



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة ابن خلدون * تيارت *
كلية العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية .



مطبوعة بيداغوجية :

محاضرات مقياس "علم النفس المرضي للطفل والمراهق"

تخصص: علم النفس العيادي

ليسانس السنة الثالثة

مطبوعة مقدمة لنيل شهادة التأهيل لدرجة استاذ محاضر – أ

إعداد :

د. بن الطيب فتيحة

السنة الجامعية: 2022/2021

﴿وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُنْ تَعْلَمُ وَكَانَ فَضْلُ

اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا﴾

سورة النساء (113)

الاهداء

اهدي هذا العمل المتواضع
الى روح والدي الطاهرتين
الى رفيقي وشريكي زوجي الحبيب
الى احبائي وقرّة عيني تقوى ..اسماعيل...احمد...
عبد الرحمان
الى كل زملائي الاساتذة في جامعة بن خلدون
الى الطلبة الاعزاء

الفهرس

01.....	آية قرآنية
02.....	إهداء
03.....	الفهرس
05.....	أهداف المقياس

المحاضرة الأولى: علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

06.....	1- تعريف علم النفس المرضي
07.....	2- السواء واللاسواء
07.....	3- خصوصية السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق
08.....	4- الحدود بين السوي والمرضي
09.....	5- آراء بعض علماء النفس والسيكياترين في حالات السواء واللاسواء الطفولي

المحاضرة الثانية: اضطرابات الغذائية

12.....	1- اضطراب السلوك الغذائي عند الرضيع
14.....	2- فقدان الشهية العصبي عند المراهق
16.....	3- الشره La boulimie
18.....	4- البدانة L'hyperphagie boulimique l'obésité
19.....	5- أسباب اضطرابات الأكل alberation alemantaires
20.....	6- السلوكات الغذائية الضالة

المحاضرة الثالثة: اضطراب العضلات السارة:

21.....	(I) التبول الإرادي
21.....	1- تعريفه
22.....	2- أنواعه
22.....	3- اكتساب المراقبة علي العضلات السارة

22.....	الفحص الإكلينيكي	-4
23.....	العلاجات	-5
24.....	التبرز اللاإرادي encopresie :	(II)

المحاضرة الرابعة: اضطرابات النوم

26.....	تعريف النوم.	-1
27.....	العوامل الفسيولوجية العصبية الأساسية	-2
29.....	الممارسات الصحية أو السليمة للنوم (صحة النوم)	-3
30.....	تصنيف اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين	-4
32.....	اضطرابات النوم المحددة	-5
33.....	اختلال انتظام التنفس أثناء النوم	-6
33.....	متلازمة تلمل الساقين واضطراب الأطراف الدورية	-7
34.....	الخدار (النوم النهاري)	-8
34.....	متلازمة كلين لفين	-9
34.....	من أهم أسباب اضطرابات النوم	-10

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات النفسية الجنسية

35.....	مفهوم الهوية الجنسية	-1
36.....	تعريف اضطراب الهوية الجنسية	-2
38.....	الاستعراضية والتلصصية Voyeurisme Exhibitionnisme	-3
39.....	الفيتيشية	-4
39.....	عوامل الخطر والسببية المرضية	-5
41.....	العلاجات	-6
42.....	الوقاية	-7

المحاضرة السادسة: الاضطرابات البنيوية

العصاب عند الطفل والمراهق

- 44.....الخوف أو الفوبيا -1
- 49.....الوسواس القهري -2
- 51.....الهستيريا -3

المحاضرة السابعة: الاضطرابات البنيوية -الذهانات

- 58.....الفصام الطفولي -1
- 63.....autisme Spectrum disorder :اضطراب طيف التوحد -2
- 70.....قائمة المراجع

أهداف المقياس :

الأهداف العامة :

يعتبر علم النفس المرضي للطفل والمراهق فرع حديث نسبيا استقل عن علم النفس المرضي يهدف بحتل مكانة عالية في الباتوتوجيا المرضية ، لذا طلبة علم النفس العيادي الاهتمام بالبحث فيه فهو يهدف الي الحصول علي قاعدة معرفية تمكنه من القدرة على فهم عرضية هذه الفئة وخصوصياتها من حيث الفحص والتشخيص وبالتالي القدرة على تقديم العلاج اذا كانن ممارسا عياديا وكذلك تساهم هذه المعارف من مواصلة المسار الدراسي لما بعد التدرج .

الاهداف الخاصة :

- ان يكون للطالب كفايات تشخيصية

- ان يكون للطالب معارف تساهم في فهم التناذرات المرضية التي تصيب هذه الفئة وكذلك تساعد في فهم مقاييس اخرى تستند لهذا المقياس.

المحاضرة الأولى: علم النفس المرضي للطفل والمراهق (الفرق بين اضطرابات الراشد واضطرابات الطفل والمراهق)

تمهيد:

علم النفس المرضي هو فرع من فروع علم النفس، يختص في فهم وتفسير الاضطرابات النفسية والعقلية وانحراف السلوك، انطلاقاً من معيار أساسي والمعاناة التي يسببها الاضطراب للفرد والمجتمع، حيث يعتقد غالب العلماء أن أهم محددات اللاسلوك هي كيفية تأثير السلوك على صحة الفرد والمجتمع. (فالخ حسن، 2013، 155).

وأن الخصائص المميزة المرضية هي الاختلال الوظيفي، الشعور بالعجز والمشقة بالإضافة إلى ذلك انتهاك المعايير.

1- تعريف علم النفس المرضي: يرى J.bergeret "علم النفس المرضي بأنه دراسة التطور النفسي واضطراباته دون الاهتمام بالجانب النفسي العلاجي، أما هدفه فهو تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية وأسبابها لدى الفرد في صراعه من أجل الحياة والتكيف يصدم الفرد بضغوط بيولوجية من جهة، نزواته ومعارضة المحيط بحوافزه الاجتماعية والأخلاقية الثقافية...إلخ.

" والتفكير الراهن الذي يتناول علم النفس المرضي يعد متعدد الجوانب يعتمد على الدمج بين النماذج المختلفة أفضل طريقة لدراسة المعطيات، وهي الاعتقاد بوجود أسباب متعددة، إذ أن معظم الاضطرابات تظهر على الأرجح بسبب تفاعل العيوب البيولوجية العصبية والعوامل البيئية والنفسية، كما أن وظيفة علم النفس المرضي ليست فقط دراسة الدواء واللاسلوك، وإنما كذلك محاولة فهم الأسباب والوظيفة التي يؤديها السلوك المرضي من أجل الوقاية والعلاج الذي يسمح للفرد بالتكيف مع ظروف الحياة الطبيعية واستثمار طاقاته الممكنة وتحقيق السعادة والراحة والتخلص من المعاناة.

1- السواء واللاسواء:

من الصعب التمييز بين ما هو سوي أو مرضي، في علم النفس هناك عدة تعريفات تم صياغتها غفي هذا الموضوع، البعض سعى لتعريف ما هو مرضي على أنه مجمل، السلوكات النادرة، والاستثنائية أو التي لا تتماشى مع معايير المجتمع لكن المجتمعات تتغير مع الوقت وتختلف ثقافيا من بلد لآخر، حتى من منطقة لأخرى في البلد نفسه، في حين أن المرض النفسي أو الجسدي لا يجب أن يتغير مع الوقت، أو المكان وذو استقرار معين

وفي تعريف آخر يعتمد على التقرير الذاتي للفرد، والمريض النفسي هو الذي لديه المعاناة، الذي يواجه صعوبة نفسية أو يمكن اعتبار المرض النفسي عندما يؤدي سلوك الفرد إلى آثار نفسية اجتماعية خطيرة البيدجوفيليا أو العنف مثلا. (gerondin, 2015, p 13).

لكن في يومنا هذا تم اقتراح مفهوم متعدد الأبعاد للصحة النفسية، أن يكون لدى الفرد توظيف مرن ومتناغم اتجاه ذاته وأقاربه ومحيطه الاجتماعي، أو شعوره بالازدهار حتى في وجود ظروف صعبة. **الباثولوجيا:** هي شعور الفرد بالمعاناة النفسية أو وجود صعوبة ذات معنى على المستوى النفسي (الانفعالات، الاتجاهات، السلوكات... إلخ)، والتي تتداخل مع الشعور بالراحة أو استغلال الطاقة ونمو الفرد وازدهاره والصعوبات العلائقية.

2- خصوصية السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق:

في علم النفس لا توجد قواعد محددة للصحة العقلية بل تتبع العمر الجنسي والبيئة والثقافة في تلك الحقبة، بالنسبة للطفل الذي هو كائن غير كامل اجتماعيا، غير مستقل تابع للمحيط خاصة الأسري، لديه نمو عقلي أقل نضجا مقارنة بالراشد، فهو لا يستطيع القيام بملاحظات، استنتاجات، تحليلات، أي لم يصل إلى التفكير التحريري بعد، كما أن مشكلة السوي واللاسوي معقدة جدا عند الطفل خاصة إذا علمنا أن هذا الأخير غير ناضج عاطفيا وفي طريق النمو المستمر، وأن عملية النمو عند الطفل لا بد أن تمر بصراعات ونوبات هامة، فالطفل منحصر بين الحياة الهوامية والحياة الواقعية

المعاشة من الخارج (المحرمات الوالدية)، أو من عدم إشباع الرغبات تؤدي إلى إحباطات تجعل الطفل في حالة نكوص لمرحلة من المراحل السابقة لنموه العاطفي، لكن هذا النكوص يصبح عادي عندما يكون مرحلي وغير كلي فهو يسمح له بجديد إمكانياته الطاقوية لمواجهة الواقع بشكل آخر، إلا أن هذه النكوصات تؤدي إلى بروز سلوكيات خاصة بمرحلة سابقة والتي تظهره وكأنها تشكيلات مرضية، لكن رغم بروز هذه السلوكيات إلا أن نمو الشخصية يتكون بشكل عادي، وظهور أعراض أحيانا يكون الحل الأمثل لأنه يستجيب لنظام مكيف وفق تطور الطفل نفسه ووفق محيطه الخاص، فهكذا بعض الأعراض لو تظهر مرضية إلا أنها تسمح بردود أفعال أقل عنفا.

- إذن الطفل يمر بمراحل متتابعة في النمو ويوجد برنامج وراثي يجب احترامه والذي لا يمكن أن يتجسد إلا إذا توافرت الشروط البيئية الملائمة.

- ظهور أعراض لا يعكس مرضيتها دائما قد يكون دورها فقط تنظيم النمو والسماح بردود أفعال أقل عنفا.

- تظهر أعراض انعكاسية تبعا لظروف المحيط تزول بزوال الظروف المسببة لها.

- النمو يمر بمراحل وكل مرحلة تأتي بإمكانيات جديدة تساعده على التخلص من صراعات المرحلة السابقة.

- النمو ليس متساويا في كل جوانبه وظائف تتطور بسرعة وأخرى ببطء.

- ظهور سلوكيات نكوصية ليست كلية، ومؤقتة لا يعني أنها مرضية بل تساعد على تجاوز صعوبات المرحلة السابقة وإعادة شحن الإمكانيات الطاقوية.

- إذا كان الاضطراب تسيير جديد جزئي مختار بالنسبة لتاريخه أو اكتشافه لطريقة تعبير جديدة ودائمة، فالاضطراب في هذه الحالة يؤدي إلى تكوين بنية شخصية مرضية.

3- الحدود بين السوي والمرضي:

ما هو مرضي يتدخل بشكل دال مع الإحساس بالراحة le bien être ونمو الطفل وتكيفه الملائم مع المحيط الأسري والمدرسي خاصة جهة الأعراض وأزماتها يعكس طابعها المرضي.

المشكل يجب أن يكون عام بشكل كاف واجتياحي عرضي واحد لا يكفي ولا يسمح بوضع تشخيص من جهة أخرى يجب أن تظهر في عدة أوساط (المدرسة، المنزل...) فرط النشاط مثلاً.

لكن أي عرض أو سلوك لا يمكن اعتبارها مرضيان إلا بالنسبة لمستوى التطور وإلى الوضعية الحالية، وكما أن ظروف الملاحظة ومصدر المعلومات يؤثر بشكل كبير على المعطيات المجمعة وعلى الاستنتاجات، فالأخصائي النفسي يلاحظ السلوك مشكل دقيق، فرط النشاط مثلاً يختلف في البيت عنه في المدرسة، إذن يجب دراسة الحالة في مجملها ولا يجب الفصل بين ما هو عضوي عن ما هو نفسي اجتماعي biopsychosocial، وداخل النفسي ما هو عاطفي غير ما هو معرفي، الطفل كل وحداته متفاعلة باستمرار، وعليه لا يمكن فهم الطفل بين التركيبات المرضية والحقيقية والاضطرابات العابرة إلا بالرجوع إلى التنظيم الكلي والخصائص العلائقية وظروف المحيط.

المراهق: يعيش تطور سريع وفي كل الجوانب ما يؤدي إلى أزمة بيولوجية نفسية اجتماعية هامة، هذا ما يجعله يسلك سلوكيات تأخذ أشكال مرضية في بعض الحالات (الانطواء، الخجل، العدوان..). هذا لا يعني وجود باثولوجيا بالضرورة بل يدخل في خصائص المرحلة والبحث عن الهوية وإثبات الذات ما يتطلب عدم التسرع في التشخيص وإطلاق الأحكام بل ضرورة تفهم المحيط العائلي والمدرسي ومرونته في التعامل وتوفير التوجيه والإرشاد والوقاية. (ميموني، 2005).

4- آراء بعض علماء النفس والسيكاترين في حالات السوء واللاسوء الطفولي:

فرويد: اعتبر العصاب الطفولي كفترة حتمية خلال النمو.

ميلاني كلاين: ترى أن كل طفل يمر بصعوبات عصابية، وأن أهم خاصية للحالة المرضية هي التثبيط (الكف) النزوي المعرفي والفضولي، كبت الخيال والحياة الهوائية، ترى أن السوء معناه إعطاء الحرية للخيال مع احترام التكيف مع الواقع الخارجي، تعلق وارتباط عاطفي حقيقي بالوالدين لكن بدون إفراط، نمو ميول استكشافية بدون قهريه وسواسية، رؤية جيدة للحياة وجود بعض التظاهرات الانفعالية كالقلق.

A. freud: ترى أن الصراع ملازم للنمو والمهم بالنسبة لها هو الاتجاه نحو النمو حتى النضج ويمكن اعتبار بعض الاضطرابات كتظاهرات طبيعية مادامت سيرورة النمو تبقى سليمة يجب أخذها بعين الاعتبار عندما يحدث تباطؤ في النمو أي نكوص، وفي عملية الفحص النفسي للطفل لا يجب الأخذ بعين الاعتبار مظاهر التكيف مع العالم الخارجي للطفل بل العكس تؤكد A. freud على المبالغة في التكيف "فرط التكيف L'enfant trop sage".

كما حددت خطوط للنمو:

- خط نمو سائر من التبعية نحو الاستقلالية وعلاقات الموضوع من نمط الراشد.
 - خط النمو السائر نحو تكوين الصداقات.
 - خط النمو السائر من الجسد إلى اللعب واللعب في العمل.
- فهذه الخطوط تسمح بتحديد التأخرات أو النكوصات.

R. Diatkine: يرى أن المرض يمكن وصفه من خلال تثبيت ميكانيزمات الدفاع بتثبيت يوقف نمو الطفل، الصحة تكمن في مرونة الاستثمارات والتغيرات في استعمال ميكانيزمات الدفاع ما يسمى بانعكاسية التنظيمات النفسية وحركيتها والقدرة على إيجاد لذة في التوظيف العقلي، القدرة على القيام بنشاطات جديدة، التحويل في شخصيات استعاضية بديلة « substitut » الميل القصصي، الرغبة الشديدة للمعرفة.

محور اضطرابات النمو

المحاضرة الثانية: اضطرابات النمو (الاضطرابات الغذائية)

تمهيد:

يعد الغذاء والأكل محور اهتمام العديد من الثقافات والمجتمعات فالجوع حاجة بيولوجية والأكل لذة، وبالنسبة للطفل وخاصة في مرحلة الرضاعة تجري عملية التغذية في إطار علاقة عاطفية تبادلية تفاعلية (dyade mère / enfant) يتم إشباع حاجاته البيولوجية والعاطفية وبالنسبة للأم كذلك تقييم كفاءاتها كأم جيدة من خلال نجاح هذه العملية وتراقبها بقلق خاص ومن جهة المراهق يعتبر الأكل محور اهتمام خاص فهو يرتبط بصورة الجسم خاصة لدى الإناث وبالتالي ليس من الغريب أن تتعرض هذا السلوك إلى الاضطراب والخلل.

تعريف اضطراب السلوك الغذائي :

هو عدم توازن خطير في السلوك الغذائي (نقص كبير او زيادة كبيرة) مع اهتمام كبير بصورة الجسم. (Guy Cloutier 2013. P356)

1- اضطراب السلوك الغذائي عند الرضيع:

الصعوبات الغذائية هي مشاكل متواترة عند الرضيع والطفل الصغير تخص تقريبا حوالي 25-50% من الأطفال عدة دراسات أكدت أن المشاكل الغذائية المبكرة تنبأ بمشاكل في السلوك لاحقا كاضطرابات الحصر واضطرابات الأكل خلال المراهقة ومن جهة أخرى حوالي 1% - 2% من الأطفال الأقل من سنة يظهرون اضطراب رفض الأكل خطير وتأخر في النمو من سن 4-6 سنوات (cascales et al.2014)

- ومن المعروف حاليا أن اضطراب الوظيفة الغذائية له عوامل متعددة يمكن أن تكون ذات طبيعية نفسية نشوئية « psychogène » (مشاكل في التبادلات العاطفية بين الأم والطفل) أو ذات طبيعية عضوية، أو لأسباب مختلطة (تشوهات مع اضطراب علائقي ولي/طفل) في كل الحالات الآثار النفسية دائما موجودة لهذه الاضطرابات أعراض تخص الوظيفة الغذائية حيث يتم اضطراب عملية (المضغ، البلع، المص، ...)

