقوا بصورة سوية فى علاقتهم بالآخرين حيث كانت قدرتهم اللغوية محدودة للغاية ولديهم ميل لتكرار نفس السلوك مرات عديدة، واقترح (كانر) مصطلحاً لوصف هؤلاء الأطفال بأنهم حالات (Autism).

(عمر بن الخطاب خليل ، ١٩٩٣ ، ٣٤٩)

وبالرغم من قيام (كانر) في الأربعينيات بتصنيف هؤلاء الأطفال على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات، إلا أنه في ذات الوقت كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من فصام الطفولة، بل وكانت أعراض الانغلاق النفسى تعتبر جزءاً من أعراض الفصام.

(O'gorman, Gerald, 1970, 6)

ثم توالت الأبحاث والدراسات في محاولات عديدة للتصدى لجميع جوانب الظاهرة وخاصة الجانب التشخيصى. ويذكر عثمان فراج (١٩٩٦) ان الدليل الاحصائى لتشخيص الأمراض العقلية الذى يصدره الاتحاد الأمريكى للأطباء النفسيين لم يتضمن اى إشارة لإعاقة الانغلاق النفسى لا فى إصداره الأول (D.S.M.I) عام ١٩٥٢، ولا فى إصداره الثانى (D.S.M.II) عام ١٩٦٨، ولم يتم الاعتراف بهذا الخطأ إلا فى عام ١٩٨٠ حينما نشرت الطبعة الثالثة من الدليل الاحصائى لتشخيص الأمراض العقلية (D. S. M. III) الذى يصدره الاتحاد الأمريكى للأطباء النفسيين والتي فرقت بوضوح بين الفصام وبين الانغلاق النفسى، حيث أكدت ان الانغلاق النفسى ليس مجرد حالة مبكرة من الفصام ، ويتضح فى هذا الإصدار تسجيل حالات أوتيزم الطفولة Infantile Autism ضمن مجموعة جديدة هي الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) Pervasive developmental disorder ولم يستقر الحال هكذا، فبعد مرور بعض سنوات وبالتحديد عام ١٩٨٧ تم إصدار دليل حديث معدل (D. S. M. III R)، وظهر فيه اسم إعاقة الانغلاق النفسى Autism كنوع قائم بذاته مع وصف تفصيلى لأعراض الانغلاق النفسى.

(عثمان فراج، ١٩٩٦)

ويذكر عمر بن الخطاب (١٩٩٧) ان محكات تشخيص إعاقة الانغلاق النفسى الواردة فى الإصدار الثالث المعدل (D.S.M.IIIR) هي:

يتم تشخيص الطفل على أنه حالة انغلاق نفسى إذا توفرت فيه ثمانية أعراض على الأقل من مجموعات الأعراض (أ)، (ب)، (ج)، مع ضرورة وجود عرضين على الأقل من كل مجموعة من المجموعتين (أ)، (ب)، وعرض واحد من المجموعة (ج)، هذا بالإضافة إلى المجموعة (د) وهذه المجموعات هي كالتالى:

المجموعة (أ): قصور واضح فى التفاعل الاجتماعى يظهر كالاتى:

- ١- عدم القدرة على تفهم مشاعر الآخرين أو إدراك وجودها.
- ٢- غياب الرغبة فى اللعب مع الرفاق أو شذوذ أساليبه إن حدث.
- ٣- عدم القدرة على التقليد.
- ٤- شذوذ الاستجابة الانفعالية للمثيرات البيئية.
- ٥- غياب القدرة على الاندماج فى جماعات مرجعية أو تكوين صداقات.

المجموعة (ب): قصور واضح فى الاتصال واللعب التخيلى ويظهر فى:

- ١- عدم القدرة على الاتصال.
- ٢- شذوذ واضح فى الاتصال غير اللفظى.
- ٣- غياب النشاط التخيلى.
- ٤- شذوذ واضح فى الحصيلة اللغوية.
- ٥- شذوذ واضح فى شكل ومضمون الكلام (مثل ترديد الكلام).
- ٦- قصور واضح فى القدرة على المبادأة أو الاستمرار فى الحديث.

المجموعة (ج): محدودية الأنشطة والاهتمامات وتظهر فى:

- ١- حركات جسمية نمطية.
- ٢- الإصرار على تحريك أو اللعب بأجزاء الأشياء (مثل تحريك عجل السيارة فقط).
- ٣- توتر واضح مع أى تغير بسيط فى البيئة.
- ٤- إصرار غير منطقى على الروتين اليومى.
- ٥- محدودية واضحة فى الاهتمامات.

المجموعة (د): يظهر اضطراب الانغلاق النفسى خلال مرحلة الطفولة المبكرة قبل اكتمال العام الثالث من العمر.

(عمر بن الخطاب، ١٩٩٧، ٢٦-٢٧)

ومع الجهود المستمرة حول إصدارات أخرى حديثه أكثر دقة وشمولية. ذكر كابلان وآخرون (١٩٩٥)، Kaplan, et al., أنه ظهر بعد ذلك الإصدار الرابع عام ١٩٩٤ (D. S. M. IV 1994) حيث تناول هذا الإصدار قائمة تشخيصية أكثر دقة لتشخيص الانغلاق النفسى، حيث أنه رصد مجموعة من الأعراض التفصيلية لابد من التأكد من وجودها حتى يمكن تشخيص حالات الانغلاق النفسى، كما أنه أضاف شرطا آخر إلى الأعراض وهو ألا تكون الحالة وصفا لاضطراب ريت Rett Syndrome، وهذه القائمة هي كالتالى:

قائمة تشخيص اعاقاة الانغلاق النفسى:

أولا: لابد من التأكد من وجود ٦ عناصر أو أكثر من البنود الثلاثة التالية: على شرط وجود عنصرين من البند الأول على الأقل، وعنصر واحد من البند الثانى، وعنصر واحد من البند الثالث، والبنود الثلاثة هي:

البند الأول: القصور النوعى فى التفاعل الاجتماعى ويشتمل على العناصر التالية:

- ١- قصور واضح فى استخدام التواصل غير اللفظى مثل التواصل البصرى ، وتعبيرات الوجه، وحركات الجسم ، الإيماءات المختلفة فى التفاعل الاجتماعى.
- ٢- قصور فى نمو العلاقات الملائمة بالنسبة لمستوى النمو.
- ٣- نقص التلقائية فى المشاركة والاستمتاع ، والتشوق للعمل مع الآخرين كما يبدو فى نقص ظهور أو وضوح الأهداف الخارجية الجذابة.
- ٤- نقص التبادل الاجتماعى أو العاطفى.

البند الثانى: القصور النوعى فى الاتصال ويشتمل على العناصر التالية:

- ١- تأخر أو نقص كلى فى نمو أو تطور اللغة (لا يتم تعويضه بواسطة الطرق البديلة للاتصال كالإيماءات).
- ٢- قصور فى القدرة على المبادأة فى المحادثة مع الآخرين والاستمرار فيها .
- ٣- التكرار المتواصل والترديد اللغوى لبعض الالفاظ (الاجترارية).
- ٤- نقص فى اللعب الاجتماعى المناسب لمستوى نمو الطفل.

البند الثالث: القصور فى السلوك والأنشطة، ويشتمل على العناصر التالية:

- ١- الاستغراق الكامل مع واحد أو أكثر من النماذج التكرارية، والتي تكون غير سوية فى الشدة أو القوة.
- ٢- الالتصاق الجامد غير الهادف بالروتين أو الطقوس.
- ٣- حركات تكرارية (حركات اليد وحركات الأصابع وحركات الجسم).
- ٤- الانشغال المتواصل بأجزاء الأشياء.

ثانيا: القصور النمائي لوحد على الأقل من الوظائف التالية فى عمر ثلاث سنوات:

- ١- التواصل الاجتماعى.
- ٢- استخدام اللغة فى التواصل الاجتماعى.
- ٣- اللعب الخيالى أو الرمضى.

ثالثا: يشترط ألا يكون الاضطراب وصفا لاضطراب ريت.

(Kaplan, Harold, et al., 1995, 1054)

ومن ذلك يتضح أن تشخيص إعاقة الانغلاق النفسى وتميزها عن غيرها قد مر بمراحل متعددة منذ اكتشافها بسبب التشابه الكبير فى الأعراض بينها وبين الإعاقات الأخرى المتداخلة، الأمر الذى كان يؤدى دائما إلى الخطأ فى التشخيص، ومع زيادة اهتمام وتوجيه البحوث والدراسات للكشف عن الغموض الذى يحيط بتلك الظاهرة، استطاع العلماء تحديد بعض السمات التى تميز الطفل المنغلق نفسيا، ومازالت البحوث مستمرة لتغطية الظاهرة من مختلف جوانبها بهدف الوصول إلى التشخيص الدقيق لها.

٢- الصورة الاكلينيكية لحالات الانغلاق النفسى:

يتسم الطفل المنغلق نفسيا بخلل فى التفاعل الاجتماعى حيث يفشل فى إقامة علاقات مع الأشخاص ويبدو لديه نقص فى الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، يبدو ذلك فى عدم دفء التواصل الجسدى ونقص التواصل بالعينين والوجه وعدم التمايز فى العواطف بين الحب والكراهية والتلامس الجسدى ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان أن الطفل أصم، ولكن تجدر الإشارة إلى أن الصمم نادرا ما يرتبط بعدم التمايز الاجتماعى، وقد يرتبط الطفل ميكانيكيا بشخص بعينه وفى كثير من الأحيان يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بالديهيم ارتباطا غريبا مثل حالة الطفل الذى

لا يتعرف على والدته إلا عن طريق الشم، ويلاحظ تأخر في نمو اللعب الجماعي واللعب الخيالي والصداقه، وقليل منهم ينمو لديه وعى اجتماعى واهتمام بالآخرين، ولكن غالبية هؤلاء الأطفال لا يندمجون إطلاقاً في الألعاب الجماعية للأطفال الآخرين أو يستخدموا غيرهم من الأطفال كما لو كانوا مجرد دمي ميكانيكية في سلوكهم المتكرر آلياً وهناك أيضاً خلل في التواصل اللفظى وغير اللفظى فقد تغيب اللغة كليه وقد تنمو ولكن دون نضج، وتتميز اللغة بالركاكة والبدائية مع استمرار ترديد بعض الكلمات (الصدى Echolalia) والاستعمال الخاطئ للضمائر والجدير بالذكر أنه قد يصاحب اضطرابات الانغلاق النفسى اضطرابات نفسية أخرى.

