

نوع الوثيقة – محاضرة/ أعمال موجهة/.....
محاضرة.....
الفئة المستهدفة من الطلبة: ليسانس/ ماستر:
..ليسانس
المستوى :...السنة الثانية جذع مشترك ..علم النفس-.....
المجموعة :.....ج.....الأفواج:...
.....23-15-14-13-12-11.....
التخصص:..علم النفس تاريخ تسليم الوثيقة:
.....02-04-2020.....

عناوين المحاضرات

- 01: المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي
- 02: النماذج المفسرة للاضطراب النفسي
- 03: النموذج الإنساني و السلوكي و التكاملي في تفسير الاضطرابات النفسية
- 04: الأساليب و الأدوات التشخيصية للأمراض النفسية و العقلية
- 05: الاختبارات النفسية و دراسة الحالة .
- 06: اعراض و علامات الاضطرابات النفسية
- 07: تصنيف الامراض النفسية و العقلية
- 08: مراحل تطور الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية
- 09: نموذج من الاضطرابات النفسية لدى البالغين -الاكتئاب النفسي -
- 10: الاضطرابات النفسية لدى الاطفال - التخلف العقلي -
- 11: الاتجاهات الحديثة في تفسير التخلف العقلي
- 12: البرامج التأهيلية لحالات التخلف العقلي

المحاضرة الأولى

المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي

1-تعريف علم النفس المرضي La psychopathologie

علم النفس المرضي هو دراسة الاضطرابات النفسية و العقلية من خلال البحث التفصيلي عن الاعراض النفسية و السلوكية و المعرفية للمرض و تفسير أسبابها و نتائجها على الفرد .

ويعرفه R.Pierrron على انه دراسة الاضطرابات العقلية و النفسية من حيث

تصنيفها و وصف ميكانيزماتها و تطورها.

2-تعريف الاضطراب النفسي Les troubles mentaux

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي و الإحصائي
للامراض العقلية الاصدار الرابع DSM-IV.

الاضطراب النفسي بأنه مجموعة من الاعراض السلوكية أو النفسية ذات دلالة اكلينيكية ترتبط =بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة. و يؤكد الدليل من خلال عرضه على إمكانية الاستدلال سواء بالملاحظة او بالقياس على الوجود القصور أو العجز

في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، و أن الاضطراب ليس فقط في علاقة الفرد بالمجتمع. و هكذا اتفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي و منظمة الصحة العالمية على ثلاثة علامات لتعريف الاضطراب النفسي و هي :

_ وجود ألم نفسي أو عضوي واضح.

_ أن يصاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية و المهنية للمريض.

_ لا يكفي تعريف الاضطراب أو الحكم على جودة من خلال الصراع الدائر بين الفرد و المجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع.

3- مفهوم السواء و اللاسواء Le normal et le pathologique

1- 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 اما 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 يُعد 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 الديمقراطية و حقوق الإنسان المزعومة في المجتمعات الغربية .

ان اعتبار اللاسواء كانهزاف إحصائي عن المتوسط يجعلنا نهتم ببض 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 يُعد تلقي الفرد علاجاً نفسياً متخصصاً من أي نوع مؤشراً لاضطراب العقلي لديه، فالشخص يعد شاذاً إذ طلب المساعدة و العلاج لأن التماسه للعلاج يعد اعترافاً ضمناً بوجود مشكله، كما أن اصطحاب أهله او ذويهم له كما يحدث في بعض مرضى الفصام دليل على وجود مشكلة تحتاج الى العلاج.

المحاضرة الثانية

النماذج المفسرة للاضطرابات النفسية

سنحاول في هذه المحاضرة التعرف بصفة مختصرة على التفسيرات المختلفة للاضطرابات النفسية و في مجال علم النفس المرضي.

1-النموذج البيولوجي او البيو-طبي Le model biologique /biomédical

2-النموذج السيكو - دينامي Le model psychodynamique

3-النموذج الإنساني / الوجودي Le model humaniste/Existentielle

4_النموذج السلوكي Le model comportementale

5-النموذج التكاملي Le model intégratif

1-النموذج البيولوجي او البيو-طبي : Le model biologique /biomédical

يفترض النموذج البيولوجي أن الاسباب الرئيسية و أفضل الاساليب فعالية في علاج سلوك

الشاذ تكون بالدرجة الأولى بيولوجية ، و يقترح هذا النموذج على وجه التحديد أن

الاختلافات الوظيفية الحيوية للجهاز العصبي عل وجه العموم و للمخ على وجه الخصوص

تكون مسؤولة عن الاضطرابات العقلية، و أن استخدام الأدوية و العقاقير سوف يعدل من هذه الاختلافات الوظيفية و يعالج او يزيل هذه الظروف و بقي هذا الاعتقاد سائدا لفترة طويلة و دعم على يد العالم E.Kreaplin و مساعديه في النصف الثاني من القرن التاسع عشر .

عندما ننظر الى الافتراضات الضمنية للنموذج البيولوجي للاضطرابات العقلية سوف نجد بعض اوجه التشابه بين ما ذكر اليونانيون القدامى منذ 2500 سنة مضت و ما توصلت اليه الأبحاث الحديثة ومن هذه الافتراضات :

1

1_ إن ما يصيب المخ من تلف أو اختلال وظيفي بسبب الامراض التي تصيب المخ ا بسبب التقدم في السن او الإدمان على المخدرات و الكحول ... يعد مسؤولا عن الاضطرابات العقلي

2_ إن التشخيص الدقيق للاضطراب العقلي يتطلب معرفة أوجه القصور في الوظائف البيولوجية للمخ المسببة لهذا الشذوذ.

3- ان العلاج المناسب يتطلب القضاء على الاضطرابات الموجودة و المتعلقة بالمخ من خلال استخدام العقاقير و علاج الامراض المسببة .

2-النموذج السيكو - دينامي Le model psychodynamique

تقوم دعائم النموذج السيكو-دينامي على اعتقاد مفاده السلوك الإنساني يتأثر بالعمليات النفسية اللاشعورية التي لا تكون على وعي بها، أو بعبارة أخرى من خلال الصراعات

الداخلية و الدوافع، و يفترض النموذج السيكو دينامي أن كل من السلوكيات السوية و اللاسوية تنتج من تفاعل كل من العوامل الوراثية و البيئية، و أن كلا من العاملين يؤثران في السلوك من خلال تأثيرهما على العمليات الشعورية بنفس القدر اللذان يؤثران فيه على العمليات اللاشعورية، كما يركز علماء السيكو-دينامية على الاهمية البالغة لسنوات الاولى من العمر معتقدين أن أحداث الطفولة يكون لها تأثير دائم لا ينقطع على الحالة النفسية للفرد.

و يعد سيجموند فرويد (1856_1939) رائد النموذج السيكو-دينامي وقد بقيت أفكاره تؤثر في العلماء الآخرين إلى يومنا هذا و يرى فرويد ان المرض النفسي ينتج من الصراع بين رغبات الانا من جهة و دوافع و الهو و متطلبات الانا الأعلى من جهة أخرى و قد وضع فرويد ان الانا عندما تكون قادرة على السيطرة و حل الصراعات فهذا يؤدي الى التوازن و الصحة النفسية و العكس صحيح .

الميكانيزمات الدفاعية للأننا

ميكانيزمات الدفاع هي الحيل التي تتبعها الأننا لكي تواجه التهديدات الخطرة من الهو و الانا الأعلى او العالم الخارجي، و غالبا ما تستجيب الأننا لهذه التهديدات بحالة من القلق و هو الشعور انفعالي غير سار يشبه التوتر العصبي و يقسمه فرويد إلى نوعين هما:

1_القلق الموضوعي: ويحدث بسبب خطر موضوعي أو واقعي في البيئة الخارجي

2_القلق العصابي: و يحدث في غياب موضوع حقيقي واضح يشير الى القلق.

و الجدير بالذكر ان الأننا قد تستطيع التعامل مع التهديدات و الضغوط و القلق بذكاء و بعقلانية طبقا لمبدأ الواقع ، و الأننا السوية تستطيع مواجهة مطالب الهو و الأننا الأعلى و

مواجهة البيئية دون صعوبة ر، و لكن عندما تزداد شدة الضغط من هذ المصادر الثلاثة فإن عقلانية و الذكاء تصبحان غير كافيتان لخفض التوتر، و في مثل هذه الحالة يمكن لأنا ان تستدعي واحدة أو أكثر من ميكانيزمات الدفاع المختلفة لتحمي نفسها.

درس كلا من أنا فرويد وأبيها فرويد الميكانيزمات الدفاعية او النفسية إلا أن أنا فرويد قضت المزيد من الوقت والابحاث على خمسة ميكانيزمات دفاعية وهي: الكبت، النكوص، الاسقاط، التكوين العكسي، والتسامي ، واعتبرت أن كل الميكانيزمات الدفاعية هي عبارة عن استجابة للتوتر و القلق ، الذي يعيشه الفرد في المواقف الاجتماعية المختلفة و من بين الميكانيزمات دفاعية الهامة نجد :

-الكبت Refoulement /Isolation وهي تشير الى ميل الفرد لاستبعاد المشاعر و

الرغبات و الأفكار و الخبرات من دائرة الشعور الى اللاشعور .

-النكوص Régression وهي العودة الى مراحل سابقة من النمو النفسي او البدني حيث تكون

المسؤوليات أقل والشعور بالأمان أكثر .

-الاسقاط Projection و فيه يتم نسب المشاعر غير المقبولة الى الغير و بالتالي

لا يمكنه مواجهتها لأنها بصورة لا شعورية صارت منسوبة إلى غيره

-التكوين العكسي Formation réactionnelle هو ميكانيزم يتخذ فيه الفرد أسلوبا

يعبر عن عكس الدافع الموجود عنده، بشكل مبالغ فيه وبصورة مفرطة ، و يعمل التكوين العكسي على قمع وكبت الدافع المثير للقلق وبذلك يستريح صاحبه مؤقتا من القلق والتوتر المرتبط به.

-التسامي Sublimation

وتعد واحدة من أكثر الآليات المقبولة حيث يتم فيها التعبير عن الغضب أو التوتر بصورة مقبولة اجتماعياً مثل التخلص من الغضب عند ممارسة الرياضة.

علماء آخريين ساهموا في النظرية السيكو-دينامية:

يعد كل من يونج و أدلر و أتورنك من الأطباء النفسيين الذين عملوا مع فرويد في بداية القرن العشرين عندما كان يسعى جاهداً لتطوير نظريته، إلا أنهم لم يتقبلوا أفكار فرويد فيما يتعلق بوجود مشاعر جنسية لاشعورية لدى الرضع و الأطفال إزاء والديهم، و هو ما يقودهم إلى الوقوع فريسة للمرض النفسي إذ تركت هذه المشاعر ولم تحل أو تتحول، و لذلك فقد طور كل منها نظرية سيكو -دينامية بديلة تشرح تطور المرض النفسي.

- **يونغ :** أعطى أهمية كبيرة للعوامل الوراثية في تكوين الشخصية و ارجع سبب الاضطرابات النفسية لدى المريض إلى المشكلات المتراكمة التي عاشها الوالدين عندما كان المريض طفلاً ، كما أعطى المزيد من الأهمية المشكلة الانية المرتبطة بحدوث المرض

-**أدلر** فقد ركز جل اهتمامه على الآثار السلبية للشعور بالنقص في ظهور المرض النفسي.

- **أتورنك** أعطى اهتماماً أكبر لآثار السلبية المتعلقة بصدمة الميلاد و هي الصدمة التي يلاقيها الوليد عندما يفقد أمان و إشباعات الرحم و يخرج إلى العالم مليء بالإحباطات الحياتية، و اعتبر ان هذه الصدمة هي المسؤولة عن الأمراض النفسية.

كون هؤلاء العلماء الثلاثة مدرسة تعرف بالفرويديين الجدد.