تصنيف الاضطرابات الغذائية حسب ايران شاتور Chatoor

يعد تصنيف شاتور وزملائها في أمريكا مرجع عالمي معروف حيث ربطت هذه الأخيرة بين الاضطرابات الغذائية عند الرضيع واضطرابات الانفصال (أم/طفل).

1- اضطراب تنظيم الوظائف:

الغذاء، النوم، العواطف يمر الطفل بتغذية متواصلة (المرحلة الجينية) ثم إلى الغذاء حسب الطلب بعد الولادة، ما يتطلب من الأم تفهم إشارات الجوع الخاصة به وأن تستجيب لها بالهدوء والتجاوب والتناغم الانفعالي وسرعة الرد شروط أساسية النجاح العملية فالرضيع الذي لا يحصل على رد ملائم يكون عرضه لخطر اضطرابات السلوك الغذائي كرفض الرضاعة تجنب رؤية وجه الأم، اعتراض الرضاعة مع البكاء والصراخ والرغبة في فراق ذراعي الأم، عدم البلع، التقيؤ، بعد الرضاعة يكون رفضهم للتغذية جامد أي نقص التوتر والنشاط (pypotonique) كمية رضاعة أو تغذية قليلة غير كافية للحاجة من السرعات الحرارية المنتظرة هذا الاضطراب يمكن أن يشخص خلال الأسابيع الأولى.

2- اضطراب غذائي بسبب نقص التبادلات أم/طفل:

جل التجارب العاطفية التي يعيشها الطفل في مرحلة الرضاعة مع الآلام وتدور حول عملية التغذية خلال النمو بينت الدراسات أن هذه الأمهات لديهن شخصيات تجنبية، الحواريين الوالدين غير صريح، عدم إيجاد الأب مكانته في هذه العلاقة يترك كل القرارات للأم بالنسبة للطفل يشخص هذا الاضطراب عموماً بين أربع وثمانية أشهر.

3- فقدان الشهية عند الرضيع:

يظهر هذا الاضطراب خلال فترة اكتساب الطفل عملية الاستقلالية في الأكل يرتبط بالفراق مع الأم يبدأ خلال السنوات الثلاث الأولى للطفل ووالديه خلال فترة الوجبات هذا الصراع يمكن أن يتسبب في تنبيه الجهاز العصبي السمبثاوي ويقطع الإحساس بالجوع التبادلات العاطفية تكون غير كافية عدة دراسات بينت أن هؤلاء الأطفال يتميزون بتعلق غير آمن وتعتبر الخصائص المزاجية وجروحية الوالدين كعوامل مسببة لهذا الاضطراب.

4- النفور الحسي من الغذاء **aversion sensoriel den** :

يظهر أثناء تنويع الغذاء يتميز باختيار الطفل لبعض الأغذية لا يشخص هذا الاضطراب إلا إذا تسبب في تأخر نمائي للطفل يظهر لديهم حصر تجنب للوضعيات الغذائية خوف من الأكل مع الآخرين وأعراض وسواسية خلال السنوات الأولى (مرحلة الحضانة) .

5- اضطراب غذائي مع وجود سبب عضوي:

أصبح الآن الاعتقاد بالسببية المختلفة (العوامل العضوية مع النفسية) فيما يخص اضطرابات الغذائية المبكرة.

6- اضطراب غذائي بعد حدث صدمي:

7- يكون الرفض حاد للأكل بعد معايشة الطفل لتجربة احتناق أو التقيؤ لأغذية صلبة مبتلعة، يشخص هذا الاضطراب أثناء تغيير الغذاء (خاصة عند الأطفال الخدج، ذوي الصعوبات العلائقية) "Chatoor et al, 2014".

يمكن للامتناع عن الأكل أن يظهر في عدة أعمار من سن مبكر حتى الأكبر سنا.

2- فقدان الشهية العصبي عند المراهق:

هو عبارة عن حالة تتميز خاصة برفض أخذ وزن طبيعي وخوف شديد من زيادة الوزن وانشغال كبير بصورة الجسم مع تشوه لهذه الأخيرة تترجم هذه الحالة بتغذية أقل بكثير من احتياجات الجسم حسب DSM-5 هناك ثلاث عمليات أساسية لتشخيص الاضطراب:

1- السلوكات المقيدة: قلة تناول الطعام القوي المتعمد والإفراط في تناول المسهلات ومدرات البول.

2- الخوف المستمر والحاد من زيادة الوزن والسمنة حتى الانخفاض الشديد في الوزن (85%) من

الوزن المنتظر (Guy. Cloutier .2013. p 682)

3- تشوه صورة الجسم أو الإحساس بشكل الجسم المشوه حتى في حالة النحافة الشديدة فالمرضى

يشعرون بزيادة الوزن دائما لذلك فهم غالبا ما يقومون بوزن أنفسهم بشكل متكرر مع التحديق

المستمر بالمرآة ويرتبط تقدير الذات لديهم بالنحافة.

التشخيص يجب أن تستمر هذه الأعراض مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

أنواع فقدان الشهية العصبي: هناك نوعين:

1-المحدد أو المقيد RESTRICTIF:

(الحرمان من الأكل) تحدد التغذية ويتم تناول حد أدنى للحفاظ على الطاقة فقط. (Guy Cloutier 2013 , p354-358)

2-النمط الشره BOULIMIE PURGE:

تكرارية نوبة النهم التطهير أسبوعيا ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل أزمات استهلاك متزايدة للأكل متبوع بتطهير في وقت قصير التقيؤ تناول المسهلات.

التواتر:

من 0.5 – 3.7 من النساء يصبن بهذا الاضطراب خلال فترات حياتهن وهناك حوالي 09 نساء / مقابل رجل واحد يصاب بهذه الحالة.

الدراسة الكلينية:

الخصائص الاكلينكية لهذا المرض هو البحث الدائم النحافة والرؤية المشوهة للجسم انشغال كبير بالوزن انكار لخطورة حالتهم المرضية نشاط فيزيائي لإثبات عدم جوعهم نقص في مراقبة السلوك الاندفاعي محاولات انتحار عند البعض نشاط زائد قلة النوم النمط الشره يكون أكثر ارتباطا باضطرابات الشخصية والسلوك الاندفاعي واستخدام المواد الانسحاب الاجتماعي يهتم ذوي فقدان الشهية العصبي بما يفكر فيه الآخريين. (حمدان، 2014، ص 655)

عادة ما يبدأ هذا الاضطراب بداية أو وسط المراهقة وغالبا ما يكون بعد اتباع نظام غذائي أو التعرض لمشقة من ضغوط الحياة المشكلات العائلية غالبا تعاني المصابات بهذا بالاضطراب من الاكتئاب والوسواس القهري اضطرابات الهلع.... والعديد من اضطرابات الشخصية.

- الذكور المصابين بهذا الاضطراب أكثر احتمالا لاضطرابات المزاج الفصام وسوء استخدام المواد وارتفاع معدلات الانتحار.

- تم اعتبار الأنوركسيا كشكل من أشكال التبعية تماما كتعاطي الكحول والمخدرات عند المدمنين فقدان الشهية سلوك قهري يقابله تعاطي الكحول أو المخدرات فهذا السلوك يعتبر وسيلة لمعالجة القلق الغير محتمل.

- من الناحية النفسية هناك الاضطراب لعلاقة الفتاة مع جسمها عدم تقبل دورها في الميدان الجنسي التناسلي.

- المحيط من خلال دراسة حالات يلاحظ حلقات فقدان شهية في الطفولة يبدأ المحيط بالصلابة والصراع والعنف والإرغام على الأكل مما يزيد الرفض.

- العوامل الثقافية تلعب دور مهم خاصة من خلال تكريس صورة معينة للجسم (خاصة الإناث) مما يشكل ضغط.

تعريف النهم العصبي : يتضمن نوبات من الأكل السريع لكميات كبيرة من الطعام يليها سلوك قهري كالقئ أو الصيام أو التدريبات الشاقة لمنع زيادة الوزن - علاج المحيط العائلي:
لتغيير أسلوب معاملته والتخلي عن الصراع والمواجهة والصلابة، علاج جماعي للأولياء، علاج سلوكي مع التعزيز وأخيرا يجب تكيف العلاج حسب الحالة.

3- الشره La boulimie:

تعريف النهم العصبي :

يتضمن هذا الاضطراب نوبات من التناول السريع لكميات كبيرة من الطعام يليها سلوك قهري كالقئ أو الصيام أو التدريبات الشاقة لمنع زيادة الوزن (حمدان، 2014، ص 659) .

فالنهم العصبي كلمة لاتينية تعني جوع الثور وهو اضطراب الوظيفة الغذائية الذي يتميز بتناوب نمطين من السلوك الأول هو عبارة عن أزمات استهلاك خلال فترة محددة من الزمن لكمية أكبر بكثير عن الكمية المتناولة من طرف أشخاص في ظروف مماثلة، أزمات الشره لحالة المفرط في الأكل هي أقل قصرا من الأزمات عند حالات الأناريكسيا الشره التطهيري.

ترافق هذه الأزمات من الشره فقدان مراقبة للسلوك الغذائي، الثاني هو عبارة عن القيام بسلوكات تعويضية تهدف إلى الحرمان من الحصول على وزن في التشخيص الفارقي عن حالة فقدان

الشهية النوع الشره التمكن من الحصول على وزن يقارب الوزن الطبيعي يمكن تمييز نوعين من حالة الشره في الأكل حسب السلوكيات التعويضية.

النوع التطهيري Type purgatif

هنا تتمثل السلوكيات التعويضية في الحرمان من الحصول على وزن القيء عن طريق تناول المسهلات تنجم عن هذا النوع اضطرابات فيزيولوجية وأضرار جسدية.

النمط الغير تطهيري:

في هذا النوع من السلوكيات تعويضية تتمثل في الصوم، القيام بتمارين جسدية شديدة.

من أجل تشخيص حالة فرط في الأكل يجب على الأقل أن تتضمن السلوكيات الغذائية أزمي استهلاك مكثف خلال الأسبوع لفترة ثلاثة أشهر يلاحظ كذلك لدى الشره انخفاض في تقدير الذات نتيجة الوزن وشكل الجسم.

تواتر الظهور la prévalence:

حوالي 2 إلى 3 % من المراهقات أما بالنسبة للذكور حوالي 01 مقابل 10 حالات حسب DSM4.

في 50 % من الحالات تستقر البوليميا بعد فترة الأنوريكسيا خاصة في الشره التطهيري والتحول من بوليميا إلى أنوريكسيا نادر جدا حوالي (4.14) فقط من الحالات.

السببية:

معظم النظريات ركزت على تفسير الأنوريكسيا لكن البعض يمكن أن تنطبق على فرط الأكل في حين ان الانوريكسيا يمكن ان تتسبب في تعقيدات فيزيولوجية التي يمكن ان تھيا الى حالة بوليميا.

(Raphaële Detyudie 2017 p 131)

الطفل المفرط في الأكل يمتاز عادة بالسمنة، الغذاء عند الطفل البدين يأخذ معنى رمزي ويكون القيمة الاستدلالية لعاطفة محبطة، كما يعتبر كدفاع ضد القلق، أم الطفل المفرط في الأكل لها علاقة وطيدة مع الطفل، فهي تحيطه برعاية مفرطة، وتمنح له غذاء كثير، في هذه الحالة يأخذ الغذاء قيمة انفعالية عند الأم ثم عند الطفل، في بعض الحالات يعتبر كتخفيض لإحساسها بالذنب، الغذاء يظهر كبديل للحب ويصبح يعادل الحب ويصبح بالنسبة للطفل تعويض وراحة ويكون رد فعل الطفل طلب متزايد للغذاء ورغبة في الإشباع المباشر.

4- البدانة L'hyperphagie boulimique l'obésité:

وتسمى Frénésie alimentaire تتميز بخلقات من الاستهلاك الغذائي المرفوق بمشاعر ذنب وخجل عكس ما هو ملاحظ عند حالات للشه فرط الطعام غير متبوع بسلوكات تعويضية تطهيرية لذلك يظهر عند هؤلاء السمنة l'obésité.

ترتبط السمنة باضطرابات نفسية، كالاكتئاب و الحالات الحدية و الفصامية وبعض العصابات ويعود فرط الطعام الى توتر نفسي او الانفعال الحاد او حرمان عاطفي او نتيجة عادات غذائية ربما وراثية يظهر الأكل كسلوك قهري تبعي، تصيب الذكور والإناث على السواء، يعتبر كبدن أي طفل تجاوز وزنه 15 إلى 20 % من وزنه العادي الذي يتناسب بسنه وطوله، في المراهقة البدانة هي امتداد لبدانة الطفولة.

العلاج:

الحمية للتحكم في الأكل يقوم الأخصائي بتحديد الوجبات دون تجويعه وبمشاركته.

العلاج النفسي:

يهدف إلى تعريف الطفل بمعنى إحساساته وحاجاته، وألا يستجيب لأي مثير بنفس الجواب أي الأكل.

يجب البحث عن أسباب الانهيار وعلاجها وعدم مقاومته بالأكل، توجيهات العائلة لمنع الصلابة، حث الطفل على النشاط ومزاولة الرياضة، التفتح على المحيط، تكوين علاقات الصداقة مع الأقران، لتفادي الانعزال والانغلاق الذي يزيد البدانة .

تركز هذه النظريات على فهم الأفكار و المشاعر و السلوكات التي تسهم في تشوه صورة الجسم و الخوف من السمنة وفقدان التحكم في الأكل .

5- أسباب اضطرابات الأكل :

اختتمت جمعية علم النفس الاميريكية اجتماعها سنة 2004 بملخصة أن الإعلانات التلفزيونية حول الأطعمة الغير صحية تسهم في تكوين العادات الغير صحية للأطفال تحت سن 08 سنوات نظرا لان الأطفال يفتقرون إلى حد كبير إلى المهارات المعرفية اللازمة لتمييز حقيقة الإعلان كما تلعب الوراثة دور في ذلك (الوراثة السلوكية 25 40) لكن يبقى دور البيئة اخطر (حمدان 2014 668) كما هو الحال في غيرها من الاضطرابات فان اضطرابات الأكل ترتبط بعامل واحد .

العوامل الوراثية :

تزداد الإصابة بالاضطرابات فقدان الشهية العصبي النهم العصبي بين التوائم المتماثلة بدرجة أعلى من التوائم غير المتماثلة .

وان الجينات تؤدي دورا هاما في اختلاف إصابة التوائم باضطرابات الأكل ومن ناحية أخرى العوامل البيئية العلاقة مع الوالدين جماعة الرفاق تؤثر على اضطرابات الأكل .

العوامل البيولوجية العصبية :

الهيپوتيلاميس hypothalamus في المخ وهو المركز الرئيسي في تنظيم الجوع و الأكل وقد لوحظ أن اختلال نسبة الهرمونات التي تنظم الهيپوتيلاميس كهرمون الكورتيزول .

كما ان انخفاض مستويات افراز هذه المواد "بيتا اندروفين" لدى افراد دون فقدان الشهية العصبي كما اظهرت اجاث اخرى انخفاض في هرمون السيروتونين بالمخ تؤدي الى النهم العصبي لان هذا الهرمون يؤدي الى الاحساس بالشبع اثناء الاكل .

وهناك دراسات تبين الارتباط الدوبامين باحساس اللذة عند الاكل الذي يؤدي الى السعي وراء الطعام .

وهناك دراسات تبين الارتباط الدوبامين باحساس اللذة عند الاكل الذي يؤدي الى السعي وراء الطعام .

العوامل السلوكية المعرفية

تركز هذه النظريات على فهم الافكار و المشاعر و السلوكات التي تسهم في تشوه صورة الجسم و الخوف من السمنة وفقدان التحكم في الاكل فالافراد ذو اضطرا اضطرابات الاكل يعانون وصمة سوء التكيف لانهم عادة ما يكون انتباههم موجها للافكار و الصور المرتبطة بالوزن و شكل الجسم و الطعام

(Fqirbu;e looper,1999) تؤكد النظريات السلوكية و المعرفية ان لاضطراب فقدان

الشهية العصبي على ان الخوف من السمنة و الفكره المشوه عن شكل الجسم تعد اسباب مشجعة على تعزيز الحد من الطعام و تقليل الوزن .

كما تسهم العوامل الثقافية و الاجتماعية بانشغال المجتمع بالتحافة كما توره وسائل الاعلام وكذلك بعض العوامل الشخصية تساهم في اضطرابات الاكل كالمثالية و عدم الرضا عن الجسم و اختلالات العلاقات الأسرية .