(محمود حموده ١٩٩١)

والجدير بالذكر أنه لم يتوصل العلماء والباحثين إلى تحديد دقيق للعمر الذى يبدأ عنده الإصابة بهذه الاضطرابات فقد يظهر بشكل تدريجى كما قد يظهر بشكل فجائى بين عمر سنتين وثلاث سنوات بعد ان يكون الطفل قد نمى فى سنواته الأولى نمواً طبيعياً

(رمضان القذافى، ١٩٨٨)

ويؤكد ذلك العديد من الباحثين والمتخصصين الذين أشاروا إلى ان الاضطراب بصفة عامة يبدأ قبل الثالثة من العمر فى الغالبية العظمى من الحالات وقليل من الحالات تصاب فى السنة الخامسة أو السادسة وفى الغالب يصعب تحديد السن ما لم يكن أولياء أمور الطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعى.

وقد وجد أنه يصعب رصد مظاهر الاضطرابات فى مرحلة الرضاعة والعامين الأولين من العمر ففى الشهور الأولى قد تأخذ الحالة صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده ولا يخاف الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية (التي تبدأ عادة فى سن شهرين) وغياب ابتسامة التعرف (التي تظهر عادة فى سن أربعة شهور) فتشكو الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أى أنه لا يقوم بالحركات التوقعية Anticipatory- Movements التي يأتيها طفل الشهور الأربعة العادى. وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين مثل ولادة طفل اصغر، أو إصابته بمرض شديد، أو حادث أو صدمة انفعالية، وتظل مظاهر الاضطراب فى أغلب الحالات طيلة حياة الشخص. وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعى ومهاراتهم اللغوية عند سن

الخامسة إلى السادسة ومن الممكن أن يحدث البلوغ تغيرا في أى من الاتجاهين (التحسن أو التدهور)، وقد يتفاقم العدوان والعناد أو أى سلوك مضطرب آخر ويظل لعدة سنوات.

(محمود حموده ١٩٩١م)

ويشير عثمان فراج (١٩٩٥م) إلى ان الطفل المنغلق نفسيا يكون سلبيا غير متجاوب فهو لا يستجيب لاي رجاى أو أمر لو تكليف ويرفض الإجابة على أى سؤال حتى إذا كانت حصيلته اللغوية تسمح له بالإجابة ولا يشعر ولا يتجاوب مع أى أحاسيس أو مشاعر تصدر عن الآخرين. وغالبا لا تصدر منه أصوات إلا بشكل محدود فى مداه أو تكراره، ودائما ما تفشل محاورات تعليمه الكلام وخاصة إذا كانت إعاقة تصاحب تخلفا عقليا، ولو أنه يبدأ الحديث بلغة غير مفهومة (همهمة Utterances) وبالتالي يزداد قصور قدرته على التعامل مع البيئة والانسجام معها فيزداد انغلاقه على نفسه، والطفل المنغلق نفسيا لا يحب الاختلاط بالآخرين ويعيش منفردا، ونادرا ما يبتسم أو تصدر منه إشارة أو مبادرة الاقتراب أو الاتصال بالآخرين، ولا يميز بين أفراد أسرته وبين الغرباء وبالتالي تغيب القدرة على التعلم والتطبيع الاجتماعى، ويكاد يظن أنه أصم واكم رغم أن سمعه قد يكون سليما تماما.

(عثمان فراج، ١٩٩٥)

ونجد أن ماهلر Mahler أطلقت على تلك المرحلة اسم مرحلة الانغلاق النفسى العادية Normal Autistic Phase. ومن خلال تكرار الدورة العادية لعلاقة الطفل بالعالم الخارجى وحدوث الإحساس بالتوتر - خفض التوتر - الحصول على الإشباع، يصبح الطفل على وعى تدريجى بذلك العالم الذى يتمثل فى ثدى الأم أولا ثم وجهها وملامستها له وبعد ذلك فى بداية الشهر الرابع يصبح الطفل أكثر وعيا ويستجيب للمثيرات المرئية والأحداث والملاطفة والتربيت والابتسامات، أما اذا لم تتوافر هذه المثيرات للطفل أى لم يتوفر الشخص الذى يمد به تلك المثيرات الانفعالية والجسمية، فإنه سيظل أسير مرحلة الانغلاق النفسى ويصعب عليه تخطيها إلى الأبد. لذا تعتبر هذه المرحلة فى رأى ماهلر Mahler جديرة بالاهتمام بها والتركيز عليها.

(Mahler, 1975)

٣- أسباب الانغلاق النفسى:

يتفق العلماء على وجود عدد من الأسباب المختلفة لإعاقة الانغلاق النفسى وهذه الأسباب تتمثل فيما يلى:

١- عوامل نفسية:

يرى بعض العلماء ان العوامل النفسية قد تكون سببا فى الإصابة بإعاقة الانغلاق النفسى. فيذكر أوجورمان (١٩٧٠) O'gorman ان الفشل فى تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد أسباب إعاقة الانغلاق النفسى. فالطفل قد ينغلق نفسيا مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه ، وقد ترجع الإعاقة إلى عدم قبول كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما، وربما يكون الاضطراب بسبب إصابة الأم نفسها بالفصام أو بسبب معاناتها من مرض عاطفى واضح أو تكون متعلقة طفوليا بوالدها لدرجة لا تستطيع معها أن تقوم بدورها، وقد يكون التعارض بين دورى الأم والأب سببا فى اضطراب الطفل. فعندما تبدو الأم أقل إحساسا بالأنوثة عن الوضع الطبيعى ويبدو الأب أقل إحساسا بالأبوة عن الوضع الطبيعى نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم ولا مع الاب، كما ان العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسئولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سببا فى الإعاقة، وفى بعض الأحيان تكون الأم متحفظة فى علاقتها مع الطفل بسبب غيرة الاب من هذه العلاقة التى تشعره بان الطفل قد اخذ كل وقتها واهتمامها، و هذا يؤدي إلى الجمود العاطفى بين الأم والطفل الذى يجعل الطفل منعزلا وقد يؤدي به إلى الانغلاق النفسى.

(O'gorman, Gerald, 1970)

ويذكر بيتلهيم (١٩٦٧) Bettlheim ان الطفل قد ينسحب من الواقع وينغلق على نفسه مع ميلاد طفل اصغر يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الام، فتتصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان، إذ أن الأم لم تعد تهتم به كما كان الحال قبل ولادة الطفل الأصغر.

(Bettlheim, Bruno, 1967, 130)

٢- خلل فى الجهاز العصبى المركزى:

قد ترجع إعاقة الانغلاق النفسى إلى خلل فى بعض وظائف الجهاز العصبى المركزى، إذ قد يكون هناك قصورا معيننا فى وظائف المخ الفسيولوجية الكهربائية. وقد أثبتت دراسة إيمان

أبو العلا (١٩٩٥) أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع المخ في حالات الانغلاق النفسى كما أنه توجد اضطرابات فى رسم المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبه كبيره، ولكنها اضطرابات عديمه الخصوصيه وغير ثابتة فى كافة الابحاث، وقد توصلت الدراسات الهستولوجية إلى نفس النتيجة.

(إيمان أبو العلا ، ١٩٩٥ ، ١٣٠)

وتشير دراسات تريفارثن وآخرون (١٩٩٦) Treavarthen, et al., إلى وجود أدلة حديثه على وجود اضطراب فى وظيفة الخلايا العصبية ينتشر فى مركز المخ وبصفة خاصة فى مراكز الانتباه والتعلم.

(Treavarthen, et al., 1996)

ويعتقد رمضان القذافى (١٩٨٨) أن الاضطراب العضوى الذى يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدى إلى إحداث خلل فى وظائف تلك المراكز، خاصة فى مجالات الإدراك والتوافق الحركى.

(رمضان القذافى، ١٩٨٨ ، ١٦٤)

٣- عوامل جينية:

تشير نتائج الفحوص التى أجريت على الأطفال المنغلقين نفسيا إلى وجود كروموزوم اكس الهش الذى يظهر فى صورة معقدة فى نسبة تتراوح من (٥-١٦%) من الحالات ، وقد يظهر ذلك فى الأولاد أكثر من البنات خاصة فى الأطفال المصابين بالانغلاق النفسى المصحوب بتخلف عقلى ، كما أن التصلب الذى ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذا صلة بالانغلاق النفسى فى نسبة تصل إلى حوالى ٥% من الحالات تقريبا.

(عمر بن الخطاب ، ١٩٩٣ ، ٣٤٥)

وتشير دراسات ماكدونالد وآخرون (١٩٩٤) Macdonald, et al., إلى أن الإصابة بالانغلاق النفسى بين التوائم المتماثلة تصل إلى (٣٦%) بينما فى التوائم المنفصلة (غير المتماثلة) تكون نسبة الإصابة منخفضة وتصل إلى الصفر.

(Macdonald, Bolton, et al., 1994, 877)

٤- عوامل بيولوجية:

من المعقد أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطراب، مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا، والتصلب الحدبي، والاختناق أثناء الولادة، والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضع، فلقد أكدت الدراسات أن مضاعفات قبل الولادة أكثر لدى الأطفال المنغلقين نفسيا من غيرهم من الأسوياء، أو حتى المصابين باضطرابات أخرى، كما يلاحظ وجود عيوب خلقية طفيفة عضوية لدى المنغلقين نفسيا أكثر من أشقائهم ومن أقرانهم الأسوياء، وهذا يشير إلى وجود مضاعفات هامة حدثت للحمل في الشهور الثلاثة الأولى.

(محمود حمودة، ١٩٩١، ١٠٦ - ١٠٧)

٥- الاضطرابات الكيميائية الحيوية:

أوضحت التجارب التي أجراها جيسنج (Gjessing (1983-1989 أن الاضطرابات في عمليات الأيض (عمليات الهدم والبناء) في الأطفال الذي يعانون من نوبات إغماء أو تشنج هي بالطبع المدخل إلى دراسة هذا المجال. وقد توجه الاهتمام إلى دراسة الأيض حيث لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات لديهم خلل في عملية الأيض، ولكن تفسير ذلك غير مفهوم حتى الآن. كما وجد أن هناك اضطرابات في إفراز حمض الهيبيوريك لدى الأشخاص الذين يعانون من ضغوط انفعالية كحالة نفسية. وقد أوضحت بعض الدراسات مثل دراسة هوجل (Hoogl, ١٩٦٢) أن هناك اضطراب في كميات الجلوبيولين الموجود لدى الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب بكميات كبيرة تفوق الكميات التي توجد عادة لدى الأشخاص العاديين.

