جامعة البليدة 2

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

علم النفس المرضي للطفل و المراهق

مطبوعة موجهة لطلبة السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي

إعداد الأستاذة تواتي

الفهرس

- مقدمة ص1

- تعريف علم النفس المرضي للطفل و المراهق .....ص2.

1- علم النفس المرضي ص2

2- علم النفس المرضي للطفل و المراهق .....ص3.

3- المجالات التفسيرية لعلم النفس المرضي للطفل و المراهق ص3

- التفسير التقليدي ص3
- التفسير الطبي ص4
- التفسير التحليلي ص4
- التفسير السلوكي ص4
- التفسير الاجتماعي ص4

4- شروط الكلام عن الاضطراب ص4

5- أهم الفروق بين دراسة علم النفس المرضي للطفل و المراهق و الراشد... ص5

6- صعوبة فهم و دراسة الطفل و المراهق مقارنة بالراشد ص5

-النمو و عوامله ص6

1- تعريف النمو ص6

2- عوامل النمو ص6

2-1- العوامل الوراثية و البيولوجية ص6

أ -الوراثة ص6

ب - النضج البيولوجي ص7

2-2- العوامل البيولوجية غير الوراثية ص7

أ-سوء التغذية ص7

ب- الاستثارة الحسية و المعرفية و العاطفية .....ص7.
2-3- العوامل البيئية ص7
أ-الموقع الجغرافي و المناخي .....ص7.
ب- العوامل الاجتماعية و الثقافية .....ص8.
2-4- العوامل النفسية ص8
3- مجالات النمو ص8
3-1- النمو الحسي الحركي ص9
3-2- النمو المعرفي ص9
3-3- النمو اللغوي ص9
3-4- النمو العاطفي ص9
- مفهوم البنية ص9
1- تكوين البنية ص10
2- مكونات بنية الشخصية ص10
- مستوى النكوص ص10
- نوع القلق ص10
- نوع العلاقة بالموضوع ..... ص10.
- طبيعة الصراع ..... ص10.
- الآليات الدفاعية ..... ص11.
- السواء و الشذوذ ص12
1- محكات السواء و الشذوذ ص12
-ذهانات الطفولة ص15

1- مدخل ص15
2- شيوع ذهانات الطفولة ص15
3- الذهانات المبكرة ص16
3-1- التواحد ص16
3-1-1- عدم القدرة على الاتصال بالآخرين و العزلة ص16
3-1-2- الإصرار على الرتابة و المحافظة عليها ص16
3-1-3- العجز عن فهم المثيرات الخارجية ص17
3-1-4- الشذوذ اللغوي ص17
3-2- طبيعة الاضطراب ص17
3-3- مسار الاضطراب ..... ص17.
3-4- أسباب الاضطراب ص18
3-4-1- وجهة النظر التحليلية ص18
3-4-2- وجهة النظر السلوكية ص18
3-4-3- وجهة النظر العضوية ص19
3-5- أنواع أخرى للذهانات المبكرة ..... ص19.
3-5-1- الذهان التكافلي ص19
3-5-2- الذهان التخلفي ص20
3-6- المؤشرات المبكرة للذهانات المبكرة ص21
4 - الذهانات المتأخرة ص21
4-1- الهذيان ص22
4-2- الهلاوس ص22

4-3- العزلة ص22
4-4- مسار الاضطراب ص22
4-5- أسباب الاضطراب ص23
4-5-1- العوامل الجينية ص23
4-5-2- العوامل النفسية و الاجتماعية ص23
4-5-3- النموذج التفاعلي ص24
5- ذهانات المراهقة ص25
6- الخلفية النظرية للذهان عند الطفل ص26
- التخلف الذهني ص28
1- تصنيف التخلف ص28
1-1-التخلف العميق جدا ص28
1-2- التخلف العميق ص28
1-3- التخلف المتوسط ص29
1-4- التخلف البسيط ص29
2- الذكاء و الاختلافات الفردية ص29
3- الذكاء و الوراثة ص30
4- أعراض التخلف ص31
5- أسباب التخلف ص31
5-1- العوامل العضوية ص32
5-2- العوامل النفسية و الاجتماعية ص32
6- أنواع التخلف الذهني ص33

6-1- التخلف الذهني في بنية ثابتة ص33

أ-التخلف الذهني العميق جدا ص33

ب-التخلف الذهني العميق ص33

6-2- التخلف الذهني غير المتناسق في بنية تطورية ص33

6-2-1- بنية تطورية ذهانية .....ص33.

6-2-2- بنية تطورية عصابية ص34

6-2-3- بنية تطورية اكتئابية ص34

7- الخلفية النظرية ص34

- الاكتئاب عند الطفل و المراهق ص35

1- مدخل ص35

2- أسباب الاكتئاب ص35

2-1- الأسباب الوراثية ص35

2-2- الضغوط النفسية و الحياتية و الأسرية ص36

2-3- الأسباب الطبية و الجسمية ص36

2-4- الأمراض النفسية و العصبية ص37

3- معطيات إحصائية ص37

4- مؤشرات الاكتئاب ص37

5- أعراض الاكتئاب حسب الفترات العمري ص38

5-1- الاكتئاب في السنة الأولى من عمر الطفل ص38

5-2- الاكتئاب ما بين سنة م 3 سنوات ص39

5-3- الاكتئاب ما بين 3و 6 سنوات .....ص41.

5-4- الاكتئات ما بين 7 و 12 سنة ص42

5-5- الاكتئاب ما بين 13 و 18 سنة ص43

6- المؤشرات التي تنبأ عن ميول انتحارية لدى المراهق ص45

7- المضمون المرضي ص45

-الاضطرابات العصابية عند الطفل ص47

1-مدخل ص47

2-عصاب القلق ص48

2-1- مظاهر القلق عند الطفل ص49

2-2- حالات العصاب عند الطفل .....ص49.

2-3- بداية عصاب القلق عند الطفل ص49

3-عصاب الخوف ص49

3-1- مظاهر الخوف عند الطفل ص50

3-2- حالات الخوف عند الطفل ص51

3-3- بداية عصاب الخوف عند الطفل ص51

4-عصاب الوسواس ص45

4-1- مظاهر الوسواس عند الطفل ص52

4-2- حالات الوسواس عند الطفل ص52

4-3- بداية عصاب الوسواس عند الطفل ص53

5-عصاب الهستيريا ص47

5-1- عصاب الهستيريا التحويلية ص53

أ-الأعراض الحادة ص54

ب-الأعراض الدائمة ص54
5 -2- طباع الشخصية الهستيرية ص54
5-3- مظاهر الهستيريا عند الطفل ص54
5-4- حالات العصاب الهستيري عند الطفل ص55
5-5- بداية عصاب الهستيريا ص55
6-الخلفية النظرية ص56
6-1- النظرية التحليلية ص56
أ-التدخل في التطور ص56
ب-الصراعات التطورية ص57
ج- الصراعات العصابية ص57
د- عصاب الطفل ص57
6-2- النظرية المعرفية ص58
- الاضطرابات الجسدية عند الطفل و المراهق ص59
1- مدخل ص59
2- أنواع الاضطرابات الجسمية ص59
أ-ظروف ظهورها ص59
ب-سبب ظهورها ص59
2-1-الاضطرابات النفس-جسدية ص60
2-1-1- الربو ص60
2-1-2- القرحة القلونية ص61
2-1-3- الاضطرابات الجلدية ص61

2-1-4- الصداع النصفي ص61
2-2 - الاضطرابات الوظيفية ص61
2-2-1- الاضطرابات القلبية و الدورانية ص62
2-2-2- اضطرابات التغذية ص63
- اضطرابات الشخصية الظاهرة على السلوك ص72
1- مدخل ص72
2- اضطرابات الطبع ص72
3- المظاهر العيادية و المرضية ص73
4- المحتوى المرضي ص73
4-1- اضطرابات الطبع المتعلقة بالنمو ص73
4-2- اضطرابات الطبع المرتبطة ببنية شخصية مرضية ص74
أ-حالة عصاب ص74
ب-حالة الذهان ص74
ج-حالة النقص ص74
د-البنية الاتكالية ص74
4-3-بنية اضطرابات الطبع ص75
5-المظاهر السلوكية لاضطراب الطبع ص75
5-1-السلوكات العدوانية ص75
أ-العنف ص75
ب-الغضب ص76
1-الحقن ص76

2-الغضب ص76

5-2- المعارضة ص76

أ-المعارضة الايجابية .....ص77.

ب-المعارضة السلبية ص77

5-3-الكذب .....ص77.

أ-الكذب عند الحاجة ص77

ب-الكذب الهستيري ص78

ج-الكذب عند المتخلف العقلي ص78

5-4-السرقة ص78

5-5-الهروب ص79

- اضطرابات رد الفعل أو الصدمة ص80

1- مدخل ص80

2- الصدمة ص80

2-1-وجود حادث صادم ص81

2-2- عدم وجود حادث صادم ص82

- خصوصيات الاضطرابات في مرحلة المراهقة ص83

1-الاضطرابات الذهانية ص83

2-الاضطرابات العصابية ص83

3-الاكتئاب ص83

4-محاولات الانتحار ص83

5- سلوكات التبعية ص84

- اضطرابات مقترحة للأعمال الموجهة ص85
-المراجع ص89

المقدمة

إن الاهتمام بعلم النفس المرضي للطفل و المراهق ناتج عن أهمية هذا التخصص في بلد ثلثاه من الشباب، و هذا العدد الهائل من الأطفال لا يطرح إلا الايجابيات بل يشكل صعوبات عويصة يجب التكفل بها من طرف المختصين، هذه المشاكل الصحية تظهر نتيجة لعجز العائلات عن القيام بالمسؤوليات المتعددة الخاصة بأولادهم الخاصة بتلبية متطلباتهم اليومية، و هذا بسبب تعدد الولادات التي تنهك الأمهات و الآباء صحيا و اقتصاديا و نفسيا، ضيق المساكن و غلاء المعيشة، تفكك الأواصر و الروابط العائلية .

كل هذه العوامل وأخرى تشكل ضغوطا متعددة ليست في صالح الصحة النفسية للعائلات و الأطفال، إذ تنتج اضطرابات عديدة تذهب من سوء تكيف بسيط إلى الإصابات العقلية العميقة مثل التخلف الذهني و الذهانات. هؤلاء الأطفال يصلون في أخر المطاف إلى الاستشارة النفسية بعد عذاب طويل و جري وراء الوهم (الشفاء) الذي تغري به العلاجات التقليدية، و قد يصلون عند الطبيب العام الذي لا يتعرف أو لا يجد أين يوجه الأطفال المصابين لغياب أو قلة المؤسسات المختصة.

و لهذا فالوقاية تبقى أحسن علاج و تبدأ بحماية الطفل قبل ولادته، بحماية والدته من الأمراض التي يمكن أن تصل إليه، ثم حمايته خلال السنوات الأولى من حياته من خلال تغذيته جسديا و نفسيا بإعطائه الحب و الحنان و المساندة، و تتواصل الوقاية من خلال تكوين من يتكفل بالطفل المصاب و نقصد هنا المختص النفسي الذي يلعب دورا هاما في التوعية و التشخيص و العلاج بعد الكشف المبكر

و في هذا الصدد جاءت هذه المطبوعة كمحاولة للإشارة لأهم الاضطرابات التي يمكن أن تصيب الطفل و المراهق و التي سيصادفها المختص النفسي في حياته المهنية، مبينا أعراض كل اضطراب و كيفية تشخيصه.

المحاضرة الأولى:

تعريف علم النفس المرضي للطفل و المراهق

1-علم النفس المرضي:

"و هو دراسة التطور النفسي و اضطراباته دون الاهتمام بالجانب التقني للعلاج" حسب تعريف (Bergeret 1974). حيث يقوم هذا العلم على ملاحظة المرضى العقليين و النفسيين و هذا بعد أن حث (Ribot.Th) (Reuchlin.M.1978)تلاميذه على أهميتها لتعويض التجريب المستحيل على الإنسان لأسباب أخلاقية، و قد تطور هذا المفهوم عبر الزمن، ففي العصور القديمة حسب دراسة بعض المخطوطات لمصر القديمة و الأشوريين وصفت الأمراض العقلية التي كانت ترجع أسبابها إلى السحر و الأرواح الشريرة التي عالجها الكهنة، أما مع اليونانيين فقد شهد الطب النفسي تطورا ملحوظ، حيث نسب فيتاغورس المرض العقلي إلى اضطرابات في الدماغ بينما ركز أبوقراط على الوراثة و على أهمية اتخاذ المريض كوحدة سيكوسوماتية.

أما مع المسلمين و مع اختلاط أجناسهم فقد توصلوا إلى مستوى رفيع من العلمية حيث ترجموا كتب الحضارات السابقة و استفادوا منها، فالرازي يرى أن سبب المرض فيزيقي أو كيميائي، و ابن سيناء يرى أن الجسم يتأثر و يؤثر في النفس و أعطى توجيهات صحية في تنظيم الأكل و النوم و الرياضة و حماية الطفل من الغضب و الأرق، ابن رشد صنف الأمراض العقلية و فرق بين الحادة و المزمنة و أكد على دور البيئة و العامل النفسي في نشأة المرض العقلي

في أوربا ظل المجانين و المنحرفون مضطهدين لأن التفسير الديني هو الذي كان سائدا حتى عصر النهضة، حيث ظهر التفسير الموضوعي المرتبط بالفزيولوجيا أو الدماغ، حيث فك بينال (Pinel.Ph) سلاسل المجانين و تكلم عن أربعة أصناف من الأمراض العقلية: الهوس، الاكتئاب، الخرف و البلاهة. ثم جاء إسكرول (Esquirol) ليبدأ البحث على الأسباب المرتبطة بالدماغ و لكن طغى التفسير العضوي على الطب النفسي، و لم ينفصل عن الفلسفة إلا في 1879 مع أول مخبر لعلم النفس ل (Wundt)، و في النصف الأول من القرن 19 أشار الأطباء إلى أن الجنون مرض وراثي.

إهتم (Charcot.J) بالهستيريا و طبق عليها التنويم و هذا أدى إلى تطورات غير منتظرة في علاج الأمراض العصبية، و أدى (Freud) . إلى البرهنة على وجود اللاشعور الذي كان من أخصب المفاهيم، غير نظرة العلماء إلى الإنسان فتطور التحليل النفسي، ثم جاء (Kraeplin.E) مؤسس تصنيف الأمراض العقلية كوحدات منفردة و هذا أدى إلى تطور علم النفس المرضي.

و اعتبر (Ribot.Th)من مؤسسي هذا العلم،إذ حث على استعمال ملاحظة المرضى العقليين في العيادات للوصول إلى فهم التنظيم النفسي، و كان الفضل ل (Freud.S) في إعطاء قيمة نظرية و عملية لتفسير مدى تأثير الخبرات النفسية على توازن أو عدم توازن الشخصية

2-علم النفس المرضي للطفل و المرهق

يهتم علم النفس المرضي للطفل و المراهق بدراسة الوظائف النفسية المضطربة من حيث طبيعتها، خصائصها، الصورة الإكلينيكية، الأسباب المفسرة، و طرق العلاج الفعالة للتخفيف من الألم الناتج عن هذه الاضطرابات. و رغم هذا لم يحظى بدراسات موسعة باستثناء الدراسات البيداغوجية على المتخلفين عقليا حيث وضع (Simon et Bine.A) أول اختبار للذكاء في سنة 1905، أما المراهق فقد كان أكثر حظا مع دراسة الخرف، و لكن أعمال (Freud.S) عن الجنس هزت العالم الأوروبي و لفتت أنظار الباحثين إلى الطفل و اضطراباته، فأخذ مكانة معتبرة ككائن قائم بذاته و منفصل عن الراشد و له خصائصه المرضية، و هذا أخرج هذا العلم من حلقة العضوية و ساعدت الملاحظة المباشرة للطفل و المراهق على معرفة مراحل تطوره و الميكانزمات التي تسيره، حيث يقول (Wallon.H) " إن الطفل كل بيو-نفس-اجتماعي " (Ajuriaguerra (J)1974)

3- المجالات التفسيرية لعلم النفس المرضي للطفل و المراهق:

إن المرض العقلي من الظواهر المثيرة حاول الإنسان أن يفسرها و يبحث عن أسبابها كي يستطيع علاجها و من التفسيرات التي أعطيت لها نجد:

-التفسير التقليدي: الذي يرجع أسباب الاضطرابات إلى الإصابة بمس من الجن و السحر التي تستولي على الجسم و العقل و لا يكون التخلص منها إلا بتعزيهم (Toualbi (N)1974)

-التفسير الطبي: الذي يرجع سبب الاضطرابات إلى العضوية المرتبط بالوراثة أو أحداث قبل، خلال أو بعد الولادة و العلاج لا يكون إلا كيميائيا

-التفسير التحليلي: الذي يرجع سبب الاضطرابات للاشعور و الصراعات التي تحدث على مستواه، فالعرض ليس كل المرض بل إشارة إليه و لا يكون العلاج إلا عن طريق التحليل النفسي،(Ajuriaguerra.J.1974)

-التفسير السلوكي: الذي يرجع سبب الاضطرابات إلى التعلم على أساس الإشراط ، حيث يقول (Eysenck) "بالنسبة لنا في الطب النفسي العرض هو المرض، و كل الأعراض استجابات انفعالية ناتجة عن إشراط غير ملائم" (Eysenck.H 1980) .و العلاج يكون بإطفاء السلوك غير المناسب باستعمال تقنيات متنوعة مستمدة من نظريات التعلم

-التفسير الاجتماعي: يري هذا النموذج أن سبب الاضطرابات يعود إلى العلاقات الاجتماعية و العائلية، حيث يحمل الطفل الذي تتمركز حوله المشاعر السلبية الناتجة من النسق العلائقي السائد في العائلة العرض، و يوجه العلاج لكل العائلة لإخراج المريض من هذه الحلقة السلبية

4-شروط الكلام عن الاضطراب:

حتى نتمكن من الكلام عن الاضطراب عند الطفل و المراهق، و عن الاضطراب بصفة عامة لابد أن تتوفر بعض من الشروط التالية:

- يكون الاضطراب مصدر معاناة و ألم للشخص ذاته أو محيطه.
- يؤدي هذا الاضطراب إلى عجز في الأداء اليومي مثلا : اضطراب الذاكرة أو المخاوف.
- أن تكون مظاهر الاضطراب غير متناسقة اجتماعيا مع السياق الحضاري، كأن يبدوا المصاب في هيئة غريبة.
- أن تكون مظاهر الاضطراب متنافية مع الواقع كوجود الهلاوس و الهذاءات.
- أن يعيق هذا الاضطراب قدرات الفرد على العمل و إقامة العلاقات الاجتماعية كزيادة نسبة القلق.

5-أهم الفروق بين دراسة علم النفس المرضي للطفل و المراهق و الراشد:

- قلة المعلومات و ما يصدر من منشورات متعلقة بالطفل أو المراهق مقارنة بما توفر من بحوث و معلومات علمية حول الراشد.
- ظهور علم النفس المرضي للطفل و المراهق متأخرا جدا مقارنة بوجود مبكر لعلم النفس المرضي للراشد

6-صعوبة دراسة و فهم الطفل و المراهق مقارنة بالراشد:

توجد مجموعة من الصعوبات تجعل من العسير على المختص النفسي دراسة و تشخيص حالات الاضطراب عند الطفل و عند المراهق و من بينها:

6-1-صعوبة فهم الاضطراب عند الطفل و المراهق مقارنة بالراشد: نظرا لظهوره في سياق النمو الذي يعتبر سياق غير منتظم قد تتقدم بعض مراحله و تتأخر أخرى، و هذا يلزم المختص التعرف على أنماط النمو السوي و سرعته حتى يتسنى له التفرقة من المشاكل الانفعالية التي يعيشها الطفل و المراهق و بين الاضطراب في وتيرة النمو، بحيث تعكس الاضطرابات الانفعالية صعوبات انفعالية عميقة، بينما تعكس الثانية عدم انتظام النمو (Budman.sh-Gurman.as 1988).