8- السلوكات الغذائية الضالة **alberation alemantaires** يصنف الى صنفين:

1-اضطرابات الأكل **la manducation** :

ويعرف بمجموع الأفعال التي تسبق الهضم (المضغ البلع) بمعنى أخذ الطعام مضغه وابتلاعه ثم ارتداد الطعام من المعدة إلى الفم ويسمى القلس **mérycisme**

2-اضطرابات ابتلاع مواد غير غذائية:

مرض **Pika** وهو ابتلاع مواد غير غذائية مثل التراب فحم، صابون او حتى البراز (الوديني 1986. ص 87) من طرف أطفال في سن مبكر وهو يعبر عن حالة حرمان أمومي حقيقي أو خيالي و الحالات ويعتبر لدفاع ضد فقدان الموضوع الأطفال الذين يقدمون مرض بيكا عادة يكون لهم مشاكل فمية أخرى التنبؤ عندهم يكون خطير.

العلاج: علاج نفسي الحث على الحب والعطف كسب ثقته اشغال الطفل باللعب وعمل ما يجبه لتحويل اهتماماته وتفاعلاته بعيدا عن حالته المرضية، الصبر والتفهم من طرف المحيط لعائلي وخاصة الأم.

المحاضرة الثالثة: اضطراب العضلات السارة:

I التبول الإرادي:

يمثل التبول الإرادي العرض الأكثر تواتر بالنسبة للاضطرابات الإخراج، يعيشه الطفل بشكل شيء، وهو مصدر حيرة للأولياء وله آثار على المعاش الأسري، المدرسي والاجتماعي، يؤدي إلى شعور بالذنب والفشل التربوي للوالدين.

1- تعريفه:

إفراغ نشط وكامل، لا إرادي ولا شعوري مستمر أو يعاود الظهور بعد السن المتوسط لاكتساب السيطرة على العضلات الصارة عند طفل عمره أكثر من 05 خمس سنوات.

التواتر:

يصيب حوالي 10% من الأطفال من 05_10 سنوات، يمس الذكور أكثر من الإناث، يزول تلقائياً عند البلوغ ويمكن أن يستمر حتى سن الرشد في حوالي 1% من الحالات. يعرف من طرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي كحالة إفراغ متكرر في الفراش أو في الملابس أما إرادياً أو بشكل متعمد

يتم تشخيصه حسب DSM إذ ظهر بشكل متكرر على الأقل مرتين خلال الأسبوع على الأقل ثلاثة أشهر متوالية، ويكون عمر الطفل على الأقل 05 سنوات (أو في مستوى نمائي مكافئ) إما بسبب معاناة أو التغيير الظروف العائلية، المدرسية أو في ميادين مهمة (Fachguer , 2007,p10).

التشخيص الفارقي: لا يرجع هذا الاضطراب إلى أسباب فسيولوجية مباشرة كمواد مدرة للبول أو

لإصابة طبية عامة كالسكري، الصرع

ويتضمن التشخيص عدة مراحل اساسية

- اجراء فحص طبي .

- اجراء فحص نفسي يتضمن مقابلة الوالدين ، الطفل .

- اجراء الاختبارات والمقاييس نفسية اللازمة (مصطفي ، 2011 ، ص 227) .

2- أنواعه:

الأولي:

هو الذي لا ينقطع منذ الولادة بدون أي مرحلة جفاف وهو الأكثر شيوعا، ويشكل حوالي 80% من الحالات. وعموما ما يكون نتيجة تهاون الأم التي عودت الطفل من الميلاد على البلل ولا يزعج منه ولا يستيقظ عندما يتبلل، أو نتيجة التعليم المبكر الصلب، حالات النوم العميق جدا والحلم بالذهاب للمرحاض.

الثانوي:

يكون بعد مرحلة مراقبة لعملية الإفرغ، تدوم على الأقل 06 أشهر، وهو الأقل انتشارا، عموما هذا النوع يكون نتيجة صدمات (مولود جديد، الدخول إلى المدرسة، مرض الأم أو فراقها، مرض عضوي ...)، يزول بزوال الظروف التي نتج عنها خاصة إذا كان المحيط متفهم ومرن ومع النضج الوجداني للطفل.

3- اكتساب المراقبة علي العضلات السارة :

يتبع عدة مراحل :

- نضج الجهاز العصبي الخاص بمراقبة العضلات السارة
- الظروف التربوية والاجتماعية للطفل لاسيما عملية تعليم الإفرغ ، فهو يتبع النماذج العلائقية بالنسبة للأم والطفل وبالنسبة لمفاهيم الأم عن الموضوع (Ferraira ,1999,p75)
- نضج الشخصية ، عملية مراقبة العضلات السارة ترتبط بالمرحلة الشرجية أين اللذة الشبقية مرتبطة بالإحتفاظ وطرده الفضلات .

4- الفحص الإكلينيكي:

يجب التعرف على عدة عناصر:

- طابع التبول أولى أو ثانوي. يجب معرفة هل تم اكتساب النظافة لمدة معينة ليست قصيرة .
- إيقاع التبول اي ان الطفل يبلى فراشه كل ليلة أو حتى عدة مرات في الليل أو على فترات منقطعة، الى حد ما طويلة ، هنا يجب التعرف على الظروف التي تظهر فيها حالة التبول (صعوبات مدرسية، فراق عائلي، وضعية صراعية ...)
- يجب التعرف إن كان هناك سبب عضوي.
- التعرف إذا كان هناك سوابق عائلية للتبول.

-وجود أعراض مشتركة خاصة التبرز اللاإرادي encopresie تظاهرات طبيعية أو عصابية، حصر، صعوبات مدرسية ... الخ، وقد يكون التبول عرض معزول.

-نمط النوم: في حوالي 40% من الحالات لديهم نوم عميق أين لا يدرك الطفل حاجته للتبول.

-التربية على مراقبة العضلات الصارة، يمكن لأساليب التربية الصارمة الصلبة للوالدين خلال السنوات الثلاث الأولى والتربية المبكرة بدون الأخذ في الاعتبار النضج العصبي للأجهزة، أو العكس ترك الحرية الكلمة للطفل في التبول، هي السبب في التبول اللاإرادي (التصلب وعدم التسامح مع العقاب أو التسامح المطلق. التسلط والتحقيق ذو دلالة سادية .

-وجود حالة فرط الشرب potomanie خاصة في الساعات السابقة للنوم.

-يرى M soule ان التبول يمكن أن يخفي صراعات نفسية لا شعورية ذات اسباب متعددة .

-مواقف الطفل يمكن أن تعبر عن قلق وصراعات داخلية لاشعورية، كعدوان ضد المحيط المتصلب، النكوص لإعادة الاهتمام وجلب الانتباه، ما يعكس المعاناة النفسية للطفل.

-سلوك شبقي معادل للاستمناء وكدفاع ضد قلق الخشاء ، طبع جامد .

- ان التحكم في الاخراج يعتبر من الوظائف الجسمانية والنفسية في الانسان وبالتالي فإن التحكم يستدعي مراجعة الكثير من العوامل المتداخلة للوصول الى تشخيص دقيق كلما امكن لتصبح العملية العلاجية أكثر توجهها نحو هدفها لأن مشاكل هذه الوظيفة تؤدي الى صراعات شديدة وضعف تقدير الذات ، بل يمكن أن تؤدي إلى العنف في بعض الحالات بالاضافة إلى اضطرابات نفسية أخرى مثل الخجل والانطواء والقلق والاكتئاب والوسواس والأفعال القهرية (المهدي ، 2008 ، ص 148) .

-في بعض الحالات التبول اللاإرادي هو عرض ضمن مجموعة أخرى (خواف، طقوس وسواسيه، صعوبات علائقية، عدم استقرار نفسو جسدي ، فشل مدرسي الذهان ، التخلف العقلي، مع هذا التعدد للعوامل النفسية أو التربوية يتطلب الأمر دراسة معمقة لكل حالة وتقديم علاج مكيف حسب كل حالة.

5- العلاجات :

العلاج السلوكي :

يتم اولا توعية الطفل بسلوكه ، العلاج بالمنبه .

العلاج عن طريق الجدول

علاج نفسي :

اجراء حوار مع الوالدين ثم القيام بعلاج نفسي ، توفير بيئة ملائمة للتواصل معه وعدم جعل الحالة درامية ، ما يسمح بوعي الطفل بسلوكه ورفع دافعيته نحو التخلص من سلوكه اللا تكيفي .

II التبرز اللاإرادي **encopresie**:

يعرف التبرز على أنه التغوط المتكرر واللاإرادي في معظم الأحيان في أماكن غير المرحاض عند طفل يتجاوز العمر العادي للنظافة (من 2-3 سنوات)، يرتبط التبرز بأسباب سيكوباتولوجية وعقلية، كما في التبول اللاإرادي هناك تبرز لإرادي أولي وثانوي، الأولي عادة يكون لأسباب حرمان تربوي والثاني ناجم عن صراعات شخصية.

يترافق التبرز اللاإرادي مع الإمساك (الإحتفاظ بالمادة البرازية) ويمكن ملاحظة تناوب بين حلقات تبرز مع أو بدون إمساك ، التبرز سلوك تقريبا ارادي يكون مرفوق حوالي 50% من الحالات مع التبول اللاإرادي ، يظهر هذا الإضطراب في الذكور أكثر ثلاث مرات منه لدى الإناث .

التبرز اللاإرادي الثانوي يظهر عادة في سن 5- 8 سنوات يكون مرفوق بالاحتفاظ في معظم الحالات ، يظهر التبرز عند الطفل الذهاني كسلوك باتولوجي شرطي كمرور للفعل من اجل تفرغ للنزوات العدوانية ،لهؤلاء الاطفال شخصيات مرضية (العناد ، المرور الي الفعل ، صعوبات لتقبل القواعد الإجتماعية ، فقر الحياة العقلية ، الحرمان العاطفي للطفل والمحيط ، شخصية عصابية وسواسية وهستيريا تحويلية المادة البرازية هي استثمار جسدي كدفاع ضد الاكتئاب .

المحاضرة الرابعة: اضطرابات النوم.

تمهيد:

منذ أكثر من 2000 سنة، قد عرف الفيلسوف الروماني والشاعر لوكريتيوس النوم على أنه "غياب اليقظة"، وظلت فكرة النوم كمفهوم يتميز بتعليق الوظائف حتى القرن الـ19، طب النوم الحالي أعطى مفهوم للنوم ليس فقط بوصفه غياب بسيط لحالة اليقظة والإدراك أو تعليق العمليات الحسية ولكنه نتيجة لمزيج من الانسحاب السلبي من المحفزات الواردة إلى الدماغ وتفعيل وظيفي لبعض الخلايا العصبية في مناطق محددة من الدماغ... على هذا النحو يعتبر النوم عملية إيجابية وليس عملية سلبية، وعلى الرغم من التقدم الملحوظ في طب النوم في القرن الماضي، إلا أن الجواب على السؤال لماذا ننام لا يزال بعيد المنال، ومع ذلك كمية الأدلة التجريبية تبين أن التغيرات في كمية النوم أو كفاءتها لها تأثيرها على الوظائف المعرفية الوجدانية وبشكل عام أعم على الوظائف النفسية...، ولذلك فإن فهم صحة المريض يشمل النظر في حالة المريض نائما وكذلك مستيقظا.

يعتبر النوم ذو قيمة حيوية في حياة الإنسان، لأنه صمام الأمان للصحة النفسية والجسدية في آن واحد، وتزداد أهميته في مرحلة الطفولة، وقد تحدث اضطرابات في النوم مؤقتة ومعتدلة في شدتها، كما قد تكون ذات حدة أو مستمرة مما يعكس مؤشر لوجود اضطراب نفسي لدى الطفل.

1- تعريف النوم: يمكن تعريف حالي النوم واليقظة بناء على معايير سلوكية وكذلك فسيولوجية، الأولى تشمل الوضع والحركة، الاستجابة للمحفزات... ومستوى اليقظة، حركة العين وحالة الجفون، وأما الثانية فتعتمد على المعلومات التي نحصل عليها من دراسة كهرباء المخ والعضلات (EEG)، (EMG) ELECTROMYOGRAPHY لتقييم قوة العضلات، ومن تخطيط كهرباء العين، لتسجيل حركات العين. (سليمان، 2014، ص 02).

2- العوامل الفسيولوجية العصبية الأساسية:

بناء على تخطيط كهرباء المخ، كهرباء العضلات، وتخطيط كهربية العين تم تحديد أربعة مراحل طبيعية للنوم في الفرد، حركة العين غير السريعة (NREM) وحركة العين السريعة (REM) مراحل متناوبة بطريقة دورية، كل دورة نوم تدوم في المتوسط من 90-110 دقيقة لوحظ أنه خلال فترة النوم العادية في البالغين، يمر الفرد بعدد 4-6 دورات للنوم، من المهم معرفة أن هناك تناوب لأن بعض الأنشطة الحركية غير الطبيعية ترتبط بشكل مميز مع مراحل حركة العين الغير السريعة أو السريعة.

3- الممارسات الصحية أو السليمة للنوم (صحة النوم):

وتشمل صحة النوم أو الممارسات الصحية للنوم، يشار إليها بالممارسات الجيدة للنوم الصحي، وتشمل تعديلات نهارية، وليلية وفي وقت النوم والتي تؤثر إيجابا على بدء النوم، والاستمرار فيه، كمية وجودة بيئة النوم وعادة ما تشمل التوصيات لنوم صحي الإرشاد إلى مجموعة واسعة من الأنشطة مثل إتباع روتين معين وقت النوم، تحديد موعد نوم ثابت وموعد استيقاظ ثابت، غرفة نوم هادئة ومظلمة وباردة وتجنب المنتجات التي تحتوي على الكافيين، والأنشطة البدنية اليومية، ممارسات النوم السليمة تمثل عنصرا أساسيا من العناصر الثقيفية عن النوم مصممة لمنع حدوث مشاكل النوم (الوقاية الأولية)، أو التعامل مع سوء جودة النوم (الوقاية الثانوية)، كذلك في علاج اضطرابات النوم الحالية، التثقيف عن صحة النوم هو أحد المكونات القياسية لعلاج الأطفال في طور النمو الذين يعانون من مشاكل في النوم وكذلك لأولئك الذين يعانون من الأمراض المزمنة والاضطرابات النفسية.

ممارسات النوم السليمة هي عوامل وسيطية محتملة بين احتياجات النوم البيولوجية والظروف البيئية التي تسهل أو تعيق النوم، على سبيل المثال، واحدة من أهم العناصر في ممارسات النوم الصحية هو جدول زمني منتظم لمواعيد النوم الاستيقاظ وذلك يساعد على تعزيز الإيقاعات اليومية وتحسين المحرك للرغبة في النوم، وكل هذه العمليات تؤدي إلى دور فعال في تنظيم دورات صحية للنوم واليقظة، لأن الطفل يجب أن يكون مستيقظا لفترة طويلة كافية خلال النهار، وبالتالي يتمكن من بناء محرك

جيد للنوم من أجل أن يشعر بالنعاس في وقت الذهاب للسرير (BEDTIME)، عطلات نهاية الأسبوع غالباً ما تخلق وضعا يصبح فيه البدء في النوم أكثر صعوبة في الليلة التالية.

جانب آخر من ممارسات النوم الصحي يشمل ضمان وجود فرصة كافية للنوم في حين أن هناك بعض التباين في احتياجات النوم بين الأفراد، توجد مبادئ توجيهية لكميات النوم الموصى بها للأطفال في مختلف الأعمار.

عند تقييم احتياجات النوم الفردية، من المهم تثقيف الآباء والأمهات أيضا عن القرائن التي تشير إلى أن الطفل لم يحصل على ما يكفي من النوم (على سبيل المثال، الطفل الذي ينام وقتا أطول في عطلة نهاية الأسبوع وخلال العطل المدرسية من الصعب أن يستيقظ في الصباح أو يحصل على فترات من النعاس خلال اليوم).

		الممارسات الصحية للنوم	
عدد الساعات	السن	غير الموصى بها	الموصى بها
18-12 ساعة.	حديثي الولادة (0-)	شرب الكثير من السوائل قبل النوم.	الذهاب إلى الفراش في نفس الوقت كل ليلة.
15-14 ساعة.	02 أشهر).	القيام بأشياء تؤدي إلى الاستشارة قبل موعد النوم.	الذهاب إلى الفراش في نفس المكان. النوم منفردا.
14-12 ساعة.	الرضع (3-12 شهر)	الأطفال من (سنة إلى 3 سنوات).	منع الكافيين أو القيلولة 4 ساعات قبل موعد الذهاب إلى الفراش.
13-12 ساعة.	الأطفال قبل سن المدرسة (03-06 سنوات).	استخدام السرير في أي أنشطة أخرى غير النوم.	روتين للتهديئة قبل النوم.
11-10 ساعة.	الأطفال في سن المدرسة.	وضع الطفل في السرير بعد نومه في مكان آخر. المكوث خارج السرير وقد تجاوز وقت النوم.	النهوض من السرير في نفس الوقت كل صباح.

(سليمان، 2014، ص 6-7).