ويشير سيمون وجيليس (Simon and Gillies (١٩٦٤) إلى احتمال نقص الجلوكوز والأنسولين في بعض الأطفال المنغلقين نفسيا، كما أن نسبة من الأطفال المنغلقين نفسيا يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancrieff (١٩٦٤) ودراسة أوليفر و أوجرمان (Oliver and O'Gorman (١٩٦٦).

(Simon and Gillies, 1964)

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لإتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة من ٨-١٠ ديسمبر (١٩٩٨) ذكرت أن أسباب الانغلاق النفسى ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية. فقد تكون

الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفا بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأى سبب مثل نقص الأكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ، وتظهر أعراض الانغلاق النفسى. ويظل السبب الاصلى لإعاقة الانغلاق النفسى غير محدد حتى الآن.

(سميرة عبد اللطيف، ١٩٩٨)

٤- أعراض الانغلاق النفسى

اتفق العلماء والباحثون على عدد من الأعراض التى تميز المصابين بإعاقة الانغلاق النفسى وهى تتمثل فيما يلى:

١- الانسحاب و الانعزالية الشديدة:

تعتبر الانعزالية الشديدة من أكثر الأعراض دلالة على وجود الانغلاق النفسى، حيث أن الطفل المنغلق نفسيا يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره ولا يرغب فى صحبة الآخرين أو تلقى الحب والعطف منهم ، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين أو مبادلتهم نفس المشاعر ، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به فى بيئته، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به ، وإذا ما ابتسم فإنما يكون للأشياء دون الناس.

(رمضان القذافى، ١٩٨٨، ١٦٠)

ويذكر أيمن جبرة (١٩٨٤) أن الطفل المنغلق نفسيا يكره ملامسة جسده أو ملاطفته بالتربيت عليه، وهو لا يستجيب إلى العروض المقدمة إليه لجذب انتباهه والتواصل معه سواء عن طريق الملاطفة الودية أو بالتهديد ، كما لا يظهر أى علامة تدل على الخوف من أى مثير، ولا يبدي أى استجابة إذا ما ترك الحاضرون الغرفة.

(أيمن جبره، ١٩٨٤، ٢١)

وقد لاحظ جينوت (١٩٨١) Ginott خلال خبرته الاكلينيكية وجود علامات مشابهة لذلك فى غرفة اللعب حيث يترك الطفل المنغلق نفسيا والدته بسهولة كبيرة إذ لا تمثل شخصية الأم معنى معيناً بالنسبة له، فلا يبدي اختلافاً ولا تغييراً فى سلوكه بين شخصية واخرى، ويتبع باستسلام أى شخص يأخذ بيده.

(Ginott, 1981)

ويؤكد وولف (Wolf, 1988) ما سبق من حيث ان الأطفال المنغلقين نفسيا لديهم خلل واضح في الاتصال التفاعلي مع الآخرين.

(Wolf, 1988, 76)

٢- القصور اللغوي:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة الانغلاق النفسى، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر.

وتتمثل مشكلات اللغة لدى حالات الانغلاق النفسى فى: التأخر فى الكلام وفى نقص النمو اللغوي دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضا استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرون، الفشل فى بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعى، الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات ، الاتصال اللفظى غير الطبيعى من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية).

(Happe, Francesca, 1994, 36 - 37)

ويشير عثمان فراج (١٩٩٤) إلى أن كثيرا مما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصمم وبالتالي البكم بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل رغم أن الأصوات العالية قد لا تثير استجابة لديه فإنه يمكن أن يسمع حفيف الريح أو ورق الجريدة أو أوراق الألومنيوم التي تغلف قطعة الشيكولاتة . وعلى هذا لا يكون عدم تجاوبه نتيجة صمم ولكن نتيجة عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية وما يجب أن تنقله إليه من معاني ، وبالتالي كما هو الحال في معظم الأطفال المنغلقين نفسيا لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتا ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومه وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم فهو كثيرا ما لا يفهم ما يقول ، وإذا قال شيئا فإنه يكون إعادة أو صدى لما يوجه إليه من كلام فإذا سألته ما أسمك فإنه يردد نفس السؤال ما أسمك ؟ بشكل ترجيعي وبنفس شدة الصوت والنغمة التي توجه بها السؤال إليه . وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بترديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه، أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر، وكثيرا ما يلاحظ أن الطفل يردد جملة أو كلمة أو لحنا موسيقيا مما يسمعه أثناء مشاهدته للتلفزيون في فترة سابقة مستعملا نفس الألفاظ بشكل حرفي

وعدم قبول أي مرادفات. وكثيرا ما يلاحظ أن الطفل يستعمل الضمائر مقلوبة أو معكوسة كالإشارة إلى نفسه بضمير (أنت) وللشخص الذي يخاطبه (أنا) وكثيرا ما يتفوه بألفاظ لا معنى لها.

(عثمان فراج، ١٩٩٤، ٦)

٣- السلوك النمطي المتكرر:

كثيرا ما يقوم الطفل لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة كهز رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر وقد يمضي الساعات محملا في اتجاه معين أو نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو الساعة الدقاقة، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به ورغبة قلقه متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي.

(عثمان فراج، ١٩٩٤، ٥)

وقد أكد وولف (١٩٨٨) Wolf أن الطفل المنغلق نفسيا يمارس أنواعا سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي.

ويضيف تينبرجن (١٩٨٣) Tinbergen أن معظم الأطفال العاديين قد يحتفظون بشكل معين من النظام والطقوس مثل قراءة قصة قبل النوم أو تناول وجبات معينة في أوقات معينة.. الخ، ولكن الاختلاف بين الطفل المنغلق نفسيا والطفل العادي في مقاومة التغيير هو اختلاف في الدرجة، فالطفل المنغلق نفسيا يمكن أن يصبح شخصا مفرطا في الاهتمام بالطقوس وملتصقا بالروتين ولا يمكن التسامح في ذلك من جانبه.

(Tinbergen, Niko, et al, 1983, 26 - 68)

٤- نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

بالرغم من أن الطفل المنغلق نفسيا يظل مستغرقا لفترة طويلة في سلوكيات نمطية إلا أنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه إلى ذاته، وقد أشارت كاترين، إليس (١٩٩٠)

Ellis, Kathryn إلى أن الطفل المنغلق نفسيا يقوم بربط يده ثم يقوم بفكها، أو يظل يضرب وجهه بيده، أو يقوم بإيذاء نفسه كما يحدث في حالات قيامه بإزالة القشور أو الجلد العالق في جروحه، وقد يوجه الطفل المنغلق نفسيا عدوانه وإيذاءه إلى الغير ، فقد يضرب طفلا آخر دون سبب ، وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة حتى يبقى وحيدا.

(Ellis, 1990, Kathryn, 1990)

وتذكر لاورا شريمان (1988) Schreibman, Laura أن هناك أنماطا أخرى من سلوك إيذاء الذات لدى الطفل المنغلق نفسيا مثل شد الشعر، عض اليد ، ضرب الرأس في الحائط، ضرب الأرجل ، وقد يقرص نفسه أو غيره، ويتصف بالإزعاج المستمر للآخرين عن طريق الصراخ أو القيام بتحطيم الأشياء أو بعدم النوم ليلا لفترات طويلة.

(Schreibman, Laura, 1988, 560)

ويؤكد أحمد عكاشه (1992) ما سبق من أن الطفل المنغلق نفسيا يعاني من اضطرابات ونوبات غضب أو اضطرابات في المزاج والعدوان وإيذاء النفس.

(أحمد عكاشه 1992، 643)

٥- التفكير الاجتراري المنكب على الذات:

يتميز تفكير الطفل المنغلق نفسيا بالاجترار المستمر والذي تحكمه حاجات أو رغبات النفس وبيعهه هذا التفكير عن الواقعية التي تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة، فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته، وأفكاره وتخيلاته دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحد وعجز عن الاتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم.

(عثمان فراج، 1994، 7)

٦- الاستجابة للألم:

يظهر لدى بعض الأطفال المنغلقين نفسيا بعض الاستجابات الشاذة نحو الألم، فالطفل العادى يعبر عن إحساسه بالألم إما بالبكاء أو الصراخ، ولكن الطفل المنغلق نفسيا قد لا يصدر أى استجابة تدل على إحساسه بالألم فيظل ساكنا دون أى حركة، فمثلا عندما يلحق الطفل إيذاء

بنفسه كعض يده أو لسانه أو ضرب رأسه في الحائط أو تعرضه للسع النار، أو عند وخز نفسه بدبوس في بعض الأوقات قد لا نسمع منه أى كلمة تعبر عن شكواه أو أى استجابة تدل على شعوره بالألم رغم تعرضه للألم مرة تلو الأخرى، ولكن لا يمكن الحكم على الطفل أنه فاقد الإحساس بالألم لأنه فى أوقات أخرى يستجيب استجابات عادية للشعور والإحساس.

(O'gorm, Gerald, 1970, 87)

٧- قصور فى السلوك التوافقى:

بالرغم من أن الأنماط السلوكية التى استعرضناها سابقا قد تبدو غريبة فإن الأغرب من ذلك نواحى القصور فى العديد من الأنماط السلوكية التى يستطيع الأطفال العاديون الذين هم فى نفس عمره ومستواه الاجتماعى والاقتصادى أداءها، حيث أن الطفل المنغلق نفسيا الذى يبلغ من العمر خمس أو عشر سنوات قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمنى عامان أو أقل. وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج إلى من يطعمه أو يغير له ملابسه، وقد لا يهتم عند إعطائه لعبه أن يلعب بها بل يسارع بوضعها فى فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو فى نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التى يتعرض لها.