6-2-صعوبة الاتصال اللفظي: يعتبر عجز الطفل عن التواصل اللفظي عائق للتعبير عن مشاكله بحيث يسجل لدى الطفل فقر الرصيد اللغوي الأمر الذي لا يسمح له باستعمال الكلمات اللازمة للتعبير، و قد تتجاوز قوة الانفعال قدرة الكلمة عن التعبير.

6-3-الوكالة الوالدية للطفل: التي تصعب أو لا تسمح للمختص بإجراء تقدير موضوعي لحالة الطفل، فقد يغيب عن الآباء مؤشرات مرضية خطيرة و قد يولي الأولياء أهمية كبيرة لسلوكيات تتعلق بالنمو، فالوكالة الوالدية توصل للمختص معلومات قد تكون خاطئة.

6-4-ارتباط اضطرابات الطفل و المراهق بمواقف محددة ، بحيث تظهر في بعضها و تختفي في بعضها الأخر.

6-5-استقرار الراشد بينما يقع اضطراب الطفل والمراهق في سيرورة نمائية

المحاضرة الثانية:

النمو و عوامله

يولد الكائن الحي باستعدادات وراثية و بيولوجية تساعده على البداية في حياته لكنه، لابد أن ينمو و يتغير حتى يتكيف مع ظروف الحياة الخارجية و يصبح قادرا على أداء وظائفه العضوية و الحركية و الاجتماعية و النفسية. و يتدخل في عملية النمو عدة عوامل متداخلة المفعول.

1-تعريف النمو:

النمو هو مجموعة من التغيرات التي تحدث على الفرد في عدة مجالات: العضوي، الفكري، النفسي، الاجتماعي، الثقافي، الكيماوي، و هو الانتقال من مستوى ادني بسيط إلى مستوى أعلى أكثر تعقيدا مسايرة لمتطلبات المحيط الذي يعيش فيه الطفل. و يعرفه (N.Sillamy 1980" أنه التطور التدريجي من مستويات بسيطة إلى مستويات معقدة " (قاموس علم النفس)، و النمو ليس الزيادة في معلومات جديدة إلى أخرى سابقة، بل هناك عملية دمج هذه المعلومات السابقة بالجديدة و إعادة هيكلتها على ضوء المعطيات الجديدة أي انه تعقيد متدرج في المهارات و الإمكانيات.
و مما عقد عملية النمو هو تداخل عدة عوامل في مساره و التي يمكن دراستها كالتالي:

2-عوامل النمو: مختلفة و متداخلة المفعول نفصلها لغرض الدراسة بالشكل التالي

2-1-العوامل الوراثية و البيولوجية :

أ-الوراثة: هي كل ما يرثه الفرد من صفات عن أبائه،و التي تكون محمولة على الصبغيات (Chromosomes)،إذن هي انتقال السمات خلال السلالة البشرية، و كل ما يورث ليس ظاهرا بالضرورة نظرا لوجود سمات سائدة و أخرى متنحية و هو ما يسمى بالطراز العرقي (génotype) ،أما الطبع الوراثي(phénotype) فهو المظهر الحالي للفرد يحدده الطراز العرقي بالإضافة إلي التأثيرات الثقافية و الفيزيقية المحيطية.

و قد أصبح من الممكن علاج الإصابات الوراثية بعد اكتشاف الخريطة الجينية في فرنسا سنة 1992 ،أما بالنسبة للوراثة في الاضطرابات النفسية فان البحوث تأكد على و جود وراثة على أساس إضعاف تكويني يفتح الباب لإمكانية ظهور الاضطراب حسب تعزيز المحيط لها أو إخمادها.

ب-النضج البيولوجي: هو التطور الذي يسمح للأجهزة أن تصبح وظيفية، بحيث أن الطفل يولد بجهاز بيولوجي غير ناضج فمثلا خلايا الجهاز العصبي موجودة منذ الشهر الثالث من الحياة الجنينية، ثم يزداد وزنه و حجمه و يكون أملس ثم يصبح متعرج.و خلايا الجهاز العصبي لا تتكاثر بعد 9 أشهر كما أنه عند الولادة يكون النخاع و الجذع قد اكتملا في النمو لكن المخيخ و المخ يتواصل نموهم.((Mazet(Ph),Houzel(D)1996

2-2-العوامل البيولوجية غير الوراثية: وهي العوامل التي تتدخل في تحسين أو الإنقاص من أداء الجانب البيولوجي و نذكر منها :

أ-سوء التغذية : تلعب التغذية دورا هاما في النمو و تطور الجسم، بحيث أن النقص في بعض المواد الأساسية مثل البروتينات و السكريات تؤثر على الجهاز العصبي فتنتج عنها نقص وزن الجهاز العصبي و تأخر النمو الخلوي و انخفاض نسبة الذكاء.

ب-الاستثارة الحسية و المعرفية و العاطفية: و هي العوامل المساعدة على النضج البيولوجي و تطور بعض المهارات، فهو وسيط مساعد على بناء الشخصية من خلال تدخل أفراد العائلة لاستثارة حواس و معارف الطفل بالكلام و باللعب معه منذ صغر سنه، فالمراكز الدماغية تتطور تحت تأثير الوراثة و تأثير المحيط و تنشيط الخلايا كي تتطور و تكون علاقات جديدة،و عند غياب الاستثارة يحدث تأخر حسي حركي و فكري كالذي نشاهده عند أطفال المراكز

3-2- العوامل البيئية: و تشمل كل من المحيط الأسري و المدرسي و حتى الطبيعة من مناخ و موقع الجغرافي

أ-الموقع الجغرافي و المناخ: إن المناخ الذي يسود المنطقة التي يعيش فيها الطفل من حرارة أو برودة بالإضافة لموقعها الجغرافي من جبال أو سهول، كلها تؤثر على شخصية الطفل و طبعه فمثلا سكان حوض البحر الأبيض المتوسط يعرفون بقصر قامتهم و سمرة بشرتهم و انبساطهم و انفتاحهم للعلاقات الاجتماعية مقارنة بسكان أوربا الشمالية (بدرة معتصم ميموني 2003)

ب-العوامل الاجتماعية و الثقافية: يختص كل مجتمع بعاداته و تقاليده و دينه و اقتصاده و هذا يؤثر على معاملة الطفل ، ففي نفس المجتمع توجد اختلافات مرتبطة بالطبقات الاجتماعية الثقافية الاقتصادية، و هذا يقلص أو يزيد في حظوظ نمو الطفل .فقد توصلت دراسات (Chiland.C) إلى أن حاصل الذكاء يرتفع حسب ارتفاع السلم الاجتماعي(Chiland.C 1971) كما نلاحظ اختلاف في النجاح الاجتماعي رغم تساوي حاصل الذكاء حسب موقف العائلة و نوع توظيفها للطفل، هذا لأن الاختلافات بين الفئات الاجتماعية مرتبط بالظروف المعيشية مثل الفقر و عدد الأطفال و إنهاك الوالدين و المشاكل العائلية و نوع التربية

أما بالنسبة للعائلة فدورها أساسي لأنها تساعد الطفل على وضع الحجر الأول لتأسيس شخصيته، بحفاظها على بقائه من خلال العناية الأولية التي توفر له كالأكل و الرعاية و الدفء و الحنان و الحب و الأمان، و هذا يلبي حاجات الطفل إلى تقدير الذات و الثقة بالمحيط كما يقلد أفراد العائلة فينمي إمكانياته الفكرية و النفسية و الاجتماعية ،و يتضح لنا هذا من خلال دراسة أثار الحرمان الأمومي على توازن أو عدم توازن الفرد نفسيا و اجتماعيا و جسديا

2-4- العوامل النفسية: إن الطفل ليس جامدا يستوعب دون رد، بل هو نشط و مؤثر على المحيط بسلوكاته و رفضه أو قبوله و بخضوعه أو تمرده.فلكل طفل منذ ولادته إيقاعات خاصة به من حيث نومه و أكله و غضبه و تهيجه وهذه السمات لا تترك المحيط و خاصة الأم جامدة بل تدفعها إلى البحث عن أحسن طريقة للتكيف مع طفلها هذا و إلا تتسبب في اضطرابه المبكر ثم كلما تطور و زاد وعيه بوجوده زاد كلما زاد تأثيره على المحيط و أحسن مثال أزمة الثلاث سنوات التي تكلم عنها (Wallon.H) الذي قال أن الفرد كل بيو-سيكو-اجتماعي (Wallon.H 1986)

3-مجالات النمو:

يمس النمو عدة مجالات في حياة الطفل، نشير إليها كما يلي:

3-1-النمو الحسي حركي :إن النمو الحسي الحركي يعتبر وسيلة هامة لاكتشاف و التحكم في المحيط و هو يعكس الحياة النفسية و النمو السليم للذكاء، فالتجربة تمر عبر الجسد ثم الذكاء و تبنى في الحركة ،هذا ما يقوله (Wallon .H 1968) ، حيث تسبق لغة الحركة اللغة الشفهية،

و ترتبط كذلك بمن يشارك الطفل في هذه الحركة و من يتبادل معه الانفعالات ، و يحكم هذا النمو قوانين محددة

3-2-النمو المعرفي: و هو بناء المعرفة المتعلقة بالمحيط ،و تخزين المعلومات و تطوير استراتيجيات تكييف العضوية مع المحيط و هذه المعطيات قابلة تتحسن بالنضج و التعلم

3-3-النمو اللغوي: و يرتبط بوظائف الجهاز العصبي و الحواس و أعضاء النطق، وبعلاقة الطفل مع محيطه بالإضافة لقوانين اللغة

3-4-النمو العاطفي: ويقصد به ميدان الأحاسيس و الانفعالات،أي كل المشاعر السلبية و الايجابية، و هي مرتبطة بتجارب ذاتية متعلقة بالحياة الخاصة بالفرد (Mazet.P et Houzel.D 1996)

و النمو قد يتبع مسارا سويا بدون مشاكل كبيرة، لكنه قد ينحرف بشكل واضح عن مساره الطبيعي و لهذا سنشير إلى بعض المعايير التي تساعدنا على التفرقة بين ما هو سوي و ما هو شاذ"

4-مفهوم البنية(La structure)

البنية في علم النفس المرضي هي تنظيم ثابت و نهائي سواء كانت الحالة مرضية أو سوية، حيث يعطي فرويد (S.Freud) مثال يوضح فيه معنى البنية "إذا سقط بلور من الكرستال فإنه لا ينكسر كيفما اتفق، بل حسب خطوط الضعف و القوة التي حدثت عند تكوينه و هي خاصة بكل جسم، و هذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور "(J.Bergeret et All 1974) و هذا المثال ينطبق تماما على البنية.

4-1-تكوين البنية: و يتم على ثلاثة مراحل هي

- **المرحلة الأولى**: من الولادة إلى تمايز الأنا، إذا حدثت اضطرابات تظهر نقاط تثبيت

- **المرحلة الثانية**: مرحلة الطفولة و تنظيم الآليات الدفاعية، عند حدوث اضطرابات تظهر نقاط تثبت

- **المرحلة الثالثة**: نهاية الكمون و تكون بنية ثابتة لا يتغير توجيهها الأساسي إلا تحت ضغط كبير، و تنتج بنيتين هما العصابية و الذهانية و بينهما الحالات الحدية

4-2- مكونات بنية الشخصية:و هي كالتالي(S.Freud 1972)

- **مستوى النكوص**: و هو مستوي نكوص اللبيدو و لا يتعدى في الذهان المرحلة الشرجية الأولى و ينكص الأنا إلى مرحلة اللاتمايز. أما في العصاب فينكص الأنا إلى المرحلة الأوديبية و يحافظ على التمايز.أما في الحالات الحدية فينكص الأنا إلى ما بين الشرجية الأولى و الثانية و يحافظ الأنا على التمايز رغم أنه يبقى اتكالي

- **نوع القلق**: الذي يحاول الفرد التحكم فيه، و هو عند الذهاني قلق التفكك و الموت و التلاشي، أما عند العصابي فهو قلق الخصى و الخوف من ارتكاب الإثم، أما في الحالات الحدية فهو قلق ضياع الموضوع و الانهيار

- **نوع العلاقة بالموضوع**: و يقصد بها الطريقة الثابتة التي يربط بها الفرد كل علاقاته مع محيطه و هي عند الذهاني علاقة اندماج تؤدي إلى التواحد و الانطواء و التخلي عن الواقع و تكوين واقع جديد من خلال الهذاء و الهلاوس، أما عند العصابي فهي علاقة ثلاثية، و عند الحدي فهي علاقة ثنائية إتكالية

- **طبيعة الصراع**:و هو نوع الصراع الذي يربط بين الفرد و مواضيعه و العالم الخارجي، و هو عند الذهاني بين الهو و الواقع لأن الأنا غير موجود، أما عند العصابي فهو صراع بين الدوافع و الأنا الأعلى و عند الحدي فالصراع بين الأنا الميثالي و الهو لأن الفرد نرجسي

- **الآليات الدفاعية** :التي تستعملها كل بنية للدفاع ضد المخاطر الداخلية أو الخارجية و هي عند الذهاني آليات النفي و تجاهل الواقع و ازدواجية الأنا و الإسقاط، أما عند العصابي فهي متطورة مثل الكبت و التحويل و التكوين العكسي، و عند الحدي فهي ازدواجية الصورة الهوامية فالأنا يتشوه دون أن ينفجر

عند الطفل و المراهق البنية لم تكتمل بعد لأن ذلك يحدث في نهاية المراهقة، و من هنا صعوبة التنبؤ بالمسار الذي سيأخذه الاضطراب، فظهور أعراض عصابية في هذه السن قد تشفي إذا

كانت الظروف الداخلية و الخارجية حسنة، و قد يتثبت في عصاب مبني و قد ينكص مع رداءة الظروف إلى ذهانات و لهذا لا نتكلم عن بنيات مرضية بل عن تنظيمات قابلة للتغيير و هنا يبرز دور التشخيص المبكر للعلاج و تجنب ترسخ الاضطراب

المحاضرة الثالثة:

السواء و الشذوذ

(Le normal et le pathologique)

1-محكات السواء و الشذوذ: لقد تنوعت المحكات المميزة بين السلوك العادي(السوي) و السلوك غير العادي(اللاسوي).و رغم ذلك يبقى التمييز بكل وضوح غير ممكن بين السلوكين، و يمكن الكلام على المعايير التالية :(Ajuriaguerra(J)1978)

1-1-محك غياب العلامات المرضية: و يقصد به الخلو من المرض ولهذا فان أغلب الناس وفق هذا المحك يفترض أن يكونوا أصحاء بمعنى أنهم يظهرون علامات غير مرضية، أما الباقي فهم غير أسوياء. و ينتظر من اغلب الناس أن يسلكوا سلوكا معقولا و في حدود المدى الطبيعي، فمثلا: القلق و الاكتئاب المعتدل آو المتقطع حالات لا نعتبرها غير سوية إلا إذا أدى تواجدها إلى عرقلة واضحة أو إعاقة الجماعة.

1-2-<u>المحك الإحصائي</u>: ينطلق هذا المحك من المقاييس النفسية، فإذا تم قياس أي سمة من سمات الإنسان فان قيم هذا القياس عند التمثيل البياني سوف يأخذ شكل منحنى غوس أي المنحنى الجرسي، إذ يرتكز اغلب الناس بالقرب من المنتصف و يقل عددهم كلما اتجهنا إلى طرفي المنحني، و منه فإن اللذين يحصلون على درجات متوسطة يمثلون غالبية الأفراد أو العاديين، و غير العادي هو المنحرف عن المعيار أو المتوسط فالسلوك السوي هو السلوك الشائع، و لكن ليس كل ما هو شائع سوي و كل ما هو قليل شاذ و هذا ما أخذ من عيوب على هذا المحك.

1-3-<u>المحك المثالي</u> : يقوم على أساس اعتبار العادي من السلوكات هي المثالية و المرغوبة، بوصف السلوك المثالي أكثر من وصف السلوك المعقول أو المتوسط ،إذا الشخص العادي يعتقد انه جيد، معقول، ناضج، يعمل، متماسكا بطريقة جيدة، خالي من العقد المعرقلة،واقعي، و لكن الواقع يبين أنه لا يوجد إنسان واحد يمكن أن ينطبق عليه هذا المحك ليوصف بالصحيح نفسيا، و اغلب الناس لديهم مشاكل انفعالية بدرجات متفاوتة من الشدة و التي يتعاملون معها بدرجات مختلفة من النجاح.

4-1-محك القبول الاجتماعي: يقوم على أساس الحكم على السلوك فقط في إطار المجال الاجتماعي الذي يحدث فيه، فإذا اتفق هذا السلوك مع التوقعات المعيارية للمجتمع فانه يصبح سلوكا عاديا، و إذا كان غير ذلك فانه يعتبر سلوكا منحرفا و غير عادي ، إذ يمكن ملاحظة عاملين مهمين هما:

-هناك بعض السلوكات يمكن اعتبارها عادية في المجتمع إلا أنها غير عادية في المجتمع الثاني.

-يوجد أشكال من الاضطرابات النفسية في بعض المجتمعات لا توجد في البعض الأخر.

أما عند الطفل فمشكل السواء و الشذوذ مطروح بصفة أكبر منه عند الراشد، لان الطفل يواجه لا محال مشاكل نفسية متعددة خلال نموه و تطوره و يجد نفسه مجبر على الرجوع إلى بعض الأعراض ليواجه هذه المشاكل، و لهذا وجود أعراض حتى لو كانت ظاهرة و مقلقة فهي لا تفصل بين السوي و المرضي. فالمختص في علم النفس المرضي للطفل و المراهق عند التعامل مع الطفل لابد أن يضع في منظوره مآل الأعراض بما يخص نمو الطفل،

وقد تظهر حسب السن بعض الأعراض تساعد الطفل على التحكم في دوافعه و في المحيط الخارجي مثل بعض طقوس الاغتسال و النوم، كما أن وتيرة النمو ليست متساوية في كل الجوانب حيث تتطور وظائف بسرعة و أخرى ببطء حيث تأتي كل مرحلة بإمكانيات جديدة تساعد على التخلص من صراعات المرحلة السابقة، و هذا الوضع يتطلب من المختص الدقة و الحذر و عدم التسرع في التشخيص كما أن للعائلة دور كبير في مساعدة المراهق على اجتياز الأزمة بسلام. (Bergeret.J 1974)

و عليه لا توجد حدود واضحة بين السواء و الشذوذ إذ ليس هناك سواء مطلق. فكل الأفراد معرضون للشذوذ في وقت أو آخر من حياتهم، إذ يصبح شاذا كل من يتعرض لظروف صادمة تفوق طاقته الدفاعية و التكيفية فيكون الاضطراب مزمن أو مؤقت.

كما يمكن اعتبار التكيف رمز للسواء على أن لا يكون التكيف هو تقبل قوانين و قيم المجتمع و الامتثال له، بل يعني العملية النشيطة التي تجعل الفرد مرنا قادرا على تحمل التغير و الإحباط

وتغير حياته بحيث يقول Nuttin "الديناميكية الأساسية للتكيف ليست التكيف مع المحيط بل تحقيق الذات في المحيط"(Nuttin J 1967)

فالفرد سوي مادامت لديه مرونة كافية تسمح له باستعمال طاقته بطريقة منظمة تساعده على الوصول إلى أهدافه و الابتكار، و كلما كان قادرا على التحكم في نقائصه دون أن تثير آلامه ومشاعره بالفشل ولا نبذ المجتمع له فالسواء نسبي.