4- تصنيف اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين:

اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين حسب التصنيف الدولي للأمراض (CIM 10)، الطبعة العاشرة وحسب الدليل التشخيصي والإجمالي للاضطرابات العقلية DSM-5 (الرابطة الأمريكية للطب النفسي، 2013) لم يذكر بهما تصنيف على وجه التحديد لاضطرابات النوم في مرحلة الطفولة، بدلا من ذلك، فإن التصنيف يشمل الأطفال والكبار وذكرت اضطرابات النوم المدرجة في DSM-5 كما هو موضح في الجدول:

جدول لاضطرابات النوم واليقظة الرئيسية وفقا لـ: DSM-5 (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية)	
الوصف المختصر	التشخيص
عدد ساعات نوم غير كافية أو سوء جودة النوم	اضطراب الأرق
زيادة عدد فترات النعاس أثناء النهار	اضطراب النعاس المفرط
زيادة عدد فترات النوم بالنهار عادة ما يصاحبه ضعف في قوة العضلات	نوبات الخدار أو النوم الانتيابي
نقص في تشبع الدم بالأكسجين نتيجة انسداد الجهاز التنفسي أثناء النوم	انقطاع أو ضعف التنفس الانسدادي أثناء النوم
تعطل المواءمة بين الإيقاع الداخلي والخارجي أثناء النوم.	الاضطراب الإيقاعي للنوم واليقظة.
أحداث على شكل نوبات غير صرعية أثناء النوم	باراسومنيا الخطل
المشي أثناء النوم الذعر الليلي	اضطرابات الاستثارة مرحلة حركة العين الغير سريعة من النوم
رغبة ملحة في تحريك الساقين أو أي جزء من الجسم يصاحبه إحساس بعدم الارتياح.	اضطرابات تملل الساقين
الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم	

5- اضطرابات النوم المحددة:

الأرق: هو صعوبة مستمرة في بدء النوم والعمق، أو الجودة الذي يحث على الرغم من وجود الفرص الكافية والظروف الملائمة للنوم، وينتج عنها شكل من أشكال ضعف الأداء أثناء النهار.

الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 يدمج معايير الأطفال والسمات التطورية معا بحيث، أصبح تشخيص اضطراب القلق بدلا من الأرق الأولي، لتجنب الخلط بين الأرق الأولي والثانوي عندما يحدث هذا الاضطراب مصاحبا لغيره من الاضطرابات الأخرى.

كما قدم DSM-5 معيار من المدة (أكثر من 3 ليال مضطربة)، في الأسبوع خلال 03 أشهر الماضية.

ويقدر انتشار الأرق لدى الأطفال بحوالي 01% من تعداد أطفال العالم، مع انتشار أعلى بكثير لدى الأطفال الذين يعانون من ظروف صحية ونفسية ونمائية عصبية ومزمنة، عندما يحدث مقاومة للنوم، أو يقظات ليلية مزعجة، يقترب معدلات الاضطرابات السلوكية الفوضوية الناتجة عن النوم من 25% إلى 50% من الأطفال في سن ما قبل المدرسة، أعراض نفسية عندما يقرب من 50% في الأطفال الذين يعانون الأرق المستمر، وقد اقترح أن الأرق المستمر قد يمثل علامة مبكرة في الاضطراب العاطفي لدى الأطفال المعرضين الذين يعانون من سوء توازن النوم، الأرق السلوكي للطفولة يشير إلى صعوبات النوم التي تنجم عن بعض الاضطرابات الغير ملائمة أو عدم وضع ضوابط وحدود كافية للنوم من قبل الوالدين، تشخيص الأرق السلوكي يعتمد على عدم القدرة على التأقلم ووجود بعض الارتباطات الغير ملائمة مثل: الحركات الاهتزازية، ومشاهدة التلفزيون والنوم في سرير أحد الوالدين، والطفل عادة ما يكون غير قادر على النوم في كل أوقات النوم، أو بعد الاستيقاظ أثناء الليل، عدم وضع الوالدين ضوابط أو حدود كافية لتنظيم النوم يمكن أن يؤدي أيضا إلى شكل من أشكال الأرق السلوكي الذي يتميز بالتأخير في بداية النوم بسبب رفض الطفل الذهاب إلى السرير أو المماطلة.

بارسومنيا (خطل النوم):

هي سلوكيات مضطربة والتي تحدث أثناء النوم، وعادة ما يتم تصنيفها من قبل حركة العين غير السريعة للنوم (NREM)، أو مرحلة العين السريعة من النوم (REM)، التي تنشأ فيها بارسومنيا NREM تشمل المشي في النوم، الذعر الليلي، التكلم في النوم (النوم والكلام)، صرير الأسنان، واضطرابات الحركة الإيقاعية، وعادة ما تحدث البراسومنيا NREM في الساعات القليلة الأولى من دورة النوم، هذه السلوكيات تحدث عندما تستثار القشرة المخية بشكل غير كامل أثناء مرحلة النوم العميق NREM؛ وهو في كثير من الأحيان ما يكون بسبب الظروف المرضية التي تثير اليقظة المتكررة أو تعزز جمود النوم (صعوبة الاستيقاظ)، كذلك يمكن للمتنقل أثناء النوم القيام بأفعال معينة كالأفعال اليومية، يلاحظ هذا السلوك عند الأطفال بنسبة (15-30%) في عمر (5-12) سنة.

يختفي هذا المشكل عادة لوحده في المراهقة، ويمكن أن يستمر عند 1% حتى سن الرشد خاصة في مرحلة ضغط هام لا يتمكن الفرد تذكر ما تم القيام في هذه المرحلة يمكن إيقاظهم واقتيادهم إلى أماكن نومهم يجب القيام ببعض الوقاية كنزع أشياء يمكن أن تكون خطر في غرفهم غلق أبواب المنزل، نزع الآلات الحادة. (cuy, cloutier, 2017, p 129).

والمشي أثناء النوم: هو مزيج من المشي مع استمرار اختلال الوعي بعد الاستثارة من النوم، قليل من الأطفال من يعانون نوبات متكررة أثناء النوم.

رعب النوم أو الذعر الليلي: هي نوبات من الخوف الشديد التي تبدأ بصرخة أو الصراخ بصوت عال ويرافقه زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، هي أكثر شيوعاً في الأطفال ما قبل سن المدرسة وقد أظهرت دراسات تبين وجود علاقة بين القلق والرعب الليلي في الأطفال، وهو اضطراب يتميز باستثارة تمثل علامات لمخاوف شديدة (بكاء، صراخ، علامات دفاع متبوعة باستيقاظ فظ مومع، يظهر عند حوالي 1-5% من الأطفال في السن المدرسي تختفي عموماً في المراهقة، يظهر الرعب الليلي في فترة النوم العميق المرحلة 03 أو 04 من دورة النوم، ولا يترك أي ذكرى، وعند إيقاظ الطفل لا يعرف لذلك سبب ويحتاج إلى تهدئة من طرف الوالدين.

الكوابيس: هي عبارة عن حلم مرتبط بانفعالات سلبية قوية مما تؤدي إلى إيقاظ النائم لأنه يتعلق بحلم يظهر خلال فترة النوم المتناقض، عند الاستيقاظ يتذكر النائم جيدا محتوى الكابوس، عكس حالة الرعب الليلي، يظهر عند حوالي 10-50% من الأطفال في عمر 03-05 سنوات، في 50% من الحالات، الراشدون يشكلون موضوع الحلم، خلال فترة ضغط هام، الكابوس قد يكون علامة من علامات الضغط. (cuy, cloutier, 2017, p 130).

الكلام أو التكلم أثناء النوم:

يعتبر خطل النوم الأكثر شيوعا، مع نسبة انتشار أكثر من 50% في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 3-13 سنة وغالبا ما يحدث التكلم أثناء النوم مصاحبا للمشي أثناء النوم أو الذعر الليلي، مما يرجح وجود أسباب مشتركة لحدوثهم.

التكلم أثناء النوم عادة يكون غير مفهوم، لكن في بعض الحالات يمكن للمتكلم أثناء النوم حتى القيام بجوار مع شخص مستيقظ، يظهر ما بين النوم العميق والنوم المتناقض، في الحالة الأولى يكون مرتبط بأحداث يومية بينما الذي يظهر خلال النوم المتناقض يكون أكثر تنظيما ويعكس حلم النائم.

5- اختلال انتظام التنفس أثناء النوم:

تعريف:

طيف اختلال انتظام التنفس أثناء النوم يشمل الحالات الإكلينيكية التي تتراوح بين الشخير المعتاد إلى متلازمة مقاومة مجرى الهواء العلوي، إلى توقف التنفس الإنسدادي، أثناء النوم.

الشخير هو أحد السمات الأساسية لاختلال انتظام التنفس أثناء النوم جنبا إلى جنب إلى التنفس عن طريق الفم، والتوتر أثناء النوم مع نوبات اللهفة إلى الهواء ووقفات تنفسية.

معدل الانتشار:

تؤيد التقارير انتشار الشخير المتكرر في ما يصل إلى 27% من الأطفال في حين أن معدلات انتشار توقف التنفس، أثناء النوم عند الأطفال تتراوح ما بين 1.2% إلى 5.7%، وتكون الذروة في الأطفال ما بين 02-08 سنوات من العمر وتنتج إلى حد كبير من تضخم اللوزتين واللحمية، وقد ساهم وباء البدانة إلى حد كبير في تزايد حالات اختلال انتظام التنفس أثناء النوم، وتشمل العوامل الأخرى، تشوهات الوجه، والاضطرابات العصبية والعضلية. (سليمان، 2014، ص 18).

وجد أن السلوك العصبي وضعف الإدراك مؤكدين لدى الأطفال الذين يعانون من توقف التنفس الانسدادي أثناء النوم، ووجد أن الاضطراب السلوكي سمة مشتركة في الأطفال الذين يعانون من انقطاع التنفس الانسدادي النومي والذي يمكن أن يظهر مع زيادة الاندفاعية، وفرط النشاط والعدوانية واضطرابات في السلوك، وقد تم الإقرار بقصور في الذاكرة والغفلة، وضعف الوظائف التنفيذية، وكذلك ضعف الأداء الأكاديمي أيضا. (أوبراين، 2009).

العلاج:

وفقا لمبادئ الأدلة التوجيهية الإكلينيكية الممارسة في الفترة الأخيرة فإن استئصال اللوزتين واللحمية هو علاج فعال جدا في توقف التنفس الانسدادي أثناء النوم عند الأطفال، وأن هناك استراتيجيات أخرى تشمل علاج الحساسية الأنفية، وخفض الوزن وتجنب المثبرات البيئية. (سليمان، 2014، ص 19).

6- متلازمة تلمل الساقين واضطراب الأطراف الدورية:

متلازمة تلمل الساقين هو اضطراب حسي حركي يتميز برغبة ملحة لتحريك الساقين، وغالبا ما ترتبط بأحاسيس غير مريحة للساقين، أو في أحيان أقل، تحريك لأجزاء الجسم الأخرى، يمكن لهذه الأعراض أن تؤثر على النوم، الإدراك والمزاج وعموما ترجع لنقص الحديد والفيريتين في الدم عند الأطفال.

7- الخدار (النوم النهاري):

اضطراب نوم يتميز بفقدان كلي للمقوية العضلية، musculaire والدخول في النوم بشكل مفاجئ غير قابل للمقاومة خلال فترات اليقظة تدوم هذه الفترات من 10-20 دقيقة ويمكن أن تصل إلى ساعة. (APA, 2003).

عادة ما يتم تشخيص الأطفال الذين يعانون من الخدار تشخيص خاطئ، على أنهم يعانون اضطرابات عصبية أو نفسية أخرى مثل الصرع، فرط الحركة وتشتت الانتباه، اضطرابات المزاج أو اضطرابات نفسية، ومن خلال دراسات بأثر رجعي حوالي ثلث البالغين الذين يعانون من حالة الخدار أفادوا بأن البداية كانت حوالي سن 15 سنة وأن حوالي 15% قبل سن 10 سنوات.

النعاس المفرط الذي لا يمكن السيطرة عليه أثناء النهار هو الأكثر شيوعاً لحالة الخدار في الأطفال في سن المدرسة، ومن الأعراض الأكثر تحديداً لحالة الخدار هو الجمود (ضعف مفاجئ في عضلات الجسم، وخاصة الساقين، الوجه والعنق)، الذي غالباً ما ينجم عنه عاطفة قوية خصوصاً الضحك، هذه الأعراض نتيجة لطغيان مفاجئ لمرحلة حركة العين السريعة من النوم (REM) في المرضى المستيقظين.

علاج خدار الأطفال: يشمل إعداد جدول نوم منتظم، نوعية العادات الصحية للنوم، مع تنفيذ القيلولة إن أمكن، مع الأدوية (منشطات الجهاز العصبي).

8- متلازمة كلين لفين: الإفراط في النوم، على الأقل نوبتين تستمر لمدة يومين إلى خمسة أسابيع، تتكرر النوبة على الأقل مرة واحدة في السنة، أو مرة كل 18 شهر. (سليمان، 2014، ص22).

9- من أهم أسباب اضطرابات النوم:

النفسية: الخوف من الظلام، الاضطراب الانفعالي، عدم الشعور بالأمن، القلق، الصراعات الداخلية، اضطرابات قلق الانفصال، الاكتئاب.

عضوية: الإجهاد الجسمي والعصبي، فرط الأكل، الإثارة الزائدة، مشكلات التنفس، نقص بعض المواد في الجسم.

أخرى: اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة نوم الطفل، إجبار الطفل على النوم، أساليب المعاملة الوالدية السيئة للطفل.

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات النفسية الجنسية:

تنظم الجنسية بطريقة تدريجية، ويكون للطفل إشباعات جنسية ليبيدية جزئية هدفها الحصول على الإشباع عن طريق إثارة المنطقة الشبقية المناسبة حسب مراحل النمو الجنسي، اضطرابات المنظومة الجنسية متنوعة قد يتعلق الأمر بتدعيم مبالغ لنزوة جنسية جزئية أو تثبيت في مسار النمو أو بالنكوص إلى مرحلة سابقة، وحسب ما قاله فرويد "الطفل شاذ متعدد الأشكال" "Pervers Polymorphe" فهو لا يكتسب القيم الأخلاقية، الحياء القرف، إلا في سن متأخر ما يعني مقاومة واهية للشذوذ، كما أن الدراسات بينت أن هناك عوامل خطر تسبب في اضطراب السلوك الجنسي لدى الطفل والمراهق، كالإغواء المبكر، المحيط العائلي المضطرب، سوء المعاملة، التعلم الاجتماعي، (كمشاهدة الولدين أثناء الفعل الجنسي، الأفلام الإباحية، ضعف القيم الأخلاقية للوالدين ونقص الرقابة بين الإخوة...)، التعرض للاعتداء الجنسي المبكر على الأطفال، الفراق مع الوالدين، التعلق الغير آمن وغيرها من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب السلوك الجنسي عند الطفل والمراهق.

في DSM 5 لا يتم تصنيف الاضطرابات الجنسية في وحدة مستقل وفي المعلم أ) المحدد التشخيصي أ: "مجموعة السلوكيات المكررة والمستمرة تؤدي إلى قسوة (الاعتداء على الحقوق الأساسية للغير أو القواعد الاجتماعية ووجود علاقات جنسية قسرية) مدة التكرار من (06-12 شهرا الأخيرة)، ومرتبطة بالعنف الجسدي، اغتصاب خطير.

1/ مفهوم الهوية الجنسية:

هي خصائص الفرد الجنسية العضوية التي تبدأ من بداية إخصاب البويضة بالحيوان المنوي وتحديد الجنسين ذكر (XY) أو أنثى (XX)، يتم تخليق الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية والتركيب الهرموني، بواسطة الغدد التناسلية التي تحدد المظاهر الجنسية الخارجية الخاصة بالذكر أو الأنثى، إذن الهوية الجنسية هي شعور الذكر بذكورته والأنثى بأنوثتها، ويبدأ هذا الشعور من العام الثاني أو الثالث

من العمر وتكون عبر مؤشرات عديدة يقوم بها أفراد الأسرة، المدرسون، الأصدقاء، ومن البيئة الثقافية للإنسان.

- **الدور الجنسي:** جزء من الهوية الجنسية، ويكتسب بخبرات متراكمة وبوسائل تعليمية مختلفة وبطريقة عضوية كذلك تنقسم الاضطرابات الجنسية إلى:
 - اضطرابات الهوية الجنسية.
 - اضطرابات الإيثار (التفضيل) الجنسي.

2/ تعريف اضطراب الهوية الجنسية: هو توتر شديد ينتاب الطفل حول جنسه ويتحدد من خلال إصرار الطفل على أنه من الجنس الآخر، أو رغبة ملحة في أن يصبح من جنس غير جنسه، يظهر الرفض إما صراحة أو من خلال رفضه للتركيب التشريحي لأعضائه التناسلية وانشغاله بأنشطة الجنس الآخر. (أبو هيب، 2006).

من مظاهره عند البنات:

- ممارسة الألعاب الخشنة وأدوار الذكور مثل اقتناء مسدسات، الابتعاد عن اللعب بالعرائس.

من مظاهره عند الذكور:

- لبس الفساتين ولعب العرائس ورفض الابتعاد عن ذلك مهما حاول الأبوان.
- رفض شديد اللعب مع الأولاد واعتبار ذلك خشونة لا يتحملونها.

مسار هذا الاضطراب:

يبدأ هذا الاضطراب قبل سن الرابعة يزداد قبل الثانية عشرة والذكور هم أكثر عرضة للشذوذ جنسيا ويمكن تصنيفهم إلى ثلاث أصناف فئة المتلبسين (المخنثين)، فئة المثليين (الشاذين جنسيا)، فئة المتحولين جنسيا. (غانم، 2006).

1-2 التلبس travestissement:

هو الشعور باللذة عند لبس ملابس الجنس الآخر (المعكس) عند الراشد يندرج في إطار الشذوذ الجنسي، لكن عند الطفل الاهتمام بملابس الراشد أو الجنس الآخر طبيعي، يطرح مشكلة عندما يصبح تغيير الملابس حاجة أو عادة حين يرفض الطفل ارتداء لباس جنسه وحسب أنا فرويد قد يكون له معاني كثيرة.