(عثمان فراج، ١٩٩٤، ٧)

٨- الذكاء والجانب المعرفى:

يشير تينبرجن وآخرون (١٩٨٣) Tinbergen, et al., إلى أن الوظائف العقلية لدى الطفل العادى تنمو مع نموه من خلال التفاعل الاجتماعى وسلوك الاستكشاف، وحيث أن هذا مايفقده الطفل المنغلق نفسيا لأنه خلال الفترة التى يجب أن يتطور فيها ذكاؤه بسرعة من خلال البواعث الخاصة بالتجارب الجديدة ومن خلال اهتماماته، نجد أنه منسحب من الواقع ولا يريد التفاعل والاتصال الاجتماعى لاكتساب الخبرة اللازمة لنمو هذا الذكاء مما يؤدى إلى التأخر العقلى.

ويؤكد شريمان (١٩٨٨) Schreibman أنه رغم ذلك فهناك بعض المهارات الاستثنائية الخاصة التى يظهرها الطفل المنغلق نفسيا مثل المهارات الموسيقية، والميكانيكية، والقدرات الرياضية. فقد يصغى الطفل لبعض الأغاني ويعيد غناءها بنفس النغمات وقد يلعب على مختلف

الآلات الموسيقية ببراعة بل وينتقل بين مختلف المفاتيح الخاصة بالأنغام الموسيقية بدقة تامة ، وقد يظهر الطفل قدرة ميكانيكية عالية فمثلا قد ينشر بالمنشار منحنيات خشبية صعبة، وقد يجمع أو يفك أجزاء معقدة من الآلات الميكانيكية.

(Schreibman, Laura, 1988, 561)

٥- الانغلاق النفسى وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى عند الأطفال:

تتشابه بعض أعراض الانغلاق النفسى مع أعراض اضطرابات أخرى، مما يؤدي إلى احتمالات الخطأ فى التشخيص ومن ثم اتجاهات علاجية تحيد عن الصواب، لذا يلزم التمييز بين اضطراب الانغلاق النفسى وبين الاضطرابات الأخرى المشابهة وأهم هذه الاضطرابات ما يلى:

١- التخلف العقلى: Mental Retardation:

هناك العديد من التعريفات المختلفة للتخلف العقلى التى اعتمد كل واحد منها على ناحية معينة، فهناك التعريفات الطبية التى تقول أن التخلف العقلى هو "حالة من عدم التوازن الكيمىائى فى الجسم". وهناك التعريفات الاجتماعية التى تقول أن التخلف العقلى هو "انخفاض المستوى الثقافى والقدرة على التفاعل مع الآخرين". ولكن التعريف التربوى للتخلف العقلى ينص على أن التخلف العقلى هو "أداء عقلى عام دون المتوسط ويظهر متلازما مع القصور فى السلوك التكيفى للفرد خلال فترة النمو". ويشير هذا التعريف إلى انخفاض له دلالاته الإحصائية فى الأداء العقلى، عن متوسط الأداء العقلى للأطفال من نفس السن (نسبة ذكاء ٧٠ فأقل)، بشرط أن يصاحب هذا الانخفاض فى نفس الوقت عيوب فى السلوك الاجتماعى التكيفى، مما يظهر أساسا فى مرحلة النمو والارتقاء التى تبلغ أقصاها عند بلوغ الشخص عمر ١٨ سنة.

(سهير كامل، ١٩٩٨، ٨٢)

التصنيفات المختلفة للتخلف العقلى:

هناك العديد من التصنيفات الخاصة بالتخلف العقلى، من أهمها التصنيفات التالية:

أولا: التصنيف طبقا لدرجة الأداء العقلى:

يعتبر اختبار ستانفورد - بينيه، واختبارات وكسلر لقياس ذكاء أطفال سن ما قبل المدرسة، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال، ومقياس وكسلر لذكاء الراشدين من الاختبارات الفردية

المقننة واسعة الاستخدام لقياس الذكاء، ويبلغ متوسط كل منها ١٠٠ درجة. أما الانحراف المعياري لاختبار ستانفورد - بينيه فيبلغ ١٦ درجة، في حين أن الانحراف المعياري لاختبارات وكسلر يبلغ ١٥ درجة.

وتبعاً لذلك تصبح فئات التخلف العقلي طبقاً لهذين النوعين من الاختبارات كالآتي:

- التخلف العقلي الخفيف: Mild Mental Retardation

تتراوح درجة الذكاء لأفراد هذه الفئة ما بين (٥٥-٦٩) درجة على اختبار وكسلر، بينما تتراوح درجة الذكاء ما بين (٥٢-٦٨) درجة على اختبار ستانفورد - بينيه.

- التخلف العقلي المعتدل: Moderate Mental Retardation

تتراوح درجة الذكاء لأفراد هذه الفئة ما بين (٤٠-٥٤) درجة على اختبار وكسلر، بينما تتراوح درجة الذكاء ما بين (٣٦-٥١) درجة على اختبار ستانفورد - بينيه.

- التخلف العقلي الشديد: Severe Mental Retardation

تتراوح درجة الذكاء لأفراد هذه الفئة ما بين (٢٥-٣٩) درجة على اختبار وكسلر، بينما تتراوح درجة الذكاء ما بين (٢٠-٣٥) درجة على اختبار ستانفورد - بينيه.

- التخلف العقلي الحاد: Profound Mental Retardation

يحصل أفراد هذه الفئة على درجة ذكاء أقل من (٢٥) درجة على اختبار وكسلر، بينما تصل درجة الذكاء إلى أقل من (٢٠) درجة على اختبار ستانفورد - بينيه.

ثانياً: التصنيف طبقاً للسلوك التكيفي:

تسير تصنيفات القصور في السلوك التكيفي على النحو التالي:

١- القصور الخفيف: Mild

يشار إلى بعض الأفراد في هذه الفئة أيضاً على أنهم قابلون للتعليم Educable نظراً لأنهم قادرون على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية. على الرغم من أن هؤلاء الأطفال يحققون التقدم بمعدل بطيء، إلا أنهم عندما يكبرون يحققون استقلالاً اجتماعياً واقتصادياً إلى حد كبير، كما أن الغالبية العظمى منهم قادرون على العمل في أماكن تحتاج إلى المهارة والمنافسة.

٢- القصور المعتدل: Moderate

على الرغم من التخلف في بعض المظاهر النمائية، فإن عددا كبيرا من أفراد هذه الفئة يطلق عليهم قابلون للتدريب Trainable، ويمكن تعليمهم أساليب العناية بأنفسهم. ورغم أن هؤلاء الأفراد يحتاجون نوع من المساعدة والإشراف طوال حياتهم، إلا أن من الممكن تعليمهم القيام ببعض الواجبات والأعمال المنزلية المفيدة، كما يمكن إعدادهم وتدريبهم للعمل في بعض الوظائف أو المهن البسيطة.

٣- القصور الشديد: Severe

في مثل هذه الحالات تكون مهارات النمو اللغوي والمهارات الحركية ومهارات النطق والكلام محدودة. وهذا المستوى من التخلف العقلي يرتبط في معظم الأحيان ببعض الإعاقات الجسمية الأخرى. يستطيع أطفال هذه الفئة تعلم بعض مهارات العناية بالنفس، كما يستطيعون تطوير درجة من القدرة على حماية أنفسهم من الإصابة بالأذى.

٤- القصور الحاد: Profound

يحتاج الأفراد الذين يقعون في هذا القطاع إلى العناية التامة والإشراف الكامل من جانب الآخرين. وفي معظم الأحيان يحتاجون إلى رعاية تامة في مؤسسة للإيواء. يعاني مثل هؤلاء الأطفال عادة من ظروف جسمية معوقة متشابكة. وهؤلاء الأطفال قد يحققون بعض المهارات الضعيفة للعناية في الاعتماد على النفس، وبعض النمو الضعيف للكلام.

(فتحي السيد عبد الرحيم، ١٩٨٨)

وتشير سهير كامل (١٩٩٨) إلى أن خصائص الطفل المتخلف عقليا تتمثل في أن نسبة الذكاء لديه تكون أقل من (٧٠)، كما أن سلوكه العام غريب وبدائي، وقدرته على التمييز ضعيفة، وشخصيته غير ناضجة وتوافقه الانفعالي سيئ، ولديه نقص في القدرة على التعلم، ونقص في المعلومات العامة، ونضجه الاجتماعي متأخر.

(سهير كامل احمد، ١٩٩٨، ٩٣)

وقد تتشابه بعض أعراض التخلف العقلي مع بعض أعراض الانغلاق النفسي حيث أن كلاهما يتميز بقصور معين في السلوك التكيفي. ولكن المتخلفين عقليا حتى في الدرجات الشديدة

لا تتوافر لديهم الملامح الإكلينيكية للانغلاق النفسى. فالمتخلفين عقليا اجتماعيين ويمكنهم التواصل حتى دون ألفاظ، إذا لم تكن لديهم القدرة على الكلام، حيث يكون السرور والاهتمام فى الاقتراب الاجتماعى واضحا خلال التواصل معهم بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم.
(محمود حمودة، ١٩٩١، ١٠٥)

ويذكر عثمان فراج (١٩٩٦) أن الفرق بين التخلف العقلي والانغلاق النفسى يتمثل فى اختفاء الحركات النمطية المتكررة تدريجيا مع التقدم فى العمر والتحسن الكبير فى التجاوب مع التأهيل اللغوي والتخاطب والنضج الاجتماعى فى حالات التخلف العقلي، أما اذا لم يحدث تقدم يذكر فى نتائج برامج التدريب المستمر على تنمية القدرة على الاتصال اللغوي وغير اللغوي أو زيادة حجم الحصيلة اللغوية فإنه قد يحدث نقص تدريجي لتلك الحصيلة التى يكون الطفل قد اكتسبها فى المراحل السابقة، مما يؤكد على أن الحالة هي حالة انغلاق نفسى أكثر من أنها تخلف عقلي.

(عثمان فراج، ١٩٩٦)

٢-فصام الطفولة: Childhood Schizophrenia

يشير أحمد عكاشه (١٩٩٢) إلى أن فصام الطفولة هو أحد اضطرابات النماء المنتشرة، والذى يشمل عدة ظواهر إكلينيكية هي:

١-اختفاء القدرة على التجاوب الانفعالى، وإقامة أى علاقة عاطفية حتى مع الوالدين مما يؤدي إلى صعوبة الاختلاط والعزلة الاجتماعية التامة، وعدم اللعب مع الأطفال الآخرين.