أثر الثقافة و العوامل الإجتماعية في تطور الاضطراب النفسي :

خرجت كوكبة من علماء النفس الأوروبيين على خط فرويد وراحوا يعدلون في نظريته ليبرزوا أثر الثقافة و المجتمع في تطور الشخصية و المرض العقلي، ومن هؤلاء العلماء كاري هورني، إيريك فروم، هاري ستاك سوليفان، و إيريك اريكسون

-**كارين هورني** و قد بنت نظريتها على اعتقاد مؤداه أن كل من القلق و الاكتئاب هي امراض نفسية تتطور كنتيجة لأحد ثلاث صراعات بين شخصية هي التحرك تجاه الناس، و التحرك ضد الناس، و التحرك بعيداً عن الناس، و هو ما يخلق بدوره ثلاث أنماط للشخصية هي النمط المشارك و النمط المهاجم، و النمط الهارب من الناس، و ترتبط هه الصراعات التي نخبرها بكل من الحب و التعبير عن الغضب و تلعب دوراً في فقد علاقتنا بالآخرين فضلاً عن ذلك ترفض هورني وجهة نظر فرويد حلو وجود الغريزة الجنسية في الطفولة و أرجحت وجود عقدة أوديب إلى اضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه، و أكدت أن العلاقة بين الوالدين و الطفل التي يشوبها البرودة و عدم الأمان و الشعور بالعزلة و في عالم يسوده عدم الود و الصداقة من شأنها أن تقوده في النهاية لأن يقع فريسة لكل من القلق و الاكتئاب و غيره من الأمراض و بهذه الطريقة ربطت بشكل بين البيئة العدائية و علم النفس المرضي.

-**هاري ستاك سوليفان** يرى أن كل الصور غير العضوية للأمراض النفسية بما في ذلك العصاب و الفصام ترجع إلى علاقات بين شخصية مرضية و يتضمن ذلك التعلق الأمومي الزائد، و العقاب الغير المناسب، والافتقاد إلى العطف و الحنان الكافي في مرحلة الطفولة، و الفشل في الحصول على جماعة الرفاق المناسب من الصبيان أو تحقيق صداقة في مرحلة ما قبل المراهقة.

-إريك اريكسون الذي يعده البعض من مؤسس سيكولوجية الأنا و الذي يركز على دور الاجتماعي و الثقافي في المرض النفسي، و يرى أن الشخصية تنمو مدى الحياة ا عبر ثمان مراحل هي:

- 1_ **المهد:** الثقة الأساسية مقابل عدم الثقة (الأمل).
- 2_ **الطفولة المبكرة:** الاستقلال مقابل الشك و الخجل (قوة الارادة).
- 3_ **سن اللعب الحركي و الجنسي:** المبادأة مقابل الشعور بالذنب(الغرض).
- 4_ **سن المدرسة الابتدائية (الكمون):** الإنجاز مقابل الشعور بالنقص (الكفاءة).
- 5_ **البلوغ و المراهقة:** هوية الأنا مقابل التشتت الدور (الإخلاص).
- 6_ **الرشد المبكر:** الألفة مقابل العزلة (الحب).
- 7_ **الرشد المتوسط:** العطاء مقابل الركود (الرعاية).
- 8_ **النضج و آخر العمر:** التكامل مقابل اليأس (الحكمة).

اسهامات علماء النفس الأنا ضمن هذا النموذج Ego Psychologiste

يمثل علماء النفس الانا المجموعة الثالثة من أنصار السيكو-دينامية، و يعدون من الفرويديين الجدد و هم هينز هارتمان، و رين سبتييز، و مارجاريت ماهر ، و يعرفون علماء النفس الانا لأن نظريتهم تؤكد على أهمية الأنا و ميكانيزماتها الدفاعية في نمو الشخصية و اضطرابها النفسي على السواء، و قد تأثر هؤلاء المنظرون بالأفكار المبكرة لأنا فرويد التي عرضتها في كتابها "الأنا و ميكانيزمات الدفاع " الذي وضعته في 1936. و قد أكد هؤلاء العلماء على دور الأنا القوية و الناضجة في تمكين الراشدين من مواجهة ضغوط البيئة

الخارجية و التوافق و حل الصراعات بين الهى و الأنا و الأنا الأعلى على المستوى الداخلي
للشخصية.

المحاضرة الثالثة

النموذج الإنساني و السلوكي و التكاملي في تفسير الاضطرابات النفسية

3- النموذج الإنساني / الوجودي Le model humaniste/Existentielle

لقد تطور النموذج الإنساني بعد الحرب العالمية الثانية بقليل مؤكداً على تميز الشعور أو الوعي الإنساني، مؤكداً كذلك على أهمية ان يكون كل فرد واعياً بمدى ادراكه للواقع و قد ألقى هذا النموذج الضوء على تميز و قيمة و الامكانيات الخاصة لكل فرد بصرف النظر عن مكانته، وضعيته، قوته، أو تأثيره في الآخرين، و من العناصر الهامة الأخرى في هاذ النموذج النظرة المتفائلة للإنسان واعتقاده بأن معظم البشر لديهم القدرة على النمو الانفعالي و العقلي واستغلال كل قدراتهم إذا هم حاولوا ذلك و من النظريات الأساسية في النموذج الإنساني او الوجودي :

1- نظرية التمرکز حول الشخص لروجرز:

يفترض روجرز في نظريته عن التمرکز حول الشخص أن كل من الشخصية و السلوك يتطوران خلال إدراكنا و تفسيرنا للعالم من حولنا من الناحية و من العوامل البيولوجية و التعلم من الناحية الأخرى. و تؤكد نظرية روجرز على ضرورة استغلال طاقتنا في تحسين ذاتنا وبيئتنا إلى أقصى درجة، و تشير هذه النظرية إلى مدى اهتمام روجرز وتأكيده على دور كل من الثروة و المكانة الرفيعة، و السلطة أو القوة كمؤشرات في التمرکز حول الشخص و يرجع المرض النفسي إلى:

-الافتقار إلى الاعتبار الإيجابي غير المشروط La considération positive inconditionnelle

و تشير الى القدرة الاخر بطريقة إيجابية بدون احكام و لا تقييم و لا شروط.

La capacité de considérer l'autre sans jugement ni évaluation et sans conditions

-عدم التطابق بين الخبرة و مفهوم الذات.

ب-نظرية ماسلو في تحقيق الذات:

يندرج فكرة ماسلو مع فكر روجرز ضمن النموذج الإنساني الوجودي ، و طبقا لرأي ماسلو فإن السبب الأول للأمراض النفسية هو الفشل في إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الفسيولوجية و حاجات الأمان و الحب و التقدير و تحقيق الذات و كلما زادت درجة عدم تحقيق الذات كلما زادت خطورة المرض، و لا يمكن تحقيق الذات بدون إشباع الحاجات التي يشترك فيها كل الناس مثل الحاجة للأمان و الانتماء و الحب و التقدير.

3-النموذج السلوكي Le model comportementale

يعد جون واسطون المؤسس الحقيقي للسلوكية، و عرف علم النفس من وجهة نظر النموذج السلوكي بأنه فرع تجريبي من العلوم الطبيعية يقوم هدفه النظري أصلاً على التنبؤ و ضبط السلوك الحقيقي.

، و يندرج تحت هذا النموذج ثلاث طرق رئيسية للتعلم تعد في غاية الأهمية في تكوين سلوك جديد، أو تعديل سلوك قائم و هي:

-الاشراط الكلاسيكي لبافلوف I.P.Pavlov

-الإشرط الإجرائي (الأدائي) B.F.Skinner

-التعلم بالملاحظة . A. Bandura

ويتعارض النموذج السلوكي للشخصية و علم النفس المرضي بشدة مع كل من النموذج البيولوجي و السيكو-دينامي حيث يرفضون السلوكيون المفاهيم غير القابلة للدراسة مباشرة بواسطة الملاحظة والتجريب مثل مفاهيم الشعور واللاشعور وعليه فهم يعتبرون هذه المفاهيم غير علمية وغير عملية وبدلاً من الاعتماد على هذه المفاهيم الغامضة، فإن السلوكيين يرون أن حيث يقترح هذا النموذج أن التعلم يلعب الدور الأساسي في نمو السلوك و ان السلوك الملاحظ للشخص هو الذي يحدد فيما إذا كان هذا الأخير سوياً أو غير سوي او مريض .

و يؤكد هذا النموذج أن السلوك السوي أو غير السوي او المرضي هو نتاج عملية التعلم و يمكن تغيير هذا السلوك غير السوي بواسطة تدريب الأفراد و تعليمهم استجابات جديدة للمثيرات البيئية والمحيطية أو بتعديل البيئة المحيطة بالأشخاص نفسها

اذن فالقاعدة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج السلوكي في تصوره للسلوك المرضي أو الباثولوجي تتمثل في تعديل وتغيير هذا السلوك بواسطة تطبيق قوانين الاشراف والتعزيز

و يركز النموذج السلوكي على دور التعلم و المحددات البيئية في تفسير السلوك، ورغم ذلك لم يهمل العوامل البيولوجية و الفردية، و يسبب انفتاحه على مدى واسع من التفسيرات، لذلك كان بمثابة قوة مواجهة لكل من النموذج البيولوجي بتأكده المطلق على العوامل الحيوية، و النموذج السيكو -دينامي بتأكده المطلق على العوامل اللاشعورية و الصراعات الخارجية. أما منتقدي هذا النموذج فيعيون عليه تركيزه المبالغ فيه على التعلم و المحددات البيئية خاصة

في ضوء ما تحقق من اكتشافات علمية تشير إلى دور الوراثة في اضطرابات كالإدمان وسوء استخدام الكحول و العقاقير، و الاكتئاب و الاضطرابات أخرى التي كان يعتقد أنها ترجع لعوامل بيئية بالدرجة الأولى، و البعض الآخر ينتقد السلوكيين لعدم اهتمامهم بالعوامل المعرفية و أساليب ضبط الذات في جهودهم لإظهار دور البيئة في التأثير على السلوك، و يقصد بالعوامل المعرفية كل العمليات العقلية كال تفكير و التفسير، و الإدراك و التعرف و الحكم و التخيل. و نتيجة لذلك أصبحت المفاهيم و الاستراتيجيات المعرفية تمنح

في إطار سلوكي و هو ما أصبح يطلق عليه نظرية التعلم الاجتماعي.

5-النموذج التكاملي:

لم يتم تدعيم كل من النموذج السيكو-دينامي و الانساني في تفسير المرض النفسي تدعيمها بنفس القدر الذي تم به تدعيم النموذج السلوكي و البيولوجي، فقد استنتج العديد من الاخصائيين و علماء علم النفس أن العمليات و العوامل النفسية تتدخل في ظهور و تعديل السلوك المضطرب و الشفاء من المرض النفسي ، و بذلك فإن المنطق التكاملي يشير إلى هذه النماذج الأربعة تدعم بعضها البعض في تفسير السلوك المضطرب، و لا يمكن أن تكفي إحداها بمفرده في شرح او تفسير تطور الاضطراب النفسي.

المحاضرة الرابعة

الأساليب و الأدوات التشخيصية للأمراض النفسية و العقلية

أولاً: تعريف التشخيص: Diagnostic

التشخيص هو وضع تعريف او مسمى لاضطراب أو مرض باستخدام أحد أنظمة التصنيف المتفق عليها. و يعرفه زهران بأنه الفن و السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل و طبيعة و نوع المرض.

أما القياس الاكلينيكي فهو العملية التي يستخدمها الاكلينيكي في تجميع و استنتاج المعلومات التي يحتاجها للتشخيص، محدداً الاسباب و مخططاً للعلاج و التنبؤ بمآل الاضطراب.

و لكي تتم عملية التشخيص على أكمل وجه يقوم الاخصائي النفسي الاكلينيكي و الطبيب النفسي بالتعاون معاً في عملية القياس الاكلينيكي و حتى يتم ذلك فإنهم يبحثون عن الأعراض و العلامات السلوكية و النفسية و الجسمية للمرض.

و يعد تجميع كل هذه المعلومات من خلال المصادر و الوسائل المختلفة لجمع المعلومات أمراً حيوياً لرسم الصورة الكاملة للحالة المرضية للفرد و تتم عملية التشخيص في عدة خطوات أشار اليها W.Sandberg و هي كالآتي:

1-مرحلة الاعداد La phase de préparation التي تشمل ثلاثة خطوات فرعية :

-التعرف على طبيعة مشكلة المريض .

-القرارات المبدئية في قبول و عدم قبول الحالة - حسب طبيعة المشكلة -.

-اختيار الاختبارات و المقاييس النفسية .

2- مرحلة التزويد بالمعلومات **La phase d'input** و تتكون من خطوتين فرعيتين هما:

-المقابلة التشخيصية : يقوم الاخصائي بتجميع المعلومات و البيانات التفصيلية عن الحالة البيولوجية و العصبية و السلوكية حسب الأعراض و العلامات المميزة للمريض النفسي/ العقلي و ذلك من خلال المقابلة التشخيصية و تطبيق الاختبارات اللازمة لطبيعة مشكلة المريض.

-تصحيح الاختبارات و تنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها و وضعها في صورة كمية .