أ- **عند الذكر:** ارتداء ملابس أنثوية يشير إلى البحث عن حب الأم.

عند آخرين تسمح هذه الظاهرة بإنكار الرجولة القضيبية التي يتخيل أن أمه لا تستحسنها.

كما يمكن أن يحافظ على الارتباط الليبيدي الداخلي لموضوع حب مفقود بواسطة تقمص جزئي لهذا الموضوع.

يظهر هذا السلوك عند الذكور أكثر من البنات ويكون أكثر شذوذ عند الذكر.

ب- **عند البنات:** له معاني: الجنسية المثلية، الأم تكون قضيبية دون المساس بالهوية الجنسية وهو قليل جدا.

2-2 **التحول الجنسي:** الذي لا يقبل جنسه ويريد تغييره عن طريق الجراحة وأكل الهرمونات.

- التلبس يمكن أن يذهب عند البعض تلقائيا وعند البعض الآخر يمكن أن يظهر فيما بعد تكيف سيء وآخرون قد يتطورون نحو الجنسية المثلية.

3-2 الجنسية المثلية:

تختلف عند الطفل منه عند الراشد في نمو الطفل العادي التعلق بأشخاص من نفس جنسه هو أمر عادي وله أهمية كبيرة دون أن يؤدي إلى منظومة جنسية مثلية لاحقة، لكن هناك مجموعة من الأطفال يمكن أن يذهب فيه التعبير الجنسي من الجنسية المثلية الكامنة إلى نمط سلوك للجنس المعكس، هذا النمط من الأطفال يكون التنبؤ سيء وهم أطفال أظهروا صعوبات مهمة في العلاقات الأولى (أولياء- أطفال) تكون نتيجتها:

- التقمص لصورة والدية مسيطرة وجنسية مثلية.

- تقمص الوالد من الجنس الآخر (عندما يكون من نفس الجنس غير فعال مكروه، أو يكون محل خوف من طرف الطفل وليست له أهمية في العائلة).

- التقمص المتأخر لبدل عن الوالدين والذي يكون من الجنس الآخر (في حالة غياب الوالدين).

إذن هي اضطرابات التقمص التي تكون أصل السلوكات الجنسية عند الطفل، قد تفتح المجال لجنسية مثلية حقيقية.

عند المراهق:

تظهر في ظروف أكثر دقة Lebovici يفرق بين:

- المراهقين الذين يشعرون أنهم منجذبون نحو الرجال ويستغربون عدم اهتمامهم بالجنس الآخر.

- المراهقين الذين يصبحون مثليين على قاعدة الصراعات مع الأولياء.

- قد تكون مظهر لعدم توازن الشخصية سلوك سيكوباتي (الحالات البينية).

- قد تكون عرض ذهاني وخاصة الفصام.

- مراهقين ضحايا صدمات توجههم نحو الجنسية المثلية (الاعتداء) من الممكن الوصول إلى

الجنسية المثلية بطرق أخرى مراهقون يظهرون شبقية مبكرة مبالغ فيها، عند هؤلاء الجنسية المثلية حل سهل قد تصبح إشرافية فيما بعد.

عند البنت:

قد تكون منجذبة نحو بنت أخرى والتي قد تمثل نسخة من أنها يتعلق الأمر هنا باختيار نرجسي.

3/ الاستعراضية والتلصصية Voyeurisme Exhibitionnisme:

الفضول الجنسي والتلصصية تنتمي للمنظومة الجنسية للطفل الذي يبحث عن المعلومات غالبا

بصفة خفية إذا كانت غير مشبعة بطريقة نظامية.

الاستعراضية، موجود بتواتر عند الطفل العادي فهي تظهر ضمن الألعاب (بين الذكور كوسيلة للتفاخر) وأحيانا بين الذكور والإناث، قد تظهر اتجاهات استعراضية حقيقية عند المراهقين بين 15-20 سنة وهي مشتركة مع الاستمناء والملامسات والاعتداءات، الكثير من هؤلاء المراهقين تكون لديهم صعوبات في إقامة علاقات اجتماعية غالبيتهم لديهم صور عائلية سلبية.

4/ الفيتيشية:

ترتبط بالعلاقة أم طفل، الموضوع الفيتيشي يسمح للطفل بالابتعاد عن الحقيقة دون قلق خاصة في التنويم، عندما يشعر الطفل بالرفض، انطلاقا من البلوغ أو المراهقة، الفيتيشية تستطيع أن تأخذ خصائص الشذوذ وحسب A Freud الفيتيشية التي تكون لها حظوظ للدوام هي التي تصاحب منذ البداية بإثارة جنسية والتي تكون ذات طابع شاذ عندما تنظم حولها كل الحياة الجنسية للطفل أو المراهق في علاقة مع ميكانيزمات قهرية وسواسية.

السلوكات الجنسية عند الطفل ترجع لعوامل بيئية، فردية، علائقية، نفسية ونفسو مرضي مختلفة أي لعوامل متعددة متكاملة.

5/ عوامل الخطر والسببية المرضية:

-عوامل المحيط العائلي:

المحيط العائلي أول مزود بالعلاقات والتعلم الاجتماعي والجانب الأكثر دراسة في الاضطرابات الجنسية، ويوجد توافق حوالي 75% في الإخوة عندما يكون لدى إحدى اضطراب في السلوك الجنسي، الاختلاف الوظيفي العائلي وظروف الحياة السلبية هي الأكثر تواترا، الصراع الوالدي، الفراق، الوفاة، نقص تواجد أحد الوالدين في حياة الطفل، الملل، الحصر والاكنتاب، البحث عن الراحة، الرغبة في جلب الانتباه الذي يظهر في هذه الظروف يمكن أن يكون سبب في اضطراب السلوك الجنسي، كما أن ضعف المستوى الاقتصادي والاجتماعي الذي يتسبب في غياب المتابعة مما يؤدي إلى الاختلاط واللجوء إلى الجيران من أجل حضن الأطفال، العنف الأسري، الاضطرابات

المرضية للوالدين، كالحصر والاكتئاب وسوابق اعتداء جنسي أو سوء معاملة تناذر بعد صدمي، تعاطي المواد تساهم في وجود جو ترك للوظائف الوالدية وتحطيم للعلاقات العائلية، كما بينت دراسات أمريكية أن 90% من الأطفال من 6-9 سنوات، 79% من أطفال 10-12 سنة لديهم اضطراب السلوك الجنسي حضروا مشاهد عنف عائلية 45% من هذه العائلات "الوالدية" مريضة، البعد العاطفي كبير، الحرمان، غياب التوجيه الوالدي فيما يخص المواضيع الجنسية، الأساليب التربوية القهرية، عدم مراعاة الحدود يتم تعريض الطفل لمشاهد جنسية من طرف الوالدين والعري أو سهولة الوصول إلى المشاهد الجنسية أحيانا حتى يتم مشاركتها مع الأطفال.

الدينامية العائلية لها أهمية تسمح بإعادة "هوامات المحارم"، إذن المحيط العائلي أساس في بناء الجنسية وفي اشتقاق النزوات المحرمة التي تسمح للمراهق بإخراجها في البلوغ، محيط المحارم هو محيط للاعتداء الجنسي. (Audry, 2013,p57-59).

- سوء المعاملة وسوابق الاعتداء الجنسي:

العنف العائلي وسوء المعاملة للطفل، اعتداء جسدي أو جنسي لها أثر واضح على الطفل كلما تم الاعتداء على الطفل في سن صغير كلما كان هذا يؤدي إلى تكيف سيء في العلاقات، التناذر البعد صدمي هو التناذر الأكثر ظهور عند الطفل المعتدى عليهم، تسبب الصدمة في انشطار تجزئة الأنا، وتتكون قطع ذهانية، يمكن أن تظهر في الأحلام، أعراض هلاوس، وهذا ما يسبب عدم القدرة على ترميز المشهد الصدمي البعيد من مستوى النمائي للطفل الضحية، الخطر الذهاني موجود أكثر في حالة زنا المحارم عند الطفل الأقل سنا ما يمنع النفاذ إلى الآخر.

-الجنسية ووسائل الإعلام الإباحية:

حوالي 30% من الأطفال الذين يمرون إلى الفعل الجنسي هم أطفال تمكنوا من مشاهدة الفعل الجنسي العائلي أو إلى مشاهد شهوانية إباحية.

القلق والعصاب:

في حالات أخرى النشاطات الجنسية، تأتي نتيجة القلق والقهرية، هذا يكون نتيجة اعتداء أو التعرض لمشاهد جنسية صادمة (جنسية الوالدين أو الإباحية)، المرور إلى الفعل الجنسي هو منشط بواسطة ضرورة إعادة إنتاج المشاهد وحل الصدمة الكامنة وراءه.

ظهور عصاب الطفل أين يكون هناك تنشيط للنشاطات الجنسية كبير ويسبب القلق والصراع الطفولي، يرتبط بالشعور بالذنب ناتج عن قهرية، يوجد إذن صراع داخلي من أجل إيقاف سيرورة الفعل الجنسي وعندما يرتبط باللذة يظهر بشكل أقل ويستبدل بالندم والرجوع إلى القلق.

-فرط الجنسية:

فرط الجنسية مقرون بالعوامل البيولوجية، فرويد تكلم عن قوة النزوات، مع الظروف العائلية، النفاذ السهل إلى الجنسية حتى التشجيع على التعبير الجنسي للطفل وأحيانا، مبادرة مبكرة، نشاطات جنسية متعددة، البحث عن المكانة "الكبير" والاعتداء يكون في أول المخطط.

-الشذوذ:

معظم الراشدين الراوين لاعتداءاتهم الجنسية يتحدثون عن سلوكيات شاذة في الطفولة ثم يعاد تكوينها فيما بعد، كل النزوات الجزئية يمكن أن تظهر بدرجات مختلفة لاسيما في نهاية الكمون، هذه السلوكيات ليست وحدها بدون قهرية بل ضرورة حيوية للنفس لتجنب التحطيم والصراعات النفسية الداخلية.

6/ العلاجات يجب أن تأخذ في عين الاعتبار تعدد الأبعاد وليس البعد الجنسي فقط، والعلاج يكون متعدد التخصصات (سلوكي معرفي، نسقي، وعلاج الصدمة).

7/ الوقاية:

يجب إرشاد الوالدين للممارسة أدوارهم كل حسب مهامه المناسبة له وعدم التسلط والصراع والعنف وإيذاء الطفل بدنيا أو جنسيا.

- عدم تعريض الطفل لمشاهد الجنس ومراقبة وسائل الإعلام والانترنت المتاحة له.
- توفير التعلق الآمن وتقديم الحب والرعاية الكافية بأساليب تربوية ملائمة ومستقرة وعدم ترك تربيتهم للغير.
- التربية الجنسية في البيت والمدرسة بأسلوب علمي مناسب.
- تنمية الوازع الديني عند الأطفال والقيم الروحية.
- متابعة الطفل والمراهق وتوجيههم مع الحرص على مراقبة الحدود داخل المنزل وعموما التواجد في حياتهم من دون شروط.
- شغل وقت الفراغ عن طريق ممارسات الهوايات وخاصة الرياضة.
- توجيه الطفل والمراهق نحو العمل الخيري.
- تعليم الطفل ضرورة احترام جسده وعدم السماح للغير المساس به مهما كانت درجة قرابتهم.

المحاضرة السادسة: الاضطرابات البنيوية:

العصاب عند الطفل والمراهق:

مفهوم العصاب: معاناة نفسية على شكل قلق معظم الوقت يتم فيها استعمال ميكنزمات دفاعية من أجل القلق والسيطرة عليه، الناجم غالبا من الصدمات والصراعات الداخلية في البنية العصابية، الصراع يكون بين الأنا الأعلى والهو مع قدرة النزوات على الإشباع على مستوى الأنا فهو معاق من طرف الأنا الأعلى الذي يفرض نفسه عليه.

- **عند الطفل:** عند التكلم عن العصاب عند الطفل من المهم اعتبار أن وجود مجموعة أعراض عصابية، حتى إن كانت ذات شدة لا يعني بالضرورة انتمائها إلى المرضية فمن الممكن أن تنتمي على سجل العصاب الطفولي، أو كذلك إلى البنية السوية "العصابية السوية"
- وفي السجل المرضي يمكن أن تنتهي إلى تنظيمات نفسو مرضية.

بعض الباحثين (BLOS LADAME) يفتدون وجود عصب طفولي لأن "الأنا الأعلى"، مثالية الأنا لم تشكل بعد والتي تنظم الصراع العصبي، كما يمكن للعصاب الطفولي التطور في سجل مرضي آخر.

يقول Denis 1995: أن الطفل العصبي يتم إلحاقه بنتائج المدرسية العرضية المتعددة (الفوبيا، الهستيريا، الوسواس، كذلك طبع الشخصية، تظاهرات طبيعية، تظاهرات جسدية، أفعال معزولة للانحراف، تشييط عقلي، بالنسبة لـ: 1980 lobovici: يرى أن اضطرابات من نوع هستيريا، وسواس، فوبيا لا تظهر قبل المراهقة. (Changan étal, 2015).

إن آلية العصابية تشكل أساسا انطلاقا من اضطرابات تطراً على مراحل النمو في سياق النشوء والتطور النفسيين للإنسان مع تأثير العوامل الاجتماعية في مرحلة متأخرة نسبيا من النمو النفسي (مرحلة المراهقة) في إطار دينامي نفسي. (الورديني، 1986، ص 124).

- السلوكيات التعويضية والأعراض: هي دفاع الأنا ضد الرجوع إلى التصورات المكبوتة والغير مقبولة، في العصاب لا يوجد تداخل بين الواقع الداخلي والواقع الخارجي مع الحفاظ على الوعي بالواقع.

العصاب الطفولي: نادر جدا في مشكلة البنيوي لا يجب الخلط بين الأعراض العرضية لنمو الطفل (كالخوف مثلا)، مع العصاب البنيوي، كما أن التظاهرات العصبية هي جد متواترة.

1) الخوف أو الفوبيا:

حصر يتميز برد فعل يتمثل في خوف غير منطقي وغير متحكم به في وجود بعض المواضيع أو بعض الوضعيات (geny politor, 351).

وتعرف الفوبيا: أنها خوف غير منطقي وهلع من بعض الأشياء أو المواقف أو العلاقات الحميمة أو الجرائم وهو ناتج عن صراع لا شعوري، فالفرد يخاف من دوافعه ويستبد لها بموضوع تافه. (ميموني، 2005، ص 244).

- المخاوف المرضية أو المخاوف الشاذة والرهاب: كلها مصطلحات مترادفة ذات الأصل اليوناني phobos أو فوبيا وتعني الخوف، الفرع، الهلع. (عبد المعطي، 1998، ص 34-35).

- استجابة الخوف حيلة دفاعية لاشعورية يحاول المصاب أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه وأنه لا يوجد أي خطر عند تعرضه لهذا المنبه.

ورغم معرفته التامة بذلك إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف الذي يمثل الخوف من شيء داخلي يعبر عنه بهذا الخوف الخارجي. (السيد، 2010، ص 166).

- **الفوبيا عند الطفل:** هي الشكل العصابي الأكثر تواترا، اختيار الأعراض يرجع إلى المحيط الاجتماعي الثقافي الذي يعيش فيه الطفل العرض هو حل وسيط بين الرغبة الناجمة عن النزوات والدفاع ضد الرغبة، يستعمل الطفل دفاعات كالتجنب أو مواضع ضد خوافيه.

أنواع الفوبيا:

- **اضطراب القلق الاجتماعي:** وهي الخوف غير واقعي شديد ومتواصل، خوف من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يجد نفسه فيها أمام أفراد غرباء يتفحصونه، أو من مجرد التعرف على هؤلاء الغرباء. (الحويلة، 2014، ص351).

تم استخدام مصطلح "اضطراب القلق الاجتماعي" بدلا من مصطلح "الرهاب الاجتماعي" الذي كان مستعملا في الدليل التشخيصي الرابع لأنه يلاءم هذا الاضطراب أكثر من الاسم السابق، لأن المشكلات التي يسببها هذا الاضطراب عادة ما تكون أكثر انتشارا وإعاقة للحياة الطبيعية من المشكلات التي تسبب في حالات الرهاب الأخرى، فالمصابون يتجنبون المواقف التي يمكن أن يكونوا موضع تقييم فيها، أو يمكن أن تظهر عليهم علامات القلق، أو يمكن أن تخرج تصرفات غير لائقة من الآخرين وكثير ما يخاف المصاب بهذا الرهاب من احمرار الوجه بشدة، أو إفراز العرق بغزارة خلال تلك المواقف أو يمكن أن يصاب بالقلق الشديد عند الحديث أو الظهور أمام الأفراد.

يبدأ عادة في مرحلة المراهقة عندما تبدأ التفاعلات الاجتماعية ذات الأهمية، حيث تبدأ الأعراض الأولى أثناء الطفولة ، وإذا لم تعالج تصبح مزمنة.

اضطراب الهلع **panic phobie**:

يتميز بنوبات متكررة من الهلع، لا ترتبط بمواقف محددة والقلق حيال الإصابة بمزيد من نوبات الهلع، ونوبة الهلع هي نوبة مفاجئة من التوجس الشديد والشعور بقرب الأجل تصاحبها أعراض مثل صعوبة التنفس، خفقان القلب، والغثيان، وآلام الصدر، والشعور بالاختناق الناتج عن انسداد الحلق أو انسداد الفم والأنف، الدوار، العرق، الارتعاش.