٢-عدم الإحساس بالذات، وعدم شعور الطفل بكيانه الخاص مما يجعل سلوكه شاذاً وغريباً.

٣-الانغماس المرضى فى التعلق بأشياء تافهة، واستحالة إغرائه بكل أنواع اللعب المختلفة.

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

٥-اضطرابات فى الإدراك فى هيئة خداعات وهلوس وأحيانا هذات متفاوتة وقلق وتوتر غير ممكن تفسيره.

- ٦- الفشل في اكتساب القدرة على الكلام أو اختفاء هذه القدرة تدريجيا بعد اكتسابها.
- ٧- اضطرابات الحركة من سكون تام إلى إفراط حركى إلى حركات وطقوس متكررة تأخذ طابعا شاذا وأوضاعا خاصة غامضة.
- ٨- يتخلل هذا التدهور والهبوط الفكرى، بعض القدرات الطبيعية.
- (أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ٦٤٠)

وقد قدمت بندر (١٩٧٤) Bender وصفا إكلينيكيًا لفصام الطفولة تتضح معالمه فيما يلي:

- ١- فى المجال الحركى يظهر اضطرابات الطفل الفصامى على شكل الحركات التى تعوزها الرشاقة فى المشى أو التعبير، وضعف السيطرة على العضلات، ردود الفعل وأنماط النشاط الفجة البدائية، الاستجابات الدورانية للراس والجسم.
- ٢- وفى مجال الإدراك، والتفكير، واللغة تظهر اضطرابات الطفل الفصامى على شكل ظهور التناقض والعفوية فى الإدراك والتفكير واللغة، فبينما تشير فى بعض الأحيان إلى مستوى متقدم، تشير فى أحيان أخرى إلى مستوى متأخر فى نمط النضج، كذلك بين المستوى التجريدى والمستوى العيانى، وبين الدوافع المتقدمة والدوافع البدائية، وبين استخدام الطفل لصيغة المتحدث الثالث (هو) وذلك بدلا من استخدام كلمة (أنا) بينما ينجح فى استعدادات لغوية أو تعبيرية أبعد من ذلك فى مجالات مثل الرسم، الرقص، الموسيقى.
- ٣- وفى المجال النفسى يظهر لدى الطفل الفصامى انشغاله بموضوعات معينة، واضطراب فى العلاقة بينه وبين الذات، صورة الجسم، اضطراب العلاقة داخل الأسرة، اضطراب العلاقة بين الزمان والمكان.

(Bender, 1974)

ورغم التشابه الكبير فى الأعراض بين كل من فصام الطفولة، والانغلاق النفسى إلا أن هناك بعض السمات التى تساعد على التشخيص الفارق بين الإعاقتين، ولعل من أبرز تلك السمات هى ظهور الهلأوس والهذات فى ذهن فصام الطفولة بينما لا يظهر ذلك فى الانغلاق النفسى.

كما يشير كامبيل وآخرون (Campbell, et al, ١٩٩١) إلى أن الانغلاق النفسى يبدأ فى الظهور فى السنة الثالثة من عمر الطفل بينما فصام الطفولة لا يظهر قبل الخامسة من عمر الطفل، كما أنه فى فصام الطفولة يتضح وجود تاريخ عائلى فى الفصام بينما فى حالات الانغلاق النفسى ربما لا يكون هناك تاريخ عائلى للإعاقة، وأيضاً كثير من حالات فصام الطفولة تنتمى إلى مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة بينما معظم حالات الانغلاق النفسى تنتمى إلى مستويات اجتماعية واقتصادية مرتفعة.

(Campbell, et al., 1991)

كما أنه من بين الخصائص التى تساعد على التشخيص الفارق بين فصام الطفولة والانغلاق النفسى هو الاضطراب اللغوى، فالطفل المنغلق نفسياً يكون معظم الكلام لديه عبارة عن ترداد لما يسمعه من الآخرين بينما لا يظهر الطفل الفصامى ذلك. كما أن الطفل المنغلق نفسياً يستخدم الضمائر مقلوبة ويشير إلى الشخص الذى يتحدث معه بضمير (أنا) وإلى نفسه بضمير (أنت) بينما الطفل الفصامى يستخدم صيغة المتحدث الثالث (هو) بدلاً من استخدام (أنا).

٣- ذهان التكافل: Symbiotic Psychosis

تعتبر مارجرىت ماهلر أول من قامت بتعريف مرض الذهان التكافلى لدى الأطفال عام (١٩٥٢)، وتبدأ ظهور الأعراض فيما بين السنة الأولى والسنة الرابعة من حياة الطفل. وتشير ماهلر وآخرون (Mahler, et al., ١٩٧٥) إلى أن ذهان التكافل ينشأ من بداية المرحلة التكافلية فى النمو، وفى الظروف الطبيعية من تطور نمو الأطفال ينتقل (الأنا) من مرحلة الذاتوية بعد مضى ثلاثة شهور من عمر الطفل إلى المرحلة التكافلية التى تتحول بدورها تدريجياً خلال العامين الأولين من عمر الطفل إلى مرحلة التشخصن (مرحلة الانفصال والاستقلال وتكوين الشخصية) ويستطيع الطفل الطبيعى أن يمر فى هذه المراحل الثلاث بسلام، ويستطيع أن يحصل على استقلاله الانفعالى والعضوى عن الأم. أما الطفل التكافلى فإنه يعجز عن ذلك ففى أثناء المرحلة التكافلية يعتمد كلياً على الأم، سواء من الناحية الانفعالية أو الجسمية، واضطراب العلاقة التكافلية المبكرة بين الطفل والأم يعوق الطفل عن اجتياز تلك المرحلة إلى المرحلة التى تليها، ولذلك تظل صورة الأم منصهرة فى صورة الذات عند الطفل ويحاول أثناء هذا الانصهار التكافلى تكوين هواجس وهذات للتخلص من مشاعر خوف وذعر تغمره نتيجة ذلك الإحساس بالتهديد والاستقلال عن الأم .

(Mahler, 1975)

أعراض الذهان التكافلي:

- ١- يشير التاريخ التطوري للطفل التكافلي أنه كان يخلو من الأعراض الشاذة في السابعة، أى أنه قبل تعرضه للصدمة الانفعالية كان مجرد طفلا عاديا، ثم يحدث فجأة ارتقاء واضح فى اعتمادية شديدة تجاه الأم، وتعود العلاقة كما كانت عليه فى السابق، فيبدأ فى التعلق بها كظاهرة مألوفة لديه سبق وأن تعلمها، فيذوب كلياً فيها كأنهما فرد واحد.
- ٢- ظهور ردود فعل بالفزع الشديد مع مشاعر من الغضب العنيف تجتاح الطفل.
- ٣- ظهور تغير مفاجئ وغير متوقع يأخذ صفة تبادلية، مرة على شكل الإحساس الغريب الشاذ بالسعادة والفرح، ومره أخرى على شكل الإحساس الغريب والشاذ بالتحطم الشديد.
- ٤- الخلط بين الواقع الداخلى والخارجى.
- ٥- عدم القدرة على التمييز بين الكائنات الحية والموضوعات المادية الأخرى.
- ٦- التعلق الشديد بالكاذب بالكبار.
- ٧- فى مجال التفكير، تظهر علامات التفكير البدائى، وتعم الألفاظ والعبارات التى تستعمل لأول مره بمعنى جديد فى كلامه، وأحاديثه، وبرغم أنه يتحدث بكثرة وكلامه متصل إلا أنه يصعب فهمه.

(Mahler, 1975)

ومن ذلك يتضح أن أهم ما يميز طفل الذهان التكافلي هو أن حياته غالبا ما تكون مملوءة بالفزع والذعر الشديد من جراء المواقف الجديدة فى الحياة وهذا ما يجعله يتمادى فى تعلقه بالأم بدرجة أكثر شدة مرة أخرى، ويستجيب تجاه غيابها بغضب وعنف شديدين ويشعور بالغ بالتدمير والأنهيار.

وعلى الرغم من تشابه بعض الأعراض فى ذهان التكافل مع بعض الأعراض فى الانغلاق النفسى إلا أن هناك بعض الأعراض الفارقة بين الإعاقتين، فطفل ذهان التكافل يتعلق بالأم ويرافقها ويستجيب بالغضب تجاه غيابها بسبب مشاعر الخوف والذعر لديه، بينما نجد أن من سمات الطفل المنغلق نفسيا أنه لا يرغب فى إقامة أى علاقة مع أى فرد، كما أن مشاعره تكون متبلدة تجاه أفراد الأسرة سواء الأم أو الأب أو الأخوة، بل والأكثر من ذلك أنه قد يكون أكثر ارتياحا عندما لا يقترب منه أى شخص، كما أنه لا يعير أى اهتمام سواء لوجود الأم أو غيابها. وسمة أخرى لدى طفل ذهان التكافل هو أنه كثير الكلام رغم أن كلامه غير واضح وغير مفهوم، بينما الطفل المنغلق نفسيا يكون كلامه نادرا وغالبا ما يتسم بالترديد لما يسمعه من الآخرين.

٤ - اضطراب ريت: Rett Syndrome

يشير أحمد عكاشه (١٩٩٢) إلى أن هذه الحالة من الحالات التي لم يثبت حدوثها حتى الآن إلا في الإناث فقط ولا يعرف لها سبب واضح حتى الآن ويمكن التعرف عليها على أساس خاص من البداية والمسار ونمط الأعراض، والصورة النموذجية لهذه الحالة هي وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعياً أو قريباً من الطبيعي تليه حالة من فقدان الجزئي أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبة وللکلام، مع انخفاض معدل النمو، وتبدأ الحالة عادة ما بين سبع وأربع وعشرين شهراً من العمر وتتميز على وجه الخصوص بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسيل اليدين النمطية وفرط التنفس. وتشخيص اضطراب ريت يستند أولاً ومبدئياً إلى انعدام الحركات اليدوية الهادفة وانخفاض معدل نمو الرأس، مع حركات غسيل اليدين النمطية وعدم المضغ الجيد ويتأكد التشخيص من تطور الحالة، والمتمثل في تدهور حركي متزايد.