3-مرحلة معالجة المعلومات **La phase de traitement des informations**

و هي مرحلة معالجة المعلومات و يقوم الاخصائي فيها بتنظيم المعلومات التي حصل عليها و توضيح المعاني المتضمنة لها و استخراج نتائج تطبيق الاختبارات النفسية و تفسير نتائجها .

4-مرحلة التشخيص و اتخاذ القرارات **La phase de diagnostic et la prise de décision**

و كما يطلق الأطباء اسم لمرض معين على مجموعة من العلامات و الاعراض الجسمية فإن الأطباء النفسيين و الاخصائيين و الاكليينكيين يستخدمون نظاماً لتصنيف الاضطرابات النفسية و العقلية لتسمية المرض النفسي و العقلي أي التشخيص ، و قد تطور هذا النظام بداية في عام 1952 فيما يعرف الدليل التشخيصي و الاخصائي للاضطرابات العقلية الذي يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، و قد صدر منه الاصدار الخامس 18ماي

اتخاذ Le rapport عام 2013 و تتضمن هذه المرحلة أيضا بعد تشخيص المرض
القرارات بشأن العلاج و الخطة العلاجية و كتابة التقرير النفسي النهائي

ثانيا :الأدوات التشخيصية للأمراض النفسية و العقلية

1_ المقابلة:

تعد طرق المقابلة بمثابة أدوات فعالة و في غاية الأهمية للمشتغلين بمجال الصحة النفسية
و يمكن تقسيم المقابلة في ضوء الهدف و في ضوء الإجراءات إلى:

أ_ أنواع المقابلة في ضوء الهدف منها:

ا_ المقابلة التشخيصية : و تمد الاخصائي الإكلينيكي بمعلومات عن الماضي المريض و
سلوكه الراهن سواء كان سوياً أو لا سوياً، و هذه المعلومات يصعب الحصول عليها من أي
مصدر آخر.

و يصف Kornish المقابلة التشخيصية بأنها أداة تساعد المعالج النفسي على فهم
المشكلات التي يعاني منه المريض مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات
العلاجية الملائمة.

ب-مقابلة القياس: و تستخدم للعديد من الأعراض بما في ذلك قياس الشخصية و السلوك

ج-المقابلة الممهدة للعلاج النفسي : تهدف لتعريف المريض بخطة العلاج و ضرورة تعاونه مع المعالج النفسي و إعطائه الثقة الكاملة بأدائه و امكانياته بالإضافة الى محاولة تعديل بعض المعتقدات لدى المريض لتقبل العلاج و الامتثال العلاجي .

2-تقنية الملاحظة La technique d'Observation

لا تعتبر الملاحظة هدفا بل هي الوسيلة التي يستعين بها الأخصائي النفسي للوصول إلى أهداف أساسيه منها:-

- 1- التعرف على مؤشرات التغير في السلوك للأفراد و اتجاهاتهم .
- 2- التعرف على مؤشرات التغير في مجموعة من الافراد.

تتضمن مهارة الأخصائي النفسي في الملاحظة في اختيار الأسلوب المناسب في المجال حتى يمكن للملاحظة أن تحقق أهدافها بقدر المكان حيث أن كل أسلوب له من المميزات والعيوب ما يجعله مناسباً في موقف وغير مناسب في موقف.

-الأسلوب الأول: الملاحظة العادية البسيطة:

ويقصد بها ملاحظه الظواهر كما تحدث تلقائياً في ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي وتسجيل ما لم يتم التعرف عليه مباشرة دون تحديد الجوانب التي يجب ملاحظتها وبالتالي سوف تكون هناك معلومة عامه عن الموضوع أو المشكلة في تسجيل المعلومات

في شكل تقارير عامه عن الموضوع دون استخدام أدوات دقيقه القياس لقياس دقه الملاحظة أو موضوعتها .

-الأسلوب الثاني: الملاحظة الموضوعية :

وفى هذا المجال ترتبط مهارة الأخصائي النفسي لتحديد موضوعيات معينه ومحدده مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع ويسعى الأخصائي إلى جمع تلك الحقائق والمعلومات في إظهار تلك الموضوعات وجميع الموضوعات تكون بصوره العامة للمشكلة أو موضوع.

أنواع الملاحظة :

-الملاحظة غير المتقنة:

- عند إجراء دراسة ما في المجال غير المعروف وغير المهني فان الملاحظ يستخدم نفسه كاداه لجمع البيانات وهذا الأجراء لا يتطلب قلم ومفكرة لتدوين الملاحظات وقد يستعين أحيانا بשרائط التسجيل لو الفيديو أو آلات التصوير ,بهدف توثيق الحدث .

-الملاحظة المقننة:

- وهى طريقه قيمه ومهمة لجمع المعلومات وغرضها تختلق قليلا من غرض الملاحظة غير مقننه التي تهتم بجمع الجوانب المتعلقة بالظاهرة المدروسة بصوره كفيه شامله بينما تركز الملاحظة المقننه على أحداث محدوده تعطى نتائج أكثر تلخيصا وإنجازا في صوره كميّه و تعتبر الملاحظة المقننه اقل شمولاً في الوصف وأكثر تحديدا وتفسيرا .

يمكن الاستعانة ببعض الوسائل عند تطبيق تقنية الملاحظة منها:

- التقارير الفردية أو الدورية التي يقوم بها الاخصائي النفسي .

- الاستعانة بأجهزة التسجيل أو الصور كوسائل معينة كما يستخدم شبكة أو دليل الملاحظة.

يمكن تلخيص خطوات الملاحظة فيما يأتي :

- يتم تحديد السلوكيات المراد دراستها
- تعريف السلوكيات المراد دراستها
- تحديد القائم بالملاحظة و تدريبه على تقنية الملاحظة
- القيام بعملية تسجيل الملاحظات عن السلوكيات المراد دراستها باستخدام شبكة الملاحظة و طرق تسجيل محددة و علمية كالتكرار و المدة .
- تحليل الملاحظات السلوكية و الخروج بالاستنتاجات المساعدة في عملية التشخيص

- مميزات تقنية الملاحظة :

- يمكن من خلالها الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى كالمقابلة أو المقاييس و الاختبارات النفسية ..
- تتيح دراسة السلوك الفعلي في المواقف الطبيعية .
- أسلوب مناسب مع الأطفال الذين لا يستطيعون التعبير اللفظي .

المحاضرة الخامسة

الاختبارات النفسية و دراسة الحالة

3-الاختبارات و المقاييس النفسية : Les tests psychologiques

الاختبارات النفسية عبارة عن أداة علمية تتكون من مجموعة من مثيرات نفسية مقننة وفق معايير متلائمة مع البيئة التي يطبق بها و ذلك لدراسة ظاهرة سلوكية معينة .

أهمية استخدام الاختبارات النفسية في الفحص و التشخيص النفسي :

- 1/ الحصول على معلومات دقيقة و موثوق بها حول المريض .
- 2/ تقدير كمي للقدرات العقلية لدى المريض .
- 3/ إمكانية التنبؤ بمدى التحسن العلاجي و الأداء المستقبلي .
- 4/ تقدير العلاقات الاجتماعية بين المريض و الافراد المحيطين به .
- 5/ تقدير الظواهر السلوكية و الانفعالية السوية و غير السوية للمريض .
- 6/ تقدير المهارات الاكاديمية - او المهنية - للمريض .

و يوجد بعض الاعتبارات عند تطبيق الاختبار :

أ- يجب ان يشرح للمريض الفائدة من تطبيق الاختبار و التأكد عن السرية التامة لنتائجه.

ب- ثم بعد موافقة المريض عن تطبيق الاختبار يجب شرح كيفية إجراؤه و تعليماته و الوقت المستغرق بالتقريب و توضيح المفردات الغامضة .

ج : عند الاطمئنان لفهم المريض لطبيعة الاختبار يمكن تطبيق الاختبار .

د: بعد تصحيح الاختبار يمكن للمريض التعرف على نتائج الاختبار و مناقشتها و المشاركة في عملية اتخاذ القرارات و يمكن ان يتم ذلك مع حالات الامراض النفسية و ليست الذهانية .

و يتم الاستعانة بالمقاييس و الاختبارات النفسية للإجابة على التساؤلات التالية :

_ من ماذا يعاني المريض حاليا ؟...

_ هل يوجد أفكار انتحارية

_ هل مصدر الاعراض الذهانية عضوي او وظيفي ...

_ هل الاعراض حالة تأخر عقلي ام ذهان عضوي ..

_ هل الاعراض النفسية نتائج مرض عضوي جسماني مزمن ...

إذا الاهتمام يدور حول :

1: الوظائف العقلية .

2: التمييز بين مصادر الاعراض الذهانية ، هل عضوية ام وظيفية .

3: بناء الشخصية و خصائصها .

4: الحالة الوجدانية او الانفعالية

4- دراسة الحالة Etude de cas

يعرف معظم الباحثين دراسة الحالة : انها طريقة عملية منظمة لجمع المعلومات و البيانات ، يقوم بها الاخصائي النفسي الاكلينيكي ، كي تساعده تحديد الجوانب المختلفة التي تشمل عليها شخصية الفرد الذي يطلب التدخل الاكلينيكي ، شريطة ان تتوفر فيها الموضوعية من مصادر المعلومات و الدقة في الإجراءات بغية استخدامها في عملية التشخيص النفسي الاكلينيكي لذا نقترح عند القيام بدراسة الحالة الى مراعاة الأسس التالية :

_ تعدد الأساليب التشخيصية .

_ دقة المعلومات التي يتم جمعها .

_ كفاءة الاخصائي النفسي و مدى تدريبه على تطبيق مختلف أدوات التشخيص .

4_ الصعوبات التقنية التي يواجهها المختص النفسي

و تشمل دراسة الحالة على الحصول على البيانات التالية :

_أولا : البيانات الاولى كالاسم و تاريخ الميلاد و المهنة

_ثانيا :التاريخ التعليمي .

_ثالثا : التاريخ المهني .

_رابعا : التاريخ الاسري و السوابق الاسرية المرضية

_خامسا :التاريخ الشخصي و يتكون على قسمين :

القسم الاول : يحتوي على معلومات عن الحالة من الولادة الي الطفولة المتأخرة

القسم الثاني : يحتوي على معلومات عن الحالة من سن البلوغ الى وقت حدوث المشكلة النفسية .

_سادسا :التعرف التفصيلي على الحالة النفسية للمريض و يتضمن معلومات عن النواحي النفسية و الحياتية التالية :

النوم ، الاكل ، الكلام ، الجنس ، الزواج ، العادات السلوكية المرضية ، وجود هلاوس و هذينات ، الأفكار التسلطية و الأفعال القهرية ، و الذاكرة ، الانتباه و التركيز.

المحاضرة السادسة

اعراض و علامات الاضطرابات النفسية و العقلية Les symptômes

قبل التطرق الى اهم الأعراض النفسية و العقلية يجب ان نعرف الفرق بين الاضطرابات النفسية و الاضطرابات العقلية .

1- الاضطرابات النفسية (العصابية):

هي اضطرابات وظيفية في شخصية الفرد نتيجة لوجود خلل أو تلف أو الانحراف عن السواء و المرض النفسي هنا لا يرجع الى اضطرابات على مستوى الدماغ و انما يعود بابه الى خبرات الفرد المؤلمة أو الى صدمات انفعالية حادة التي تعرض لها .

العوامل المساعدة للإصابة بالأعراض العصابية:

ان الأعراض العصابية تحدث نتيجة عوامل مركبة هي :

أولاً: الاستعداد الوراثي

ثانياً: تغيرات في النمو بمرحلة الطفولة

ثالثاً: التأثيرات البيئية أو العوامل النفسية و الاجتماعية التي تساهم بصورة واضحة على ظهور الأعراض المرضية

لقد أصبحت الاضطرابات العصابية أو الأعراض النفسية تشكل مشكلة صحية عامة و منتشرة اكثر من لأمراض العقلية و هي الآن تعد من أبرز اهتمامات علم النفس الاكلينيكي و الطب النفسي .