ومن الأعراض التي يمكن ظهورها خلال نوبة الهلع تبدد الشخصية *dépersonnalisation*، إحساس الفرد انه خارج جسده وتبدد الواقع وهو إحساس الفرد بأن العالم غير حقيقي ومخاوف من فقد السيطرة، ومن الجنون، وحتى من الموت، وتظهر الأعراض بسرعة كبيرة، وتصل ذروتها في خلال 10 دقائق.

وفقا لمعايير التشخيص في DSM5، لا بد أن يتعرض الفرد لنوبات هلع مفاجئة متكررة، ولا بد أن يكون لدى الفرد قلق حيال تكرار هذه النوبات مرة أخرى، أو تغيير سلوكه لمدة شهر على الأقل بسبب تلك النوبات، وكذلك رد فعل الفرد اتجاه تلك النوبات يبدأ خلال المراهقة *agoraphobie*.

- **رهاب الأماكن المفتوحة:** الخوف أو القلق الشديد من موقفين على الأقل بصعوبة الهروب أو تلقي مساعدة عند حدوث أعراض شديدة من القلق مثل أن يكون في أماكن مفتوحة مثل الأسواق، أو المآرب، أو المحلات، المسارح، أو الانتظار في طابور أو في زحام.
- هذه المواقف تستدعي الخوف أو القلق.
- تجنب هذه المواقف المزعجة أو تحملها بقلق شديد.
- تستمر الأعراض على الأقل مدة 06 أشهر.
- عادة ما تكون المواقف صعب الهرب منها ومزدحمة. (الحويلة، 2014، ص 354).

الرهاب المحدد *phobie spécifique*: هو خوف لا مبرر يرجع إلى وجود شيء محدد أو التواجد في موقف محدد، ومن الأمثلة: الخوف من الطيران، الخوف من الثعابين، المرتفعات، يشعر الفرد بالخوف المفرط ولكنه لا يزال يبذل جهد كبير لتجنب الأشياء أو المواقف التي يخشاها ومن أشهر أنواع الرهاب المحدد، رهاب الأماكن المغلقة *Claustrophobie*، الأماكن المرتفعة *Acrophobie*.

ومن المعايير في الدليل التشخيصي DSM5

- خوف مزعج أو ملحوظ من الأشياء أو المواقف محددة.
- تجنب الأشياء أو المواقف أو تحملها بقلق شديد.
- تستمر الأعراض على الأقل 06 أشهر.

أنواع الرهاب المحدد: في الاعتبار المرحلة النهائية للطفل والسياق الاجتماعي الثقافي الذي يعكس فيه الطفل والذي يمكن أن يتسبب في ضيق ظاهر واختلال وظيفي وتعرق سير النمو الاجتماعي، ولا يمكن تهدئته.

الخصائص المحايدة	مصدر الحيوانات	
يبدأ من الطفولة	الحيوانات مثل الثعابين الحشرات.	رهاب الحيوانات
يبدأ عامة من الطفولة	مظاهر البيئة الطبيعية مثل العواصف، المرتفعات والمياه.	رهاب البيئة الطبيعية
من الواضح أنه يورث من العائلات	الدماء، الإصابة، الحقن أو غيرها من الإجراءات الطبية أي التي تتضمن احتراق.	رهاب الدماء والحقن والإصابة
	الخوف من الاختناق، الخوف من الإصابة بمرض ما، مخاوف الأطفال من الأصوات العالية، المهرجين... إلخ	غير ذلك

هذا الخوف بواسطة المحيط أو بالعودة للمنطق الأعراض لا بد أن تدوم على الأقل 06 أشهر. (Dumas, 2014, p485).

يتسبب الموضوع الخواض في ردود فعل فورية وقابلة للتنبؤ بشدة، حصر ظاهرة استشارة، أعراض جسدية متعددة أحيانا هلع.

عندما يكون الطفل بعيدا عن الموضوع الخواض في حالة يقظة، ويتم تجنب هذا الموضوع.

هناك أنواع أخرى من الفوبيا تظهر لدى الأطفال، كفوبيا الغرائب، فوبيا الظلام، حيث تصيهم حالة ذعر من أن يتركوا في مكان مظلم فيتصورون أن وحشا يخرج لهم من الخزانة أو ينتظرهم تحت السرير فيشعرون بالخوف والذعر والهلع ويبدأ الطفل بالبكاء والشعور بضيق التنفس والتعرق وتسارع نبضات القلب. (الحلي، 2015، ص 190).

الفوبيا المدرسية: عرفت من طرف جونسون 1940، أنها رفض الذهاب إلى المدرسة من أجل أسباب غير منطقية مع الشعور بالحصر عند محاولة الإجبار، نسبة انتشارها حوالي 5% عموماً ترجع إلى قلق الانفصال، يلاحظ ظهور سلوكيات عدوانية، شكاوى جسدية، ضيق شديد، خارج هذه الوضعيات لا يرفض الطفل العمل المدرسي داخل المنزل.

العوامل المسببة:

نشأ الفوبيا عند الطفل عن طريق التقليد والمشاركة الوجدانية فمن السهل انتقال الفوبيا من الأم أو من الأب إلى الطفل.

- التربية الخاطئة للطفل، تهديد الوالدين للأطفال من أجل الامتناع عن اللعب وذلك يجعل الخوف يتسرب لنفسه.

- التعرض لصدمة مثل تعرض لهجوم من طرف كلب فيصبح يخاف من الكلاب.

- حالة الضعف التي يعاني منها الطفل والتي تؤدي إلى ضعف المقاومة والشعور بالعجز. (حجازي، 2009، ص 175).

- تزيد الجينات من خطر الإصابة باضطرابات القلق والخوف، فالبحوث العصبية البيولوجية تركز على النشاط المرتفع في الدوائر الخوف في المخ، بالإضافة إلى ذلك تشمل اضطرابات القلق والخوف، انخفاض في وظيفة GABA والسيروتونين وكذلك ارتفاع مستويات الأدرينالين.

- سمات الشخصية يتسم بعض الأطفال الرضع بالكبح السلوكي وهو النزوع للهيح والبكاء عند وجود لعب جديدة أو أفراد جدد أو مثيرات أخرى، وهذا النمط السلوكي يمكن أن يمهد إلى الإصابة باضطرابات القلق فيما بعد.

علاج اضطرابات القلق والفوبيا: تشترك في فكرة رئيسية هي التعريض أي يواجه الفرد الشيء أو الموقف الذي يخاف بشدة أو كما يقول أحد الأمثال الصينية القديمة، "اذهب مباشرة إلى قلب الخطر حيث ستجد الأمان فيه"، لكن كل تيار علاجي يختلف في إستراتيجية التحصين المنتظم، النمذجة كجزء من علاج التعرض، الاسترخاء. (الحويلة، 2014، ص 93).

2- الوسواس القهري:

هو عبارة عن تفكير إلزامي قهري لا يمكن مقاومته مزعج، يفرض نفسه على الشخص، مع وجود حصر وشراع من أجل أبعاد هذا التفكير على مستوى الوعي، يتميز بوجود مكونين: وسواس يتسبب في عدم الراحة مع قهر لخفض الشعور بعدم الراحة.

عند الطفل قليل جدا يظهر بدءا من البلوغ ويكون متواترا عند المراهق، غالبا يكون مع أعراض خوافية، بعض التظاهرات الوسواسية تخفي تنظيمات قبل ذهانية أو ذهانية، أعباء الميكانيزمات الوسواسية يمكن أن تؤدي إلى التثبيط والفشل المدرسي رغم الذكاء العالي، يمكن كذلك ملاحظة الأزمات والعلامات الاكتئابية، الاضطراب السلوكي.

تعريف الوسواس القهري: يتميز الوسواس القهري بوساوس وأفعال قهرية.

الوسواس **Obsession**:

هي أفكار أو صور أو نبضات نطقية متكررة راسخة لا يمكن التحكم فيها ولا يتمكن الفرد من وقف هذه الأفكار وتظهر غالبا لصورة غير عقلانية للشخص الذي يتعرض لها، وهذه الوسواس تتميز بالقوة والتكرار حتى أنها تتداخل في الأنشطة السوية، وأغلب بؤر الوسواس تتضمن مخاوف من التلوث أو نبضات حسية أو عدوانية ومشاكل جسدية ومخاوف دينية والتناظر أو الترتيب.

الأفعال القهرية **Compulsion**: هي سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة ويشعر الفرد بأنه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث مصيبة ما.

المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري **DSM5**.

—وساوس وأفعال قهرية.

—أفكار أو إلحاحات أو صور متكررة تطفلية ملحة غير مرغوبة ويحاول الفرد تجاهل أو قمع أو معادلة الأفكار والإلحاحات أو الصور.

–تعرف الأفعال القهرية بواسطة:

–سلوكيات أو أفكار متكررة حيث يشعر الفرد بأنه مكره على أدائها لمنع محنة أو حادث فظيع.

–يشعر الفرد بأنه مدفوع لأداء السلوكيات أو الأفكار، استجابة لوساوس أو طبقا لطقوس صارمة.

–الوساوس أو الأفعال القهرية تستهلك على الأقل ساعة واحدة يوميا وتسبب محنة أو وهن طبي كبير.

–يبدأ الوسواس القهري إما قبل سن العاشرة أو في مرحلة البلوغ المتأخرة أو الرشد المبكر.

● تتمثل الأفعال فيما يلي:

– متابعة النظافة والترتيب من خلال طقوس دقيقة أحيانا.

– أداء أفعال وقائية متكررة وبصورة سحرة كالعد أو لمس جزء من أجزاء الجسم، المراجعة المتكررة لضمان تنفيذ أفعال محددة مثل الرجوع سبع مرات، أو ثمان في وصف لرؤية انطفاء الأنوار وإغلاق الحنفيات، النوافذ والأبواب.

وصف الاضطراب لدى الأطفال في سن صغيرة، تصل إلى عامين، وبين الكبار فإن 01 % منهم يطابق المعايير التشخيصية للاضطراب في عمر معين، إن اضطراب الوسواس أكثر شيوعا لدى النساء عن الرجال، يظهر نموذج الأعراض متشابه عبر الثقافات، يعاني أصحاب هذا الاضطراب القلق والاكتئاب كذلك استخدام المواد هو شائع بينهم. (الحويلة، 2014، ص 400-402).

سمات الشخصية الوسواسية:

–الشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الكفاءة في العلاقات مع الآخرين، العناية بالتفاصيل، لا يقبل التغيير عن مخطط معروف أو مقبول، يتميز بالعناد والصرامة ويغلب عليه الشك والحذر والتوجس،

وضعف القدرة على اتخاذ القرارات والتأرجح والتردد، المثالية العالية، محاسبة الضمير، اليقظة المبالغة.
(مياسا، 1997، ص 152).

السلوكيات الوسواسية عند الطفل:

يسيطر عليها التناقض الوجداني، النشاطات القهرية تتمحور حول أفكار شاذة أو طقوس
سحرية Conjuratoire، العناد والمعارضة، وعدائية اتجاه الراشد واتجاه الزملاء.

من الملاحظ أن العديد من الطقوس توجد عند الطفل، بدون وجود حصر، وساوس قهرية
تظهر في مرحلة الكون على الشكل الذي تظهر عليه عند الراشد. (dénis étal, p43).

3- الهستيريا:

هناك ندرة في البحوث التي كرسست لدراسة مظاهر التحول الهستيريا في الطفولة، ما عدا بعض
البحوث النادرة كتلك التي قام بها SUTTER (1968) "الهستيريا لدى الطفل والمراهق"، واهتم
بتلك الأعراض نادرة الحدوث في الطفولة والتي تتمثل في اضطرابات النمو ولا تحمل نتائج خطيرة ما
دام الاضطراب لا يستمر في فترة المراهقة، كما أشار إلى العديد من مظاهر الهستيريا التي تبدو في
التجوال الليلي، والشلل الزائف أو استحالة الوقوف أو الجلوس بقدر ما تظهر اتجاهات وأشكال
معينة في السلوك، بينما أشار أجوريا جير Ajuria-Guerra في (1971) إلى انتشار الهستيريا
لدى الفتيات وظهور على نحو وبائي في المدارس الداخلية، كما وصف أشكالاً من التعبير الجسدي
يترجم عن نفسه في شكل اضطراب حركي، إلى جانب اضطرابات حسية تبدو بوجه خاص في شكل
العمى الهستيريا ونوبات التجوال الليلي كما أشارت إلى أن رسم المخ الكهربائي لدى هؤلاء يشير إلى
قصور في النضج لا يحمل طابع محدد.

ففي الوقت الذي نجد فيه فرويد يرى بأن الصدمات الجنسية الطفولية لا تؤدي إلى ظهور
الأعراض الهستيرية إلا في وقت لاحق، أي اللحظة التي يستطيع عندها الفرد إلى تقييم التحولات

اللازمة لظهور الأعراض نجد أيضا أن فرويد تحدث عن ظهور فقدان الشخصية الهستيرية في 27 شهرا، وترتبط بين فقدان الشهية والهستيريا والكبت. (أيور، 1998، ص 115).

تعريف الهستيريا: تعرف الهستيريا على أنها مرض نفسي يتميز بظهور أعراض مرضية على شكل اضطراب غير إرادي في الوظائف الحركية والحسية أو الذاكرة بغية الخلاص من موقف متأزم شديد. موقف شديد لا يستطيع الفرد مواجهته. (هياسا، 1997، ص 132).

ويعرفها الزغبي: على أنها حالة عصابية تظهر فيها الأعراض الجسمية دون أن يكون لها سبب عضوي، كما تعتبر الهستيريا فقدان لإرادي للوظيفة أو الفاعلية أو اضطراب يتميز بالشحنات الانفعالية. (الزغبي، 2001، ص 92).

● الهستيريا عند الطفل: هي نادرة جدا تظهر أكثر عند المراهق سمات الطبع الهستيري متواترة عند الطفل خاصة البنات:

التمسرح Théâtralité، الإغراء Séduction، الإيحائية، إظهار الذات، الخيال الواسع، تقليد احد الوالدين، فقدان الذاكرة، ومن الأعراض الملاحظة عند الأطفال حالات الارتعاش، العمى، اللزمات، فقدان الصوت ... (Dolivo, p434).

الهستيريا التحويلية في الطفولة:

في الواقع يصعب التحدث عن التحول الهستيري قبل سن البلوغ، ما عدا حالات التظاهر بالمرض التي تظهر كثيرا عند الطفل، وفي حالة وجود حالات كهذه مثل البكم النفسي وتندر بوجود تنظيم قبل ذهاني يختفي وراء أعراض عصابية رافقة.

ويرى lobovici أنه يصعب التحدث عن هستيريا خالصة، ذلك أن بعض الأعراض الرهابية تظهر دائما في وضوح في شكل نقل أو إسقاط على مواقف محددة. (زيور، 1998، ص 124).

هستيريا القلق: يمكن أن تعتبر كسابقة للعصاب الخواض قبل تمركز القلق حول موضوع خارجي، أشكال مختلطة، مع تظاهرات هستيرية خوافية، طبع هستيري، تمسح Théâtralité إغراء، الإيمائية، خيال واسع، أكثر ظهور عند البنات.

عند المراهق: الهستيريا في المراهقة قريبة من هستيريا الراشد، هستيريا تحويلية مع علاقة رمزية بين الأعراض الجسدية ومعناها النفسي، الصراع النفسي ينتقل إلى التوظيف الجسدي لا يظهر القلق.

في الدليل التشخيصي الإحصائي (dsm) الطبعة الخامسة

يطلق على الهستيريا الاضطرابات الانفصالية الشكل الأعراض الانفصالية التي يحدث فيها خلل في الوعي بالذات والهوية والذاكرة.

- اشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 على ثلاث فئات رئيسية للاضطرابات الانفصالية هي: فقدان الذاكرة الانفصالي واضطراب تبدد الفردية/ الغربة عن الواقع، واضطراب الهوية الانفصالية الذي كان يعرف باسم اضطراب تعدد الغربة.
- أما الهستريا التحويلية أصبحت تسمى بالاضطرابات الجسدية الشكل.

- إذن تقسم الهستيريا في DSM 5 إلى الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية الشكل، وذلك لأن هاتين الإصابتين ترجع إلى التعرض لبعض الخبرات الضاغطة التي تتسبب في المشقة، ولا يتم فيها التعبير عن القلق بصفة مباشرة، ففي حالة الاضطرابات الانفصالية يعاني الفرد حالات خلل الوعي، حيث يفقد الوعي بالذات والذاكرة والهوية، أما في الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية فنجد الفرد يشكو من أعراض جسدية توحى بإصابته بخلل أو عيب وظيفي جسدي - وقد يكون خطيرا في بعض الأحيان - ولكن في هذه الحالات لا يوجد أساس فسيولوجي لهذا العيب أو الخلل، بينما الاستجابات النفسية لهذه الأعراض تبدو شديدة.

- تفسير الاضطرابات الانفصالية:

يرى التيار السيكو دينامي أن الاضطرابات الانفصالية يحدث فيها نسيان الأحداث الصادمة أي يتم فصلها عن الذاكرة بسبب كبتها أو قمعها، فحسب هذا النموذج يتم نسيان هذه الأحداث أو الانفصال عنها بسبب كونها شديدة السلبية، فوجوده تاريخ لسوء المعاملة في الطفولة يعد من الأسباب المهمة في الإصابة بالاضطرابات الانفصالية.