سنحاول التطرق إلى أهم الاضطرابات التي يمكن أن يعاني منها الطفل بدأ من الاضطرابات الثقيلة النمائية التي تبدأ مع حياة الطفل كالذهانات و التخلف، ثم نتدرج نحوى الاضطرابات الأقل خطرا على نمو و تطور الطفل كالعصابات و الاضطرابات الجسدية و السلوكية

المحاضرة الرابعة:

ذهانات الطفولة

(Les psychoses de l'enfant)

1-مدخل:

لمدة طويلة من الزمن كانت تطبق على الطفل اصطلاح المرضية عند الراشد و تحت تأثير أطباء العقل الأمريكيين أمثال (B.Bettelheim-M.Mahler-L.Kanner) و (D.Winnicott) و (S.Lebovici) من أوروبا و فرنسا، برز مفهوم ذهانات الطفولة بعدما كانت كل الاضطرابات التي يعاني منها الطفل عبارة عن تخلف ذهني(Mazet(Ph),Houzet(D)1996)، و تضم الذهانات نمطين متميزين من الاضطراب هما:

-**الذهانات المبكرة**:التي تظهر خلال 3 أو 4 سنوات الأولى من حياة الطفل سواء كانت تواحدية أو مصحوبة بالتخلف الذهني و تمس العلاقات الأولى للطفل و هو اضطراب خطير في الوظائف المعرفية و الاجتماعية .

-**الذهانات المتأخرة** :التي تظهر بعد سن 4 أو5 سنوات و التي تمس الطفل بعد اكتسابه أو تحكمه في وسائل الاتصال خصوصا اللغة و هو انهيار خطير في وظائف الشخصية و غالبا ما يبدأ في سن السابعة.

يرى الباحثون أن فصام الطفولة (ذهانات الطفولة) هو شكل من الأشكال المبكرة لفصام الراشد، بينما التواحد (الذهانات المبكرة) حالة متميزة في أعراضها و مسارها

2-شيوع ذهانات الطفولة :

2-1-غالبا ما تبدأ ذهانات الطفولة إما قبل سن الثالثة أو بعد سن السابعة .

2-2-إن ذهانات الطفولة هي اضطرابات نادرة في جميع الأعمار .

2-3-يزداد ظهور ذهانات الطفولة عند الذكور بالمقارنة مع الإناث .

3-الذهانات المبكرة (Les psychoses précoces)

3-1-التواحد:أو الإجترارية (L' autisme)

أول من عرف التواحد كاضطراب متميز هو (Leo Kanner) عام 1943 ،إذ اتضح عن طريق الملاحظة الدقيقة أن سلوك الأطفال التواحديين يختلف عن سلوك المصابين بالفصام أو التخلف العقلي، واعتبر العزلة و عدم الاتصال بالآخرين هي العرض الأساسي للتواحد بالإضافة إلى اللغة المحدودة جدا و الرغبة الكبيرة في المحافظة على الأشياء دون أي تغيير، و قد قادته هذه الأعراض إلى الاعتقاد بان الاضطراب حالة من الانسحاب الاجتماعي تظهرتنيجة لاضطراب النمو الانفعالي و الاجتماعي للطفل، و لا علاقة لها بالقدرات الذهنية إذ أنه اعتبر هؤلاء الأطفال من ذوي الذكاء المتوسط استنادا إلى حالتهم الجسمية الجيدة و قدرتهم على القيام ببعض المهمات التي تتطلب التذكر الآلي من جهة أخرى.

إذن يمكن الاعتماد على الأعراض التالية لتشخيص هذا الاضطراب:

3-1-1-عدم القدرة على الاتصال بالآخرين و العزلة:(l isolement)

لا يظهر الأطفال التواحديين علامات الاهتمام الاجتماعي مثل (التتبع بالنظرات، أو الابتسام) و يفشلون في إظهار الحركات المتوقعة من الأطفال مثل (العناق و الاحتضان) و في سن لاحق لا يظهرون أي نوع من التعلق بالوالدين و لا يهتمون لوجودهم أو لغيابهم، و غالبا ما يتعاملون مع الناس كما يتعاملون مع الأشياء.

3-1-2-الإصرار على الرتابة و المحافظة عليها :(les stéréotypies)

الطفل التواحدي يتمسك بالرتابة في نشاطاته و محيطه بعناد شديد فهو قد يجلس يحملق في الفراغ دون أن تصدر عه أي حركة، و في أحيان قد ينشغل بسلوك متكرر ساعات طويلة، و في الحالتين فهو لا يتحمل المقاطعة مطلقا فإذا تحدث إليه احد فانه لا يظهر أي علامة لسماع ما يقال له، و في حالة التدخل في انشغاله الذاتي أو أخذ حاجة تخصه يتعرض لحالة شديدة من الغضب و التهيج، وهو لا يتحمل أي تغيير في محيطه المادي.كما يمكن أن يظهر تكرار في الحركات تشمل كل الجسد أو جزء منه أو يكرر الكلمات أو الحروف

3-1-3-العجز عن فهم المثيرات الخارجية:

يعان أيضا هؤلاء الأطفال من عجز واضح في فهم المثيرات الخارجية بالقياس إلى الأطفال العاديين و الأطفال المصابين باضطرابات أخرى، فهم يعانون من صعوبات في فهم المواد اللفظية و غير اللفظية مثل الرموز و تعبير الوجه .

3-1-4-الشذوذ اللغوي: (les troubles du langages)

أغلب الأطفال المصابين يصلون إلى سن الخامسة دون أن يتعلموا الحديث بلغة مفيدة، و حتى الذين يتعلمون اللغة الشفوية يبدو حديثهم غريبا إذ يكررون الكلمات التي تقال أمامهم آليا(Echolalie)، أو يخلطون في أقسام الكلام ولا يميزون بين الفعل و الفاعل وهم غالبا ما يستخدمون الضمائر الشخصية بشكل خطأ فالطفل التواحدي يتكلم عن نفسه في ضمير الغائب.(Ajuriaguerra 1978)

3-2-طبيعة الاضطراب:

اعتبر التواحد و لسنوات عديدة حالة من الانسحاب الاجتماعي، و مع ظهور الدراسات الامبريقية الحديثة أحدثت نقلة كبيرة و قدمت الدليل على انه اضطراب نمائي يتكون أساسا من العجز المعرفي، الذي قد يرد إلى شكل من أشكال العجز في الدماغ، و يقود هذا العجز المعرفي إلى ظهور أعراض المرض .و ما يدعم هذا الاتجاه هو أن:

-أن الأطفال التواحديين يظهرون تأخرا واضحا في النمو الحركي(تعلم الجلوس، و المشي)

-اغلب الأطفال يمارسون بعض الحركات الغريبة مثل المشي على رؤوس الأصابع أو ضرب الرأس بالأشياء الصلبة.

3-3-مسار الاضطراب :

خلال السنوات الأولى خاصة العام الأول من حياة الأطفال التواحديين نلاحظ نقص في الاستجابة و بعض التأخر في النمو الحركي، و بين سنة واحد و خامسة سنوات تظهر جميع الخصائص المميزة لهذا الاضطراب بوضوح، و ابتداء من سن الخامسة يبدأ الأطفال في التخلص

من عدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية و يصبحون أكثر استجابة للآخرين بالمقارنة مع السنوات السابقة، رغم ذلك يستمرون في المعاناة من صعوبات إدراك واقع المواقف الاجتماعية و صعوبات الحكم على سلوكهم، الأمر الذي يقودهم إلى عدم إقامة الصدقات و عدم الانسجام في المواقف الاجتماعية .

و قد تختفي بعض أنواع السلوك الرتبة و الغريبة خلال الطفولة الوسطى و تحل محلها أنواع أخرى من السلوك مثل الانشغال الدائم بجدول الضرب أو الاهتمام بالروتين .و تستمر المشكلات اللغوية إلى المراهقة و الرشد، يظهر الطفل التواحدي ذكي رغم فقر النشاط و العزلة التي يعيشها وهو في صحة جسدية جيدة. (Geissman(P),Geissman(C)1984)

3-4-أسباب الاضطراب : تتدخل في ظهور هذا الاضطراب عدة أسباب يمكن عرضها بالرجوع إلى وجهات النظر المختلفة في تفسير هذا الاضطراب

3-4-1-وجهة النظر التحليلية :

يعتقد المحللون أن التواحد اضطراب عاطفي ينتج عن الخبرات النفسية الاجتماعية المؤلمة، حيث أنهم يرون أن أمهات هؤلاء الأطفال يتميزون بخصائص شخصية معينة تتمثل في التشاؤم و القلق الحاد و الوسواس والبرود العاطفي، الأمر الذي يمنعها من تقديم الدفء و الحب لطفلها، و يجعلها تنبذ الطفل الذي يلجأ بدوره إلى آلية دفاعية تتمثل في العزلة الاجتماعية ضد النبذ الذي يتعرض له.

غير أن وجهة النظر هذه لم تقدم أي دليل على صحة ما تذهب إليه، و أن الدراسات الحديثة أثبتت أن أمهات هؤلاء الأطفال لا تختلفن عن أمهات الأطفال العاديين من حيث خصائص الشخصية و لا تتسم أساليب التعاملهن مع الأطفال بالبرود أو النبذ و لا تعانين من أي اضطراب في الشخصية.(Freud.A 1968)

3 -4-2-وجهة النظر السلوكية :

فهي تنسب هذا الاضطراب إلى الضغوط المحيطية الشديدة التي يتعرض لها الأطفال، و إلى طرق التعامل غير الصحيحة بين الوالدين و الطفل و إلى افتقار المحيط الأسري للمثيرات الضرورية للنمو الاجتماعي السليم .غير أن هذه التفسيرات لم تقدم هي أيضا الدليل على صحة أقوالها .

3 -4-3-وجهة النظر العضوية :

تنسب سبب حدوث هذا الاضطراب إلى عوامل بيولوجية تعود إلى العجز الوراثي أو المكتسب في فيزيولوجيا الجهاز العصبي .

و يبذل الباحثون جهودا كبيرة للتعرف على الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب حيث تشير النتائج المتوفرة في الوقت الحالي إلى أن الاضطراب ينتج عن عوامل متعددة، غير أن العوامل البيئية أو النفسية الاجتماعية لا تلعب دورا سببيا مهما في نشوئه. كذلك لا تشير المعلومات المتوفرة إلى انتقال الاضطراب عن طريق الجينات الوراثية. كذلك اضطراب شخصية الأم أو العلاقة بينها و بين طفلها لم تثبت صحتها، و كذا فيما يخص الوسط الاجتماعي الأسري و افتقاره للمثيرات الضرورية. و هكذا يتبين من جهة أخرى إن النتائج التي تدعم السبب البيولوجي يظهر من خلال العدد الكبير من الحالات التي تكون قد تعرضت لتعقيدات أثناء الحمل و الولادة أو تعرضت إلى اضطرابات الأيظية أو لبعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية ، و أيضا وجود الشذوذ النيرولوجي الذي تبينه دراسة موجات المخ (Geissman(P),Geissman(C)1984)

و رغم كل هذا فإن هذه النتائج ليست نهائية حيث أنها لم تظهر عند كل الأطفال التواحديين والبحث مازال مفتوح .

3-5-أنواع أخرى للذهانات المبكرة:

3-5-1-الذهان التكافلي:(Psychoses Symbiotiques)

تم وصفه من طرف الباحث (M.Mahler) في سنة 1952 ،و هو عبارة عن تثبت أو نكوص إلى مرحلة أقل تمايز من مراحل نمو الشخصية، بمعني العودة إلى مرحلة الموضوع الجزئي الذي يضمن الإشباع، حيث تظهر الأعراض التالية:

- عدم التناسق في التطور مع إنجراحية كبيرة اتجاه أي نوع من أنواع الحرمان مهما كانت صغيرة

-استجابة مبالغة للفشل حتى لو كان طبيعي في مرحلة النمو(الطفل يعزف عن المشي لمدة طويلة بعد سقوطه)

-قلق الانفصال كبير في مناسبات عادية مثل التحاق الطفل بالروضة أو دخوله إلى المستشفى

خلال السنتين الأوليتين لا يظهر اضطراب خاص في حياة الطفل، ما عدى في بعض الأحيان مشاكل في النوم حيث يظهر الطفل كثير البكاء أو حساس جدا،ولكن تظهر الاضطرابات بصفة تدريجية أو فجائية بعد تعرض الطفل إلى حوادث تتعلق بالانفصال عن الأم، الأمر الذي يسبب تفكك مصحوب بفقدان بعض الوظائف تتبعه إعادة تنظيم الطفل لشخصيته حول شكل ذهاني، حيث يظهر بعض السلوكات الغريبة مثل مسح اليد بمجرد ملامستها من طرف غريب أو أخذ وضعيات متعبة لفترات طويلة (catatonique) .و قد تجمع هذه الحالة بين أعراض التواحد و التكافل

3-5-2-الذهان التخلفي :(Psychoses déficitaires)

و هو عبارة عن تعايش لعرضية ذهانية مع أخرى تخلفية تكون مصحوبة أو لا بإصابة عصبية و تظهر بالأعراض التالية

-يظهر النمو متخلف عموما بصفة كلية أو جزئية، بمعني أن التخلف يمس بعض الميادين و لا يمس الأخرى

-تظهر اضطرابات حسية حركية مع اضطراب الهوية الذاتية، و التوجه الزمني المكاني و اضطرابات الضغط العضلي،

-اضطراب اللغة و استعمال الكلام و الاتصال

-اضطرابات التغذية مثل فقدان الشهية العصبي المبكر

-اضطرابات السلوك المبكر مثل التهيج و الانطواء التواحدي و العدوانية و إيذاء الذات مرتبطة بوضعيات الحرمان،

-القلق يظهر على شكل نوبات متزايدة الشدة أو إنفجارات(PH.Mazet et D.Houzel 1993)

و للملاحظة يمكن للتخلف الذهني أن يكون نتيجة للذهان المبكر

3-6-المؤشرات المبكرة للذهانات المبكرة: (R.Mises et M.Moniot 1970

يحدث التشخيص في سن الثالثة و لكن يمكن التعرف على الذهان المبكر خلال السنة و نصف الأولى من حياة الطفل و ذلك من خلال المؤشرات التالية

-اضطرابات مبكرة جدا في التغذية مثل غياب المص ،تقيء ،فقدان الشهية

-اضطرابات النوم مثل الأرق المبكر المصحوب بالتهيج و خصوصا الهادئ

-غياب الاتجاه نحو الأخر عند حمل الطفل يبقى جسده بعيدا عن جسد حامله و لا يرفع يداه في اتجاه الشخص الذي يريد حمله

-غياب المنضمات الأولى مثل الابتسامة للوجه البشري و قلق الشهر الثامن

4-الذهانات المتأخرة : (Les psychoses tardives)

هو عبارة عن انهيار أو تدهور خطير في بعض القدرات المعرفية و الاجتماعية تظهر عند أطفال تمكنوا من وسائل الاتصال ذكاؤهم في حدود العادي و تكيفهم حتى الإصابة بالمرض كانت عادية، و يتميز بنفس الخصائص التي تميز فصام المراهقة و فصام الراشد و التي تتلخص فيما يلي :

- اضطراب عمليات التفكير و الإدراك غير الدقيق للواقع
- الانسحاب من العلاقات الاجتماعية .
- عدم القدرة على التحكم في الأفكار و المشاعر و السلوك.
- تشوه الحياة الانفعالية و اضطرابها

و بالتالي فان فصام الطفولة يقع على متصل واحد مع فصام المراهقة و فصام الراشد، غير أن سن المضطرب تلون الطبيعة الخاصة بأعراض الاضطراب.و قد يظهر بصفة فجائية أو تدريجية لا يهتم له المحيط إلا عندما يسجل الطفل تأخرا في التحصيل الدراسي

و يمكن الاعتماد على الأعراض التالية لتشخيصه:

4-1-الهذيان:**(Delire)** و هي المعتقدات الزائفة التي يتمسك بها الفرد رغم قيام الأدلة الموضوعية على خطئها و سخفها و يمس عملية التفكير، حيث تنتاب المصاب مخاوف من أشياء غير حقيقية مثل الخوف من التسمم، أو قد يحكي قصصا غريبة عن أعداء خطرين و عن مخاطر يتعرض لها

أو عن أصدقاء خياليين، أو عن وجود قوى خارقة تحميهم من المخاطر، أو رؤية أنفسهم على أنهم حيوانات أو أماكن أو أنهم فقدوا عضوا معينا فنلمس صعوبة في الوعي بالجسد كوحدة ثابتة. لكن لا يظهر الهذيان قبل سن السادسة و لا يكون منضم مثل هذاء الراشد

4-2-الهلاوس:**(Hallucinations)** و هي المدركات الحسية الخاطئة التي لا تنشأ عن موضوعات واقعية في العالم الخارجي، و الشخص ذو الهلوسات يقول انه يرى أشياء أو يسمع أصوات أو يشم روائح لا وجود لها على الإطلاق (أي هلاوس سمعية بصرية أو حسية)، مثال : قد يسمعون أصوات تأمرهم بالقيام بنشاطات مختلفة و قد يتبادلون الأحاديث معها أو يشتغلون بها إلي درجة تمنعهم من الانتباه إلى الأشياء الواقعية في حياتهم.

4-3-العزلة: **(L isolement)** تكون مهاراتهم الاجتماعية ضعيفة، لا يرغبون في إقامة الصداقات مع الآخرين و يفضلون الوحدة و الانعزال و لا يشاركون في النشاطات الاجتماعية مثل الرحلات المدرسية و السباقات، واللعب الجماعي كما أنهم غير مستقرين علاقاتهم سطحية.

يظهر الفصامي عدم القدرة على التحكم في المشاعر و الانفعالات حيث يبدي تهيج كبير و عدم السيطرة على السلوك بشكل عام، و ذلك عندما تسيطر بعض الأفكار غير المقبولة اجتماعيا مثل العداوة و الاهتمام بالأشياء المرعبة و التي تقود إلى عدم التحكم في السلوك من جهة، و عدم التمييز بين الواقع و الخيال من جهة أخرى. النشاط المدرسي مضطرب، اللغة تظهر تفكك التفكير و غموضه فيستعمل المصاب ثرثرة بدون معنى أو خرس. كما قد يظهر تناوب بين الانطواء و العزلة و التعبير عن الانفعالات الاكتئابية و يتخللهما تهيج ليعطي ما يسمى بالذهان الانفعالي.(PH.Mazet et D.Houzel 1996)

4-4- مسار الاضطراب: يبدأ فصام الطفولة خلال سنوات الدراسة الابتدائية على العموم، فتظهر أعراض الفصام و تختفي بسرعة مما لا يساعد على تميزها عن السلوك غير الفصامي. وحين يتقدم

الأطفال في السن تصبح الأعراض أكثر ثباتا ووضوحا و في غياب العلاج المناسب تشتد الحالة و تصبح ثابتة في سن الثانية أو الثالثة عشر.

4-5-أسباب الاضطراب: أسباب متعددة يمكن عرضها كالتالي

4-5-1-العوامل الجينية :

على العكس من التواحد يظهر تواتر الفصام الطفولي في الأسر المصابين أكثر من تواتره في السكان العام، و التواتر مرتفع عند أقارب الأطفال الذين يصابون بالفصام خلال الطفولة الوسطى أو المتأخرة و هو يساوي التوتر الموجود عند أقارب المراهقين و الراشدين الفصامين.

و قد أوضحت ذلك دراسات عديدة منها دراسة " هانسون" و "جوتسمان" (Gottesman and Hanson)في عام 1976 و هو يؤكد فكرة أن فصام الطفولة يقع على متصل واحد مع فصام المراهق و الراشد. كما توصلت دراسة أخرى إلى معلومات توضح أثر العوامل الجينية في نشوء الفصام من جانبين

الأول أن تواتر ظهور الفصام عند الأطفال الذين ينحدرون من أبوين فصاميين يبلغ أضعاف تواتر ظهوره عند الأطفال الذين يكون احد والديهم مصاب بالفصام (الأب أو الأم)

و الثاني أن نسبة تواتر ظهور الفصام عند التوائم المتماثلة أعلى كثيرا من نسبة تواتره عند التوائم المغايرة، إذ تبلغ نسبة تواتره عند التوائم المتماثلة حوالي 51.1 % و عند الإخوة غير التوائم 8.2.