الاضطرابات النفسية (العصابية) و تتكون من الاضطرابات الاتية :

-اضطرابات القلق

-الاكتئاب النفسي او الإكلينيكي

-اضطرابات الوسواس و الأفعال القهرية

- اضطرابات الوهن و الانهاك النفسي

2-الاضطرابات العقلية (الذهانية)

هو حالة مرضية تدخل ضمن الاضطرابات الانفعالية الحادة تتضح اثارها على سلوك المصاب و قد تكون هذه الاضطرابات متداخلة و متغيرة أي أنها لا تستقر على حال يعاني المريض بسببها من العجز على التفكير و يكون غير قادر على ضبط النفس و يشعر بالضعف في إمكانية اشباع السلوك التوافقي فيكون سيئاً في علاقاته الاجتماعية و المريض عقلياً أو الفرد الذهاني عادة يجهل الأسباب الكامنة وراء هذا السلوك الشاذ و يتصف بانعدام قدرته على الاستبصار بمشكلته و يعرف المرض العقلي بأنه اضطراب انفعالي حاد و سلوكي شاذ و ذهاني و شخصي بصفة عامة

فالمرض العقلي (الذهاني) اضطراب عقلي شديد و خلل شامل في الشخصية يعوق نشاط الفرد ذاتياً و اجتماعياً و يسبب خللاً واضحاً في سلوكه هو بذلك يختلف عن النقص العقل يولد بها الفرد و تحدث في سن مبكرة نتيجة عوامل وراثية أو مرضية بيئية تؤثر في الجهاز العصبي المركزي و تؤدي الى نقص مستوى ذكائه و تتضح اثارها على سلوك الفرد بحيث يفقد القدرة على العيش في حياة مستقلة أو حماية الذات من المخاطر و المرض العقلي يختلف بطبيعة الحال عن المرض النفسي فهو اضطراب وظيفي في شخصية الفرد نتيجة جود خلل او انحراف عن السواء

هناك نوعين من الاضطراب العقلي (الذهاني) هما :

- اضطرابات عقلية عضوية Les troubles mentaux organiques

هي امراض عقلية ذات أصل عضوي فسيولوجي يتعلق بحدوث تلف في الجهاز العصبي ووظائفه سواء أكان هذا التلف الجزئي أم كلي و من أشكاله:

-ذهان الشيخوخة

-اضطراب الإدمان على الكحول و المخدرات

اضطرابات عقلية لا عضوية او وظيفية : Les troubles mentaux fonctionnels

هي امراض عقلية ذات منشأ أو اصل نفسي و لا تعود الإصابة لأي سبب عضوي

بل هي مجموعة من الأعراض تنشأ عن الاضطرابات في التفكير و الادراك و الوجدان و السلوك و هذه الأعراض تصل الى درجة الذهان خلال مسار المرض و من اشكاله:

-اضطراب الاكتئاب الذهاني

-اضطراب الفصام

اضطراب البارانويا .

الاعراض العامة للاضطراب النفسية و العقلية

تشمل اعراض الاضطراب النفسية و العقلية كل التغيرات التي يشعر بها المريض و يبلغها للأخصائي و يتم التشخيص بضم الاعراض الي العلامات في وحده يطابقها الاخصائي مع ما هو معروف من تصنيف للاضطرابات النفسية.

يتوقف تشخيص الاضطراب النفسي على وجود اعراض و علامات المرضى النفسي او العقلي اكثر مما يتوقف على غياب علامات المرضى الجسمي او على سلبه نتائج الفحوص المخبرية لذلك فان معرفه الاخصائي لهذه الاعراض و العلامات تكفي للوصول الي التشخيص النفسي في اغلب حالات المرضى .

و سوف نستعرض اهم الاعراض النفسية و العقلية بحسب الأولوية و الانتشار :

1-الجسدية : هي التعبير عن الاضطراب النفسي بأعراض جسدية او بدنية . و هذه اكثر الاعراض انتشارا بين المرضى النفسيين و خاصة في المنطقة العربية و يرجع كثير من المرضى هذه الاعراض الي الامراض الجسمية بأعضاء الجسم المختلفة وعلى الطبيب الذي يعالج هؤلاء المرضى ان يوضح لهم العلاقة بين النفس و الجسم حتى يساعدهم على فهم الأصل النفسي لأعراضهم الجسمية بأسلوب سهل .

2-الالام و الإحساس بالتوتر و الضيق و الرعاش : يزداد التوتر في عضلات الجسم الارادية في كثير من الاضطرابات النفسية معبرا عن التوتر النفسي مما يؤدي الي الالام بأجزاء مختلفة من الجسم تختلف من فرد الى اخر فيشكو المريض من الام الراس أي الصداع او بالظهر او بالصدر او بالأطراف كما انه يشكو من الشعور بالتعب او الانهاك

لان الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر يعقبه شعور بالتعب مثل الذي يحدث بعد المجهود العضلي .

3- اعراض و علامات اضطراب المجموع الجهاز العصبي المستقل - الاوتونومي -

يؤدي التوتر النفسي الي اضطراب وظائف الجهاز العصبي المستقل و يظهر ذلك في اضطراب وظائف الأعضاء التي يغذيها هذا الجهاز مثل العضلات اللاإرادية و بعض الغدد . ففي الجهاز الدوراني يحدث الخفقان و يرتفع الضغط الدموي . وفي الجهاز الهضمي يجف الحلق و يشعر المريض بعسر الهضم او باضطرابات أخرى كالإمساك او الاسهال في الجهاز التنفسي يزيد معدل الدم وفي الجلد يزداد العرق او تضطرب الدورة الدموية الجلدية فيشعر المريض بالبرودة او الحرارة بدرجة لا تناسب درجة حراره الجو وفي الجهاز البولي تكثر مرات التبول وفي الجهاز التناسلي يضعف الانتصاب او يسرع القذف او يعسر الجماع او يتشنج المهبل

4-اعراض و علامات توهم المرض البدني: يشكو المريض من الام او اضطراب

الاحاسيس التي يعزوها الي مرض عضو او جهاز معين بالجسم و ينشغل بها الي حد سيطرتها على فكره و مشاعره و أحيانا تسيطر على حديثه أيضا و يعاني المريض من فرط الانشغال بصحته الجسمية و أحيانا يعاني الآخرون من فرط شكواه عما يظن ان يحمل من الامراض الجسمية و قد يؤدي هذا الانشغال الى اختلاف تكيف المريض في بيئته .

و كثيرا ما تحدث هذه الاعراض بعد اطلاع الفرد على معلومات طبية من وسائل الاعلام المختلفة او من مريض أصيب بمرض جسمي و تكون الاعراض عاده مشابهة للأعراض التي علم بها الفرد من تلك المصادرة . كذلك فان هناك نوعا من نوهم المرض منشؤه افراط الطبيب في الفحوص المخبرية بعد الشكاوى البدنية البسيطة للمريض ، و استزادته منها او اللجوء الى الفحوص ادق كلما جاءت النتيجة سلبية فيتوهم المريض ان به مرضا مخفيا او

خطيرا لا يعرفه الأطباء ، و يحدث أحيانا بعد وفاة أحدا الأقارب او الأصدقاء ان يتوهم الفرد ان لديه نفس المرض الذي أدى الى موت المتوفى و يشكو من اعراض مشابهة لما كان يشكو منه المتوفى ، و من اكثر الامراض البدنية التي يتوهمها المريض انتشارا امراض القلب و الامراض الخبيثة -السرطان -.

5- الاعراض البدنية التحويلية : يتحول التوتر النفسي ألي عرض جسمي و تظهر الاعراض الجسمية التحويلية عادة في المجال الحسي او المجال الحركي الخاضع لإرادة المريض مثل فقدان الإحساس في جزء من جسمه او فقدان القدرة على الابصار او السمع او القدرة على اخراج صوته ، او تحريك طرف او اكثر من اطراف الجسم او تهتز أجزاء من جسمه او يصاب بما يشبه الاغماء .

6- اعراض و علامات تشتت الانتباه : يعتبر تشتت الانتباه عرض شائع في جميع الاضطرابات النفسية و عادة ما يشكو المرضى من ضعف تذكرهم للأشياء و الاحداث علما بان ليس لديهم اضطراب أساسي في الذاكرة و لكن في الانتباه و من امثلة ذلك :الطالب القلق الذي يخاف الامتحان فينسى ما راجعه.

7-اعراض وعلامات الاختلال الوجداني :الوجدان هو كل ما يوجد في النفس من مشاعر سواء كانت مرغوبة كالمودة او الرحمة و السرور او غير مرغوبه كالخوف و الغضب و الحزن و من بين علامات الاختلال الوجداني :

-المزاج المكتئب

-مزاج القلق

- التهيج و الاستثارة

-التقلبات العاطفية و الانفعالية

-التناقض الوجداني

8-اعراض و علامات اختلال التفكير :و تشمل ما يأتي :

-السرعة في التفكير او تباطؤ التفكير

-عدم تناسق التفكير

-ضعف التركيز و المرور من موضوع الي اخر

-ضعف التجريد

-اختلال محتوى التفكير

9-اعراض و علامات اختلال الادراك: و تشمل اضطرابات الادراك هنا :

-الادراك الخاطئ لمؤثرات خارجية

-هلاوس بصريه و سمعية

-هذيانات مختلفة .

10-اختلال النشاط الحركي : قد يختل النشاط الحركي بالزيادة او بالنقص في صورة تباطؤ

او ذهول او تحدث نشاطات حركيه غريبه في قسمت الوجه و القيام بحركات هدف او

نمطية -تكرار حركات معينه -

المحاضرة السابعة

تصنيف الامراض النفسية و العقلية

و يشير الى أحد الجوانب الرئيسية في الطب النفسي و علم النفس العيادي و غيرها من المهن الصحية العقلية و يوجد حاليا اثنان من التصنيفات الامراض العقلية و النفسية هما التصنيف الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية و الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية الذي وضعته الجمعية الامريكية للأطباء النفسيين .

1-التصنيف الدولي للأمراض ICD International classification of diseases

وهو تصنيف تشخيصي قياسي دولي الذي وضعته المنظمة العالمية للصحة لمجموعة واسعة من الحالات الصحية وهو حاليا في طبعته العاشرة و قد قارب مجموع المشاركين في وضع المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

(I.C.D-10) 915 باحث رئيس من 110 معهد موزعة في 40 بلدا يمثلون 51

دولة من دول العالم منهم حوالي 23 باحث من 5 دول عربية هي البحرين و مصر

و الكويت و السعودية و السودان.. و ضم التصنيف أكثر من 300 اضطراب من
الاضطرابات النفسية و السلوكية

و يتكون من التصنيف الاحصائي الدولي للأمراض عشر مجموعات رئيسية:

F0-الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك العرضية

F1 - الاضطرابات العقلية و السلوكية نتيجة لتعاطي مواد مخدرة او كحول

F2 الاضطرابات الفصامية

F3 الإضرابات المؤثرة في المزاج

F4 الاضطرابات العصبية و المتعلقة بالإجهاد

F5 المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات الفسيولوجية و العوامل المادية

F6 اضطرابات الشخصية و السلوك عند البالغين

F7 التخلف العقلي

F8 اضطرابات التطورية

F9 الاضطرابات السلوكية و العاطفية عادة ما تحدث في بداية الطفولة و مرحلة المراهقة

إضافة الى ذلك مجموعة الاضطرابات العقلية غير المحددة.

2-الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع للأمراض العقلية :

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM

الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع أصدرته الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين يصف الاضطراب العقلي على أنه متلازمة سلوكية أو نفسية سريرية مهمة أو نمط يحدث للفرد ويرتبط بضيق حاصر أو العجز أو معاناة .

يتكون دليل التشخيصي الاحصائي الرابع من خمسة محاور التي يمكن عن طريقها تقييم الاضطراب و المحاور الخمسة كالتالي:

المحور الأول: الاضطرابات السريرية (جميع الاضطرابات العقلية باستثناء اضطرابات الشخصية و التخلف العقلي)

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية و التخلف العقلي .

المحور الثالث: الحالات الطبية العامة (يجب أن تكون صلة بالاضطراب العقلي)

المحور الرابع: المشكلات النفس - اجتماعية و البيئية .

المحور الخامس: التقييم العام للأداء النفسي والاجتماعي و المهني و الدراسي.