أما أصحاب النظريات المعرفية فيرون أن المستويات المرتفعة من الهرمونات المسببة للمشقة النفسية يمكن أن تعيق عمل الذاكرة، وأنه أثناء مواجهة الصدمة الشديدة يمكن أن يتم تخزين الذكريات بطريقة تجعلها غير متاحة للوعي عندما يعود الفرد إلى حالته الطبيعية، وتعد الاضطرابات الانفصالية نتيجة خطيرة لهذه العملية.

● فقدان الذاكرة الانفصالي: يكون غير قادر على استدعاء المعلومات الفردية المهمة، وهي عادة معلومات حول تجربة صادمة.

- المعايير التشخيصية لفقدان الذاكرة الانفصالي:

- عدم القدرة على تذكر المعلومات التشخيصية التي عادة ما بتجربة صادمة، بحيث يكون فقد الذاكرة على نطاق واسع لا يمكن تفسيره بالنسيان العادي.
- لا يرجع فقدان الذاكرة لسوء استخدام المواد أو حالات أخرى فسيولوجية أو عضوية.
- وبوجه خاص يشخص بالفئة الفرعية للشرد الانفصالي إذا ارتبط فقدان الذاكرة بحالة من الدهول أو التحول. (الحمدان، 2014، ص 451).

- اضطرابات تبدد الفردية / الغربة عن الواقع: في هذا الاضطراب يصبح إدراك الفرد عن ذاته أو المحيطين به متغير بشكل مربك ومقلق وعادة ما تتغير هذه الإدراكات بعد التعرض للمشقة، ولا يكون هناك فقدان للذاكرة و إنما تغير الإحساس، فيرى الشخص أن أصواتهم قد تبدو غريبة عنهم، أو أنهم خارج أجسامهم أو يشعرون وكأنهم آلة.

❖ المعايير التشخيصية حسب DSM 5:

- تبتد الشخصوية: خبرات انفصال الفرد عن العمليات العقلية أو الجسم، كما لو كان يحلم.
 - الغربة عن الواقع: خبرات بعدم واقعية المحيطين بهم.
 - تتسم الأعراض بالثبات أو التكرار.
 - لا ترجع الأعراض إلى سوء استخدام المواد أو أي اضطراب نفسي آخر أو حالة طبية.
- (الحمدان، 2014، ص 454).

- اضطراب الهوية الانفصالية: طبقا لـ: DSM 5 فإن اضطراب الهوية الانفصالي يتطلب أن يكون الشخص شخصيتان منفصلتان على الأقل بدائل، أي حالات مختلفة من التفكير والإحساس والسلوكيات مستقلة عن بعضها البعض، وتظهر في أوقات مختلفة وعندما تسيطر كل من هذه الحالات على الفرد فإنها تحدد طبيعة هذا الفرد والأنشطة التي يقوم بها.

- معايير التشخيص لاضطراب الهوية الانفصالي حسب DSM 5:

- يتطلب أن يكون للفرد شخصيتين منفصلتين أو أكثر، أي حالات مختلفة من الوجود والتفكير والإحساس والسلوكيات مستقلة عن بعضها البعض، وتزهر في أوقات مختلفة، وهذا الاختلاف يتم ملاحظة من خلال الآخرين أو الفرد نفسه.
- فجوات راهنة في استدعاء الأحداث أو المعلومات الشخصية المهمة التي تتجاوز حدود النسيان الطبيعي.

- لا تعد الأعراض جزءا من الممارسة الثقافية أو الدينية، ولا ترجع إلى عقاير أو حالة طبية.
- في الأطفال لا تفسر الأعراض في ضوء اللعب التخيلي أو فتازيا اللعب. (الحمدان، 2014، ص 455).

- عادة يبدأ هذا الاضطراب من الطفولة، إلا أنه ينذر تشخيصه إلا بعد البلوغ، وهو أكثر شيوعا لدى النساء، وكثيرا ما يصاحب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، واضطراب الاكتئاب الرئيسي، وسوء استخدام المواد، حالات الرهاب، اضطراب الشخصية الحدية، والاضطرابات

الجسدية، وعادة ما يصاحب هذا الاضطراب حالات الصداع، الهلوس، محاولات الانتحار، إيذاء الذات، فقدان الذاكرة، وتبدد الفردية.

- أسباب الهوية الانفصالية: أغلب مرضى الهوية الانفصالية ذكروا وجود إساءة شديدة في مرحلة الطفولة (الانتهاك الجنسي).

- الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية: تعرف على أنها الاهتمام الزائد بالأعراض الجسدية أو الصحة، ويشمل DSM 5 ثلاث فئات رئيسية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض جسدية الشكل، وهي اضطراب الأعراض الجسدية، واضطراب قلق المرضى، وأعراض التحول ويشمل اضطراب الأعراض الجسدية على المشقة الشديدة أو الطاقة المبدولة نحو الأعراض الجسدية ويحتوي اضطراب قلق المرض على المخاوف من الإصابة بمرض طبي شديد في ظل غياب الأعراض الجسدية، ويتضمن التحول الأعراض العصبية التي لا تجد تفسيراً طبيياً.

يميل الأفراد ذوو الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بالطلب المتكرر للرعاية الطبية، والتي تكون مكلفة جداً أحياناً، وبالرغم من الرعاية المتكررة إلا أنهم لا يشعرون بعدم الرضا، نحو هذه الرعاية، ويصفون الأطباء بعدم الكفاءة.

وهناك ثلاثة معايير لتشخيص اضطراب الأعراض الجسدية حسب DSM 5:

1. وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب مشقة أو تتداخل في الحياة اليومية.
2. القلق أو الانشغال الزائد أو إهدار الوقت والطاقة نحو الأعراض الجسدية.
3. تستمر هذه الأعراض على الأقل 06 أشهر.

معايير قلق المرض في DSM 5:

- الانشغال والقلق الشديد في كونه مصاب بمرض أو سيصاب بمرض خطير.
- زيادة سلوك المرض مثل فحص علامات المرض، طلب إعادة الاطمئنان أو سلوك عدم التوافق التجنيبي، مثل تجنب الرعاية الطبية أو الأقارب المرضى.
- لا توجد أعراض جسدية ملحوظة.

- لا يتم تفسير في ضوء اضطرابات نفسية أخرى.
- يستمر الانشغال على الأقل ستة أشهر.

معايير تشخيص للاضطراب التحولي في DSM 5:

- ظهور واحد أو أكثر من الأعراض التي تؤثر على الوظائف الحركية أو الحسية وتوحي بوجود مرض عصبي أو عضوي.
- لا يوجد مرض عضوي يفسر ظهور هذه الأعراض.
- تتسبب الأعراض في كرب شديد أو خلل في أداء الفرد أو تستدعي تقييم الحالة طبياً.

المحاضرة السابعة: الاضطرابات البنيوية الذهانات عند الطفل والمراهق:

●الذهانات:

تجمع الاضطرابات المختلفة أين العنصر المشترك والرئيسي هو وجود الهذات التي هي معتقدات غير معقولة، غير مفهومة لا تعود لتجارب الحياة العادية للشخص.

1- الفصام الطفولي: ميدان مرضي خاص، أين يحمل سلوك الطفل والمراهق يتميز بتشوهات كبيرة في الإدراك والتفكير والعاطفة والسلوك الحركي.
- الأفكار العدائية والهلاوس وعدم اتساق التفكير والسلوك والشذوذ العاطفي، فقدان الإرادة.
- الأعراض هي نفسها في جميع مراحل النمو.

- الفصام الطفولي: نادر جدا في مرحلة الطفولة لكن انتشاره يرتفع بسرعة في المراهقة، تظهر الأعراض المختلفة للاضطراب بدون الوفاء بكل المحددات التشخيصية، العمر الذي يظهر فيه الاضطراب أول مرة والطريقة التي يظهر بها تلعب دور في تطوره والتنبؤ به، تنبؤ سيء عندما يبدأ هذا الاضطراب مبكرا.

- الفصام هو الباثولوجيا الإنسانية الأكثر خطورة والأكثر تعقيدا ينتمي الفصام أو ما يسمى الآن بالفصام الطفيلي ، وهو اضطراب مستمر، مزمن، لكن في أغلب الحالات يظهر عند نهاية المراهقة أو بداية سن الرشد، ومع ذلك فهو يصيب الطفل والمراهق، وعندما يبدأ في الطفولة وقبل سن الرشد يكون ذو بعد وراثي، الفصام الطفولي هو دائم اضطراب له نتائج وخيمة لأنه يقلب بنية التواصل مع الآخرين والأشياء ومع الذات. (Messeu,Shmitt ,1990 ,P24) عندما يصيب الطفل أو المراهق يتسبب في اضطراب النمو، وتظهر في معظم الميادين والوظائف الاجتماعية، التفكير والإرادة، الانفعالات. (Dumas,2014,p161-165).

- بفضل الأعمال الايوديمولوجية (الوبائية) والنهائية لكل من Kolva (1971)
Lockyer، Makita، Reutter، Greenfield، والأعمال الأولى للمنظمة (1967)،

سمحت بتشخيص الفصام عن طيف التوحد، وأظهرت أن التظاهرات الإكلينيكية للفصام الطفولي هي مماثلة لتلك الملاحظة في مرحلة الرشد.

- بين ظهور الاضطراب الذهاني عند الطفل: تظهر الأعراض من نمط الاضطرابات الاجتياحية للنمو قبل 03 سنوات للأطفال المصابين باضطراب نهائي (غالبًا، اضطراب التوحد)، في حين الأطفال لحوالي 05 سنوات، الذين تظهر عندهم اضطرابات مهمة في الوظائف المعرفية، الاجتماعية، العاطفية، الحركية هم عموماً مصابين باضطراب ذهاني. (Dumas, 2014, p 170).

-تعريف:

الفصام الطفولي هو اضطراب خطير يكون فيه مجمل سلوك الطفل أو المراهق يتميز بعدم الاتساق الحاد في الإدراك، التفكير، السلوك الحركي في معظم الحالات الفصامية تظهر تشوهات نوعية في السلوك الداخلي للطفل والمراهق يحد من تكيفه في ميادين مهمة في الحياة اليومية ويقلب محيطه بشكل خطير ويعيق النمو بشكل واضح.

يمكن وصف الأعراض الأكثر تمييزاً للفصام وتجمعها على شكل ثلاث مجموعات:

-الأعراض الإيجابية.

-الأعراض الغير منتظمة.

-الأعراض السلبية.

معايير التشخيص حسب DSM5:

تظهر اثنتان أو أكثر من الأعراض التالية وتستمر لمدة شهر على الأقل، على أن تكون إحدى الأعراض من بين التصنيفات 1 أو 2 أو 3:

(1) الضلالات.

(2) الهلاوس.

(3) الكلام غير المنتظم.

4) السلوك غير المنتظم أو الجمود.

5) أعراض سلبية، انعدام الدافعية أو التعبير عن المشاعر.

ينخفض الأداء في الدراسة أو العمل أو في العلاقات والعناية بالذات عن كل نوبة، ظهور علامات الاضطراب لمدة لا تقل عن 06 أشهر. (عياد، 2014، ص 495).

-الأعراض الإيجابية: المتمثلة في الهلاوس والضلالات هي الأعراض الأكثر خطورة الاضطراب.

-الأعراض الغير منتظمة: هذه الأعراض تظهر في حوار الطفل أو المراهق وأحياناً في سلوكه

الحركي، الاستشارة، الحركات النمطية.

-الأعراض السلبية:

في حين أن الأعراض الإيجابية والأعراض الغير منتظمة تميز الفصام الطفولي عن باقي الاضطرابات التي تصيب الطفل والمراهق، توجد الأعراض السلبية في اضطرابات أخرى (المزاج، اضطرابات الحصر)، وهي عموماً، انعدام الإرادة، فقر التعبير، انعدام اللذة، قلة التأثير العاطفي، غياب الاختلاط الاجتماعي.

معظم الأطفال والمراهقين المصابين بالفصام، (Russel Etal, 1989) Campbell , Spencer (1994)، لديهم تغيرات عاطفية محدودة وغير ملائمة، انفلات غير ملائمة، السياق الذي تظهر فيه، هدوء، سكون الجسد، عدم القدرة على القيام بأعمالهم اليومية، العناية بالذات، فقدان الإرادة والدافعية.

التطور والتنبؤ: الفصام الطفولي يقلب بعق كل حياة الطفل يظهر على شكل حلقات وليس بشكل مستمر، هناك مرحلة أولية تسبق عموماً النوبة الأولى من الفصام تتميز هذه المرحلة بتدهور سريع للوظائف التكوينية والسلوكية مثلاً كالانسحاب الاجتماعي، اهتمامات غير عادية، انخفاض النتائج المدرسية.

المرحلة النشطة: التي تتبعها تتميز بظهور الأعراض الإيجابية، تدهور شامل على المستوى الفكري والاجتماعي أين يكون التشخيص مؤكد في مرحلة ثالثة بعد حالة استشفاء أين تختفي الأعراض الإيجابية، لكن الأعراض الأخرى تبقى مستمرة، وقد تترافق مع صعوبات أخرى كالحصر والاكئاب، الفصام هو مرض خطير مزمن ينتج أضرار كبيرة وتندر قدرة التواصل معهم.

السببية Etiologie:

يفسر الباحثون والعياديون المعطيات على النموذج "الجروحية -الهشاشة" ضغط "vulnérabilité-stress"

حسب هذا النموذج بعض الأفراد لديهم استعداد لمختلف أشكال المرض النفسي لأسباب نروبيولوجية و/أو نفسية تجعلهم حساسين لمختلف عوامل الضغط الشخصية والعائلية والاجتماعية البيئية فالطفل قد يكون غير محصن اتجاه اضطراب يعاني منه أحد الوالدين لكن عامل الخطر هذا وحده لا يكفي، بل يجب أن يكون هناك عدة أحداث حياتية -ضاغطة كالولادة الصعبة، موت أحد الوالدين، سوء معاملة جسدية أو نفسية أو جنسية تدوم مدة معينة.

كما أن لعوامل الحماية مفعول عكسي كارتفاع مستوى الذكاء، جو عائلي متناغم يمكن أن تحمي الطفل من الاضطرابات أو تقلل من خطورته. (Dumas,2014, p201).

هذا النموذج المعمول به لدى أغلب الباحثين يسلم بأن المرض ناتج عن اضطراب السيرورات النويولوجية وعوامل الخطر البيئية، الاستعداد الوراثي، يتسبب في نمو غير طبيعي للدماغ، (نقص المادة الرمادية ونمو غير طبيعي للمادة البيضاء)، اضطراب لنتباه متزايدة واضطراب في الوظائف التنفيذية، يضاف إلى ذلك تعرض الطفل إلى سوء المعاملة أو حياة عائلية فوضوية، العكس يكون الاضطراب أقل خطورة، أو تظهر فقط لدى الطفل صعوبات تكيفية، عندما ينمو الطفل في وسط عائلي يتقبله، مثير ويقدره، بمعنى آخر هذا النموذج يبين أن هناك تفاعلات معقدة بين عوامل الخطر وعوامل الحماية، كما تلعب الناقلات العصبية هي الأخرى دورا هاما في الفصام، وكان الدوجامين هو بؤرة

الاهتمام، لكن تبين أنه ليس الوحيد المسؤول عن الفصام بشكل كامل، وهناك ناقلات أخرى عصبية تحل اهتمام الدراسات كالسيروتونين، والجابا والجلوتيميات ، بالإضافة إلى وجود تجاويرف دماغية متوسعة لدى الفصاميين في القشرة الدماغية الأمامية، وانخفاض النشاط فيها عند الإصابة بالفصام. (عياد، 2014، ص 538).

تصنيف الفصام:

أصبح الفصام ينتمي إلى صنف جديد الذي يجمع كل الاضطرابات الذهانية والذي يسمى الفصام الطيفي والاضطرابات الذهانية.

وهي: الفصام، الاضطراب الفصامي العاطفي، الاضطراب الضلالي، الاضطراب الفصامي الشكل، اضطراب ذهاني خفيف.

جدول أعراض الفصام الطيفي والاضطرابات الذهانية

التغيرات الرئيسية	أعراض الدليل التشخيصي DSM 5
<p>-- عدم وجود تصنيفات فرعية.</p> <p>-- وصف الأعراض السلبية بمزيد من التفصيل.</p> <p>-- حذف المعيار الخاص بضرورة أن تكون من بين الأعراض (الهلاوس أو الضلالات، أو عدم انتظام الكلام).</p> <p>-- حذف شرط ظهور واحد من الأعراض فقط لصاحب الضلالات الشاذة.</p> <p>-</p>	<p>الفصام</p> <p>SCHIZOPHRENIE</p>
<p>- ظهور الضلالات أو الهلاوس لمدة لا تقل عن أسبوعين في وجود أعراض تتفق مع اضطرابات المزاج بدلا من "أعراض المزاج البارزة".</p>	<p>الاضطراب الفصامي العاطفي</p> <p>SCHIZOAFFECTIVE.</p> <p>DISORDER</p>

- أعراض نوبة من نوبات الاكتئاب الرئيسي ضلال معظم فترة المرض، بدلا من "الظهور الملموس".	
- حذف شرط أن تكون الأوهام "غير بارزة"	الاضطراب الضلالي DILISIONAL DISORDER
- لا بد أن تتضمن الأعراض وجود الهلاوس أو الضلالات أو عدم انتظام الكلام.	الاضطراب الفصامي الشكل SCHIZOPHRENIFORM DISORDER
- لا بد أن تتضمن الأعراض وجود، الهلاوس أو الضلالات أو عدم انتظام الكلام.	اضطراب ذهاني خفيف BROFPSYCHOTIC DISORDER

- الفرق بين النوعين الأخيرين في المدة حيث تدوم الأعراض كالأضطراب الفصامي الشكل مدة ما بين شهر إلى ستة أشهر، أما الاضطراب الذهاني الخفيف تستمر الأعراض ما بين يوم إلى شهر واحد، وغالبا ما تنتج عن الضغط النفسي الحاد كفقدان شخص عزيز. (عياد، 2014، ص 507-508).