ويشير هذا الدليل إلى تدخل العوامل الوراثية في نشوء الاضطراب.

4-5-2-العوامل النفسية الاجتماعية :

يرى أصحاب هذا المنظور أن الوالدين الفصاميين يتعاملان مع الأبناء بطرق باتولوجية تقود إلى الإصابة بالفصام، و عندما يكون احد الوالدين مصابا بالفصام و الأخر سويا فان نسبة تواتر ظهور الفصام عند الأبناء تقل عن نسبة تواتره عند أبناء الوالدين الفصاميين، و ذلك لأن الأبناء يتعرضون إلى طرق باتولوجية في التعامل من أحد الوالدين بينما يعلمهم الآخر الطرق السليمة، و بالطريقة نفسها فالتواتر العالي لظهور الفصام بين الأخوة و التوائم يكون نتيجة لمحيط التعلم الاجتماعي الواحد و المشترك.

غير أن فرضية المحيط الاجتماعي المشترك هذه لا يمكنها أن تفسر لماذا تختلف نسبة تواتر الاضطراب عند التوائم المتماثلة و التوائم المغايرة، مع العلم أن التوائم المغايرة غالبا ما تتعرض لنفس أساليب التنشئة التي تتعرض لها التوائم المتماثلة. كما وجد الباحثون أن التوائم المتماثلة التي نشأت في محيط مختلف تماما قد أظهرت نسبة من التواتر متماثلة مع نسبة التواتر التي ظهرت عند التوائم المتماثلة التي نشأت في نفس المحيط.(Duche.D et Stork.H et Tomkiewicz.S 1969)

و من خلال كل ما سبق يظهر أن جميع النماذج العضوية و النفسية الاجتماعية، قد أسهمت في زيادة فهم هذا الاضطراب غير أنها لم تتمكن من تقديم التفسير الواضح لأصوله.و لهذا ظهر نموذج يرى أن الفصام ينتج من تفاعل كل العوامل و يسمى بالتناول التفاعلي .

4-5-3-النموذج التفاعلي (الاستعداد / الضغط):

يعتبر هذا النموذج أوسع النماذج قبولا في أسباب الفصام و هو يفترض أن عوامل جينية معينة و عوامل نفسية اجتماعية محددة ضرورية للإصابة لانفصام، حيث تشير العوامل الجينية إلى الاستعداد أو القابلية للإصابة بالاضطراب و يشير مصطلح الضغط إلى العوامل المحيطية-النفسية و الاجتماعية .1984(Geissman(P),Geissman(C)

فعندما يرث الفرد استعدادا قويا للإصابة بالفصام فهو قد يصاب به حين التعرض للضغوط النفسية الاجتماعية البسيطة غير الشديدة، أما الفرد الذي لا يمتلك مثل هذا الاستعداد التكويني أو يمتلك مقدار قليلا منه فهو قد لا يصاب بالفصام رغم الظروف المحيطية و الاجتماعية السيئة التي يعيش فيها .

و قد صاغ Zubin et Spring نموذج الاستعداد / الضغط وفقا لعتبة القابلية للمرض، و يفترض الباحثان أن كل فرد يظهر درجة من القابلية للمرض تتحدد بالعوامل الجينية و المحيطية معا، و تعتبر هذه القابلية خاصية للتحمل أو سمة من سمات الفرد، و أن لكل فرد قدرة على التعامل الفعال مع المشكلات التي تواجهه و هذه القدرة هي دالة على مهارات الفرد و قدراته و مدى الجهد الذي يبذله.و يوضح هذا النموذج أنه كلما كانت قابلية الفرد للاضطراب ضعيفة و كلما كانت الوقائع

الحياتية (العوامل المحيطة النفسية الاجتماعية) التي تضع الفرد في خطر الإصابة بالفصام قليلة تصبح عتبة الفرد عالية ضد الإصابة بالفصام. و على النقيض من ذلك فكلما كانت قابلية الفرد

للاضطراب قوية – عالية – و كلما كانت الضغوط النفسية و الاجتماعية كثيرة أصبحت العتبة ضعيفة.

فعندما يبقى ضغط الوقائع الحياتية دون عتبة قابلية الفرد أي أقل منها، فسوف يستجيب الفرد استجابة سوية، و عندما يتجاوز الضغط هذه العتبة أي يكون أعلى منها يظهر الاضطراب.

5-ذهانات المراهقة: (Les psychoses de l'adolescences)

تكتسي أعراض ذهانات الراشد و لكن أقل تنظيما، فتظهر فيها عدم التماسك و انقطاع العلاقة مع الواقع و قد تكون بمثابة الدخول في حالة فصام الراشد، يبدأ بانحطاط تدريجي للنشاط العام مع نقص في الاهتمام، ثم تظهر العزلة و الخمول و الكف و النكوص إلى سلوكات طفلية تصحبها أعراض استحواذية و رهابية و غرابة في السلوك مع شعور بالتجزء ثم يبدأ التفكك،لكن قد تكون البداية مفاجئة و عنيفة مصحوبة بالهذيان و الهلاوس السمعية خاصة، مع نوع من الخلط الذهني كما يكون مصحوب بفترات من الاكتئاب و التباطؤ الحسي الحركي و فقدان الإحساس بالشخصية. و لكن علينا الحذر و التركيز على أن هذه المرحلة حافلة بالتغيرات التي تحدث اضطرابات مؤقتة مثل الخجل و الانطواء و العدوان و الاهتمام بالجسم، و هو سلوك متطرف و منفرد يدل على البحث عن الهوية ولهذا لا بد من دراسة معمقة للحالة لتجنب الخطأ في التشخيص. و لكن في حالة الفصام فإن هذه التغيرات تدوم و تعلن عن التفكك. (Geissman.C1984) ونجد فيه ثلاثة أنواع هي:

-الهبيفرينيا (Hebephrenie)و هو اضطراب انفعالي مصحوب بالتفكك و الخمول

-فصام البرانويدي (Paranoide) و هو هذيان مختلط و متنوع

-الفصام التخشبي (Catatonique)يأخذ المراهق وضعيات متخشبة و يظهر العنف و الاعتداء و التلاشي

6- الخلفية النظرية للذهان عند الطفل:

سنحاول أن نعرض الخلفية النظرية للذهان من خلال وجهة نظر بعض الباحثين الذين عملوا كثيرا في هذا المجال و من أمثالهم:

- كلاين (M.Klein)و التي ترجع الذهان إلى تطور مرضي في ميكانزمات الوضعية الفصامية- الهذائية (Schizoparanoides)، و التي يفصل فيها الطفل الأشياء إلى أشياء طيبة و أخرى سيئة، حتى الأنا يقسم بنفس الطريقة أي أنا طيب و أخر سيئ، و هذا يمنعه من خبرة الوضعية الاكتئابية لبناء الواقع في موضوع كلي مصدر للتجاذب الوجداني و القلق. فإذا خبر الطفل في هذه المرحلة تجارب سيئة فإنه يتخلص من الجزء السيئ من الأنا بإسقاطه على الموضوع الخارجي كمحاولة لإعادة بناء الأنا، و في نفس الاتجاه يقول بيك (Beck.E) أن الطفل يبني الجلد النفسي (La peau psychique) و هي ظرف يحوي أجزاء الأنا لينجح في بناء العلاقة مع الأم، و الفشل في ذلك يرجع إلى عدم تناسق الموضوع مع متطلبات الطفل و تصبح علاقة الطفل بالموضوع لاصقة (Adhésive). أما مالر فيرى أن الطفل يلغي إدراك الأم و تصور العالم الخارجي و الفشل في استثمار الأم كمحتوى موجه يسبب اعوجاج في الأنا (Mazet.Ph et Huozel.D1996)
- بتلهايم (Bettelheim.B) يحتاج الطفل أن يشعر أن أفعاله تؤثر على المحيط لتجلب له الإشباع، و لهذا لابد أن تعرف الأم القيام بالفعل المناسب لإشباع طفلها بعد أن تتركه يعبر على حاجته للحركة و الطلب، فإذا تعاملت معه على أنه شيء تنمي لديه الإحساس أنه تابع لها فهو موضوع جزئي نرجسي، وهكذا فالأم لا تستجيب لطلب الطفل بل تلبي هي متى تشاء و لهذا لا يخبر الطفل هذه التجربة أنه قادر على تغيير المحيط فيشعر بفقدان الأمل، فيسحب استثماره من العالم الخارجي و ينطوي على ذاته و يتحاشى أدنى طلب ليتحاشى الإحباط و بهذا الانغلاق يصبح فقير و يدخل في حالة الذهان (Mazet.Ph et Huozel.D1996)
- ونيكوت (Winnicott.D w) يرد هذا الباحث ظهور الذهان إلى فشل المحيط و خصوصا الأم في التكيف مع الطفل، الذي يعيش باستمرار حالة كبيرة من القلق التي تكون وضيفة الأم إبقاءها

بعيدة عنه، فإذا فشلت في ذلك فإن القلق يحتوي الطفل الذي يسقط في الذهان (Huozel.D1996 (Mazet.Ph et

المحاضرة الخامسة:

التخلف الذهني:

(Le retard mental)

المتخلفون ذهنيا هم الأطفال الذين يعانون من نقص في مستوى الذكاء يجعلهم غير قادرين على الاستجابة مثل أندادهم في نفس المواقف،Perron(R)1972) و قد تمكن المختصون تصنيفه إلى أربعة مستويات:

1-تصنيف التخلف:

1-1-التخلف العميق جدا :

في حالة التخلف العميق جدا يصبح مستوى الذكاء لا يتجاوز ما بين 2 و3 سنوات، و يظهر منذ الطفولة الأولى حيث يضر بكل مراحل النمو، حيث لا يعيش هؤلاء الاطفال إلا في المؤسسات المتخصصة لغتهم تقريبا منعدمة و لكنهم قد يتواصلون بواسطة الإشارة أو كلمات معزولة، ليس لديهم استقلالية ذاتية كما أن حركتهم محدودة و لهذا يحتاجون إلى رعاية مشددة، و حالتهم تصبح أكثر عرقلة بسبب اضطرابات عضوية يترتب عليها قصر حياتهم مع سلوك بدائي لا يسمح بالاستقلالية (التغذية و الإخراج و اللغة).

1-2-التخلف العميق :

تعاني هذه الفئة من الأطفال من نفس المشاكل التي يعاني منها الطفل المصاب بالتخلف الذهني المتوسط و التي ستذكر لاحقا، إلا أن الاضطرابات تكون أكثر خطورة و وضوحا مما يجعل اكتساب الاستقلالية أمر صعب، فلغتهم بدائية جدا و كذلك مهامهم، في هذه الحالة لا يتجاوز العمر العقلي للراشد المتخلف 6 سنوات، و لكن سلوكاته تسمح ببعض الاستقلالية، و اللغة تسمح بالتواصل. يبقى هؤلاء الاطفال عاجزون عن الانتماء إلى المدارس و تعلم الكتابة. و يحتاجون إلى رعاية قريبة جدا بسبب قدراتهم الحركية المحدودة و إصاباتهم الصحية متكررة

1-3- التخلف المتوسط:

يتعلم أطفال هذه الفئة الكلام و لكن لا يتعلمون التواصل مع محيطهم ما عدا تبادل بعض المعلومات البسيطة، تعلم اللياقات الاجتماعية يتطلب الكثير جدا من المجهود من طرف المحيط، و تبقى استقلاليتهم الذاتية محدودة جدا، و يظهر هذا التأخر العقلي واضحا على الطفل منذ طفولته الأولى و هذا يجعل الاكتساب المدرسي صعب جدا، و هم لا يتعلمون لا الكتابة و لا القراءة و لا يتجاوز عمرهم العقلي 8 إلى 9 سنة عند الرشد، و لكنهم لا يستطيعون الوصول إلى بعض المهن إلا البسيطة جدا منها، و هم يحتاجون إلى تعليم خاص و أفكارهم تبقى ملموسة.

1-4-التخلف الذهني البسيط:

يتعلم الطفل المصاب بالتخلف البسيط اللغة بسهولة ولكن يحدث ذلك ببطء و فهمه للغة يبقي محدود، كما يكتسب مستوى من الاستقلالية الذاتية (التغذية، النظافة، التحكم في المخارج) و الاستقلالية الاجتماعية (القواعد و اللياقات الاجتماعية)، مثل التي يكتسبها الطفل العادي و لكن يحتاج إلى الكثير من الوقت و التحفيز و هو لا يعاني في الغالب من اضطرابات حسية، و لا يتم اكتشافه إلا عند التحاقه بالمدرسة، و لا يتجاوز عمر هذا الطفل العقلي 10 إلى 11 سنة عند الرشد، و تمثل هذه الفئة الأطفال الذين يرتبون في صنف الضعاف من الذكاء العادي (يوسف القريوتي1995)

و قد تمكن DSM من الكلام عن التخلف حسب هذه النسب:

التخلف الذهني البسيط محصور ما بين نسبتي 50 و 70

التخلف الذهني المتوسط محصور ما بين نسبتي 35 و 49

التخلف الذهني العميق محصور ما بين نسبتي 20 و 34

التخلف الذهني العميق جدا و هو ما تحت نسبة 20

2- الذكاء و الاختلافات الفردية:

رغم أنه يمكن قياس نسبة الذكاء عند الأطفال إلا أنه لا يمكن المقارنة بينهم على هذا الأساس لأنه بنفس المستوى من الذكاء لا يتشابه الأطفال بتاتا، بحيث أن طفل معين عند نسبة 35 يكون غير

اجتماعي و لكنه ذو مستوى مقبول جدا من الاستقلالية الذاتية، و في المقابل بنفس النسبة من الذكاء يكون طفل آخر اجتماعي و في نفس الوقت عاجز عن الاستقلالية الذاتية، و هذا يعني أن الذكاء معطى مستقر و لكنه ليس ثابت فهو قياس مأخوذ في زمن و مكان محدد و تعكس بصفة صادقة قدرات الطفل، و لكنها تعكس كذلك خصوصية الموقف الذي طبق فيه القياس. فقد تتأثر النتائج ببعض الظروف التي لا علاقة لها بالقياس مثل التشجيع الذي يتلقاه الطفل أو حالة التعب التي يكون عليها هذا الطفل، كما أن العديد من الدراسات أثبتت أن مستوى الذكاء لدى الراشد اليوم أكثر بحوالي 15 نقطة مقارنة بالراشد في نفس السن في سنوات 1940 ،و هذا يعود دون شك إلى التطورات التي تشمل مستوى المعيشة و تحسن الصحة الجسدية على العموم (Carr 1990) ، كما يظهر أنه يوجد ثبات كبير في نسبة الذكاء عند المصاب بالتخلف الذهني و ذلك عبر الزمن من الطفولة حتى سن الرشد (Bernheime et Keogh 1988)، فقد أشار ذات الباحث أن طفل ما يمكن أن يظهر متخلف ذهني في الحدود البسيطة في قياس ثم لا يصبح كذلك في قياس آخر، و هذا يعني أنه لا بد من الحذر عندما يتعلق الأمر بالاضطرابات المتواجدة على حدود السواء و الشذوذ ثم أنه يمكن تحسين هذه النسبة بشكل نسبي بعد التدريب

3-الذكاء و الوراثة:

تتساءل كثير من الدراسات عن طبيعة و مصدر الذكاء، إذ ترى بعض هذه الدراسات أن المصدر وراثي (Plomin et al 1998) و التي توصلت إلى أن حوالي 50% إلى 70% من الذكاء وراثي و أن الباقي أي 30% إلى 50% راجع لتدخل البيئة، بحيث أن تواجد الاستعداد للذكاء المرتفع يشترط محفزات محيطية كافية، و عليه فيمكن قول ما قاله (Piaget) أن الطفل يبني ذكاءه، ولهذا معرفة نسبة ذكاء الطفل لا يسمح لنا بمعرفة مصدر الإصابة و لا كيفية تطور هذه القدرات، بالإضافة إلى هذا فإن الذكاء نتاج التفاعل بين ما يأتي به الموروث و ما يأتي به المحيط و لا يمكن الفصل بينهما بشكل واضح، حيث أن المثال التالي يلقي الضوء على هذه العملية: فالطفل الذي يولد من والدين أذكياء تنقل إليه عن طريق الجينات هذه القدرات، و بعد ولادته يعمل والديه الأذكياء على تحفيزه بالكلام و الألعاب و غيرها، و لكن هذا الطفل الذكي منذ ولادته سيبحث عن المحيط الذي يثري ذكاءه فهو يلمس كل شيء يسأل عن كل شيء و يهتم بكل شيء، و هكذا فإن كل

طفل مصاب بالتأخر العقلي أو غير مصاب يعمل بذكائه كما يرثه و لكن كذلك بالتفاعل مع ما يضع المحيط في متناوله،

4-أعراض التخلف: (Ben mecheri(A)1982)

يمكن تصنيف الأعراض حسب المجال الذي تمسه كالتالي

4-1-الأعراض الحركية:و نجد

-نقص في الحضربة (hypotonie)

-صعوبة الارتخاء الكامل (paratonie)

-حركات متطفلة (syncinésie)

-صعوبة تكييف الحركة حسب بعد الأشياء (dysmetrie)

4-2-الأعراض اللغوية:و نجد

-تأخر في اكتساب اللغة

-اضطراب الكلام

- صعوبة تنظيم الجمل و تطوير المعجم اللغوي

لا تظهر كل الأعراض مجتمعة عند كل الأطفال المصابين و لهذا لا بد من دراسة معمقة لكل حالة على حدا،و تحديد الإمكانيات التكيفية و الوجدانية و الاجتماعية

5-أسباب التخلف العقلي :

يتدخل في حدوث هذا الاضطراب عدة عوامل، إذ يصعب تحديد دور الوراثة في حدوث التخلف الذهني و فصله عن تـأثير المحيط الذي ترب فيه الطفل حيث يلعب هذا الأخير دورا هاما في تطور مستوى الذكاء.

5-1-العوامل العضوية :

لقد لاحظت عدة بحوث أن نسبة التخلف الذهني ترتفع في وسط العائلات ذات الاضطرابات العقلية المتنوعة حيث يشير (Tredgold) أن 10% من آباء المتخلفين يعانون من التخلف الذهني، و 50 % من المتخلفين يلدون أطفالا متخلفين، و ما يزيد من تفشي هذه الحالات الزواج من الأقارب المتواجد بكثرة في أرياف الجزائر،حيث يعود هذا الاضطراب إلى الزيغ الكروموزومي الذي يمس عدة أنواع من الأزواج (21 -13)، كذلك بعض اضطرابات الأيض تؤدي إلى نفس النتيجة. كما أن وجود إصابة في الجهاز العصبي مثل الالتهابات الدماغية و النزيف يتسبب في توقف نهائي في نمو الجهاز العصبي،و من جانب الحامل فتعرضها لنقص الأكسجين أو لصدمة على البطن أو إصابتها بأمراض خطيرة كالسفلس أو تناولها للكحول أو بعض الأدوية قد يعود بالضرر على جنينها، هذا بالإضافة لإنهاكها بسبب الولادات المتعددة. أما من جهة الطفل فإن نقص التغذية مباشرة بعد الولادة يؤثر على النمو الجسمي و الفكري، كذلك الأمر بالنسبة للإصابة بالأمراض المعدية و الإسهال ونقص الأكسجين في دماغ الطفل في حالات الولادة المتعسرة، هذا بالاضافة لبعض الاضطرابات المكتسبة أثناء الحمل بسبب بعض التسممات و الإشعاعات و غيرها (بدرة معتصم ميموني 2003)

5-2-العوامل النفسية و الاجتماعية :

تثبت عدد من الدراسات أن حاصل الذكاء يرتفع مع ارتفاع المستوى المعيشي و الثقافي خصوصا في التخلف المتوسط و البسيط، و ينخفض عند انحطاط المستوى المعيشي مثل الظروف المادية المحدودة و كثرة الأطفال و إنهاك الوالدين صحيا و اقتصاديا مما يعيقهم على العطاء، و يبين مدى أهمية علاقة الطفل مع الأم و دور هذه العلاقة في النمو الجسمي و الفكري و الاجتماعي مثل نقص كلي و خطير للعناية من طرف الأم بسبب عدم الرغبة أو سوء المعاملة مما يؤثر على التوازن النفسي للطفل (Aid.M 1986) .