التصنيفات الرئيسية للاضطرابات في دليل التشخيص الاحصائي

عادة ما يتم تشخيص الاضطرابات عند الأطفال الرضع أولاً أو غي مرحلة الطفولة أو المراهقة اضطرابات مثل قصور الانتباه و فرط الحركة و إعاقة نمائية	التخلف العقلي قصور الانتباه و فرط الحركة
الهذيان و الخرف و النسيان و غيرها من الاضطرابات الادراكية	مرض الزايمر
الاضطرابات النفسية بسبب حالة طبية عامة	ذهان ذو صلة بالسيدا
الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المواد	معاقة الكحول تعاطي مخدرات
الفصام و غيره من اضطرابات الذهان	اضطرابات توهم المرض
اضطراب مزاجي (اضطراب وجداني)	الاكتئاب و اضطراب ثنائي القطب
اضطرابات القلق	اضطراب القلق العام و اضطراب القلق الاجتماعي
اضطرابات جسدية	اضطراب جسدي الشكل
اضطرابات انفصامية	الهلاوس و الهذيان
الاضطرابات الجنسية و هوية الجنس	عسر الجماع اضطراب الهوية الجنسية
اضطرابات الأكل	فقدان الشهية العصبي و الشره العصبي
اضطرابات النوم	الأرق
اضطرابات السيطرة على الانفعالات غير المصنفة في مكان آخر	مرض السرقة
اضطرابات الشخصية	اضطراب الشخصية النرجسية

المحاضرة الثامنة

مراحل تطور الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية :

في عام 1885 وضع المجمع الأوروبي للأمراض العقلية أحد عشر بندا للاضطرابات العقلية... ثم قدم Emile Kraepelin مفاهيم جديدة في علم التصنيف Nosologie

و في عام 1917 صممت الجمعية النفسية الأمريكية

American Psychiatric association (A.P.A) تصنيفا يعتمد على أفكار

Kraepelin ثم مراجعته عام 1934 و طبع باسم

The Standard classified Nomenclature Of Disease

وانشاء الحرب العالمية الثانية و بعدها وجدت الهيئات العسكرية و البحرية و الحربية

الأمريكية أن تصنيف عام 1934 لم يعد مناسباً للعديد من الاضطرابات المشاهدة لدى من

يؤدون خدمتهم ضمن هذه الجهات لذلك طورت كل هيئة التصنيف الخاص بها و أدى هذا

التشاور بالجمعية النفسية الأمريكية الى تشكيل مجموعة عمل قدمت في عام 1952

النسخة الأولى

Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders(DSM-I)

و أهم ما يميز هذا التصنيف هو استناده على مسببات الأمراض و اعتماده أيضا على نظرية أدولف ماير النفسية التي يرى فيها أن الاضطرابات العقلية هي رد فعل لشخصية الانسان إزاء العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية

عام 1968 وضعت نسخة جديدة من DSM باسم DSM-II كان الهدف منها الاقتراب

أكثر من التصنيف العالمي للأمراض العقلية و النفسية لمنظمة الصحة العالمية

International Classification of Disease (I.C.D) و لقد شجع

DSM-II على التشخيص المتعدد... لكنه احتوى على عدد من الأخطاء مما جعله

عرضة للنقد من مصادر متعددة. و لم تكن الأعراض المحددة المطلوبة لوضع تشخيص

معين واضحة تماما

و هذا أدى الى الدعوة لوضع تصنيف عملي و جديد .. و شكلت الجمعية النفسية الأمريكية

أدى عدم الاقتناع بال DSM-II مجموعة عمل جديدة واسعة النطاق توجت أعمالها بنشر

DSM-III عام 1980 و أبرز ما يميز DSM-III اختلافه عن سابقه من حيث شكله

و طريقته و فرضياته فهو يعتمد على معايير شرطية لوضع التشخيص و يجب أن تتضمن

ما يجب اثباته و ما يجب نفيه للوصول الى قرار تشخيصي معين .. و تعتمد هذه المعايير

بشكل كبير على الصفات أكثر من اعتمادها على تأويل الأسباب أو العوامل النظام المتعدد

لمؤهلة و المسببة .. و قدم نظام DSM-III المحاور

Multiaxis system لوضع التشخيص مما يسمح بوضع تشخيص متعدد يقوم بإظهار

الحالة السريرية البيئية للشخص بالإضافة الى صفات شخصيته و ظروف حياته و قد

عيدت مراجعة DSM-III ظهر DSM-III-R عام 1987 ثم أخيرا ظهر

DSM-IV عام 1994 و نسخته المعدلة DSM-IV-IR عام 2000

و في 18 ماي 2013 ظهرت النسخة الخامسة DSM-V في الولايات المتحدة

اما النسخة الفرنسية فقد ظهرت 17 جوان 2015 و الان هناك نسخة باللغة العربية و قد الغت هذه النسخة نظام المحاور و دمجت المحور الأول و الثاني و الثالث مع بعض و الغت المحور الرابع و الخامس الخاصة بالمعلومات النفسية و الاجتماعية و تقييم الأداء الوظيفي بحجة ان هذه المعلومات قد نستطيع الحصول عليها دون وضعها في محاور .

المحاضرة التاسعة

نموذج من الاضطرابات النفسية لدى البالغين-الاكتئاب النفسي -

وجدنا انه الأفضل أن نختار الاضطراب النفسي و العقلي الاكثر ارتباطا بمرحلة الرشد و الشيخوخة و أكثر انتشارا في العالم حسب لمنظمة الصحة العالمية بالدراسة و هو الاكتئاب النفسي الذي يمكن تصنيفه ضمن الامراض النفسية او العقلية كما يأتي :

أ-الاكتئاب النفسي العصبي لما يكون معتدل الشدة و خالي من الاعراض الذهانية كالهلاوس و الهذيانات .

ب-الاكتئاب الذهاني الذي يمكن اعتباره حاد الشدة و يحتوي على اعراض ذهانية واضحة تستدعي الرعاية في المستشفى.

-تعريف الاكتئاب النفسي :

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا لدى الأشخاص البالغين، إلا أن هذا الاضطراب قد يشمل أيضا نسبة مهمة من الأطفال والمراهقين، ويعود هذا لعدة أسباب منها ما يتعلق بعوامل داخلية تتعلق بالطفل في حد ذاته، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية وبما قد يتعرض له الطفل من ضغوطات خارجية تؤدي به تدريجيا إلى مجموعة من المشاكل و الاضطرابات التي قد يكون مصيرها إصابة الطفل بالاكتئاب وبالتالي إلى مشاكل أكثر تعقيدا .

تعريف الاكتئاب:

يعرف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد التي تتمثل في الحزن الشديد والإحباط وفقدان الاهتمام وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأي عمل وضعف القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب والإحساس بالتفاهة وعدم القيمة وعدم القدرة على النوم وانعدام الثقة بالنفس.

أسباب الاكتئاب النفسي

تعددت الآراء التي حاولت تفسير أسباب حدوث الاكتئاب، حيث نجد على سبيل المثال لا الحصر:

النظرية البيولوجية: والتي ترى أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ ومن ثم فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعا للمتغيرات الكيميائية في الدماغ، ويفترض الباحثون انه في حالة الاكتئاب تكون المواد الكيميائية العصبية مثل: السيروتونين والدوبامين **Sérotonine – Dopamine** ناقصة في الدماغ، وهذا النقص هو ما يسبب الشعور بالاكتئاب.

النظرية التحليلية: والتي تعد من أوائل النظريات التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وعلى رأسها فرويد الذي يرى الاكتئاب يحدث نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، فالخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره قد تجعله مستهدفا بشكل أساسي للاكتئاب.

النظرية السلوكية: والتي تعتبر أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التعزيز الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية غير السارة.

النظرية المعرفية: تشير هذه النظرية التي على رأسها **Beck** أن الاكتئاب يرجع الى التشويه المعرفي و الى سمة التشاؤم و الأفكار السلبية الخاصة بالذات و الآخرين المستقيلة او ما يسمى ثلاثية بيك Trilogie de Beck

معدلات شيوع الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين : يصعب بصورة عامة القطع بتقديرات محددة لمعدلات شيوع الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين، ويتعذر الإجابة الدقيقة عن السؤال الخاص : بكم عدد الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب؟ وبناءا على نتائج مجموعة متنوعة من الدراسات والتقديرات يمكن القول أن معدل شيوع الأعراض الاكتئابية التي تصل درجة شدتها إلى تكوينها لاضطرابات أو مشكلة الاكتئاب يتراوح بين 3 إلى 6 % من إجمالي الأطفال والمراهقين في المجتمع. ومعدلات شيوع الاكتئاب بين الإناث أعلى من معدلات شيوعه بين الذكور، وهذا الأمر حقيقي خاصة بعد مرحلة المراهقة عندما تصبح الفروق بين الجنسين أكثر وضوحا. إذ تشير نتائج الكثير من التقارير العلمية أن معدل شيوع الاكتئاب بين الإناث بعد مرحلة المراهقة ضعف معدل شيوعه بين الذكور، حيث يقابل كل ذكر مصاب بالاكتئاب اثنتان من الإناث تعانين من الاكتئاب الإكلينيكي .

المحكات التشخيصية للاكتئاب النفسي (الإكلينيكي):

حسب الدليل الرابع التشخيصي الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي **DSM-IV** فإن الاكتئاب، اضطراب يحدث بعد حدث ضاغط محدد

محدد (الطلاق - الفصل من العمل - مرض جسمي أو كارثة طبيعية...الخ) وتكون استجابة الفرد لهذا الضغط استجابة حادة أو أكثر مما يتوقعه بطريقة عادية، أو تحدث عجزا واضحا ومؤثر في نشأة الفرد الاجتماعية أو المهنية أو الشخصية، ويفترض أن تزول الأعراض مع الوقت، أو في حالة انتهاء الموقف الضاغط أو عندما يتم تنمية مستوى جديد

من التفاعل الكفاء أو التوافق و تتمثل الاعراض حسب التقرير الذاتي او العائلي للمريض كما يلي :

- 1_ مزاج مكتئب معظم اليوم، و تقريباً كل يوم بواسطة لك من التقرير الذاتي (مثل: الشعور بالحزن أو الخواء) أو عن طريق الملاحظة بواسطة الآخرين (مثل : البكاء الظاهر).
 - 2_ انخفاض أو نقص واضح في المتعة و السرور كل معظم الأنشطة معظم اليوم و كل اليوم تقريباً(كما يوضح كل من التقرير الشخصي أو الملاحظة من قبل الآخرين).
 - 3_ نقص أو فقدان واضح في الوزن في عدم وجود برنامج للحمية (الرجيم) او زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.
 - 4_ الأرق أو قلة النوم كل يوم (كثرة النوم)كل يوم تقريباً.
 - 5_ التهيج أو التأخر النفس حركي كل يوم تقريباً(يمكن ملاحظتها بواسطة الآخرين و ليست فقط مجرد مشاعر ذاتية بعدم الراحة أو كونه أصبح بطأً من ذي قبل).
 - 6_ التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
 - 7_ الشعور بعدم القيمة و و الذنب غير طبيعي
 - 8_ نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد في القرارات كل يوم تقريباً (سواء بواسطة التقرير الذاتي أو كما يلاحظ من قبل الآخرين).
 - 9_ ظهور أفكار انتحارية او التفكير في الموت المتكرر (ليس مجرد الخوف من الموت). وتوتر الأفكار الانتحارية بدون خطة محددة للانتحار.
- ملاحظة : يجب ان تتوفر خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية طوال اليوم و تقريباً كل يوم خلال أسبوع.

حالات مرضية اكتئابيه

الحالة الأولى :

سيدة في التاسعة و العشرون من عمرها ، ربة بيت تعاني منذ شهرين و دون سبب واضح من حالة ضيق و ياس و شعور بالملل و عدم الاستمتاع بما كانت تتمتع به من أنشطة او أشياء ، و صارت منعزلة ، قليلة الكلام ، مع نقص شهيتها للطعام ، و ارق في بدء النوم وفي نهايته - في الصباح الباكر - ، و قل اداءها لمهام بيتها ، مع نوبات من البكاء ، و بفحصها نفسيا لوحظ نقص احترام الذات ، و مشاعر الذنب ، و مشاعر الحزن ، و سرعة الثثرة ، و بطء الحركة و الكلام و انخفاض الصوت ، مع أفكار عن الموت و كوابيس ، و صور موتى اثناء النوم .

الحالة الثانية : شاب في الثانية و العشرون من عمره ، طالب بالجامعة اصبح زائد النشاط و المرح و الكلام ، و قل نومه بدرجة ملحوظة ، و اهمل دراسة ، و اساء بتصرفاته ، و عند مناقشته يثور ولا يقبل النقد ، و صار منزعجا لأصدقائه على سبيل المثال يوقظهم تلفونيا بعد منتصف الليل ، و يفحصه نفسا لوحظ كثرة كلامه و حركته و مرجه المفرط ، و صوته المرتفع و تطاير الأفكار ، الا من إيقاع يربط بين الكلمات مع أفكار عن تضخم الذات و الشعور بالعظمة ، و ضغط في الأفكار ، مع تشتت في الانتباه و عدم الاستبصار و اضطراب حكمه على الأمور .

إجراءات علاج الاكتئاب النفسي :

1-العلاج في العيادات : يمكن علاج الحالات الخفيفة في العيادات شرط التركيز على العلاج النفسي و الارشاد النفسي و استعمال جرعات صغيرة او متوسطة من مضادات الاكتئاب حسب عمر المريض و حالته و وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة و مراعاة

قواعد استخدام هذه العلاجات و إعطاء الارشادات اللازمة لاستعمالها مع التنبيه لأثارها الجانبية .