(أحمد عكاشه، ١٩٩٢، ٦٤٤)

كما يشير عثمان فراج (١٩٩٦) إلى أن اضطراب ريت يتميز بتخبط وعدم اتزان في المشي مع فقدان في الإلتزان والتأزر الحركي وخاصة بالنسبة للأطراف (الساقين والذراعين والاصابع) ويؤثر هذا الاضطراب على الحركات العضلية الإرادية، ويكون مصحوباً بتذبذب وسرعة الحركة غير الإرادية في مقلة العين مع احتمال وجود صعوبات في البلع والمضغ والتنفس، وكذلك اضطراب وتلعثم في الكلام وعدم القدرة على تكوين جمل متصلة ذات معنى وتخبط في المشاعر والتفكير وعدم تطابق أو تواصل في الأفكار والانفعالات بشكل يلاحظه الآخرون بسهولة، وقد يصاحب كل ذلك بنوبات اكتئاب أو نوبات ضحك بدون مناسبة أو بشكل لا يتناسب في شدته مع مثيراته، وقد تكون نوبات الضحك بدون مبرر ظاهر، أو يتطور عما يبدو أنه خبل عقلي وتدهور في عمليات التفكير والحكم على الأشياء والانفعالات، أو حالات القصور في الاستجابات الانفعالية وفقدان الذاكرة والتخشب الكتاتوني والصرع ونوبات الإغماء والهلوسة والخيل.

(عثمان فراج، ١٩٩٦، ٨)

ويذكر بيرسي وآخرون (١٩٨٨) Percy, et al., أن المقارنة بين الانغلاق النفس واضطراب ريت تعتمد أساساً على تحليل السلوك الحركي، حيث أن الانغلاق النفسي يمثل ارتداداً لفظياً وليس ارتداداً في المهارات الحركية، بينما يظهر اضطراب ريت بوضوح في الارتداد في كل المهارات وبخاصة المهارات الحركية. (Percy, slan, et al., 1988, 565)

وعلى ذلك يمكن التمييز بين الانغلاق النفسى واضطراب ريت، فعلى الرغم من تشابه بعض الأعراض بين الإعاقتين إلا أن هناك محكات تشخيصية تساعد على التشخيص الفارق بينهما، فاضطراب ريت يظهر غالبا فى الفتيات فقط ولكن الانغلاق النفسى يصيب الأولاد والبنات كما أن حركات اليدين غير الهادفة وحركات غسيل اليدين المميزة لاضطراب ريت لا تظهر فى إعاقة الانغلاق النفسى، كما أن الارتداد فى جميع المهارات وخاصة الحركية منها والتى تميز اضطراب ريت أيضا لا تظهر فى إعاقة الانغلاق النفسى حيث يكون الارتداد ارتدادا لفظيا فقط فى حالة الانغلاق النفسى.

٥- اضطراب أسبرجر: Asperger Syndrome

يعتبر اضطراب أسبرجر من الاضطرابات التى تتشابه كثيرا من أعراضها مع أعراض إعاقة الانغلاق النفسى، وقد سمي هذا المرض على اسم الطبيب أسبرجر Asperger وهو الطبيب النمساوى الذى اكتشفه عام (١٩٤٤) وتبدأ حالات أسبرجر فى الظهور فى مرحلة المدرسة حيث يكون الطفل غالبا على درجة متوسطة من الذكاء، كما أن الطفل يبدأ فى الكلام مع أقرانه من العاديين كما يستوعب قواعد اللغة عاجلا أو آجلا لكنه يبدي صعوبة فى استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ويعانى من اضطراب فى تكوين الجمل واستخدام اللغة التى يطيل ويكرر فى بعض كلماتها أو عباراتها بشكل نمطى، كما يجد صعوبة فى التعبير غير اللفظى، وقد يتفوه أثناء محاولاته الفاشلة ببعض العبارات غير الواضحة وغير المنتاسقة، لكنه كثير الكلام بحماس حول موضوعات ليست لها أهمية تذكر، منتقلا فى حديثه من موضوع إلى موضوع مختلف فجاء دون أى اعتبار لمتابعة الآخرين لحديثه. أما من حيث النمو الاجتماعى فهو يعانى من قصور يتمثل فى سماته الانسحابية وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية سليمة، ومن السمات الشائعة أيضا الاندماج فى حركات نمطية ومقاومة أى تغيير يحدث فى البيئة المحيطة.

(عثمان فرج، ١٩٩٦، ٧)

ويلاحظ هذا التشابه الكبير فى أعراض اضطراب أسبرجر مع أعراض الانغلاق النفسى حيث أن هناك تداخلا شديدا بين الإعاقتين، ولكن رغم هذا التشابه فى الأعراض إلا أن هناك بعض الأعراض الفارقة التى تساعد على التمييز بين الإعاقتين، فاضطراب أسبرجر يبدأ فى الظهور خلال مرحلة المدرسة أما إعاقة الانغلاق النفسى تبدأ فى الظهور فى مرحلة الطفولة

المبكرة، كما أن الطفل المصاب باضطراب اسبرجر كثير الكلام بل ولديه حماس للكلام وينتقل في الحديث من موضوع لآخر، صحيح أنه قد يتحدث في موضوعات ليس لها أهمية وهي مضطربة بصفة خاصة إلا أنه يتكلم ولديه حماس لذلك. بينما الطفل المنغلق نفسياً يتسم بعدم رغبته في الكلام والاضطراب اللغوي الشديد، وإذا تكلم فمعظم كلامه يكون مجرد تكرار لما يقوله الآخرون.

٦- إعاقة الصمم: Deaf

يعرف الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدتها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة إن آثار التعلم فقدت بسرعة.

(سيد عبد الحميد مرسى، ١٩٨٦، ٤٣٧)

كما تعرف إقبال مخلوف (١٩٩١) الطفل الأصم بأنه ذلك الشخص الذي لا يمكنه استخدام حاسة السمع نهائياً في حياته اليومية، وعلى نفس الطريقة يعرف الطفل الأبكم بأنه الذي لا يمكنه استخدام الكلام نهائياً في حياته اليومية.

(إقبال مخلوف، ١٩٩١)

وتحدد الإعاقة السمعية وفقاً للحالة الطبية للجهاز السمعى بجانب الاعتماد على قياس درجة السمع لتحديد فئة الإعاقة وهي أنواع كالتالي:

- ضعف سمعي حسي: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بالممرات العصبية السمعية الموصلة للمخ بمنطقة الاستقبال الحسي بالأذن.
- ضعف سمعي توصيلي: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بأجهزة توصيل الصوت بالأذن الوسطى أو الخارجية.
- ضعف سمعي مركب: وهو مركب من النوعين السابقين.
- ضعف سمعي مركزي: في هذا النوع يكون الطفل قادراً على الاستجابة لكثير من الاختبارات السمعية إلا أن المركز السمعي في المخ لا يتمكن من تمييز هذه المؤثرات السمعية أو تفسيرها ويصعب علاج مثل هذه الحالات.

(فتحي السيد عبد الرحيم، ١٩٨٨، ٢٠٩)

ويشير عثمان فراج (١٩٩٥) إلى أنه أحيانا ما تكون الإصابة بالصمم التى تؤدى إلى بكم مصاحبة لحالة الانغلاق النفسى وإذا كان الصمم نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو مبكرا بعد الولادة فيؤدى إلى البكم وعدم القدرة على التخاطب والاتصال. وهذه نفسها أحد أعراض الانغلاق النفسى المميز ومن الممكن أن يصاحب الصم والبكم سمات الشخصية الانسحابية أو غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية والاندماج فى حركات نمطية وجميعها أعراض تتشابه مع أعراض الانغلاق النفسى، لكن عملية التشخيص هنا لا تكون صعبة فإذا كانت الإعاقة صم وبكم يمكن تحديدها عن طريق الفحص الطبى لأجهزة السمع والكلام خاصة وأن الطفل فى هذه الحالة يتقدم فى نموه الاجتماعى واكتساب القدرة على الاتصال غير اللفظى بالإشارة أو حركة الشفاه أو الحركات البدنية أو غيرها من أساليب الاتصال كما يمكن تشخيص الحالة على أنها انغلاق نفسى فقط اذا أكد الفحص الطبى والملاحظة سلامة السمع.

(عثمان فراج، ١٩٩٥)

فقد أشارت كل من دراسة مادين (١٩٦٩) Maden، وبرادين (١٩٨٥) Braden، وزوييل (١٩٨٥) Ziewbel حيث تناولوا أثر الصمم على الذكاء وذلك باستخدام القسم العملى من مقياس وكسلر، توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط ذكاء الصم والعاديين. كما توصلت إلى نفس النتيجة كل من دراسة واطسون (١٩٨٦) Watson، بوند (١٩٨٧) Bond، زوييل Ziewbel حيث توصلوا إلى أنه لا يوجد اختلاف بين الصم والعاديين فى الذكاء. كما أوضحت دراسة محمد هويدى (١٩٩٢) والتي تناولت الذكاء الغير لفظى لدى التلاميذ الصم أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الأطفال الصم ومتوسطات درجات عينة الأطفال العاديين فى الذكاء العملى، وكذلك أوضحت دراسة رشاد عبد العزيز موسى (١٩٩٢) والتي تناولت دراسة الفروق فى بعض القدرات المعرفية بين عينة الاطفال الصم والاخرى من عادى السمع وأثبتت النتائج أنه لا يوجد فروق بين فئتى الصم والعاديين فى الذكاء. أى أن الأطفال الصم تقع درجات ذكاؤهم غير العملى فى نطاق العاديين ولا فرق بينهم وبين العاديين فى الذكاء العملى.

بينما أشار تينبرجن وآخرون (١٩٨٣) Tinbergen, et al. إلى أن الطفل المنغلق نفسيا خلال الفترة التى يجب أن يتطور فيها ذكاؤه بسرعة من خلال المثيرات البيئية ومن خلال

المثيرات الجديدة ومن خلال اهتماماته، نجد أنه منسحب من الواقع ولا يريد التفاعل والاتصال الاجتماعي لاكتساب الخبرة اللازمة لنمو هذا الذكاء مما يؤدي إلى التأخر العقلي.