6-أنواع التخلف الذهني:

و عندما يحدد التخلف الذهني كحالة مرضية لابد من وضعه في الشخصية التي يضاف عليها، فقد يكون نقص في القدرات العقلية العامة أو عدم تناسق في النمو أو اكتئاب، عصاب أو فصام . و يمكن تمييز التخلف الذهني على عدة شخصيات أو بنيات نحددها كالتالي:

6-1-التخلف الذهني في بنية ثابتة: و هي بنية الأطفال الذين نسميهم بالمتخلفين و نجدها في الحالات العميقة كالتالي:

أ**-التخلف الذهني العميق جدا** : تكون الحالة الجسدية ليست في حالة حسنة، و الحياة العلائقية محدودة جدا، تتوقف عند الابتسامة، و السلوك يغلب عليه طابع الإعادة الروتينية (Stéréotypes) قد تصحبها سلوكات عدوانية موجهة نحو الذات مع ظهور التهيج عند زيادة القلق.

ب- التخلف الذهني العميق : تظهر السلوكات أكثر تطورا و تنوعا تسمح ببعض الاستقلالية بلغة متطورة إلى حد يسمح الاتصال لفظيا، تستطيع أن تعبر عن الحياة اللاشعورية الفقيرة، ترتبط خصوصا بالأم،

أما بالنسبة للمستويين المتبقين(البسيط و المتوسط) فنجد المتخلف المتناسق الذي لا يظهر أي نوع من أنواع الاضطراب في الطبع ما عدى التخلف الذهني في حد ذاته، أما غير المتناسق فتظهر عليه عدة اضطرابات في الطبع تجعل تكيفه صعب، و من هذه الاضطرابات الأنانية، الاندفاع، السلبية، عدم الاستقرار، لا يتحمل الإحباط، آلياته الدفاعية هشة و نجد فيها الأصناف التالية :

6-2- التخلف الذهني الغير متناسق في بنية تطورية :

و تظهر خصوصا في الطبقات الدنيا من المجتمع و لا تكون مصحوبة بإصابات عضوية، و نميز فيها 3 حالات حسب نوع الشخصية التي تضاف عليها:

6-2-1- بنية تطورية ذهانية : يستعمل الطفل الآليات الدفاعية التي يستعملها الذهاني و يظهر مفكك في تفكيره يشتهر بأخطاء الحكم، لغته آلية سلبي مع تشوش الحياة العقلية.

6-2-2- بنية تطورية عصابية: : يستعمل الطفل الآليات الدفاعية التي يستعملها العصابي مثل وجود أعراض المخاوف و الوسواس و الهستريا،حيث يعطي التمركز الذاتي طابعا ذاتيا و سطحيا للاهتمامات و النشاطات

6-2-3- بنية تطورية اكتئابية : يظهر الطفل كف، تعب، و الانطواء مع اضطرابات السلوك يحتاج إلى الحب و الاعتراف و لكن يكثر من الأكاذيب و يفقد توازنه إذا تعامل مع من لا يعطيه الاهتمام و تتدخل مواقف الأولياء و العاملين مع الأطفال مثل الأطباء و المتخصصين النفسيين و المربين على الاتجاه الذي يأخذه تطور الطفل حيث يمكنه أن يستغل أقصى ما لديه من إمكانيات أو البقاء منحصر في تخلفه.أما في بلادنا حيث ينقص التشخيص المبكر لحالات التخلف البسيط و المتوسط، فالآباء لا يبالون بالمشكل إلا عندما يفشل الطفل في الدراسة

و يبقي التخلف مع الطفل حتى سن الرشد بمعني أن المراهق يبقى متخلفا (Ajuriaguerra(J)1978)

7-الخلفية النظرية: من خلال وجهة نظر عدة باحثين مثل

-إنهيلدر (Inhelder.B) و قد عملت كثيرا مع بياجي و تقول أن الطفل السوي يمر و بسرعة على عدة تنظيمات فكرية منظمة بشكل تصاعدي و يتخلص بسرعة من النظام السابق أما المتخلف ذهنيا فيفعل ذلك بشكل بطيء و يبقى محتفظ بالطريقة السابقة و لهذا فهو دائما متردد بين طريقتين من الاستجابة أمام مهمة ما أحدهما تابعة للطريقة القديمة و الأخرى للطريقة الجديدة و ما لا يحدث عند الطفل السوي

-زازو (Zazzo.R) يرى أن الطفل التخلف ينمو بسعات مختلفة حسب المجالات المختلفة للنمو فيظهر التخلف كبيرا في مواجهة المهام المتعلقة بتنظيم الزمان و المكان (و هو ما يحتاجه لبناء اللغة و الوظائف الرمزية) بينما يظهر أقل خطورة في الوظائف الحسية الحركية

المحاضرة السادسة:

الاكتئاب عند الأطفال و المراهقين

(La dépression chez l'enfant et l'adolescent)

1 -مدخل:

يصاب الأطفال و المراهقون بالاكتئاب تماما كما يصاب البالغون بهذا المرض، و ما يجعله موضوعا مستقلا هو أن طيف الأعراض و شكلها و تأثيراتها قد تكون مختلفة بعض الشيء عن الاكتئاب لدى البالغين، كما أن هذه الأعراض مختلفة من مرحلة إلي أخري كون الطفل في طور النمو والتغير الجسدي والنفسي .قد لا يعرف الكثيرون أنه حتى الأطفال في سن الرضاعة يصابون بهذا المرض وبشكل يؤثر على نموهم الجسدي والعقلي والعاطفي.

2-أسباب الاكتئاب:في الغالب لا يكتئب الطفل بالذات إلا بوجود سبب أو أسباب قوية، قد تكون معلومة أو داخلية غير واضحة للعيان إلا بالتدقيق والفحص والاستقصاء. قد يوجد سبب واحد ولكن في الغالب تتضافر العوامل المختلفة مع بعضها البعض لتسبب هذا الاضطراب القوي في المزاج. حيث أن أكثر من 50% من الأطفال والمراهقين كانوا يعانون من نوعين أو ثلاثة من الضغوط النفسية خلال فترة العام الأخير من حياتهم قبل أن يصابوا بهذا المرض (بدرة معتصم ميموني 2003).

و يمكن تقسيم الأسباب إلى أسباب وراثية و أخرى نفسية تتعلق بضغوط الحياتية و الأسرة،وأخيرا أسباب طبية و جسمانية.

2-1-الأسباب الوراثية:في حالة وجود اكتئاب لدى أحد الوالدين فإن ما نسبته 40% من الأطفال في الأسرة سيصابون بالاكتئاب قبل بلوغهم سن الـ 20 سنة. و كلما كان سن الوالدين أصغر عند ما أصيبوا بالاكتئاب كلما زادت نسبة إصابة أطفالهم بنفس المرض، فالأم تحمل أهمية أكبر في الجانب الوراثي فكلما كان اكتئابها أشد، كلما كان اكتئاب الأطفال أشد أيضا،حيث يكونون معرضين للموت انتحارا بنسبة أكبر (Ajuriaguerra.J 1978).

2-2-الضغوط النفسية والحياتية و الأسرية : الطفل والمراهق حساسان جدا لما يجري حولهما وبالذات في المنزل، و هو البيئة الأولى التي تحتضنهما ومصدر الأمان لهما و لهذا يمكن للأسباب التالية أن تلعب دورا هاما في إصابتهما بالاكتئاب.

- وجود حالة انفصال بين الأم والطفل يعد من أخطر الأمور التي تحصل للطفل وتجعله فريسة للاكتئاب حتى لو كان رضيعا.

- وجود خلافات شديدة في المنزل تجعل الطفل لا يشعر بالأمان والاطمئنان.

- في حالة وجود مدمن على الخمور أو المخدرات في الأسرة وبالذات من الوالدين فإن هذا بالتأكيد سيشكل في النهاية ضغطا نفسيا هائلا على الطفل قد لا يطيقه وينتهي به الأمر إلى الانطواء والكآبة.

- سوء معاملة الطفل و المراهق و اضطهادهما بأي شكل(النفسي أو الجسدي أو الجنسي) يعد من أسباب الكآبة التي لا يمكن تجاهلها. فرد فعل الطفل و المراهق قد لا يكون خارجي بل تبقى حبيسة في داخله و تؤدي به إلى الكآبة.

- الإهمال أيضا يعد نوعا من أنواع سوء المعاملة التي تؤدي بالطفل للمشاكل النفسية و منها الاكتئاب .

- مشاهدة البرامج التلفزيونية بكثافة و بالذات تلك التي تعرض الطفل للضغط النفسي و الخوف من العوامل التي تؤدي للإصابة بالاكتئاب، و قد أشارت الدراسات إلى أن الطفل الذي يشاهد التلفزيون لمدة طويلة متواصلة يوميا أكثر عرضة للاكتئاب ممن لا يتعرض لنفس الكمية من المشاهدة.
Mazet (ph),houzel (D), 1996

2-3- الأسباب الطبية و الجسمية: تعاطي المخدرات مثل الماريجوانا و الخمر يعتبر إحصائيا من العوامل التي تؤدي للإصابة بالاكتئاب في أوساط المراهقين لاحقا.الكثير من الأمراض الجسدية التي تصيب الطفل كالربو و السكر و اضطرابات الغدة الدرقية و غيرها هي كذلك من عوامل الإصابة بالاكتئاب.

2-4-الأمراض النفسية و العصبية مثل اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه (ADHD)، متلازمة توريت، التوحد(Autism) اضطرابات القلق بأنواعها مثل الرهاب و الوسواس القهري كلها تعد أرضية خصبة للتسبب في الاكتئاب عند الأطفال المراهقين .

الاكتئاب عند الأطفال قد يؤثر بشكل أكبر منه لدى البالغين للأسباب التالية:

- يصعب على الطفل التعبير عما يعانيه.
- قد يتلقى العقاب على أعراض الاكتئاب التي قد تبدو كالعناد، أو الفشل في دراسته مما يفاقم مشكلته أكثر.
- أن الطفل يصاب به و هو في مرحلة التأسيس لشخصيته و مداركه و مرحلة التعلم الأولى.
- أن الاكتئاب قد يغير مجرى حياة الطفل للأبد أي أن ينتقل الاكتئاب و تأثيراته إلى مرحلة عمرية بعد الطفولة .
- صعوبة التشخيص لحالاتهم حتى من قبل أمهر المختصين يفوت عليهم فرصة العلاج.

Dumas(J.E)2005,

3-معطيات إحصائية:

- حوالي 2% من الأطفال من المجموعة العمرية (6-12 سنة) يصابون بالاكتئاب.
- قد يصل عدد الأطفال و اليافعين المصابين بالاكتئاب إلى 3 ملايين في الولايات المتحدة الأمريكية لوحدها.
- مع التقدم في العمر و تجاوز عمر الطفولة إلى المراهقة، تزداد النسبة الكلية إلى 4 %.
- 50 % من المراهقين المصابين بالاكتئاب يصابون بانتكاسة في حالاتهم خلال 7 سنوات .
- نسبة إصابة الذكور مساوية للإناث.
- ازدادت نسبة إصابة الأطفال و المراهقين بهذا المرض في الخمسين سنة الأخيرة.(محمد حمودة 1990)

4-مؤشرات الاكتئاب:

متى ينبغي أن نضع في اعتبارنا أن الطفل و المراهق مكتئب ؟

- عندما نلاحظ أنه يعاني من حزن مستمر لفترة طويلة.

-عندما يتفوه أو يلمح للانتحار أو تفضيل الموت على الحياة.

- تدهور ملحوظ جدا في أداءه الدراسي.
- تدهور ملحوظ و مفاجئ في سلوكه و تعامله بعد أن كان مهذبا ولبقا.
- العصبية المستمرة و الغير مبررة.
- عندما يفقد اهتمامه بما كان يعد مصدرا لاستمتاعه و فرحه كالألعاب و الاحتكاك بأقرانه.

-عندما يبدأ يتعاطى مواد محظورة بما لا يتفق و طبعه و سلوكه المعتاد.,Dumas(J.E)2005

5-أعراض الاكتئاب حسب الفترات العمرية

5-1-الاكتئاب في السنة الأولى من عمر الطفل:

و يطلق عليه تسمية الاكتئاب الاعتمادي أو الاتكالي (Dépression anaclitique)،و هو مصطلح يصف الحرمان العاطفي لدى الأطفال في هذه السن بحكم اعتمادهم الكلي على الارتباط الجسدي و النفسي بالأم أو من يقدم له الرعاية المباشرة .

في هذه السن المبكرة جدا من حياة الطفل يرتبط ظهور الاكتئاب بمشاكل العلاقة مع الأم و الإهمال الذي من الممكن أن يتعرض له الطفل. و هذا النوع غالبا ما يصاب به الأطفال الذين فقدوا أمهاتهم لأي سبب من الأسباب، مثل المرض أو الموت أو المشاكل القانونية أو غيرها من دواعي الابتعاد تماما عن الطفل.

عادة ما تبدأ المشكلة في 6 أشهر بعد مرحلة نمو طبيعية و تفاعل مع المحيط، تكون ضمن الحدود المعتادة لأي طفل وليد. فتغير العلاقة الطبيعية بين الطفل و أمه في الستة شهور الثانية من السنة الأولى بعد أن كانت طبيعية قد تكون واحدة من علامات اضطراب مزاج الوليد.

و من العلامات الشائعة التي يعتقد انها تدل على هذا النوع من الاكتئاب في هذا السن :

-فقدان الوزن أو ثباته بدلا من زيادته المتواصلة كما هو متوقع في هذه الفترة.

- قلة(أو عدم) النوم.

- البكاء المستمر و التوتر و فقد القدرة على التواصل لمدة تتراوح بين شهرين إلى ثلاثة على الأقل.

-فقدان تعابير الوجه الطبيعية (الفرح أو الحزن). قد تأخذ تعابير وجه الطفل شكل المكتئب البالغ و لكن بشدة قد تؤدي لجمود الوجه تماما.

- توقف النمو النفسي و المعرفي البسيط لدى الطفل ثم يعقبه فقد لما اكتسبه سابقا و تدهور حالته.
- تزداد قابلية الطفل للإصابة بالأمراض الجسدية مثل الرشح و التهابات الحلق.
- تصبح علاقته مع المحيطين به مضطربة ثم تتوقف و يصبح تأسيس علاقة مع الطفل أمرا مستحيلا.(عبد المطلب القريطي 1990)

تأثيرات هذا النوع من الاكتئاب الاتكالي بالغة و بالذات على الناحية المعرفية، حيث لوحظ بمتابعة هؤلاء الأطفال على المدى البعيد ان معدل ذكاءهم قد يتدهور إلى الحد الذي يصل للتأخر العقلي.فالحرمان من الأم لفترة تتراوح بين 3 إلى 5 أشهر يمكن أن تشفى أثاره النفسية و يعود الطفل إلى حالته الطبيعية أو تخف الأعراض بدرجة كبيرة . لكن بمجرد أن تزيد فترة الحرمان عن خمسة أشهر فالآثار قد تكون مستمرة و تؤثر بشكل دائم على الطفل و مستقبله.

في مثل هذه الحالات يصل الحرمان العاطفي إلى درجة كبيرة و مؤلمة للطفل بحيث يبدأ بالمعاناة من أعراض إضافية على ما ذكرناه أعلاه مثل :

- بطء شديد و ملحوظ في الحركة.
- السلبية التامة: مثل عدم تغيير وضعه أثناء استلقاءه و لساعات طويلة.
- اعتلال تناسق حركة العينين.
- تخشب الأطراف.
- حركات شاذة في الأصابع تشبه الحركات التشنجية.
- الموت: حوالي 30 % من هذه الحالات يموتون في السنة الأولى من العمر. Ajuriaguerra (J)1978

2-5-الاكتئاب ما بين سنة إلى 3 سنوات :

في هذه المرحلة و مع وجود الاكتئاب تظهر علامات تأخر النمو الطبيعي لمهارات يحتاجها الطفل في هذه السن، و حدوث النكوص إلى مرحلة أبكر من المرحلة الحالية في سلوك الطفل و استجاباته.

من الأعراض الموجودة في هذا العمر:

-اضطراب المزاج و فقدان الاهتمام بالمحيط، فيظهر الحزن على وجه الطفل كما في البالغين بل و أحيانا يظهر متبلدا و بلا تعابير و كأنه جامد عن الحركة، كما أن حركة العينين و الالتفات بهما تقل لدرجة التوقف. يلاحظ أن الطفل محدق في الفراغ دون الاستجابة لجسم متحرك أمامه كما هي عادة الأطفال الطبيعيين في استجاباتهم.

- الحركة : يحصل تأخر الوقوف و المشي و الجري و التي تبدأ في العادة في هذه الفترة من العمر، بل قد ينكص الطفل إذا وصل لمرحلة ما إلى المرحلة التي تسبقها. فبعد أن يستطيع المشي، قد يعود للحبو مثلا.
- النوم: تظهر كل اضطرابات النوم المعتادة و المعروفة مثل زيادة أو نقصان النوم و كثرة الكوابيس، و حالات الفزع من النوم و أحيانا عدم القدرة على النوم بشكل كلي.
- الأكل و الشرب: يتوقف الطفل عن إطعام نفسه و يصبح صعبا في كيفية اختيار طعامه، و عموما تقل كمية الطعام المتناول و قد تبدأ لديه أعراض تشبه متلازمة الوحم (Pica) بان يبدأ بأكل أشياء لا تؤكل أصلا، مثل الخشب و الطباشير أو أي شيء آخر مثل برازه.
- تطور اللغة :يتوقف النمو اللغوي و قد يكون التأخر واضحا جدا بل قد ينكص الطفل إلى مرحلة سابقة أيضا في طريقة نطقه، لا يشعر الطفل بأي اهتمام نحو تعلم شيء جديد لغويا و قد يكون هذا الأمر مؤقتا لحين شفاءه من حالة الكآبة .
- الابتهاج الذاتي: قد يظهر سلوك يشبه ممارسة العادة السرية لدى الطفل في هذه السن المبكرة جدا مثل أن يلعب بكثرة في أعضاءه التناسلية، و قد تظهر سلوكيات غريبة و لكنها تعد مصدر بهجة للطفل مثل ان يضرب رأسه بالأرض أو الحائط أو أن يعض أو يحك نفسه بقوة.
- اللعب :يفقد الطفل فضوله المعتاد بما حوله و لا يستهويه حب الاستكشاف لمحيطه، فقد ينفر ممن هم في عمره و يلعب فقط مع البالغين.

- العناد: و عادة ما يزداد في المراحل الأولى من الاكتئاب و لكنه يقل كلما اشتد اكتئاب الطفل حتى يتحول العناد إلى عكسه بالاستسلام الكامل لما يملى عليه.
- التحكم في المخارج : قد يفقد الطفل المهارة التي تعلمها للذهاب لمرحاض أو قد يحدث بطئ أو تعطل كامل لعملية التعلم(Ajuriaguerra(J)1978)

3-5-الاكتئاب مابين 3 إلى 6 سنوات :

وهو الأقوى تأثيرا في اكتئاب الأطفال حيث يؤثر تأثيرا بالغا في شخصيتهم، و تختلف أعراض الاكتئاب في هذا السن بشكل كبير، حيث يصاب الطفل في هذا العمر بشعور من الحزن يظهر عليه جليا لمن يراه، مع تغيرات في الشهية و النوم (زيادة و نقصانا). يكون الطفل مرهقا طوال الوقت و تقل حركته عن المعدل الطبيعي لمن هم في سنة، كما أنه يعاني من التوتر و قد يفكر في الانتحار حاله حال البالغين. الطفل المكتئب في هذه السن يكون عصبيا جدا و غير متعاون مع من حوله و يعصي الأوامر الموجهة له بكثرة سواء في البيت أو إن كان قد انضم لمؤسسة تعليمية.