2- العلاج في المستشفى : العلاج الكيميائي او الدوائي و العلاج النفسي

- في حالة هبوط نفسي و حركي .

-الرغبة الملحة للانتحار.

-رفض العلاج و الطعام.

- وجود هلاوس و هذيانات و توهيمات خاصة تلك التي تشير الى الانتحار او الشعور بالذنب .

- الارق المستمر .

3-العلاج النفسي

يتضمن العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على تعديل السلوكات المؤدية للاكتئاب و تعليم المريض السلوكات الإيجابية التي تعمل على رفع فعاليته الذاتية لمواجهة الضغط النفسي وبالإضافة الى تصحيح الأفكار و المعتقدات الخاطئة للمريض الخاصة بذاته و بالآخرين و بالمستقبل بالإضافة الارشاد النفسي الفردي و الجماعي و العلاج الاسري .

وهكذا يفضل أن يكون العلاج النفسي من نموذج العلاج النفسي المتكامل أين تدرس

حالة المريض دراسة دقيقة من جوانب الطبية و النفسية و الاجتماعية و يستغل كل ما يمكن استغلاله من نقاط قوة أو إيجابية في حياة المريض لكي يتمكن من تغيير أسلوب حياته و تحسين نوعية حياته هي مهمة شاقة على المعالج النفسي و المريض كذلك .

المحاضرة العاشرة

الاضطرابات النفسية لدى الأطفال -التخلف العقلي -

نتناول في هذه المحاضرة اكثر الاضطرابات النفسية ارتباطا بمرحلة الطفولة و هو التخلف العقلي الذي يعبر من الاضطرابات النفسية النمائية او التطورية **Les troubles du développement** حسب المراجعة الخامسة V-DSM.

التخلف العقلي **Arriération mentale**

مقدمة:

لقد يختلط مفهوم التخلف العقلي **Arriération mentale** مع مفاهيم سيكولوجية أخرى مثل العجز العقلي **Déficiencie mentale** ، والضعف العقلي **Débilité mentale** ، والنقص العقلي **Insuffisance mentale** بالتأخر العقلي **Retard mentale** ، والأوليغورفرينيا **Oligophrénie** لذلك لابد من توضيح المعنى المحدد لكل مفهوم من هذه المفاهيم، قبل الدخول في تعريف التخلف العقلي ولمعرفة التداخل بين هذه المفاهيم والحدود الفاصلة بينها.

1- العجز العقلي: **Déficiencie mentale**

يقدم هذا المصطلح مفهوما وصفيا، يتحدد أساسا بالقصور العقلي الشديد أو المعتدل أو البسيط، وهو يشير إلى التخلف إذا كان القصور ناتجا عن خلل في النمو والاكتساب بينما يشير إلى

الانهيار والتدهور Détérioration أو الجنون Démence ، إذا كان القصور ناتجا عن فقدان ثانوي لما اكتسب من قبل.

2-الضعف العقلي: Débilite mentale:

يرى العالم الفرنسي زازو Zazzo أن هناك استخدامين لهذا المفهوم ،الاستخدام الضيق والاستخدام الواسع حيث يشير الاستخدام الضيق إلى الدرجة الأقل أهمية في سلم القصور العقلي وهو يتحدد بالمتطلبات الاجتماعية التي تختلف من مجتمع إلى آخر.

أما الاستخدام الواسع فهو يشمل جميع ميادين القصور العقلي، وبالتالي هو يتداخل مع مفهوم التخلف العقلي و بمعنى اخر فعندما يكون القصور شاملا وأساسيا فهو يشير إلى التخلف العقلي، أما إذا كان بسيطا نسبيا فهو يشير إلى الضعف العقلي.

ويؤكد كوهلر Köhler ضرورة التمييز بين التخلف العقلي والتأخر العقلي حيث يشير التخلف العقلي إلى حالات العجز النفسي المتميزة بالقصور الذهني وبطابعها المبكر والتكويني الذي يأخذ مسارا بطيئا، وتعود أصوله إلى قصور في النمو أو أعطاب في القشرة الدماغية. أما التأخر العقلي فيشير إلى العجز الذي يخص المكتسبات المدرسية أو الثقافية أكثر مما يخص الذكاء نفسه الذي قد يكون عادي وهو غالبا ما ينتج عن أسباب تربوية أو مدرسية، أو اجتماعية- نفسية كإهمال الأبوين أو عدم انتظام الدوام المدرسي أو غياب التواصل الاجتماعي والثقافي.

-مفهوم الأوليغوفرينيا: Oligophrénie:

اقتصر استخدام هذا المصطلح على الأطباء الروس، وهو يشير إلى قلة العقل أو تخلف درجة نموه الناتجة عن أسباب عضوية على نقيض العجز العقلي أو الضعف العقلي أو التخلف العقلي الزائف أو التخلف الثقافي التي قد تعود كلها إلى أسباب نفسية- اجتماعية.

-تعريف مفهوم التخلف العقلي:

ظهرت تعريفات عديدة للتخلف العقلي لا مجال لحصرها لذلك سوف نحاول التعرض لبعض منها:

تعريف الاتحاد الأمريكي للعجز العقلي A.A.M.D الذي ركزت جهوده احول إيجاد تعريفات أكثر دقة وتحديدًا للتخلف العقلي منها تعريف هيربر Herber عام 1959 الذي يؤكد أن التخلف العقلي وظيفة ذهنية دون المعدل تصاحبها اضطرابات في النضج والتعلم والتكيف الاجتماعي وتشير عبارة دون المعدل إلى النتائج المتحصل عليها من خلال اختبار مقنن للذكاء، كما تشير إلى الحدود التي تعبر عن التخلف العقلي والتي تقع ضمن حاصل الذكاء الأقل من 83 أو 84 درجة وفقا لمقياس ترمان Terman .

وتعريف جرسمان Grossman عام 1973 الذي يوضح أن التخلف العقلي هو الحالة التي تكون فيها الوظائف العقلية العامة دون المعدل مع عجز أو قصور في السلوك التكيفي وهي محددة في فترة النمو الواقعة قبل سن الثامنة عشر. ويشير السلوك التكيفي في هذا التعريف إلى الطريقة التي يواجه بها الفرد معايير الاستقلال الذاتي، والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة من جماعته الاجتماعية في سن معينة، وبما أن المعايير تختلف حسب السن والجماعات الثقافية، فالتخلف في السلوك التكيفي يقيمان وفقا لهذه المعايير.

وهكذا يتضح أن تعريف جرسمان Grossman أكثر التعريفات دقة وتحديدًا وشمولًا الأمر الذي جعله يستخدم على نطاق واسع في البحوث العلمية في البلدان والمتقدمة إذ يؤكد لامبرت Lambert ، أن تعريف جرسمان التخلف العقلي يعتبر من أكثر التعريفات شيوعًا في الدراسات العلمية، رغم أنه لم يميز بين التخلف العقلي واضطرابات العقلية الأخرى كالفصام والعجز الدماغي Déficience cérébrale

وانطلاقًا من جهود هؤلاء العلماء، وغيرهم توصل الاتحاد الأمريكي للعجز العقلي إلى تعريف محدد ودقيق للتخلف العقلي تبناه التصنيف الثالث ثم الرابع للجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين A.P.A ، المعروف بالجدول التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM3 وDSM4 .

وهو يوضح أن التخلف العقلي " هو الحالة التي تكون فيها الوظائف العقلية العامة دون المعدل مع عجز أو قصور في السلوك التكيفي وأنه يظهر خلال المرحلة النمائية الواقعة قبل سن الثامنة عشر".

وقد حدد هذا التعرف ثلاثة معايير للحكم على التخلف العقلي:

أولها: أن تكون الوظائف الذهنية دون المعدل استنادا إلى أحد مقاييس الذكاء المقننة كمقياس وكسلر Wechsler أو غيره من المقاييس المقننة وتتمثل الوظائف الذهنية الواقعة دون المعدل بحاصل الذكاء الواقع دون 70 درجة وفقا لمقياس وكسلر ودون 68 درجة وفقا لمقياس ستانفورد، بنيه Stanford & Binet .

ثانيهما: وجود العجز أو القصور في السلوك التكميلي الذي حدد بالفاعلية التي يقابل بها الفرد مستويات الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة من سنه وجماعته الثقافية.

ثالثها: أنه ينطبق فقط على الحالات التي تظهر خلال المراحل النمائية Developmental periode الواقعة دون سن الثامنة عشر.

و تتبنى معظم الابحاث العالمية هذا التعرف نظرا لأنه أكثر التعريفات دقة وتحديدًا وشمولًا، وهو يوضح بدقة كبيرة جوانب القصور في هذا الاضطراب والتي تتمثل في وجود العجز أو التخلف في الوظائف الذهنية من جهة، وفي السلوك التكميلي من جهة أخرى، كما أنه حدد الوسائل أو التقنيات التي تستخدم في تقدير Assessment جوانب القصور هذه، فهو قد وضع ضرورة الاستناد إلى أحد مقاييس الذكاء المقننة ذات الاستخدام الواسع وحدد المقصود بالوظائف العقلية العامة التي تكون دون المعدل والتي تتمثل بحاصل الذكاء الذي يقع دون 70 درجة وفقا لمقياس وكسلر ودون 68 درجة وفقا لمقياس بينيه.

كما عرف مفهوم السلوك التكميلي وحدده بالفاعلية أو الدرجة التي يقابل بها الفرد مستويات الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة من سنه وجماعته الثقافية، بمعنى أن درجة الفاعلية يجب أن يتم تقييمها أو تقديرها وفقا لسن الفرد المصاب بهذا الاضطراب من جهة، ووفقا للجماعة الثقافية التي ينتمي إليها من جهة أخرى، نظرا لأن مثل هذه الفاعلية ليست سمة عامة تعم على جميع الأعمار وعلى كل الثقافات، حيث تختلف مستويات الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية باختلاف سن الفرد، فمستويات الاستقلال الشخصي لطفل سن الخامسة هي ليست مشابهة أو مماثلة لمستويات الاستقلال الشخصي لطفل سن الخامسة هي ليست مشابهة أو مماثلة لمستويات الاستقلال عند طفل سن العاشرة، كما أن مستويات الاستقلال والمسؤولية الاجتماعية في المجتمع الريفي البسيط على سبيل المثال تختلف كثيرا عن مستويات الاستقلال والمسؤولية الاجتماعية في مجتمع المدينة.

وكل هذا يؤكد أن هذا التعريف يلتزم بالمنهج العلمي في تعريفه للتخلف العقلي، الأمر الذي جعله أكثر التعريفات شيوعاً في البحوث العلمية الحديثة.

وقد كان آخر تعريف للاتحاد الأمريكي للعجز العقلي هو الذي صدر في الطبعة العاشرة والصادرة عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين A.P.A عام 2007 و الذي يبين أن التخلف العقلي هو عجز أو قصور أساسي في كل من الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي الذي يبدو جلياً في المهارات التكيفية والاجتماعية والعملية ويظهر هذا العجز قبل سن 18 سنة، وإنطلاقاً من هذا التعريف جدد هذا الاتحاد بعض المعايير تؤخذ بعين الاعتبار عند تشخيص التخلف العقلي مثل:

-توفر الأداء المحدود في الجوانب المعرفية والاجتماعية في سياق البيئة والسن التي ينتمي إليها الطفل.

-ضرورة التركيز عند التشخيص على عدة عوامل تخص الطفل مثل العوامل الاجتماعية و الثقافية و التنوع اللغوي مع الأخذ بعين الاعتبار الجوانب النمائية و الذهنية و الاجتماعية و النفسية الايجابية للطفل.

3-تصنيف التخلف العقلي:

ويعتبر التصنيف الذي وضعته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذي تبناه الاتحاد الأمريكي للطب النفسي أحدث التصنيفات وأكثرها شيوعاً، وهو يعتمد على معيارين أساسيين لتحديد الصنف هما حاصل الذكاء والسلوك التكيفي وهو يتكون من أربع فئات هي:

أولاً: فئة التخلف العقلي البسيط:Mild mental retardation

يعتبر الطفل من فئة التخلف العقلي الخفيف إذا كانت نسبة ذكائه تتراوح فيما بين 55-69 في اختبار وكسلر، أو فيما بين 52-67 في اختبار ستانفورد بينيه للذكاء بالإضافة إلى مظاهر لقصور الطفل في الأشكال المختلفة للسلوك التكيفي التي تتفق مع مستوى عمره الزمني والأفراد الذين يقعون ضمن هذه الفئة يكونون 70% من مجتمع المتخلفين عقلياً وهم قابلون للتربية Educable و في الطفولة الأولى يتخلف أطفال هذه الفئة عن أقرانهم في المهارات الحركية والاجتماعية وفي مهارات التواصل ولا يتم التعرف على تخلفهم حتى دخولهم المدرسة الابتدائية، وهم يحتاجون إلى مساعدة خاصة لتعلم المهارات التعليمية الأساسية لكنهم يستطيعون الوصول إلى مستوى السنة الثالثة أو السادسة من التعليم الابتدائي.