(Tinbergen, et al, 1983)

ويشير عثمان فراج إلى إحدى الحالات التي كان قد تم تشخيصها خطأ على أنها حالة صمم. وهذه الحالة ظلت ما يقارب عام بأحد مراكز تأهيل الصم والبكم إلى أن تم اكتشاف أنها حالة انغلاق نفسي وليست حالة صمم. وهي حالة طفل التقى به عند زيارته بأحد مراكز تأهيل المعاقين في مجال الصم والبكم وهذا المركز يضم أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٤-١٣) سنة من الجنسين والذين لا يعانون من أى إعاقات جسميه أو ذهنية أخرى خلاف الصمم أو البكم وقد لوحظ اختلاف هذا الطفل عن أقرانه من أطفال هذا المركز من حيث القصور الواضح في الكلام واللغة فيما عدا بعض المهمة الخفيفة أحيانا والمرتفعة أحيانا أخرى، كما أنه بسبب صمته الدائم تقريبا قد صنف على أنه إحدى حالات الصمم هذا بالإضافة إلى السلوك النمطي لدى الطفل، وعدم الرغبة في التفاعل الاجتماعي، وسلوكيات أخرى شاذة. أكدت في النهاية بعد الملاحظة الدقيقة أن الحالة هي حالة انغلاق نفسي وليست حالة صمم.

(عثمان فراج، ١٩٩٥)

فكثيرا ما يختلط الأمر على بعض القائمين بالتشخيص، ويرجع ذلك إلى تشابه بعض أعراض الانغلاق النفسي مع بعض أعراض الإعاقات الأخرى. ولذلك فإن الأمر يستدعي تشخيصا فارقا أكثر دقة يساعد على التمييز بين إعاقة الانغلاق النفسي وغيرها من الإعاقات المتداخلة.

ثانيا: المتغيرات المعرفية: Cognitive Variables

وهي تلك المتغيرات أو التكوينات أو المفاهيم التي تنتمي إلى التنظيم العقلي المعرفي مثل:

١- الذكاء: Intelligence

هناك عدة تعريفات للذكاء نذكر منها تعريف فؤاد البهي السيد (١٩٧٦) والذي يشير إلى أن الذكاء "هو موهبة المواهب، وقدرة القدرات، والمحصلة العامة لجميع القدرات المعرفية الأولية".

(فؤاد البهي السيد، ١٩٧٦)

كما يعرف عبد الله سليمان (١٩٩٤) الذكاء بأنه "نشاط عقلي يتميز بالقدرة على الاستدلال والحكم السليم في مواقف مختلفة، وجديده نسبيا وفي زمن معين".

(عبد الله سليمان، ١٩٩٤، ٧٠)

كما يشير لويس مليكه (١٩٩٧) إلى أن الذكاء هو "قدرة يختلف فيها الأفراد، وتمثل في فهم الأفكار المعقدة والتكيف الفعال مع البيئة والتعلم من الخبرة والانخراط في أشكال متنوعة من الاستدلال والتغلب على العوائق من خلال الفكر.

(لويس مليكه، ١٩٩٧، ٢٨١)

ويتأثر الذكاء بكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية بصورة مستمرة، حيث أن الذكاء الخالي من تأثير البيئة من الأمور التي لا يمكن تصديقها وهو يماثل اعتبار زيادة وزن الشخص بدون تغذية.

(فيليب فرنون - ترجمة، ١٩٨٨، ٢٨٣)

وعند الحديث بلغة الأرقام يتضح أن وجهة النظر التي تتأدى بأن الأسس الجينية للذكاء أكثر أهمية من العوامل البيئية تقول أن معامل الوراثة يبلغ (٠,٨) في حين أن تأثير البيئة لا يزيد عن (٠,٢) وبعبارة أخرى أن (٨٠%) من التباين في مستويات أداء مجموعة من الأفراد في اختبار الذكاء يرجع إلى العوامل الوراثية، وأن هناك (٢٠%) من هذا التباين يرجع إلى مصدر أخرى من بينها العوامل البيئية، ومعامل الوراثة السابق هو مفهوم إحصائي يشير إلى نحو عام بين مجموعة من الأفراد، كما اتضح أيضا أن هذا العامل قد يتغير من مجتمع إلى آخر، وأنه مأخوذ من دراسات أجريت في مجتمعات غربية، وأنه قد يختلف بالنسبة للمجتمع المصري.

(عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٠، ١٦٧-١٦٨)

٢- الإدراك: Perception

يعرف الإدراك بأنه "قدرة الفرد على تنظيم المثيرات الحسية التي تصل إليه من خلال الحواس المختلفة، حيث تتم معالجتها ذهنيا في إطار الخبرات السابقة، وتميزها بإعطائها دلالات ومعاني معرفية تدل عليها".

(على السيد سليمان، ١٩٩٤، ٢١٨)

ويشير سعد جلال (١٩٨٥) إن الإدراك ينمو لدى الفرد من خلال عدة مراحل ، فالوليد الجديد يرى ان العالم والأشياء الموجودة حوله غير متميزة في بادئ الأمر وتكون وجوه البشر حوله وما يراه أشياء غامضة غير واضحة لا معنى لها وغير متميزة. ثم تبدأ الأشياء فى التمييز ويدركها الطفل ككلمات. ويبدأ بالتدرج فى تنظيم مدركاته حين يكتشف ثبات الأشياء ورؤيتها باستمرار فى شكل واحد، فيبدأ فى التعرف عليها اذا ما وقع بصره عليها. وتصبح هذه الأشياء واقعية بالنسبة له عن طريق الخبرة العملية فيتعرف على الشئ بالتفاعل معه وعن طريق المحاولة والخطأ، فيتضح الشئ تدريجيا حتى يصبح متميزا. ويمر الأفراد بثلاث مراحل فى الإدراك هى مرحلة عدم التمييز، ثم مرحلة التمييز ثم مرحلة التكامل.

(سعد جلال، ١٩٨٥)

ويذكر عثمان نجاتى (١٩٩٣) "إن الإدراك الحسى عملية هامة فى توافق الإنسان مع البيئة التى يعيش فيها فهو يؤثر فى انطباعاته كلها عن العالم الخارجى وعن الناس الذى يحيطون به وعن سلوكهم، كما يؤثر فى استجابته وسلوكه إزاء العالم الخارجى والناس الذين من حوله ، فمن الواضح ان استجابة الإنسان لموقف ما تتوقف على طريقة إدراكه لهذا الموقف. وقد يدرك الأفراد المختلفون الموقف الواحد بطرق مختلفة ، ولذلك يستجيبون له استجابات مختلفة".

(عثمان نجاتى ، ١٩٩٣ ، ٢٦٣)

ويذكر محمود حموده (١٩٩١) أن الإدراك ينقسم إلى الآتى:

١- ادراك حسى: ويشمل الفهم لجميع المثيرات القائمة عبر الحواس. ويقسم الإدراك الحسى

حسب الحاسة التى تستقبله إلى:

- الإدراك البصرى.

- الإدراك السمعى.

- الإدراك التذوقى.

- الإدراك الشمى.

- الإدراك اللمسى.

١- إدراك يتعدى حدود الحواس وهو أحد الظواهر الميتاسيكولوجية التى لا تخضع لقوانين الطبيعة. ولكن الملاحظ ان ما يسجل فى هذا المجال يرد بصورة عشوائية متجاهلا الطرق

المنهجية مما لا يمكن من استبقاء عوامل الصفة بالاستنتاج العقلاني للادراك الحسى الكلى، كما لا يمكن استبعاد الغش والتزييف فى رصد مثل هذه الظواهر.

(محمود حموده، ١٩٩١)

٣- الانتباه: Attention

يعرف الانتباه بأنه "العملية الانتقائية التى تتعامل مع المحيط (المثيرات) الذى يحيط بالكائن العضوى، والتى تسقط على السطح الحاسى ويستقبلها عضو الحس كمعلومات خام. وبعبارة أخرى يمكن القول أن الانتباه هو عملية استبقاء الكائن العضوى لبعض المثيرات التى يستقبلها السطح الحاسى، ويتم تخزينها فى الذاكرة لفترة أطول قليلا مما يحدث فى عملية الإحساس والتى تصل إلى بضعة ثوان ربما دقائق قليلة استعدادا لتجهيز هذه المثيرات بعمليات معرفية أعلى".

(فؤاد ابو حطب، ١٩٩٦، ١٩٧٧)

وطبيعة الانتباه هى الحركة والتغير وعدم الثبات، فهو دائم الحركة والتغير والتنقل Mobil فلا يبقى مدة طويلة موجهة إلى شئ واحد. فالشخص حتى ولو كان مستريحا على سريره مغمض العينين فان انتباهه يتحول من فكرة إلى فكرة. ويتخذ الانتباه مظاهر شتى: فقد يكون مركزا عندما يضيق مجاله ويتحدد فى منطقة ضيقة كالشخص الذى يقرأ فى كتاب علمى موزعا ويحصر انتباهه فى جزء من أجزائه. وقد يكون موزعا اذا اتسع مجاله - أى اذا كان الشعور موزعا على المجال الإدراكى كله وعندئذ يكون إدراك كل جزء من المجال أقل مما لو ركز فيه.

(عبد الله عبد الحى موسى، ١٩٨٢، ٣٢١)

أنواع الانتباه:

بتحليل عملية الانتباه يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من الانتباه هى:

- ١- الانتباه الإرادى: يحدث الانتباه الإرادى حينما نتعمد بإرادتنا توجيه انتباهنا إلى شئ ما ويتطلب هذا النوع من الانتباه مجهودا شعوريا ويستلزم هذا الانتباه الإرادى مدة طويلة، وجود دافع عند الفرد للاستمرار بذلك المجهود فى الانتباه مده طويلة وهذا ما يطلق عليه اصطلاح قوة الإرادة.

٢- الانتباه اللاإرادي: يحدث عندما تفرض المنبهات الخارجية ذاتها علينا: كما يحدث مثلا عند سماع صوت انفجار فإننا ننتبه بطريقة لا إرادية. ويتميز هذا النوع بأنه لا يتطلب مجهودا شعوريا بل على العكس يتطلب مجهودا لصرف الانتباه عنه والتركيز في العمل الاساسى ويحدث الانتباه اللاإرادي عادة حينما نتعرض لمنبهات شديدة كالأصوات والأضواء الشديدة أو الروائح النفاذة.