يظهر عليه الانعزال و رفض الاختلاط بالأطفال الآخرين و عدم الرغبة باللعب معهم أو الذهاب للروضة أيضا هي إحدى السمات المميزة للاكتئاب في هذا السن.قد ينشغل الطفل بالعقاب الذي قد تلقاه أو سيلقاه و بالتفكير السلبي في كل شيء، قد يبرر عدم الذهاب للروضة بخوفه من فراق أمه و يحاول إظهار تعلقه بها بشكل اكبر من المعتاد.قد ينكص الطفل إلى سلوكيات غير مناسبة لعمره مثل أن يبدأ في التبول الليلي أو التبرز في ملابسه أيضا.

التوقف في النمو العقلي و الإدراكي هو أيضا واحد من العلامات المهمة في هذه المرحلة و قد يفقد الطفل ما تعلمه سابقا أيضا. يفقد الطفل أيضا قدرته على الرسم من خياله و يعتمد على قدراته البصرية بشكل دائم في الرسم، تزداد هذه الأعراض كلما اشتد الاكتئاب.

لعب الطفل يتغير أيضا في هذه المرحلة من اللعب الطبيعي مع أقرانه، إلى اللجوء لأحلام اليقظة و الخيال و يتحجج بأن لا احد يريده أو انه غبي جدا بحيث لا يعرف اللعب.

يضطرب نوم الطفل كثيرا مع تكرار الكوابيس المرعبة المتمركزة حول الموت بطريقة شنيعة أو يحلم بما يهدده دائما دون أمل في الحصول على مساعدة من أحد. قد يعبر الطفل بشكل صريح عن

رغبته في الانتحار و قد يحاول بطريقة واضحة مثل أن يشنق نفسه، أو بطريقة غير مباشرة مثل أن يعبر الطريق أمام السيارات دون مبالاة. قد يكرر تهديده بأنه سيرمي نفسه من السيارة و هي مسرعة مثلا أو حتى بحك جلده حتى الإدماء.

قد يتعرض الطفل المكتئب في هذه السن لسوء المعاملة من المحيطين به نتيجة سوء تفسير أعراضه بأنها من باب العناد، قد يضاعف ذلك من شعوره بالقهر و هذا يؤدي للمزيد من الاكتئاب (Ajuriaguerra(J)1978)

5-4-الاكتئاب ما بين 7 إلى 12 سنة:

في هذه المرحلة يشبه نوعا ما الاكتئاب لدى الأطفال ما هو موجود لدى الكبار. في هذه الفئة العمرية يبدأ الاتصال الأول بالأطباء بسبب الاكتئاب لقدرة الأطفال على التعبير عن مزاجهم المكتئب، و الشعور بالحزن هو أكثر الأعراض وضوحا و شيوعا أيضا، فعدم القدر على الاستمتاع بالنشاطات المحببة عادة للأطفال هو واحد من الأعراض المهمة، إذ يعبر الطفل عن مللله الشديد معظم وقته (50-90 % من وقته).

و من أول مظاهر الاكتئاب ظهورا في هذه المرحلة هو تدهور الأداء الدراسي، حيث يفقد الطفل كل رغبة في أن يستذكر كونه لا يعير المنافسة مع أقرانه أي اهتمام و لا يستهويه مدح المعلمين و لا الفضول في عملية التعلم نفسها.و هو ما ينتبه إليه الأولياء و المدرسين و الطبيب

في المدرسة قد يقضي الطفل معظم وقته وحيدا و منعزلا عن أقرانه و أنشطتهم المحببة لهم. كما أنه تظهر عليهم العصبية عند الاحتكاك بالآخرين سواء في المنزل أو خارجه، يسيطر عليه اللوم و التهديد و إيذاء الذات و الأفكار الانتحارية.

حركة الطفل في هذه الفئة العمرية عندما يصيبه الاكتئاب لا تعني بالضرورة أنها ستقل بل قد تزداد أيضا بسبب عصبيته و عدم قدرته على الاستقرار، فظهور سلوك مهذب من الطفل و بشكل زائد عن الحد، و يلاحظ هذا في أنه يعتذر عن خطأ بسيط جدا مرات كثيرة، هذا قد يترافق مع نقده المستمر لنفسه أمام الآخرين و بدون داع واضح لتصرفه و قد ينهار الطفل و يدخل في نوبة بكاء مفاجأة لو جاءه لوم من الآخرين على خطأ ارتكبه لأنه يضاعف من لومه لنفسه.

العدوانية قد تظهر على الطفل بأشكال مختلفة أسوأها عندما يوجهها لنفسه و يبقيها داخله نظرا لعدم قدرته على إظهارها اتجاه الآخرين نظرا لشعوره بالإرهاق المستمر أو نتيجة للخجل الزائد أو الخوف. كلما كانت العدوانية موجهة للآخرين كلما كان أفضل للطفل و يعطي أملا أكبر في شفاءه.

لا يعد التعبير عن الرغبة في الانتحار مزحة عند طفل مكتئب في هذه السن، فقد ينتحر طفل في التاسعة أو العاشرة من العمر دون إنذار مسبق(Ajuriaguerra(J)1978)

5-5-الاكتئاب ما بين 13 إلى 18 سنة:

إن من طبيعة اليافعين و المراهقين أنهم ميالين للإصابة بالاكتئاب في هذه المرحلة الحساسة من العمر و المليئة بالتغييرات، و لذلك من المهم التفريق بين نوبات الاكتئاب كمرض أو كردود أفعال مؤقتة لهذه التغيرات.

و يقسم الباحثون اكتئاب المراهقين إلى نوعين أساسيين :

-الأولى بمعنى أنه لا تواجد أية أمراض نفسية أو عقلية قبل إصابة المراهق بالاكتئاب.

-الثانوي يعني أن يأتي الاكتئاب بعد إصابة المراهق بمرض ما نفسي أو جسدي ،عادة ما يكون الاكتئاب الثانوي أشد ضراوة و تأثيرا على حياة المراهق

اكتئاب المراهق شبيه جدا بما لدى الكبار، من حيث المزاج المتقلب و عدد من السمات الرئيسية الأخرى كنوبات الغضب و الرغبة في العدوانية بشكل لا يتسق مع شخصيته المعتادة أو الموقف الذي تسبب في غضبه. و الاكتئاب قد يؤخر ظهور علامات البلوغ لدى المراهق خصوصا إذا كانت الإصابة في بداية هذه المرحلة العمرية (13-18 سنة) و بالذات لو ترافق الاكتئاب مع نقص شديد في الشهية للطعام و سوء التغذية و نقصان الوزن.

عندما تبدأ علامات البلوغ بالظهور لدى المراهق المكتئب، فإنه يعاني من مشكلة في تقبلها و التعامل معها أكثر من أقرانه الطبيعيين، و قد يؤدي الاختلال في إفراز الهرمونات نتيجة الاكتئاب و الضغوط النفسية المختلفة بالمراهق إلى الانتحار أو المحاولات الجادة على الأقل .

التفكير الجنسي الغزير لدى المراهق المكتئب قد يؤدي لمزيد من اللوم للنفس خاصة لو كانت أحلامه الجنسية مع أحد محارمه أو أشخاص يقدسهم و يجلهم. فعند الفتيات تتأخر الدورة الشهرية الأولى و عندما تبدأ فإنها تعاني من اضطراب و عدم انتظام و الآلام (حلمي أحمد حامد 1991).

النمو الإدراكي للمراهق يتأثر بالاكتئاب مثل أن يفقد القدرة على التفكير المجرد، كما أن مستواه الدراسي و قدرته على التحصيل العلمي قد تتدهور أيضا و بشكل ملحوظ جدا، يبدأ سجل حضوره

للمدرسة بالتأثر كما أن اهتمامه بعمل النشاطات المدرسية أو الواجبات المنزلية يقل كثيرا أو حتى ينعدم، و قد يلاحظ انه انسحب من نشاطات كان يقوم بها في المدرسة نتيجة تأثير أعراض الاكتئاب عليه و على قواه الجسدية و العقلية. و فقدان الثقة في النفس و سوء تقدير الذات هي من العلامات البارزة في اكتئاب المراهقين في هذه السن، و تظهر جليا في كلامه أو تصرفاته أو شعوره بالعجز عن القيام بمهام توكل إليه.

كما قد يعبر المراهق المكتئب عن ألمه من خلال السلوكيات المضادة للمجتمع مثل : الهروب من المدرسة، الكذب،السرقة، النزاعات مع الزملاء، و غيرها من السلوكيات العدوانية. إن ظهرت مثل هذه السلوكيات بشكل مفاجئ في مراهق كان يتحلى بالأخلاق الحسنة، فيجب التنبؤ باحتمال إصابته بالاكتئاب. هذا بالإضافة لاستعمال المخدرات و الخمور كرغبة في المعالجة الذاتية و الهروب من الوضع المؤلم

في المعتاد يكون المراهق المكتئب غير ميال للأمور الجنسية، ولكن قد تظهر عليه سلوكات جنسية غير طبيعية كالسلوك الداعر، و قد لا يهتم لعواقب مثل هذه الأمور كأن لا تحتاط الفتاة لاحتمال حدوث الحمل، و يحمل السلوك الجنسي لدى المراهق المكتئب معاني رمزية لسوء تقدير الذات كأن يتورط في سلوك جنسي مع من هم اقل منه شأنا بكثير. و قد يتزوج المراهق أو المراهقة للهروب من واقعهم المؤلم فقط و ليس لأنهم متفهمون الزواج و أهدافه، و دون التدقيق في مسألة من يكون شريك الحياة.

تتدهور الصحة الجسدية للمراهق و يصبح شاحب الوجه و هي نتيجة طبيعية لإهمال الأمور الصحية و الغذاء المنتظم السليم و نتيجة لقلة النوم أو انعدامه، أو نتيجة استخدام المخدرات. و الانتحار و هواجس الموت و تمني نهاية للوضع المؤلم الذي يمر به، هي من سمات الاكتئاب

لفئة العمري هذه، فالانتحار هو ثالث أهم سبب لوفيات المراهقين بعد السرطان و حوادث المرور و لذلك ينبغي التنبه له و علاجها مبكرا ،

معظم المراهقين المنتحرين يقتلون أنفسهم بطريقة عنيفة جدا مثل الطلق الناري، السكين، رمي الذات أمام القطار أو الشاحنة.(Ajuriaguerra(J)1978)

6-المؤشرات التي تنبأ عن ميول انتحارية لدى المراهق :

حينما تقترن حالة المراهق النفسية السيئة و المتدهورة بواحد أو أكثر من الأمور التالية ينبغي الانتباه أكثر وبذل جهود لرعاية هذا المراهق:

-التسريح(أو التلميح) جادا (أو مازحا) عن نيته قتل نفسه.

- كتابة القصص أو المذكرات أو القصائد عن الموت أو الانتحار.
- تكراره للعبارات اليائسة: (لو كنت ميتا لكان أفضل) (الذين ماتوا محظوظون).....الخ
- اقتناء الأسلحة أو البحث أو السؤال عنها. و نفس الأمر بالنسبة للأدوية و العقاقير و غيرها من وسائل إيذاء النفس.
- ظهور سلوك متهور في القيادة أو المشي قريب من سكة القطار أو الطريق السريع أو ممرات الشاحنات.Bergert (J) 1974

7- المضمون المرضي :

يمكن أن نجد الاكتئاب عند الطفل مضاف على عدة شخصيات إذ نجده :

- عند فقدان الطفل لموضوع الحب (شخص أو موقف)

- بدون سبب ظاهر يكون مستمر أو متكرر، و قد تصاحبه مظاهر عصابية.

- عند أطفال تم التخلي عنهم عند سن 4-6 سنوات و تعرضوا بذلك إلى الحرمان و الإحباط يظهرون طلب كبير للعطف.

- عند الأطفال الذهانين أو الشبه ذهانين.

كما تبين عدة دراسات (Petersen et al 1991) أن أغلب المراهقين لا يظهرون اكتئاب، و هذا يعني أن ظهور نوبة اكتئابية في مثل هذه السن ليس بالظاهرة العادية و أن المراهقين الذين يظهرون نوبات اكتئابية يعانون من اضطرابات غالبا ما لا تكون عابرة، و تؤدي إلى الاستمرار بعد هذه السن

و التي غالبا ما تنتهي بالانتحار، و قد ترتب على هذه الظاهرة عدم استفادة هؤلاء المراهقين من العناية الطبية اللازمة باعتبار هذه الحالة مؤقتة.

و تشير كذلك الدراسة (Cicchetti et al 1994,Digdon et Gotlib1985,Dugas 1997) إلى أن أعراض هذه الحالة الاكتئابية ليست نفسها حسب السن الذي تظهر فيه، و لا تظهر كلها في نفس الوقت و بنفس الخطورة، بل تظهر في سيرورة تطورية على كل مختص أن يكون منتبها لها، لأنها تصبغ بصبغة هذه المرحلة العمرية و تكون بذلك مختلفة عن أعراض الاكتئاب في سن الرشد.

المحاضرة السابعة:

الاضطرابـــات العصابية عند الطفـــل

(Les troubles nevrotique)

1-مدخل :

العصاب هو اضطراب نفسي يصحبه قلق ناتج عن صراع نفسي داخلي، و أعراضه كثيرة الانتشار عند الأطفال حسب قول بعض الباحثين أمثال (R.Diatkine et C.Chilande)، و لكن معظمها تزول مع تقدم الطفل في السن، فقط بعضها يتطور نحو تشكيلات مرضية عصابية غير مستقرة بعد، أو نحو تشكيلات ذهانية أو شبه ذهانية

ويمكن التأكيد على أنه لا يوجد استمرارية بين أعراض عصاب الطفولة و عصابات سن الرشد، و هذا لأن تجمع الأعراض الخاصة بعصاب معين لا تتطور نحو العصاب المقابل في سن الرشد ، كما أنه عند تتبع عصاب الطفل نلاحظ أن هذا العصاب يتطور على مرحلتين تتخللها فترة بدون أعراض، تكون الفترة الأولى مابين 3 و 6 سنوات وهي غنية بأعراض من مختلف العصابات، أما الفترة التالية فهي ظهور أعراض العصاب في سن الكمون ، بينهما تمتد فترة كمون بدون أعراض عصابية تظهر عليها أعراض اضطراب السلوك أو الكف.(Freud(A)1972)

عند الطفل لابد من تقدير مآل الأعراض العصابية، لأن العلاج يتوقف على هذا التقدير أكثر من قيمة العرض في حد ذاته، و هذا يتطلب متابعة الطفل لمدة ليست بالقصيرة و يتوقف هذا التقدير على:أ-المميزات العيادية للأعراض :و يتم ذلك من خلال تقدير

ـالشدة

-التكرار

-استمرارها بعد السن الذي تشيع فيه

ب- القيمة الاقتصادية و الديناميكية للعرض: التي تسمح بتقدير اتجاه تطور العرض نحو الشفاء التام أو على العكس نحو الاستقرار و الدخول في حالة المرض ويتم هذا التقدير حسب :

- اضطرابات في النمو (النكوص، عدم تناسق)

-نوع القلق (خارجي بين الطفل و وسطه أو داخل بين الأنا و الأنا الأعلى)

- طبع الطفل: على العموم و قدرته على تحمل الاحباطات، و الإعلاء و القدرة على التحكم في القلق).

-الآليات الدفاعية المستعملة حسب السن

و حتى عندما تظهر الأعراض العصابية فانه من غير الممكن أن نجد بنية عصابية مكتملة عند الطفل لأنه لم يكمل بعد نمو شخصيته، و لذلك فان هذه الأعراض حتى إذا تجمعت فنحن نتكلم عن حالة عصاب أو حالة ما قبل العصاب كما أنه من النادر جدا أن نجد عند الطفل إما في نفس الوقت أو بصفة متتالية أعراض نفس العصاب.كما يلاحظ أن عصاب الطفل ذو علاقة مع عصاب أحد أوليائه حيث أن القلق عند الراشد ينتقل إلى الطفل الذي يتقمصه .

و حسب (S.Lebovici)1972 فإن العصابات لا تظهر إلا في أخر سن الطفولة و ذلك بالترتيب التالي

-عصاب الهستيري يظهر خلال فترة الكمون

-عصاب الوسواس بعد فترة الكمون خلال سن البلوغ

-عصاب الخوف في بداية سن الرشد

-عصاب القلق و هو الوحيد الذي لا يوجد له تواصل في سن الرشد

وسنحاول أن نتطرق ببعض التوسع للعصابات الأربعة مبينين أعراض كل منها

2- عصاب القلق: (Névrose d'angoisse)

تظهر كحالة يكون فيها القلق هو العرض الأساسي الذي يشغل الساحة النفسية و يأخذ شكلين:

- نوبات من القلق المتزايد الشدة يكون مصحوب بنوعين من المظاهر :

-نفسية مثل الإحساس الحاد بعدم الارتياح و انتظار الخطر

-جسدية مثل زيادة ضربات القلب و التنفس، اضطرابات هضمية،ارتعاش

- حالة انتظار قلق و مستمر،المصاب متشائم، ينتظر أسوء الأشياء،متيقظ، قد يلجأ إلى الانطواء و البحث عن المحيط المطمئن. تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات النوم و التعب و سرعة الاستثارة مع آلام الرأس.

2-1- مظاهر القلق عند الطفل: (Les manifestations d'angoisse)

حسب (Ajuriaguerra)1978 يمكن أن نميز ثلاثة حالات

- نوبات قلق تكون مصاحبة لفترات المرض مثل التعرض لعملية جراحية أو ارتفاع الحمى

- نوبات هلع يكون فيها الطفل مذعور، عيناه جاحظتان، يتعرق و يرتعش، ويعاني من اضطرابات وظيفية مثل اضطرابات قلبية و هضمية، و تكون مرتبطة بمواقف محددة

-حالة قلق مستمرة تظهر على شكل خوف و انشغال و سرعة الاستثارة مصحوبة باضطرابات وظيفية (النوم-الشهية-التنفس-القلب-البطن....)

2-2-حالات عصاب القلق عند الطفل:(Les etats d'angoisse)

إن القلق متواجد خلال نمو الطفل و لهذا لا نستطيع أن نتكلم عن حالات العصاب إلا إذا كانت آليات الدفاع هذه في حالة تجاوز مستمر و تظهر 4 حالات

- حالات الهلع الليلي التي تعود لظهور طاقة أثناء النوم غير ممكن التحكم فيها .
- في حالات أنها تحيي موافق قديمة
- في حالات أنها تصدر عن موافق متصورة.
- في حالات الإعادة و التكرار حتى تصبح جزء من طبع الطفل.

2-3-بداية عصاب القلق عند الطفل (Eclosion de la névrose d'angoisse)

العصاب الوحيد الذي يظهر منذ الطفولة الصغرى و يسمر على شكل انشغال و خوف و قلق يحتاج دائما إلى الطمأنة من طرف المحيطين به (الآباء، الإخوة، الأصدقاء)

3-عصاب الخوف(Névrose phobique)

يحدد هذا العصاب من خلال ثلاث (03) نقاط أساسية(Bergeret(J)1974) :

-مخاوف غير منطقية مرتبطة بمواقف أو أشياء محددة و واقعية تبعث أو لا تبعث على الخوف، و تأخذ عدة أشكال أهمها: الخوف من المواقف أو الخوف من الحيوانات .

-سلوكات التحاشي التي تساعد المصاب على التهرب من الموقف المخيف.

-السلوكات المطمئنة التي تساعد المصاب على مواجهة الموقف المخيف باستعمال شيء أو شخص مضاد للمخاوف.