ورغم المحددات الذهنية التي تتصف بها هذه الفئة، إلا أنها قادرة إلى حد ما على الحياة الاجتماعية السوية ففي خلال سنوات المدرسة يسعى أطفال هذه الفئة إلى تكوين الصداقات وفي المراهقة والرشد يهتمون بالحب والجنس والزواج، وهم يحتاجون إلى فرص تعلم المهارات المتعلقة بالعلاقات الشخصية المتبادلة بين الآخرين ويستفيدون منها، كما يستفيدون أيضا من الارشاد والتوجيه والتعامل مع المشكلات الحياتية التي تواجههم.

ثانيا: التخلف العقلي المعتدل : Moderate mental retardation

، بالإضافة على قياس نسب الذكاء، تقييم مظاهر السلوك التكيفي وتحديد حالة هؤلاء الأطفال ، فيما يتعلق ببعض العوامل الأخرى. يأتي في مقدمة هذه العوامل التعرف على مظاهر النمو الجسمي والحركي، ومهارات النمو اللغوي، والتوقعات التعليمية والمهنية، ومظاهر التفاعل الاجتماعي وسمات الشخصية.

تتراوح نسب ذكاء أطفال هذه الفئة طبقا لاختبار وكسلر فيما بين 40-45 درجة ، وطبقا لإختبار ستانفورد - بينيه فيما بين 36-51 درجة والأفراد الذين يقعون ضمن هذه الفئة و 20Trainable من مجتمع المتخلفين عقليا ويطلق عليهم بالقابلين للتدريب %يمثلون الخاصة بالنمو الجسمي الحركي تتميز هذه الفئة للتخلف العقلي ببعض المظاهر النمائية ومهارات النمو اللغوي والتوقعات التعليمية والمهنية، ومظاهر التفاعل الاجتماعي وسمات الشخصية التي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع الاستراتيجيات و التأهيلية و التعليمية الخاصة بهذه الفئة من المتخلفين عقليا بدرجة معتدلة .

Severe and profound mental

ثالثا: التخلف العقلي الشديد والحاد retardation

يظهر الطفل المتخلف عقليا بدرجة حادة نقصا كبيرا في النمو الجسمي وفي أساليب التواصل، كما يعاني عجز عن القيام بالأمور المتعلقة بالعناية الشخصية.

يبدو على مثل هذا الطفل النقص الواضح في قدراته العقلية إذ تقل نسبة ذكائه عن 25. الغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى البقاء في مؤسسات توفر لهم الرعاية اللازمة نظرا لحالتهم الصحية التي تكون عادة سيئة ومتهورة. تعتبر البرامج الصحية والطبية من أهم البرامج المميزة لهذه الفئة من الأطفال.

أما فئة التخلف العقلي الشديد فإنها تضم أطفالا تتراوح نسب ذكائهم ما بين 20-39. نسبة الذكاء في حد ذاتها - في هذه الحالات - لا تحدد طبيعة الخدمات الواجب توفيرها لمثل هؤلاء الأطفال وإن كانت تعتبر بمثابة مؤشر عام أمام المعلم عند محاولة وضع خطط ملائمة لمواجهة الحاجات الخاصة لأطفال هذه الفئة. بعض الأطفال المصابين بتخلف عقلي شديد ينتمون إلى فئة الأطفال المتخلفين القابلين للتدريب.

المحاضرة الحادية عشر

الاتجاهات الحديثة في تفسير سببية التخلف العقلي

برزت منذ نهاية القرن التاسع عشر اتجاهات عديدة لدراسة سببية التخلف العقلي منها:

1-الاتجاه الحيوي-الطبي (المدرسة العضوية):

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن عدم التكيف يتأتى عن إصابة أو عجز في التجهيزات العضوية للفرد، إذ تتحدد الخصائص النفسية للأفراد بسماتهم العضوية بالدرجة الأولى و يهمل هذا الاتجاه المتغيرات المحيطية والأسرية والنفسية.

ويطرح هذا الاتجاه نوعين من الفرضيات هي:

1-أن كل نشاط نفسي يستند إلى ركيزة عضوية تمثل الشرط السياسي لظهوره، وهو يتحدد بسلامة الدماغ.

2-يتحدد ذكاء الأفراد بنوعية الدماغ الذي يمتلكونه.

وقد مهدت كتابات اسكيرول Esquirol لظهور هذا الاتجاه إذ أنها وضحت الفرق بين العته والجنون حيث اعتبر العته (التخلف العقلي) حالة لا تظهر فيها أية مواهب ذهنية على الإطلاق وهي غير قابلة للشفاء بينما اعتبر الجنون حالة مرضية تتوفر على بعض المواهب الذهنية، وهي قابلة للتغيير كما أكدت من جهة أخرى أن التخلف العقلي يتأتى دوماً عن عوامل عضوية.

2-الاتجاه الاجتماعي:

ظهر هذا الاتجاه كرد فعل على الاتجاه الحيوي الطبي، فهو يؤكد أن التخلف العقلي يشير إلى عدم التكيف ويكون دوماً مسبوقاً بأسباب اجتماعية تتمثل في الضغوط التي يتعرض لها الفرد من جراء الظروف التربوية والاقتصادية المتدنية، وغير الملائمة.

ومن أعلام هذا الاتجاه لويس Lewis وشترأوس Strauss حيث اكد لويس عام 1933 أهمية العوامل الاقتصادية والثقافية في تحديد بعض أنواع التخلف العقلي و ميز بين نمطين من التخلف العقلي هما النمط الثقافي Type subculture والنمط المرضي Type pathologique حيث يشير النمط المرضي إلى الحالات ذات الطابع المرضي، والتي ترتبط بعطب محدد وشذوذ معين، والتي يمكن أن تشمل الضعف العقلي الأولي Amentia primaire ، والضعف العقلي الثانوي Amentia secondaire في تصنيف تريدغولد Tredgold السابق ذكره ، كما يشير أيضا إلى الأفراد الذين يرجع عجزهم إلى صدمة، أو إلى سياق الالتهابات مثل الالتهابات الدماغية، وهذا حسب دراسات كلارك Clark عام 1958 .

أما النمط الثقافي، فهو يشير الى الحالات الخالية من الشذوذ العضوي، والناجمة عن سوء الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المتمثلة في سوء التغذية، وتفشي الأوبئة والظروف السكنية غير الملائمة أو الناتجة عن عدم توفر الظروف التربوية المناسبة كما هو الحال في والأطفال المتوحشين مثل متوحش Les enfants loup حالات الأطفال الذئاب . Aveyron أفيرون .

3-الاتجاه النفسي-الدينامي:

ظهر هذا الاتجاه، كرد فعل للاتجاهين السابقين: الاتجاه العضوي والاتجاه الاجتماعي ومن أعلام هذا الاتجاه فالون Wallon ، وبياجيه Piaget وانهلدر Inhelder إذ توصل فالون من خلال دراساته التتبعية للأطفال المتخلفين عقليا إلى أن هناك نوعين من العوامل المتداخلة تؤثر في نموهم ، هي العوامل العضوية والعوامل الاجتماعية، ويتحدد تطور الطفل ونضجه بالتفاعل بين هذين النوعين من العوامل.

وقد تدعم هذا الاتجاه بظهور دراسات كلارك وكلارك Clark & Clark عام 1974، ورينر Rainer عام 1976، التي أكدت التفاعل بين العوامل الاجتماعية والعوامل العضوية في نشؤ التخلف العقلي ودرجته.

وتوصل بياجيه J.Piaget إلى أهمية التفاعل والتداخل بين العوامل العضوية والاجتماعية والنفسية، في نشوء التخلف العقلي وتطوره من خلال أعماله التي تناولت النمو الذهني للطفل العادي وقد شكلت منهجيته في هذه الدراسات نموذجا لعدد كبير من الباحثين في تناول النمو

الذهني للمتخلفين عقليا منهم الباحثة انهلدر Inhelder تلميذة بياجيه التي عرفت التخلف العقلي على أنه بناء أو تكوين عملي ملموس لكنه غير مكتمل بسبب التثبيت الذي وقع في مستوى العمليات المحسوسة.

توصلت انهلدر إلى ذلك عن طريق سلسلة من الدراسات حول الخصائص الدينامية للسياقات العملية للطفل المتخلف عقليا من خلال مقارنته بالطفل العادي إذ ركزت في هذه الدراسات على الفروق الواضحة في التطور الذهني للطفل المتخلف عقليا بالمقارنة مع الطفل العادي حيث توصلت إلى أن الطفل العادي يجتاز الأشكال السابقة للفكر بصورة سريعة بينما يجتازها الطفل المتخلف عقليا بصورة بطيئة، بالإضافة إلى احتفاظه ببصمات المراحل التي يجتازها.

وقد تدعمت نتائج انهلدر Inhelder هذه بنتائج دراساتها الحديثة التي تناولت المتخلفين عقليا، والتي أكدت أنهم يفتقرون إلى جميع أشكال الفكر الشكلي Opération formelle فكل ما يستطيعون القيام به هو ترتيب أو تصنيف بعض الأشياء البسيطة دون وجود قدرة على تطوير استراتيجية مترابطة ومنسقة بالإضافة إلى وجود التوقف المفاجئ للتنظيم الفكري بشكل عام.

4- اتجاه المدرسة السوفياتية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن أصول التخلف العقلي لا تعود إلى العلاقة بين الطفل والأم، ولا عن اضطراب المحيط الاجتماعي بل تعود أساسات إلى إصابة القشرة الدماغية، وقد بحث لوريا A.R.Luria ومساعداه بيفزرنر N.S.Pevsner و زسلينا N.S.Zislina في نتائج هذه الاصابة القشرية على السياقات الفزيولوجية- النفسية، أو الفيزيولوجية فقط استناد إلى أعمال بافلوف Pavlov ، التي برهنت على أن الوظيفة الأولية لفصي الدماغ هي تحليل Analyse وتركيب Synthèse المثيرات التي يتلقاها الجسم من العالم الخارجي وبناء حلقات Connexions لارتباطات جديدة تساعد على التكيف للظروف الاجتماعية المتغيرة.

ويشكل التحليل والتركيب، المظهر الأساسي لنشاط الدماغ الإنساني ويتوقف هذا النشاط على بعض الشروط منها القابلية للانسحاب Labilité ، فإذا ضعفت السياقات العصبية بسبب التعب أو تسمم الدماغ بمادة التوكسين Toxine أدى ذلك إلى عدم قدرة الدماغ على الاحتفاظ

بالمستوى الضروري لإثارة الخلايا من جهة، وعدم قدرته على توفير الشدة اللازمة لسياسات الكف من جهة أخرى.

وهكذا يتضح أن ضعف السياقات العصبية القاعدية: الكف Processus d'inhibition و الاثارة Processus d'excitation ، هي أصل الاضطرابات الملاحظة، إذ أن إصابة سياقات الاثارة تؤدي إلى التعب النفسي والكف واللامبالاة في حين تؤدي إصابة سياقات الكف إلى السلوك المضطرب والمندفع وغير القابل للمراقبة.

فاضطراب وظيفة السياقات العصبية يؤدي إلى اضطراب القابلية الانسياب حيث أن السياقات العصبية القشرية تعتبر عادة شديدة الانسياب، إذ تمر بسهولة من حالة اثارة إلى حالة كف. ويطلق الفزيولوجيون على قابلية الانسياب المضطربة اسم الجمود Inertie الذي يمنع قيام الدماغ بنشاطاته المعقدة من تحليل وتركيب وبالتالي فالطفل الأوليغوفريني Oligophrénique L'enfant لحسب وجهة النظر هذه يمتلك دماغا مضطربا فقدت سياقاته العصبية قابليتها للانسياب واكتسبت خصائص الجمود المرضي الذي يدعوه لوريا Luria بالجمود الأوليغوفريني « L'inertie oligophrénique ».