2- اضطراب طيف التوحد: AUTISME SPECTRUM DISORDER

تضمن الدليل التشخيصي الإحصائي DSM في إصداره الخامس، تصنيف جامع يسمى اضطراب طيف التوحد يضم كل من الاضطراب التوحدي، متلازمة أسبرجر ASPERGER، والاضطرابات النهائية الشاملة (PERVSIVEZEVELOPMENT DISORDER) واضطرابات الطفولة التحليلية

SHILDHOD DIS INTEGRATIVE DISORDER

لأن هذه الاضطرابات جميعها تتشارك وتتشابه فيما بينها فيما يخص السمات الإكلينيكية ومسبباتها ولا تختلف إلا فيما يخص درجة حدتها، خلال السنوات العشر الأخيرة تتزايد حالات الإصابة بحالات التوحد، وهذا نتيجة زيادة الأطفال المصابين بالتوحد أو إلى أن المتخصصين في مجال الصحة العقلية قد حققوا تحسنا وتقدما في إجراء التشخيص.

تعريف التوحد: التوحد أو "التوحد الطفولي" كما ذكر في دليل منظمة الصحة العالمية -CIM- 10 أو "اضطراب طيف التوحد" في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM 5 هو اضطراب يظهر بدءاً بالطفولة الأولى قبل ثلاث سنوات يصيب من 03 إلى 04 ذكور مقابل أنثى، ويتميز باضطرابات حادة في التفاعلات الاجتماعية، التواصل والسلوك، والذي يعتبر مقيد وذو طبيعة تكرارية مقولبة.

وحوالي 50% من الأطفال المصابين بالتوحد مصابين بالكم METS وعند ثلثي أطفال التوحد إعاقة عقلية. (DUMAS, 2014, P 114)

الاضطرابات المشتركة:

أكثر مرض مرتبط بالتوحد هو الصدع تمس حوالي ربع حالات التوحد خاصة خلال الطفولة الأولى، يسجل الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد أقل من 70% في اختبارات الذكاء، مما يصعب التمييز بين التوحد والإعاقة العقلية إلا أن هناك اختلافات مهمة، فالمصابون بإعاقة عقلية يسجلون مستويات ضعيفة في كل أجزاء الاختبار والذكاء، غير أن المصابين باضطراب التوحد قد يسجلون في العادة تشكلاً مختلفاً في بعض الأجزاء المرتبطة باللغة مثل المهام التي تتطلب تفكير مجرد أو مزية ومنطق متسلسل، وغالباً ما يسجلون درجات أفضل في الموضوعات التي تتطلب مهارات بصرية مكانية مثل تصميم الحواجز، الأجزاء المفككة...إلخ.

متلازمة أسبيرجير:

سمي على اسم هانز أسبيرجير HANS ASPERGER الذي وصف هذه المتلازمة بأنها أقل حدة تتضمن أقل عيوب اتصال أقل من تلك الموجودة في التوحد، فالعلاقات الاجتماعية تكون ضعيفة ونمطية السلوك، إلا أن اللغة والذكاء لا يتأثران، أصحاب هذه المتلازمة يسهل معالجتهم، يظهر هذا الاضطراب منذ الطفولة الأولى، كالتوحد على المستوى المعرفي لديهم فضول واهتمام بما يجري حولهم ويكتسبون استقلالية كافية، والصعوبات التي يعاني منها أصحاب هذا التناذر في المجال الاجتماعي.

انتشاره وتطوره والتنبؤ به:

هو تندر نادر جدا أكثر من التوحد يصيب حوالي 2.5 مقابل 10.000 يصيب الذكور أكثر من الإناث، وهو اضطراب مزمن يتطور بشكل مستمر أعراض هذا التناذر تبقى بدون تغيير حتى سن الرشد مما يتسبب في عزلتهم عن من يحيطون بهم.

أسبابه: غير معروفة، لكن الفرضيات الخاصة بأثولوجيا التوحد يمكن أن تنطبق على هذا التناذر، أصحاب هذا التناذر يعانون اضطرابات وظيفية على مستوى الدماغ مشابهة للتي يعاني منها أصحاب التوحد لكن أقل حجما.

تناذر ريت RETT:

هو اضطراب نوائي يظهر من الطفولة الأولى بواسطة سيرورة تفكيكية DES INTEGRATIVE والخاصة جدا بتميز هذا الاضطراب بتغير ذو معنى في التفاعلات الاجتماعية، فقدان جزئي أو كلي للغة، فقدان الاستعمال الطبيعي لليدين، تباطؤ نمو القشرة الدماغية، يظهر حوالي السنة الأولى أو الثانية، بعد فترة كنمو 06 إلى 8 أشهر من النمو العادي في معظم الحالات، تحدث في الإناث لكن تم التعرف على حالات قليلة جدا في الذكور لديهم هذا الاضطراب، يفقدون كذلك التفاعل الاجتماعي، ومشكلات المهارة الحركية مما يؤدي إلى حركات يدوية تكرارية غير هادفة، كما يتأثر كذلك المشي حيث تظهر مشية تشبه العدو، وفي بعض الأحيان المشي على أصابع القدم، وفي بعض الحالات يفقد بعض قدرتهم على المشي مع تأثر الذكاء أيضا. (قاسم، 2010، ص 153).

الاضطرابات النفسية: معظم أطفال التوحد لديهم اضطرابات سلوكية كالتدمير الذاتي AUTOMUTILATION (كضرب الرأس حتى النزيف)، كذلك أعراض تتشابه مع الأعراض التي تعاني منها أطفال ذوي النشاط وقلة الانتباه والاندفاعية.

أعراض وسواسية وتكون أكثر عند أطفال التوحد الذين لديهم قدرات أو تظهر اضطرابات نفس مرضية كالحصر والاكتئاب خاصة عند المراهقة أو بداية الرشد، كذلك يعاني البعض منهم من بعض

اضطرابات الأكل والنوم، الخوف الشديد اتجاه مواضيع غير مخيفة، لكن عدم وعي كامل بالأخطار الواقعية، حساسية كبيرة لبعض الأصوات. (DUMAS, 2014, P 129-130).

أسباب طيف التوحد:

من المؤكد أن التوحد يرجع إلى أسباب متعددة لكن العوامل البيولوجية تلعب الدور المهيمن في هذه السببية.

العوامل الوراثية:

تشير الدلالة إلى وجود عنصر وراثي في اضطراب طيف التوحد، فإن نسبة الوراثة تصل إلى 80% ونسبة الخطورة تزداد بين أخوة المصابين أكثر من نسبتها بين أخوة غير مصابين به، وهناك أدلة قوية على الانتقال الوراثي لطيف التوحد أظهرته دراسات التوائم.

العوامل العصبية: ترتبط العديد من الأبحاث والدراسات القصور اللغوي والاجتماعي والعاطفي في اضطرابات طيف التوحد بالمخ، حيث توصلت دراسات الرنين المغناطيسي (IRM) إلى أن أدمغة غير المصابين به أكبر من أدمغة غير المصابين به، وأن نمو المخ في حالة التوحد يبدو بطيئا، كما أظهرت دراسات أخرى وجود شذوذ في مخيخ الأطفال المصابين به، بينما أظهرت دراسات أخرى أكبر حجم اللوزة عند ذوي اضطراب التوحد. (، 2014، ص 863-866).

في معظم الحالات يكون التفكك سريع يدوم حوالي السنة وينتهي حوالي عمر 03 سنوات، ويؤدي إلى إعاقة عقلية أو عقيمة واجتماعية وجسدية معتبرة، إصابة القدرات الحركية.

الاضطرابات المشتركة:

يرتبط هذا الاضطراب بالصرع، صعوبات المشي، سيلان اللعاب نتوء اللسان، ومشاكل في التغذية، نقص التحكم في العضلات الصارة ، صعوبات التنفس، وسلوكات إيذاء الذات. (DUMAS, 2014, P148).

● **السببية:** أسباب هذا التناذر وراثية عند الإناث من نفس العائلة تم اكتشاف سبب هذا التناذر طفرة في حين MEC P للكروموزوم X هذه الطفرات تسبب في إجهاض معظم الذكر ما بين إصابة الإناث به.

الاضطرابات التفكيرية للطفولة:

تتميز بمرحلة النمو الطبيعي خلال العامين الأولين، يتبع بتفكك سريع تقريبا يصيب معظم الكفاءات المكتسبة خلال هذه الفترة ويرفق هذا التفكك بتغيرات كيفية في التفاعلات الاجتماعية، التواصل، وسلوكيات مشابهة لتلك الخاصة بالتوحد، منذ اكتشافه من طرف FELLER سنة 1908 عرف بعدة أسماء، العته الطفولي، الذهان التفككي، ظل تناذر هيلر غير معروف لمدة طويلة لأنه نادر جدا، بعد فترة نمو طبيعية يؤدي إلى الاضطراب إلى فقدان القدرات المكتسبة في عدة ميادين، تحدث DSM عن فترة من (02-10) سنوات يعرف فيها الطفل تفكك سريع يمس القدرات التكيفية واللعب، القدرات الحركية والوظائف البيولوجية خاصة العطيلات الصارة، يعد هذا التفكك يستقر الاضطراب في عرضية لا تفترق عن عرضية التوحد، تتمثل في تغيرات كبيرة في السلوك الاجتماعي ووسائل التواصل في وضع دراسي للمحيط الذي يعيش فيه الطفل.

الاضطرابات المشتركة:

يرتبط الاضطراب التفكيرية بالإعاقاة العقلية الحادة أو العميقة وعدة تناذرات عصبية كالصرع، وحسب عدة دراسات معظم الأطفال المصابين به لديهم فرط النشاط، الاكتئاب والحصر.

الوبائية مسيرة النمو والتنبؤ:

هذا الاضطراب نادر جدا حوالي 02 مقابل 100.000 يبدأ خلال 03 أو 04 سنوات، يظهر أكثر الذكور منه عند الإناث، وهو اضطراب مزمن كاضطراب ريت يتطور بسرعة وبشكل مأساوي بعد ظهوره.

● السببية:

المشاكل النوروبولوجية المرتبطة بهذا الاضطراب ذو الطبيعة الدرامية والفقدان للقدرات المكتسبة خلال الفترة الأساسية تؤدي إلى احتمال أن هناك اختلا وظيفي كبير لنمو الجهاز العصبي بسبب العوامل الوراثية، النوروبولوجية والبيئية. (DUMAS,2014, P 105-152).

معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب DSM 5:

- أ- وجود ضعف في التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية كما يلي:
 - خلل في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل الاتصال بالعيد أو التعبيرات الوجهية، أو لغة الجسد.
 - خلل في نمو العلاقات مع الأقران بما يلاءم مستوى النمو.
 - خلل في نمو التبادل الاجتماعي أو العاطفي مثل عدم القرب مع الآخرين أو عدم إجراء محادثات فيما يقول أورد، أو انخفاض مشاركة الاهتمامات والمشاعر.
- ب- أنماط واهتمامات و أنشطة سلوكية متكررة أو ملزمة تظهر من خلال اثنين على الأقل من ما يلي:
 - الحديث أو الحركة أو استخدام الأشياء بصورة نمطية أو متكررة.
 - الالتزام بأعمال روتينية معينة في السلوك اللفظي أو الغير لفظي أو المقاومة المستمرة للتغيير.
 - أي اهتمامات تكون ملزمة قد تكون غير طبيعية مثل الارتباط الشديد بأجزاء الأشياء.
 - فرط أو انعدام النشاط في مدخلات الإحساس أو الاهتمام غير المعتاد بالبيئة الحسية مثل الشغف بالأضواء والأجسام الدوارة.
- ت- تبدأ خلال الطفولة المبكرة.
- ث- أداء وظيفي محدد أو ضعيف. (2014، ص 853-854).

خصائص أطفال طيف التوحد:

- قدرة حركية، مواهب خاصة كضرب عدددين، امتلاك ذاكرة طويلة المدى قوية.
- الكثير منهم لديهم مستوى ذكاء أقل من 70.
- ثلث أطفال طيف التوحد لديهم صعوبات تعلم.
- يعانون القلق، قلق الانفصال، القلق الاجتماعي، القلق العام، وبعض المخاوف المحددة.
- بالرغم من أن الأدلة تشير إلى وجود أسباب وراثية وعصبية لطيف التوحد إلا أن أكثر الجهود المبشرة في علاج طيف التوحد ASD تتسم بالطبيعة السيكلوجية، التي تهدف إلى تقليل السلوك الغير عادي وتحسين مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية لديهم، والجدير بالذكر أنه كلما بدأت المعالجة مبكرا كانت النتائج أفضل (الخلل العصبي يمكن معالجته بالطرق السلوكية).
- برامج العلاج الأسبوع، نجاح العلاج يتطلب العلاج النفسي السلوكي المكثف والعمل مع الوالدين، ثم استخدام العقاقير الدوائية.

قائمة المراجع:

- 1) حجازي محمد نصر سناء، 2009، علم النفس الإكلينيكي للأطفال، ط1، دار المسيرة، عمان.
- 2) حسين فالح حسين، 2013، علم النفس المرضي والعلاج النفسي، مركز ديونو لتعليم التفكير، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
- 3) الحلبي سوسن شاكر، 2015، مشكلات الأطفال النفسية وأساليب المساعدة، أرسلان، دمشق، سوريا.
- 4) رونالد تايلور، ستيفان ريشارد، برايدي مايكل، 2010، الإعاقة العقلية الماضي، الحاضر، المستقبل، ترجمة، قاسم محمد مصطفى، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- 5) زيور مصطفى نيفين، 1998، الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق، الطبعة الثالثة، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، مصر.
- 6) السيد فهمي علي، 2010، علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات نفسية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- 7) صموئيل كورتيس، أنا إيفانكو، أو جوال رامنيكار، ماركر انغريمان، 2014، الطب النفسي والأطفال، اضطرابات النوم عند الأطفال والمراهقين، الدليل العلمي، ترجمة سليمان، مراجعة، هشام حمودة، الجمعية الدولية للطب النفسي للطفل، والمراهق والمهين المرتبطة.
- 8) عبد المعطي حسن مصطفى، 1998، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء القاهرة.
- 9) العبيدي محمد جاسم، 2009، مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها، دار الثقافة، الأردن.
- 10) غانم محمد حسين، بدرية فهد، 2011، الجلسة التدريبية، اضطراب الهوية الجنسية، وزارة التربية الإدارة العامة لمنطقة مبارك الكبير، مصر.
- 11) مصطفى أسامة فاروق، 2011، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- 12) المهدي محمد، 2008، الصحة النفسية للطفل، جامعة الأزهر.
- 13) المؤتمر العربي الأول للصحة النفسية القاهرة، أهداف التربية الجنسية للأطفال، القاهرة.

- 14) مياسا محمد، 1997، الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاج، الطبعة الأولى، دار الجيل ، بيروت، لبنان.
- 15) ميموني بدرة معتصم، 2005، الاضطرابات النفسية للطفل والمراهق.
- 16) الوردني، محمود هاشم، 1986، مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي، دار الحوار، سورية.

1) *Audry Tanguy Stivenard, 2013, le comportement sexuel et ses troubles chez l'enfant et de l'adolescent, thèse pour diplôme d'état de docteur en médecine, université Lille , droit et santé.*

2) *Bouvet Cyrille et Boubeche Abdelhamid, 2014, 22 grandes notions de psychologie cliniques et psychologie, Dunod, paris.*

3) *Cascales thomas et al, 2014 les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic in annale médico-psychologique.*

4) *Chagman Jean-Yves, Duranb. Marie-Laure, Harvey Caroline, 2015, la névrose chez l'enfant approche clinique et projective, Dunod, paris.*

5) *Denis boucher ean et al, souffrances psychique er troubles du développement, chez l'enfant et l'adolescent, Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce, fédération françaises psychiatres.*

6) *Dumas, jean, 2014, psychologie de l'enfant et de l'adolescent 4^{ème} édition et augmentes de Boeck.*

7) *Ferairi, p. 1993, troubles sphinctérien, psychiatrie de l'enfant et de l'enfant et de l'adolescent, Flammarion, paris.*

8) *Grondin Simon, 2015, la psychologie au quotidien, press de l'université Laval.*

- 9) *Guy parent, cloutier pierre, 2013, initiation a la psychologie, 2^{ème} édition, chancelière, éducation, canada.*
- 10) *Journal liste, pédiatriques, Child, Health, 2005, la prise en charge de l'énurésie, nocturne primaire, oxford université, press 616-620.*
- 11) *Lachguer kaoutar, 2007, a propes de l'énurésie université cadiagyad marrakech.*
- 12) *Raphaëlle. Milikovith ; de tajudie, martine, 2017, psychologie de l'enfant et de l'adolescent.*