و لابد من تفرقة عصاب الخوف عن بعض الحالات التي تشبهه مثل

-نجده كعرض في العصاب الوسواسي (الخوف من الجراثيم)

-نجده كعرض في حالات الفصام خصوصا فصام المراهقة

-نجده كانفعال طبيعي أمام مواقف تهدد الفرد و هو أساس الحفاظ على البقاء

أما عند هناك مخاوف بدائية(الخوف من الرعد، الظلام، الغريب) أو مخاوف الحقيقة من شيء محدد واقعي.

3-1-مظاهر الخوف عند الطفل :(**Les manifestatoins de la phobie**) المخاوف شائعة عند الطفل و تأخذ معاني مختلفة و قد صنفها (J.Maller) حسب السن كالتالي:

- الخوف من الظلام انطلاقا من السنة الثانية

- الخوف من الحيوانات الكبيرة انطلاقا من 3 سنوات
- الخوف من الحيوانات الصغيرة عند 4 سنوات
- الخوف من الموافق عند 5 سنوات .

وقد نجد مواقف غير محددة و غريبة و هذا يعتبر عرض ذهني.

أما عند المراهق يمكن أن نجد مخاوف متعلقة بالجسم في حد ذاته مثل الخوف من الاحمرار (Ereutophobie)، الخوف من عدم تناسق الجسم من حيث الأعضاء (الأنف و العضو التناسلي) (Dysmorphophobie) او الخوف من الأمراض (Nosophobie).ويجب إدماج هذه المخاوف في إطار المرحلة و خصائصها كمرحلة تطورية و البحث عن الهوية، و هي اضطرابات تزول مع اكتمال النضج الجسمي و إثبات الثقة بالذات و لكن الحذر من أن تعلن هذه المخاوف عن اضطرابات خطيرة مثل الفصام

2-3-حالات عصاب الخوف عند الطفل:(Etats de phobie) قليلا جدا ما نتحدث عن حالات عصاب المخاوف في سن صغيرة جدا عند 5 سنوات مثل (الطفل Hanza و الخوف من الحصان) و لكن قد تبدأ جملة من المخاوف بعد أحلام مزعجة ليلا.

كما يمكن الكلام عن المخاوف المدرسية التي تظهر عند 8 – 9 سنوات، و قد تختفي هذه المخاوف تحت إفراط حركي أو كف حركي، أو اضطرابات السلوك و الطبع، أو الانطواء و الخجل أو حتى الفشل المدرسي. حيث ينكر الطفل مخاوفه و يتصنع الشجاعة و هذا يصعب اكتشاف المخاوف على المحيط العائلي. و قد تتدخل العائلة من خلال التخويف الدائم للطفل للتحكم فيه في توليد أنواع من المخاوف مثل الخوف من الظلام

3-3-بداية عصاب المخاوف عند الطفل: Eclosion de la névrose) تظهر متأخرة عند سن المراهقة أو الرشد المبكر، إذ تظهر عادة في فترة الطفولة مخاوف متعددة مثل الهلع الليلي ثم يصل الطفل إلى استقرار خلال فترة الكمون يظهر على شكل دفاعي إما طفل خواف على العموم أو طفل سباق لكل المواقف بدون خوف، و بعد ذلك عند مواقف خاصة في الحياة المهنية أو العاطفية أو الجنسية تظهر فجأة المخاوف من جديد.و العلاج النفسي يطمح إلى مساعدة الطفل على إيجاد الأسباب الحقيقية لمخاوفه للتخلص منها .,Mazet (ph),houzel (D) 1996

4-عصاب الوساوس(Névrose obsessionelle)

تتميز بظهور الأعراض كالتالي :

-ظهور متكرر و قاهر لأفكار أو تصورات يحاول المصاب الدفاع ضدها بـ:

أ-آليات عقلية للتخلص أو التحكم فيها مثل مجموعة كلمات أو حسابات (اجترار فكري)

ب-سلوكيات لها نفس الهدف مثل عادات التأكد

-القلق المصاحب كبير جدا قد يصل إلى إحساس بفقد الشخصية (La Dépersonnalisation)

-وعي المصاب بسخافة هذه السلوكيات و الأفكار(اعتراف باللاعقلانية السلوك)

-شخصية معاتبة لنفسها شكاكة، ضمير حي و معاتب، كف في العلاقات الاجتماعية، حياة داخلية غنية، و تحليل ذاتي.

4-1-مظاهر الوسواس عند الطفل:(Les manifestations obsessionelles) صنفها(R Diatkine) حسب السن كالتالي :

-منذ السنة الأولى في حياة الطفل تظهر في لعب الطفل إذ يسقط الأشياء لكي نعطيها له بصفة متكررة.

-عند السنة الثانية عادات ترافق تعلم التحكم في المخارج (وضع معين لـ(Pot) و مكان خاص و لعب مصاحبة خاصة)

-عند السنة الثالثة عادات النوم مثل (يطلب وضع لعبة بصفة معينة، مجيء الأم لتقبله عدة مرات)

إذا ظهرت عادات أكثر غرابة أو أكثر كثافة فهي تنبئ ببناء شخصية ذهانية.

-عند مرحلة الأوديب: تظهر أكثر المخاوف و يمكن أن تبقى عادات النوم .

-في مرحلة الكمون: يبني الأنا دفاعاته بحيث تبقى الدوافع بعيدة(Les Pulsions)

عند المراهقة نلاحظ :

-انشغال ما ورائي، تأنيب الذات، استمناء متكرر مذنب.

-انشغالات وسواسية غريبة مع تجارب الإحساس بفقدان الشخصية (Dépersonnalisation) تنبئ بمآل ذهاني.

-سلوكيات مضادة للمجتمع متكررة مثل السرقة، الهروب،(Rapaport(J)1989)

4-2-حالات عصاب الوسواس عند الطفل :(Etats obsessionelles)

يمكن أن نتكلم عن حالات العصاب الوسواسي عندما نجد :

- طبع وسواسي يتمثل في انشغال بالنظام و النظافة مع إحساس بالقهر و الم نفسي.
- وجود أعراض وسواسية قهرية متكررة مع قلق مثل اغتسال اليدين المتكرر عند الكمون أو استحواذ النظام و عادات النوم، الانشغال بأفكار ما ورائية خاصة بالموت و المرض، و انشغال بالمدرسة و بالواجبات و زيادة الاستمناء.

و هذه الأخيرة تشبه و تنبئ بعصاب وسواسي.

4-3-بداية عصاب الوسواس عند الطفل: (Eclosion de la névrose)

تبدأ عند المراهقة أو البلوغ عند أطفال عادتا مشاكسين و متمردين يصحبون فجأة هادئين، القلقين و الشكاكين و كثيرو الانشغال، مع ظهور الاستمناء تولد الشعور بالذنب مع بعض المخاوف من المكروبات و الأمراض و الوسخ.و يهدف العلاج الذي يكون أكثر نجاحا منه عند الراشد إلى التخفيف من الإكراه و القلق و الشعور بالذنب، كما تنصح العائلات باستعمال طرق تربوية مرنة لأنه في العديد من الحالات ينتج الاضطراب من تربية صارمة و صلبة

5-عصاب الهستيريا(Névrose d’hysterie)

تجمع الهستيريا بصفة متزامنة أو متتالية بين أعراض المرض الهستيري و طبع الشخصية الهستيرية و هي كالتالي:

5-1-أعراض الهستيريا التحويلية:(Névrose de convertion)

إن التحويل هو التعبير عن طريق الجسم عن صراعات نفسية تضاف على شخصية ذات طبع هستيري، فالعرض التحويلي يعبر عن الدافع و المانع ويؤدي إلي توليد الفوائد الثانوية، بمعنى موقف الأخر من مرض الهستيري (مثل الاهتمام-الثقة- التعلق....)، وهي ما يبحث عنها المصاب رغم خطورة الأعراض فإنه يتخلص من قلقه بهذه الطريقة.و نجد نوعين من الأعراض بعضها دائم و الآخر حاد و متقطع.

أ-الأعراض الحادة : و تظهر على العموم في النوبة الهستيرية التي تقترب من نوبة الصراع، و لكن يمكن أن نجد أيضا حالات التثاؤب أو الحازوقة (Bâllement ou hoquet)، و حالات النسيان و النوم المفاجئ.

ب-الأعراض الدائمة و نميز فيها:

- اضطرابات حسية: مثل فقد أو زيادة الإحساس في مناطق معينة أو اضطرابات الحواس مثل اضطرابات الرؤية و السمع و النطق.
- اضطرابات حشوية :مثل تقلصات هضمية، تقيء، ألام في الجهاز البولي أو التناسلي.
- اضطرابات نفسية : اضطرابات الذاكرة التي تمس بعض الحوادث أو كل الحياة النفسية، و نادرا يمكن أن نلاحظ حالات من الهلوسة الهستيرية و تخيلات إذ تظهر أشكال مخيفة عند النوم.
- اضطرابات حركية :و تمس الجهاز الحركي الإرادي مثل الشلل الهستيري بكل أنواعه، اضطرابات التوازن و المشي، الارتعاش (إجلال محمد سرى 1993)

2-5-طباع الشخصية الهستيرية:(Personnalite hysterique)

يهتم الهستيري كثيرا بنظرة الأخر له لأنه غير متأكد من نظرته لنفسه، فهو يبحث دائما عن التقمص بالأخر و منه القابلية للإيحاء و لعب الدور و المبالغة في الانفعالات، و اتكالية عاطفية و انشغال بمحاولة شد الآخرين إليه.

3-5-مظاهر الهستيريا عند الطفل: (Les Manifestations hysteriques)يمكن أن نتكلم عن هذه المظاهر في الحالات التالية

-أ-تكلم (E.dupre) عن الحالة القبل منطقية(Prélogique) التي نجدها عند البنت قبل سن 7 أو 8 سنوات، و التي تجمع بين الصفات التالية: القابلية للإيحاء و التقليد و الاندفاع و توسع الحياة الخيالية، و التي تزول من العادة بعد هذه السن.

-ب-إن جسم الطفل عادة ما يكون الوسيط في العلاقة مع الأم، يعبر عن قلقه و آلامه فقد يظهر فقدان الشهية، التقيؤ، آلام البطن، آلام الرأس، البكاء، اضطرابات النوم، كما يمكن أن نجد

أزمات الغضب التي تأخذ شكل الصراخ و البكاء و السقوط على الأرض و القيام بحركات عشوائية يعبر بها الطفل عن غضبه كلما كان سنه صغيرا.

-**ج**-حالات الكذب قد تكون هستيرية أو انحراف في الطبع أو ذهانية، ونحترس أن لا نخلط هذه السلوكيات بالتظاهر بالمرض.

5-4-حالات العصاب الهستيري عند الطفل:(Etats nevrotique) يمكن أن نتكلم عن حالات هستيرية في الحالات التالية:

- يمكن أن نجد حالات التحويل الهستيري عند الطفل مابين 4 – 6 سنوات، و تظهر عادة مباشرة بعد صراع عائلي أو مدرسي أو مرض جسمي بعد مرحلة الألم الفعلي، يستعمل الجسم أو المرض للحصول على الفوائد الثانوية.

- يقلد الطفل اضطراب أحد الآباء أو الأصدقاء،

- الصمت (Mutisme) الذي يستمر داخل و خارج العائلة

- الكف المدرسي مثل اضطراب التذكر، فقد الذاكرة الخاص ببعض الأشياء، نقص التركيز.
- التحويل الجسمي مثل فقدان القدرة على الكلام، الشلل، اضطراب المشي، آلام مختلفة،اضطرابات حسية.

تشبه أعراض الهستيريا عند المراهق ما نجده عند الراشد و إن كانت غريبة فقد تكون دخول في الذهان مع ظهور محاولات الانتحار للفت الانتباه.Mazet (ph),houzel (D),1996

5-5-بداية عصاب الهستيريا:(Eclosion de la névrose)

تكون دائما على شخصية هستيرية منذ البلوغ و تكون مسبوقة بمظاهر الهستيريا في الطفولة.

6-الخلفية النظرية:

6-1-النظرية التحليلية:

تحمل الأعراض العصابية في النظرية التحليلية معنى كامن و هو ذو علاقة بالجنس عند الطفل، حيث يقترح فرويد في كتابه (Introduction a la psychanalyse) أن الطفل يصل إلى مرحلة الأوديب التي تحوي ضمنيا إدراك الفروق الجنسية بين البنت و الولد، العلاقة الجنسية بين الوالدين التي يترتب عنها المشهد البدائي (La Scène primitive) ،و تضع مرحلة الأوديب الطفل بمواجهة تجاذب وجداني حاد (أي وجود إحساس بالعطف و الحنان و في نفس الوقت إحساس بالكره اتجاه الغريم الذي يمثله الأب من نفس الجنس) اتجاه الوالد من نفس الجنس الذي يتوهم الطفل أنه سيعاقبه بالخصى جزاء حبه للوالد من الجنس المغاير ، (Bowlby(J 1978)

وخلال مسار تطور الطفل يمكنه أن يترك جزء من طاقته عالقة بمنطقة شبقية (Zone érogene)، و ذلك تبعا لتكوين الطفل في حد ذاته أو تبعا لحادث في محيطه قد يكون تجربة إغراء جنسي من طرف راشد أو طفل آخر من محيطه، و قد سمى فرويد هذا السلوك بالنكوص إذا لم يضربه الكبت (الكبت آلية دفاعية معقدة تمر بثلاثة مراحل: الكبت الأساسي، الكبت الثانوي، عودة الكبت)

وقد اعتمد فرويد على قصص مرضاه الراشدين لبناء نظرية العصابات على العموم و عصابات الطفل على الخصوص، لكن ما وجده السيكاتريون عند ما اهتموا بالاضطرابات النفسية عند الطفل كان مخالفا فقد تبين لهم في الغالب أشكال جزئية و مختلطة و مختلفة تشبه أكثر الاضطرابات التي تم الإشارة إليها سابقا. و أشار (H.Nagera) أحد تلاميذ (A.Freud) إلى كيفية حدوث العصاب عند الطفل في أربعة مراحل نلخصها فيما يلي (Freud (A), 1972)

أ-التدخل في التطور: (Les immixtions dans le developpement)

و يقصد بها تدخل مواقف و أحداث أو حرمان لتعيق التطور السليم للطفل في سن يكون فيها الأنا ليس بالقوة الكافية ليواجهها، و من مثل هذه الأحداث نذكر:الانفصال عن الأم في سن لا يستطيع فيها الطفل التكفل بنفسه، ميلاد أخ أو أخت أصغر، معايشة حداد. فتظهر أعراض مشابهة

إكلنيكيا لأعراض العصاب لكن ليس لها نفس المعنى الرمزي الذي يتمثل في الحل الوسطي (Compromis) ما بين الدافع و المانع. تترك هذه الأحداث نقاط تثبيت و هشاشة في الأنا التي تجعل مواجهة الصراعات القادمة أكثر صعوبة و قد يمهد للصراعات العصابية

ب-الصراعات التطورية: (Les conflits du developpement) .

و هي خليط من صراع بين حاجات الدافع (Pulsion)و المطالب الخارجية من جهة، و من جهة أخرى الصراعات الداخلية بين الحاجات الدافعية المتضادة، و هذه الصراعات النمائية لا مفر منها و لكنها لا تترك أي أثر بعد انقضاء الفترة التي تظهر فيها، و لكن يمكن أن تشكل طباع الطفل أو يمكن أن تستمر لتصبح صراع عصابي،

ج-الصراعات العصابية: (Les conflits nevrotique) .

و هي صراعات داخلية بين الهيئات النفسية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، و ليس للمحيط و لا النمو تأثير عليها أو قدرة على إزالتها، و هي نتيجة التعارض بين المتطلبات الدافعية و المتطلبات المستدخلة التي تولدت من متطلبات قديمة خارجية. ولكنها ليست العصابات الحقيقية التي تعتبر منظومات معقدة تجمع عدة صراعات عصابية، بل هي بقايا صراعات تطورية قديمة، تتطور إما نحو برود بفضل ميكانزمات الأنا الدفاعية، أو نحو ظهور عصاب

د-عصاب الطفل: (La nevrose de l’enfant) .

و هي محاولة إدخال في بنية واحدة ذات قيمة اقتصادية كل الصراعات العصابية السابقة ذات الصيغ المختلفة، و كل النقص في النمو،

و نشير إلى أن هناك شيء مشترك لكل العصابات و هو القيمة الرمزية للعرض و التي تحقق الحل الوسط، و هذا ما يميزه عن العرض السيكوسوماتي الذي ليس له قيمة رمزية، و عن العرض الفصامي الذي ليس له قيمة الحل الوسط، و هذا يعني أن الصراعات التي كانت السبب في ظهور العصاب قد ظهرت بعد ما تشكلت أول خطوط الشخصية و حدودها، و أن الدوافع أو تصوراتها قد خضعت للكبت الثانوي و أن الكبت قد فشل و حدثت عودة المكبوت، و قد فسر (W.Bion

هذا الأمر برده إلى نمو الطفل حيث يقول أن أجزاء شخصية الطفل ليست بعد كل متماسك و لهذا يحتاج إلى وعاء يحتويه، و هذا هو دور الأم التي يتوجب عليها أن تسمح لطفلها

توظيفا متماسك و موحد طالما يعجز هو بالقيام بهذه الوظيفة لوحده، فإن كانت وظيفة الأم فاشلة فإن الطفل يفشل كذلك في وضع حدود لشخصيته فينزلق نحو الذهان، و لكن إذا كانت هذه الوظيفة مرضية إلى حد ما فإن الجزء الخاضع للكبت يبقى خارج احتواء الأم ,Mazet) (ph),houzel (D) 1996

6-2-النظرية المعرفية:

كان (Pavlov) و تلاميذه أول من تكلم عن العصاب التجريبي (Névrose expérimentale) الذي كان يقصد به ردود الأفعال التي تظهر على الحيوانات التي تتعرض لضغط كبير، و قد حدد في دراسة له بعض الظروف التي تسبب هذه الحالة لدى الحيوان (التعرض لمثير قوي و غير متوقع، ارتفاع الكف، التعرض لمثيرات سارة و سلبية متتابعة في وقت قصير) و فكر أن هذه التجربة ستحل لغز العصابات، حيث يعتقد السلوكيون الأمريكيون أن أعراض العصاب هي عبارة عن سلوكات متعلمة و لهذا فالتخلص من أعراض العصاب هو في نفس الوقت التخلص من المرض

كما أن (J.Cosnier) يشير إلى أن العصابات التجريبية عند الحيوان تقترب أكثر من اضطرابات ردود الأفعال عند الطفل أكثر مما تقترب من العصابات (Dumas.J.E2005)

المحاضرة الثامنة:

الاضطرابات الجسدية عند الطفل

(Les troubles à expression somatique)

1-مدخل:

تعتبر الطفولة السن الذهبي الذي تزدهر فيه الاضطرابات الجسدية، حيث أن الجسم أحسن آلية يستعملها الطفل للتعبير عن آلامه النفسية.و رغم أن الطفل خلال نموه يواجه عدة وضعيات تسبب له المشاكل، إلا أنه هناك حالتين أساسيتين تجعله يلجأ إلى التعبير الجسدي و هما: حالة الحرمان، و حالة الصراع.

فحالة الحرمان مرتبطة بحرمان الطفل المؤقت أو المستمر من مصدر اللذة أو الموضوع المشبع، و التي تشمل الانفصال أو تغيرات في المحيط العائلي مثل حالات الحرمان العاطفي و تأثيراتها المتعددة على الجانب الجسدي للطفل (اضطرابات النوم- اضطرابات التغذية- اضطرابات النمو أو اضطرابات سيكوسوماتية).