وقد قام لوريا بدراسات عديدة على المتخلفين عقليا، توصل من خلالها إلى أن التخلف العقلي يتأتى اما عن اصابات قشرية خطيرة أو بسيطة نوعا ما تقود إلى العته أو الضعف العقلي، أو عن أمراض دماغية خطيرة حصلت خلال شهور الحمل أو خلال السنوات الأولى من الحياة أدت إلى تغيرات في النسيج الدماغي وتشوش السياقات العصبية العليا، ومن شأن الصدمات أو الأمراض الدماغية أن تؤدي بدورها الى اضطرابات خطيرة خاصة بالنمو العقلي حيث يصبح الطفل غير قادر على استيعاب الأشكال المعقدة للنشاط المعرفي كالتجريد والتعميم فضلا عن اضطرابات اللغة.

أما بيفزرنر Pevsner فقد اعتبر التخلف العقلي مرضا مكتسبا لا تدخل في نشوئه العوامل الوراثية او الاجتماعية والثقافية ولكنه اعترف بأثر العوامل الاجتماعية والثقافية وأهميتها في احداث حالات شبه الضعف العقلي أو التخلف العقلي المؤقت واقترح التصنيف التالي:

1- أوليغوفرينيا أولية أو قاعدية لا تتميز بإصابات قشرية كبيرة.

2- أوليغوفرينيا تصاحبها اضطرابات كبيرة للدينامية العصبية القشرية Neurodynamique corticale.

3-أوليغوفرينيا تصاحبها اضطراب السياقات العصبية القاعدية.

4-أوليغوفرينيا يصاحبها ضعف ظاهري للفص الجبهي مع اضطرابات في شخصية الطفل.

بالإضافة إلى اهتمام الاتجاه السوفياتي بأسباب التخلف العقلي ومحالة تصنيفه، فقد ظهرت بحوث اهتمت بدراسة الوظيفة الكهربائية للدماغ عند المتخلفين عقليا.

وقد أظهرت هذه الدراسات أن الوظيفة الكهربائية لدماغ L'activité électrique cérébrale الطفل المتخلف تختلف عن الوظيفة الدماغية لدماغ الطفل العادي إذ أن النشاط الكهربائي الدماغى المسجل في ظروف الاسترخاء الكامل يتميز بإيقاع يبلغ تواتره 10 Fréquence دورات / الثانية تقريبا و يدعى إيقاع ألفا « Alpha » الذي يسيطر بشكل عام على فصي دماغ الطفل العادي أما خصائص النشاط الكهربائي لدماغ الطفل المتخلف فهي تقتصر إلى إيقاع ألفا لكنها تتميز بوجود إيقاع دالتا « Delta » الذي يتراوح تواتره بين 3 و 4 دورات / الثانية مما يدل على وجود هدم خطير في وظائف القشرة الدماغية من جراء إصابات و اعطاب دماغية خطيرة جدا.

المحاضرة الثانية عشر

البرامج التأهيلية لحالات التخلف العقلي

أولاً: حالات التخلف العقلي البسيط

يكون البرنامج التأهيلي لحالات التخلف العقلي الخفيف فعالاً ومؤثراً إذا ما وضعت المهارات المطلوب تعلمها في إطار جزئي وإذا ما بدأ البرنامج في وقت مبكر بقدر الإمكان يمكن أن يشتمل مثل هذا البرنامج على الجوانب الآتية:

1- في مستوى سن ما قبل المدرسة (ما بين 3 إلى 6 سنوات):

يتضمن البرنامج التأهيلي في هذه المرحلة بصورة أساسية العمل على تنمية مهارات التواصل، و العمليات الإدراكية، والاعتماد على النفس، ومهارات التطبيع الاجتماعي.

2- في مستوى المرحلة الابتدائية (1 من 6 إلى 9 سنوات):

يستطيع الأطفال المتخلفون بدرجة بسيطة في هذه المرحلة مشاركة زملائهم من الأطفال العاديين في البرامج التعليمية العادية، إلا أن ذلك لا بد أن يكون تحت إشراف أخصائيين في التربية الخاصة مؤهلين للعمل مع المتخلفين عقلياً ويرتكز البرنامج التدريبي في هذه المرحلة التدريب على المهارات النمائية الأساسية.

3- في المستوى المتوسط (ما بين 9 إلى 12 سنة):

تؤكد البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال في هذه المرحلة على مهارات الكتابة والقراءة والحساب و يكون التركيز في هذه المرحلة موجهاً إلى المظاهر النمائية الإدراكية مع محاولة ادماج هؤلاء الأطفال مع زملائهم العاديين في نفس الفصول الدراسية العادية إلى حد كبير.

4- في المستوى الثانوي (من سن 13-16 سنة):

يكون الإهتمام في هذا المستوى من البرنامج التعليمي مركزاً على الجوانب الأكاديمية إذ أن عدداً كبيراً من الأطفال الذين يصلون إلى هذا المستوى يكونون قد حققوا مستوى معيناً من القدرة على التعلم مثل هؤلاء الأطفال يمكنهم مشاركة زملائهم من العاديين في بعض المجالات

والأنشطة كالتربية الرياضية والاقتصاد المنزلي والأنشطة الموسيقية وغير ذلك من الأنشطة التي تسهم في تنمية العادات السليمة في أداء مختلف الأعمال.

ثانيا : حالات التخلف العقلي المعتدل

تحتاج برامج التربية الخاصة للأطفال المتخلفين بدرجة معتدلة إلى إدخال أشكال من التنظيم على البرامج التعليمية العادية بطبيعة الحال لتتلاءم مع الأطفال المتخلفين لذلك يجب ان تؤخذ النقاط التالية بعين الاعتبار عند وضع هذه البرامج :

أ-في مستوى سن ما قبل المدرسة (بين 3-5 سنوات):

يفضل أن يكون البرنامج التعليمي في هذه المرحلة ممتدا على مدى نصف يوم دراسي. تكون الأهمية مركزة في هذا البرنامج على تطوير مهارات الإعتماد على النفس عند الطفل، ومساعدته على تعلم بعض المهارات المرتبطة بالنطق و الكلام كما يهتم البرنامج أيضا على تدريب الطفل على بعض المهارات الحركية ومهارات التفاعل الاجتماعي.

ب-في مستوى المرحلة الابتدائية (بين 6-9 سنوات):

يمكن أن يمتد اليوم المدرسي في هذه المرحلة على مدى خمس ساعات يتضمن التدريب في هذا البرنامج بصفة خاصة المهارات الحسية (السمعية والبصرية) اللازمة لعملية التعلم.

ج-في مستوى التعليم المتوسط (بين 9-12 سنة):

في هذه المرحلة المتوسطة يمكن أن يمتد اليوم المدرسي إلى يوم كامل و يبدأ تدريب الأطفال على العمليات الأكاديمية وبصفة خاصة على المهارات اللازمة لعملية القراءة والقيام ببعض العمليات الحسابية البسيطة.

كذلك يهتم البرنامج التعليمي بتدريب الأطفال على شغل أوقات الفراغ من خلال ممارستهم لبعض الهوايات والأنشطة المفيدة كالموسيقى والألعاب الرياضية وبعض الأنشطة الفنية الأخرى من المهم أيضا في هذه المرحلة العمل على تنمية بعض المهارات الاجتماعية.

د-في مستوى المرحلة الثانوية (تزيد الأعمار في هذه المرحلة عن 13 سنة):

في هذه السن تركز البرامج التعليمية للأطفال المتخلفين بدرجة معتدلة على مظاهر التدريب المهني مع استمرار التدريب أيضا في المجالات التي تكون قد بدأت في المراحل السابقة. يمكن التدريب في هذه المرحلة على القيام بإعداد بعض الوجبات الغذائية البسيطة وبصفة خاصة بالنسبة للإناث.

ثالثا :حالات التخلف العقلي الشديد:

يرتكز البرنامج الخاص للأطفال المصابين بالتخلف العقلي الحاد على مساعدة الطفل كي يتدرب على أن يعتني بنفسه، وتدريبه على اكتساب بعض المهارات البسيطة التي تمكنه من التواصل مع الآخرين. كذلك يمكن استخدام بعض الأساليب التعليمية التي من شأنها أن تنشط الأجهزة الحسية عند الطفل جنبا إلى جنب مع تدعيم مناسب ومباشر لكل أشكال السلوك المرغوب فيه , يحتاج مثل هؤلاء الأطفال أيضا إلى بعض أشكال العلاج الطبيعي.

تعتمد مثل هذه الاستراتيجيات التعليمية والتدريبية على محاولة استثارة الطفل كي يستجيب بالطرق المرغوب فيها، ثم العمل على تدعيم أشكال السلوك الإيجابي عند الطفل في مثل هذه الحالات تعتبر عمليات تعديل السلوك ذات أهمية خاصة.

عند استخدام أسلوب تعديل السلوك لأبد من التمييز بين أشكال السلوك المرغوب فيه وغير المرغوب فيه عند الطفل كخطوة مبدئية مثل هذا العمل يتطلب - بطبيعة الحال - دراسة دقيقة للسلوك الراهن للطفل من خلال الملاحظة المباشرة والمضبوطة لهذا السلوك.

يضع اخصائيو التربية الخاصة - سواء في إطار الخدمات المدرسية أو الخدمات المنزلية - نصب أعينهم بصفة دائمة أن عملية القياس العقلي وتحديد نسب الذكاء للأطفال المتخلفين بدرجة شديدة لا تلعب إلا دورا ضئيلا للغاية في التخطيط للبرنامج التعليمية لهؤلاء الأطفال.

إن وضع استراتيجية بعيدة المدى لبرنامج علاجي لمثل هؤلاء الأطفال يتطلب ماياتي:

الخطوة الاولى: تجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن سلوك الطفل بعد اتمام هذه الخطوة المبدئية يمكن تحديد ما يطلق عليه الخط القاعدي Baseline للبرنامج.

الخطوة الثانية: تتضمن وضع خطة دقيقة ومحكمة للخدمات التي يمكن تقديمها لهؤلاء الأطفال بحيث يتمكنون من التغلب على أكبر قدر ممكن من المشكلات التي يواجهونها. على سبيل المثال، في حالة الرغبة في تدريب الطفل على المهارات اللازمة لارتداء ملابسه بنفسه وبدون مساعدة الآخرين، لابد من التأكد أولا من أن الطفل يستطيع القيام بالمهارات الجزئية المطلوبة لارتداء الملابس (كأن يفك الأزرار وغير ذلك من الأعمال). في مثل هذه الحالات تكون استراتيجية التدريب خطوة بخطوة Step by step method من الطرق المفضلة التي يمكن استخدامها في هذا المجال.

الخطوة الثالثة: تقديم الإثابة المناسبة في شكل مديح أو تشجيع الذي يعتبر من العوامل بالغة الأهمية في أي خطة تهدف الى تعديل السلوك ,حيث يتاح الوقت الكافي لهؤلاء الأطفال للانتهاء من الانشطة التي يطلب منهم أدائها و عندما ينتهي أحد الأطفال من النشاط المكلف به بنجاح يتم تدعيم سلوكه الناجح الأمر الذي يتيح الفرصة أمامه للقيام بهذا العمل الناجح في أوقات لاحقة بمفرده ودون مساعدة من الآخرين.

عملية تدريب الطفل المتخلف عل أداء بعض المهارات الأساسية تحتاج إلى ما يعرف بعملية تحليل الواجب Task analysis بمعنى آخر لابد من تجزئة المهارة المطلوب التدريب عليها إلى جزئيات صغيرة بحيث يستطيع الطفل انجاز هذه الجزئيات بشكل مرحلي ثم بعدئذ يقوم بالعمل المطلوب بشكل كلي.

يؤكد الأخصائيون الذين يعملون مع الأطفال المتخلفين عقليا- سواء بدرجة شديدة أو حادة - الحاجة الماسة لأن تبني الخطط التعليمية والتدريبية لمثل هؤلاء الأطفال على أسس فردية تماما بمعنى أن توضع الخطة لكل طفل بما يتفق مع حالته الفردية من ناحية أخرى، فإن نجاح مثل هذه الخطط والبرامج في تحقيق أهدافها يتطلب بالدرجة الأولى توفر الأخصائيين المهنيين المختلفين الذين يتطلبهم تنفيذ البرنامج وفي مقدمتهم الأطباء وأخصائيو العلاج الطبيعي والمعلمون والأخصائيون النفسيون والأخصائيون الإجتماعيون وغيرهم كما أن التشخيص و التعرف المبكر على حالات التخلف العقلي والعمل على تنفيذ البرامج المناسبة من أخصائيين يمكن أن يصل بهؤلاء الأطفال إلى السلوك التكيفي و الرضا عن الحياة .