٣- الانتباه الاختياري: قد يحتاج الطالب إلى بذل مجهود كبير في تركيز انتباهه في قراءة أحد الكتب المقررة في موضوع جاف لا يميل إليه ولكن على العكس من ذلك قد يسترسل مده طويلة في قراءة قصة مشوقة دون حاجة إلى بذل مجهود في تركيز انتباهه إلى تتبع أصوات أخرى، ويسمى هذا النوع من الانتباه بالانتباه الاختياري، ذلك لأن عادتنا التي اكتسبناها من خبراتنا السابقة هي التي تحدد المواقف التي نستجيب لها بمثل هذا النوع من الانتباه.
(عثمان نجاتي، ١٩٩٣، ٢٥٨)

أما عن العوامل التي تؤثر في الانتباه فيشير محمود حموده (١٩٩١) إلى أن هناك عوامل داخلية منها كون المثير يلبي احتياجا بيولوجيا، مثل الجائع الذي تجذب انتباهه رائحة الشواء، أو أن المثير يوافق رغبة الشخص وهذه العوامل الداخلية أهم في توجيه الانتباه من العوامل الخارجية المتمثلة في نوع المثير (فالصورة تجذب الانتباه من الصوت) فالمثير المباشر أكثر جذبا من المثير الجانبي كما أن وضوح ألوان المثير وظهوره المتقطع من العوامل التي تجذب الانتباه.

(محمود حموده، ١٩٩١)

٤- اللغة: Language

اللغة هي عبارة عن "مجموعة من الرموز المنطوقة، تستخدم كوسائل للتعبير، أو للاتصال مع الغير، وهي قد تشمل لغة الكتابة، أو لغة الحركات المعبرة (الإيماءات والتكشيرات)".

(فيصل محمد، ١٩٩٠، ٢٠)

وترجع أهمية اللغة إلى أن أهم ما يميز الإنسان على الحيوان هو قدرته على استخدام اللغة وقد قامت المجتمعات البشرية لوجود هذه القدرة عند الانسان، واللغة من أهم سبل الاتصال التي

يستخدمها الفرد في التفاعل مع غيره من بنى جنسه ومشاركتهم خبراتهم، وقد أدت مشاركة الغير في خبراتهم والتفاهم معهم باستخدام اللغة إلى قيام مجتمعات لكل مجتمع ثقافته التي تميزه عن غيره. (سعد جلال ، ١٩٨٩، ٢٧٢)

وتشير نوال عطيه (١٩٨٢) إلى أن وظيفة اللغة هي إشباع رغبات الفرد والتعبير عن أفكاره وإحساساته، فاللغة تبرز الفكرة الكامنة لدى الفرد وتظهرها للآخرين ، وبالتالي تتم عملية الاتصال الاجتماعي بين الأفراد والجماعات فاللغة العربية والألمانية ، والإنجليزية ... وغير ذلك من لغات ، عبارة: عن نظم اجتماعية معينة تتخذها جماعة معينة في مجتمع ما ، للتحدث والتفاهم بها، قاصدين بذلك تحقيق وظائف معينة . وهذا النظام يتأثر بباقي النظم في المجتمع سواء كانت اجتماعية ، أم اقتصادية ، أم سياسية ، أم دينية .

(نوال عطيه، ١٩٨٢)

ويذكر فيصل محمد (١٩٩٠) أن اللغة لدى الإنسان تنقسم من حيث الشكل إلى الشكلين التاليين:

- ١- اللغة غير المقطعية: وهي تتكون من أصوات بسيطة غير مقطعية أو من حركات أو إيماءات كإيماءات الوجه أو تعبيرات الوجه أثناء الحديث، أو التكشيرات أو غير ذلك من اللغات مثل لغة العيون ولغة الحركة، ولغة الشم، ولغة الانفعالات.
- ٢- اللغة المقطعية: وهي عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدلول ومعنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة أو أفراد النوع وهي ثابتة نسبياً كما في اللغة البشرية والكلام البشري.

(فيصل محمد، ١٩٩٠، ٣٠)

والطفل الذي تعلم في سنواته الأولى استخدام وفهم كلمات وجمل وعبارات قصيرة بصورة جيدة، والذي أتاحت له فرصة العيش مع آباء كانوا يقصون عليه بعض حكايات الأطفال، يقدر على تكوين لغة راقية عند ذهابه إلى المدرسة ويتمكن منها باقتدار، وعلى العكس فإن الطفل الذي يعيش في أسرة وفي روضة قاصرة من الناحية اللغوية وغير قادرة على تشجيعه ودفعه من خلال تجارب مفيدة، في اللغة المنطوقة فإنه يصطدم بالقراءة والكتابة وبالكتاب والمعلم والزملاء في المدرسة الجديدة.

(جيوسيني - ترجمة ، ١٩٩١ ، ٧٧)

ثالثاً: المتغيرات غير المعرفية Noncognitive Variables

هى مجموعة المتغيرات السيكولوجية الفردية التى تعكس ديناميكية النشاط النفسى كموجهات للسلوك مثل:

النضج الاجتماعى: Social Maturity

يعرف النضج الاجتماعى بأنه العملية التى يتم من خلالها نقل القواعد ومعايير السلوك والتوقعات والمعرفة الخاصة بثقافة الكثير من الأطفال من خلال مراحل النضج والنمو والدوافع المرغوبة والتعريفات الخاصة بمعانى الكثير من مظاهر الحياة، وهى تهتم بجميع مظاهر نمو شخصية الطفل وسلوكه الاجتماعى.

(Stual: 1980, 221)

ويشير مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٠) إلى أن النضج الاجتماعى هو القدرة الاجتماعية لدى الفرد، ويقاس تبعاً لمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى من خلال عدة بنود نوعية تمثل جوانب نفسية مختلفة من القدرة الاجتماعية مثل: الاكتفاء الذاتى، شغل النفس فى أنواع من النشاط، التخاطب، توجيه الذات، والمشاركة الاجتماعية.

(مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٠)

أهمية النضج الاجتماعى:

تتضح أهمية النضج الاجتماعى للطفل حيث أنه من خلال النضج الاجتماعى السليم يكتسب الطفل المهارات والسلوك والخبرات التى تسهل له التعامل والتوافق مع الجماعة، لأن حياة الطفل الاجتماعية تخضع للتطور والارتقاء، وهذا بدوره يتم من خلال علاقته بالأفراد المحيطين به فى الأسرة كمصدر للحب والحنان والإشباع النفسى، ومن خلال هذه العلاقات يكتسب الطفل سلوكاً ومعايير وأدوار اجتماعية تمكنه من مسايرة جماعته والتوافق الاجتماعى معها، ويكسبه الطابع الاجتماعى وتيسر له الاندماج فى الحياة الاجتماعية. ومن خلال النضج الاجتماعى ينشأ تفاعل الفرد مع المجتمع بأعلى مستوياته ونتيجة لعملية التفاعل يكتسب الأطفال شخصياتهم.

(أحمد عبد العزيز سلامة، ١٩٨٠، ١٥١)

ويذكر مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٠) أن النضج الاجتماعي يتحقق من خلال عدة بنود رئيسية وهي:

١- الاكتفاء الذاتي.

٢- شغل النفس في أنواع من النشاط.

٣- التواصل.

٤- توجيه الذات.

٥- المشاركة الاجتماعية.

(مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٠)

٢- الخصائص السلوكية: Behavioral characteristics

تعتبر الخصائص السلوكية أحد المتغيرات التي تميز فرد عن آخر فقد يتسم شخص ما بسلوك معين لا يوجد في شخص آخر ويتحدد السلوك سواء كان سوى أو غير سوى عن طريق عوامل متداخلة، وتكون هذه العوامل بيولوجية، اجتماعية، ثقافية، دافعية أو تكون كلها معا.

أبعاد السلوك:

يشير عباس محمود عوض (١٩٨٧) إلى أن سلوك الفرد يقوم على دعامتين أساسيتين الدعامة الأولى هي البعد الشخصي للسلوك، أما الدعامة الثانية فهي البعد الاجتماعي لهذا السلوك. فالبعد الشخصي لسلوك الفرد يتحدد بالفرد ذاته كفرد له إمكانيات معينة في تنظيم ديناميكي يميز الشخصية والتوافق مع المواقف المختلفة بطريقة معينة. أما البعد الاجتماعي لسلوك الفرد الذي يحدده النظام الاجتماعي السائد في بيئة الفرد وما يفرضه هذا النظام من التزامات ومسئوليات وواجبات لمعايير وأنماط السلوك.

(عباس محمود عوض، ١٩٨٧)

محددات السلوك العادي والسلوك غير العادي:

تعددت المحاولات لتحديد مواصفات السلوك العادي والسلوك غير العادي، وتنوعت المحكات المستخدمة في هذا الشأن. فيحدد فريق من العلماء السلوك العادي على أساس المعايير الاجتماعية، ويصبح السلوك العادي هو ما يتفق والمعايير الاجتماعية في مجتمع معين. والمعايير

الاجتماعية هي جميع ما تنفق عليه الجماعة وتقبله من أساليب سلوكية، إلى اتجاهات اجتماعية إلى قيم إلى غير ذلك من أوجه نشاط الفرد. وقد ينفق ما يشيع في المجتمع مع ما يتقبله المجتمع وقد يختلف الاثنان. وهكذا تعتبر المعايير الاجتماعية بمثابة محك للتمييز بين العادى من السلوك وغير العادى منه. ويصبح الفرد ذو السلوك السوى هو من يستطيع أن يلتزم بما التزم به الآخرون أو هو من يقوم بالدور الاجتماعى المحدد بدقة وإتقان.

وقد استخدم فريق آخر من العلماء محك آخر يطلق عليه السلوك التواؤمى ويجدوا فيه محكا أفضل من الاعتماد على المعايير الاجتماعية فى التمييز بين السلوك العادى وغير العادى. إذ أن أفضل محك لتحديد العادى من السلوك لا يكون فى مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له، وإنما يكون فى مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات للفرد والجماعة أو ما يطلق عليه بالسلوك التواؤمى. فإذا أدت الموافقة الاجتماعية إلى مزيد من النمو للفرد وللجماعة، اعتبر السلوك عاديا، أما إذا لم تؤدي الموافقة الاجتماعية إلى مزيد من النمو وتحقيق إمكانات كل من الفرد والجماعة اعتبر سلوكا غير سوى.

(عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٠)