أما حالة الصراع فتكون مرتبطة بحالات حادة أو مستمرة بين حاجاته و رغباته و حاجات و رغبات محيطه أو صراعه الداخلي.(Marty(P)1990)

2- أنواع الاضطرابات الجسمية : يمكن أن نجد كل أنواع الاضطرابات و هي مختلفة من حيث:

أ- **ظروف ظهورها** حيث تظهر في كل سن اضطرابات خاصة فمثلا في الأشهر الأولى تظهر اضطرابات النوم، في السداسي الثاني تظهر أكثر اضطرابات التغذية، أما ما بين 3-5 سنوات تظهر آلام البطن، و بعد 6-7 سنوات تظهر آلام الرأس

معناها الذي يكون حسب السن فنفس الاضطراب يمكن تفسيره بطرق مختلفة حسب ظروف ظهوره و سن الطفل، كما أن هذه الاضطرابات يمكنها أن تمس كل الوظائف الكبرى و تأخذ إما مظهر بسيط بدون خطورة أو على العكس تظهر خطيرة و مقلقة.

ب- سبب ظهورها

و يمكن تصنيفها من حيث علاقتها بالعامل النفسي أو تدخل هذا الأخير في ظهورها إلى:

- الاضطرابات الجسمية الخطيرة ذات السبب العضوي و التي تأثر على مواصلة الحياة بصفة عادية فتنتج عنه اضطرابات نفسية مختلفة و من هذه الأمراض نذكر الإصابة بالسرطان أو أمراض الجهاز العصبي أو غيرها

- الاضطرابات الجسمية التي تتدخل في نشأتها العامل النفسي بشكل جزئي أو كلي و العلاقة بين التعبير عن طريق الجسد و العامل النفسي مختلفة و نميزها كالتالي:

1- الأعراض النفس جسدية أو السيكوسوماتية و التي نجد فيها إصابة عضوية فعلية مثل الربو، القرحة و غيرها. و تكون مساهمة الجانب العضوي و النفسي متساوية
2- الاضطرابات الوظيفية : الحقيقة التي تمس الحياة الحشوية مثل الإسهال و لا يصحبها إصابة عضوية فعلية.
3- أعراض تحويلية : مثل الحركية أو الحسية و التي تعبر عن صراعات نفسية لا شعورية تمثل توفيق بين الرغبة و التحريم.و لا تكون مصحوبة بإصابة عضوية فعلية

4 - سلوكات جسمية مضطربة: مثل سلوكات التغذية، النوم و الإخراجية.

وسنحاول التعرض لهذه الاضطرابات بشيء من التفصيل

1-2-الاضطرابات النفس-الجسدي: (Troubles psychosomatiques)

إن الاضطراب السيكوسوماتي يعني وجود الإصابة العضوية، التي تتطلب علاجا طبيا أو حتى جراحيا1990(P)Marty)، و من الاضطرابات الأكثر شيوعا نذكر:

1-1-2-الربو:(Asthme) و هو اضطراب الجهاز التنفسي يصيب عدد كبير من الأطفال، و يتمثل في نوبة تنفسية مرتبطة بالحساسية و يلعب الانفعال دورا مهما في إثارة النوبة، التي تزداد في حالة الضغط و الصراع و الانفعال في الظروف السيئة مثل حالات الصراع العائلي أو حالات الصدمة.

و قد حاولت الدراسات حصر بعض خصائص الطفل المصاب بالربو فوجدته طفلا انفعالي أو التابع لوالديه خصوصا الأم، و تقابله الأم من جهتها بإفراط في الحماية تبقيه تحت سيطرتها بحيث تظهر العائلة مغلقة حول ذاتها ترفض تدخل العلاج النفسي.

كما تكلم (P.Marty1990) عن صفات الطفل المصاب بالربو من خلال سهولة ربط العلاقات مع الآخرين و إمكانية تغيير رفيق بآخر بسرعة، محو كل المسافات بينه و بين من حوله، و يظهر الطفل متحاشي للمشاكل سهل التعامل و لا يتغير مزاجه إلا قبل النوبة إذ يصبح سهل الاستثارة.

2-1-2-القرحة القولونية: (Recto-colite-hémorragique) يظهر جليا ارتباط نوبة المرض بعوامل نفسية مثل الفقدان الحقيقي أو الهوامي للأم، حيث تتسم شخصية هؤلاء الأطفال بالكف و السلبية و الاتجاه الاكتئابي،

2-1-3-الاضطرابات الجلدية:(Affections dermatologiques) إن الجلد يعتبر مرآة الحالة الانفعالية، فمثلا حالات الكزيمة (Eczéma) و الصلع (Pelade) تكون مرتبطة في ظهورها مباشرة بعوامل نفسية.

2-1-4-الصداع النصفي:(Migraine) تظهر النوبة و تنتهي بصفة مفاجئة و عندما تشتد تكون مصحوبة باضطرابات في الرؤية و غثيان قد يصل إلى القيء، و غالبا ما يتكلم الأطباء عن أسباب وراثية لانتشارها كثيرا في نفس العائلة، و هي تظهر عند أطفال لا يعانون من الكف و نشاطهم الفكري كثير الحرية كما ينجحون في دراستهم فهم جادين و بعيدين عن الخيال

كما يمكن الإشارة أيضا لبعض الأمراض مثل القرحة المعدية

2-2-الاضطرابات الوظيفية :(Troubles fonctionnels) نقصد بها اضطراب في وظيفة جهاز ما (هضمي، تنفسي، إخراجي) مع غياب أي إصابة على العضو، ثم لابد من إجراء الفحوص لتبين عدم وجود أي اضطراب جسمي ثم البحث عن ظرف معين يستطيع أن يكون المسبب، و من هنا يمكن الكلام عن اضطراب نفسي ذو تعبير الجسمي .

و يلجأ الطفل إلى التعبير الجسمي عن آلامه النفسية مثل (إحباطه، كآبته، أسفه، قلقه) لأنه يعاني في هذه السن من حدود في استعمال اللغة، بالإضافة إلى عادة المحيط و الراشدين إلى التفكير في حالة جسمية عندما يكون الطفل يعاني من شيء ما .كما قد يلجأ إلى هذا النوع من التعبير لأنه يستعمل الجهاز الذي يستدعي نوع من العلاقة بينه و بين محيطه (علاقته مع أمه أو معلمه)، فيظهر

الاضطراب على مستوى التغذية كعلاقة مع الأم أو على مستوى الإخراج أو على مستوى الحركة و يعود سبب هذه الاضطرابات لظروف نفسية مختلفة نميز فيها (Thomas(J)1989)

- الرغبة في الاعتراض و تأكيد الذات (فقدان الشهية)
- صراع ضد القلق أو الاكتئاب (الأكل الكثير)
- البحث عن اللذة الذاتية (اضطرابات التغذية)

و قد تكون هذه الاضطرابات واعية و إرادية، كما يمكن أن يكون ذو سبب لا شعوري فنجد نفسنا في التحويل الهستيري بحيث يسمح له ذلك بالتحقيق الهوامي للرغبة لأن القيام بها مباشرة يجلب له العقاب أو الرفض، مثل: السعال، اضطرابات الرؤية، المشي المضطرب،إلى غيرها

وفي كل الأحوال سواء الاضطرابات النفس جسدية أو الوظيفية أو التحويل الهستيري يكون اختيار العضو المصاب على أساس الهشاشة، بحيث توجد اختلافات تكوينية عند الأفراد و هشاشة في أي عضو تسهل اختياره للإصابة، فمثلا الأطفال قليلي الشهية هم نفسهم عرضتا للإصابة باضطرابات الهضم،هذا لأن الأم تستثمر جسم طفلها و حسب استجابتها للحاجيات الفزيولوجية للطفل تساعده على تنظيمها و توازنها أو اضطراباتها.

و يمكن أن نعرض بعض أمثلة عن هذه الاضطرابات رغم أنه يمكن أن تصنف بشكل أخر في مراجع أخرى

2-2-1الاضطرابات القلبية الدورانية:(Les troubles cardio-vasculéres)

و نذكر(البكاء التشنجي) (Le spasme du sanglot): و هو توقف الصراخ و البكاء عن طريق الاختناق، يتبعه إغماء إذا طال يصل إلى نوبات تشنجية، قد يظهر في الجزء الثاني من السنة الأولى لحياة الطفل و نادرا ما يستمر إلى 5-6 سنوات و تظهر في العلاقة مع الأم عند غضب الطفل،

و يعود سبب هذه الحالة لانقباض الشرايين التي تمنع تهوية المخ فيظهر الإغماء و التشنجات، و يظهر الطفل أزرق اللون، و تحدث نتيجة حرمان الطفل من ما يطلبه أو إحساسه بالإحباط.

كما نجد نوع أخرمن هذا الاضطراب هو نوع الشحوب و يعود حدوثه إلى ألم مفاجئ أو انفعال أو خوف مفاجئين، و ينسى الطفل ما حدث بعد عودته إلى وعيه.Bergert (J)1972

2-2-2-اضطرابات التغذاية : (troubles de la conduite alimentaire)

إن وظيفة التغذية تكتسي أهمية بالغة، فهي أول وظيفة يبنى عليها الطفل علاقته مع المحيط إذ يستعملها للحصول على اللذة و التعبير عن الانزعاج وعدم الرضا، و سوف نعرض أهم هذه الاضطرابات.(Benaicha(F)1984)

أ-ألام البطن: Coliques idiopathique du premier trimestre

يظهر بعد 10 أيام من الميلاد إذ يستيقظ الطفل من النوم و هو يصرخ كأنه يتألم، و يظهر خصوصا في الليل و يبقى إخراجه عادي مع وجود الهواء في الأمعاء، و يرتبط هذا الألم مع وجبات الغذاء، و لا ينفع الدواء في إزالة هذه الآلام بل ينصح إعطاء الطفل المصاصة أو هزه(lebercement) و قد فسر R.Spitz) هذه الآلام بخطأ الأم في تفسير بكاء الطفل و استجابتها دائما بإرضاعه بينما يحتاج إلى الحنان فيمتلأ بطنه و يسبب له ضغط مؤلم، و تنتهي هذه الحالة عندما يتعلم الطفل طرق أخرى للتعبير عن الضغط الداخلي غير الصراخ و عندما يزول توتر الأم.

قد تظهر ألام البطن خلال مرحلة الطفولة عبر مختلف الأعمار و ترتبط بالضغوط التي يعبر عنها بانقباض البطن، و يمكن أن تكون تحويل هستيري أو تصنع من الطفل الذي يشعر أن المحيط لا يهتم به كمحاولة لجلب الاهتمام و كسب فوائد ثانوية، و تتناسب عادتا نوبات الألم مع الضغط و الانفعال. و يهدف العلاج إلى الإصغاء الدقيق للطفل و شكواه و مساعدته على التعبير عنها بوسائل جديدة مثل الحركة و اللغة و الرياضة، كذلك الاسترخاء يساعد كثيرا

ب- التقيؤ:Vomissements

لابد أن نفرقه عن التقيؤ ذو الأسباب العضوية مثل ارتفاع الحمى بسبب مرض عضوي أو الإصابة بالأورام الدماغية و لهذا لابد من التأكد من سبب المرض، و نجد التقيؤ في الحالات التالية :

- نجده يصاحب الانفعالات الحادة مثل القلق (الطفل يتقيؤ عند الذهاب إلى المدرسة و عند القلق).

- لجوء الطفل إلى التقيؤ بإدخال إصبعه و ذلك بهدف الاعتراض أو الحصول على فوائد ثانوية أو للتعبير عن القلق.

- التقيؤ نتيجة لتقلصات الحجاب الحاجز الذي يؤثر على المعدة و نجذ هذا السلوك عند الأطفال فاقدو الشهية الذين لا يعترضون على الطعام و لكن بعد الانتهاء منه يتقيئون.

ج- (Le merycisme): يجمع هذا العرض بين مظهرين :

- تقيؤ بسبب تقلص عضلات الصدر و الحجاب الحاجز

- اجترار الغذاء و يتمثل في عودة الغذاء إلى الفم و هضمه مرة ثانية ثم بلعه و هكذا عدة مرات لينتهي بالتقيؤ.

و قد يتسبب هذا الاضطراب في حالات خطيرة من الجفاف و نقص الغذاء، و خلال فترات الاجترار يكون الطفل منطوي، نظره هائم و لا يهتم بما يحدث حوله فهو مرتخي، و قد يصاحبه نشاط جنسي ذاتي مثل اللعب بأعضائه التناسلية، و تبقى الشهية عادية و يظهر هذا الاضطراب في السداسي الثاني من حياة الطفل الذي يلجأ إلى هذا السلوك عندما يكون لوحده أو مهمل أو تكون نوعية العلاقة رديئة مع الأم التي لا تلبي طلبات طفلها خصوصا العاطفية Mazet (ph),houzel (D),1996

د- فقدان الشهية العصبي عند الطفل (anorexie mentale) :

و تجدها خلال السداسي الثاني من حياة الطفل و تظهر على شكل رفض الغذاء بصفة كلية أو جزئية، و يظهر بعدة أشكال:

- الأكل بشكل سلبي بدون مشاركة ثم التقيؤ .

- رفض الطعام بقوة بغلق الفم و إدارة الرأس و بصق كل ما دخل الفم.

و لكن الطفل يطلب الماء و قد فسر هذا الاضطراب على أنه نكوص إلى التغذية بالمواد السائلة مثل بداية حياته، و يبدأ في الغالب مع تغيير طريقة غذاء الطفل و تعويضها بالمواد الصلبة أو فرض الأم للغذاء دون مراعاة شهية الطفل، ويزداد حدتا عندما تتصارع إرادة الأم في فرض طريقتها

و رفض الطفل، و لا تنخفض حدته إلا عند توجيه الأم لترك الحرية للطفل و عندما لا يجد هذا الأخير المعارضة، كما قد يبدأ بعد حادث صادم.

ه- فقدان الشهية عند المراهق :

يظهر هذا الاضطراب عند البنت (نادرة عند الذكور و هي في الغالب مدخل للفصام) خلال أو بعد البلوغ حيث تبدأ في التقليل من الأكل بعد صدمة نفسية أو حتى بدون سبب ظاهر، في الغالب بعد حمية لإنقاص الوزن و تستمر في عدم الأكل، و يصحبها أعراض مثل التقيؤ، نقص الوزن و اختفاء الطمث ازرقاق الأطراف و برودتها و تساقط الشعر مع زيادة النشاط و تفوق دراسي

و تعاني المصابة من اضطراب في إدراك جسمها و رفض أنوثتها، و تعالج عادة بفصلها عن الوسط العائلي و إعادة التغذية.

و-زيادة الشهية أو الشراهة: (Hyperphagie ou boulimie)

تصيب الذكور و الإناث على حد السواء، حيث يعتبر بدين كل طفل تجاوز 15 % من الوزن الذي يتناسب مع سنه و قامته، في الجزائر البدانة تدل على الصحة و تفتخر الأم لنجاحها في دورها كأم مغذية، و نميز فيها ثلاثة (03) أنواع:

-البدانة العضوية الناتجة عن اضطراب جيني مثل مرض (praderwilli) الذي يتصف بشراهة كبيرة تجعل الطفل كل ما يجده في طريقه (Dumas.J.E.2005)

- زيادة الطعام الراجع لعادات العائلة و يكون أحد الوالدين أو كلاهما بدين

- زيادة الطعام لأسباب نفسية اجتماعية كعرض لمشاكل انفعالية و عدم تحمل الإحباط

و تظهر على شكل نوبات أو فترات للشراهة تظهر متفرقة و قد نجدها أيضا عند الذهانين بأكل برازهم (Coprophagie) كما تكون مصحوبة بزيادة الوزن أو بالتقيؤ.

ز-الشراهة بدون بدانة:

هي رغبة ملحة و متسلطة تدفع لفرد إلى الأكل لا لتهدئة الجوع بل لتهدئة القلق، حيث يبتلع الطفل كميات غير معقولة من الطعام دون اختيار أو حتى دون طبخ و بعدها يتقيؤ لإفراغ معدته، و نجد

هذا الاضطراب عند النساء أكثر من الرجال و عل العموم المصاب يكتم سر إصابته و لا يطلب العلاج إلا بعد أحداث فزيولوجية خطيرة قد تصل إلى الموت.(Benaicha(F)1984)

ح-**Potomanie**: و هو حب شرب الماء بكثرة و قد يشرب الطفل بوله،و تكون هذه الحالة مصحوبة بأفكار وسواسية تتعلق بشرب الماء و التبول كثيرا (Polyurie).

ط-غرائب التغذية : Abréviation alimentaire

و هو أكل أشياء غير صالحة للأكل، و هو أمر عادي في السنة الأولى من حياة الطفل، أما بعد ذلك يظهر ما يسمى بـ (Pica) و هو التلذذ بأكل أشياء غريبة مثل الصابون- الطباشير- التراب- الورق وغيرها، و قد يرجع لحب التعرف على الأشياء. و يتطور عندما يستمر و يتكرر و تزداد شدته عندما تكون علاقة الطفل مضطربة مع الأم و قد يرتبط بالذهان، أما أكل الفضلات فهو دليل على اضطراب كبير ينم عن سلوك الأم بعدوانية مع الطفل.

2-2-3-اضطراب الإخراج:(trouble du contrôle sphinctériens)

إن وضيفة الإخراج موظفة نفسيا من طرف الطفل و محيطه، فخلال السنة الثانية من حياة الطفل و مع اكتمال نمو الجهاز العصبي و منه النضج البيولوجي للمثانة و عضلات التحكم، يتعلم الطفل التحكم في المخارج (الشرجية و البولية) بتدخل التربية و توفر علاقة وجدانية تجعل الطفل يرغب في النظافة ليفرح والدته و نفسه و يشعر أنه أصبح كبيرا،و نميز نوعين من الاضطرابات:

أ-التبول: (l'enurésie)

و هو تفريغ لا إرادي ولاشعوري للبولة عندما يكون قد تجاوز سن التحكم في المثانة أي ثلاثة سنوات، و هي شائعة عند الذكور ضعف الإناث و يمكن تصنيفها إلى (Dumas.J.E2005):

- **التبول الأولي** (بدون انقطاع)، وهو عدم الانقطاع الكلي عن التبول،و يمثل 80 % من المصابين و يثير التعلم المبكر و الصلب مع استحواذ الأم تبول معارضة و انتقام

- **التبول الثانوي** (يعود بعد فترة من التحكم الكلي)،حيث أن 10% من الأطفال أقل من15 سنة يعانون من التبول و 1%يبقى إلى سن الرشد

- **التبول الليلي** (حدوثه فقط في الليل)

- **التبول النهاري** (حدوثه فقط في النهار)

- **التبول المختلط**(يحدث في الليل و النهار)

- **التبول الكلي** (التبول يكون كل يوم بدون انقطاع)

- **التبول المتقطع** (تظهر بعد الثامنة و هناك ارتباط بين مشاكل النهار و التبول و يكون متقطع).

- **التبول المتناوب** (بعد فترات طويلة من الصفاء يعود الطفل إلى التبول بعد بعض الظروف)

- **التبول في المناسبات** (و يحدث التبول مرتبط بمناسبات معينة)

و قد يظهر التبول مختلط مع التبرز أثناء الليل، و قد يحلم الطفل بالماء أو بالحريق، في النهار قد يحاول الطفل التماسك و لكن في بعض الأحيان يحدث التبول بصفة مفاجئة. يظهر الطفل المتبول كطفل معارض أو غير ناضج نفسيا و عضليا أو عصابي يتلذذ بالتبول، كما قد يعاني الحرمان العاطفي و يلجأ إلى طرق إشباع قبلية، أما في المراهقة فهي تعلن خوف و فزع المراهق أمام نزواته الجنسية و تكون نوع من الاستمناء.قد نجد التبول أيضا عند الطفل العصابي و الذهاني و المتخلف.

و قد تساعد ردود الفعل عند المحيط على بقاء التبول بسبب اهتمام الأم البالغ بتنظيف طفلها، و يمكن أن تأخذ شكل جنسي حتى لو كان أيضا سببا للصراع مع الأم. و من أسبابه:

- أسباب وراثية

- عدم نضج عصبي – حركي

للعلاج من هذا الاضطراب لابد من عدم إجبار الطفل على تعلم النظافة مبكرا، عدم اهتمام الأم بتنظيف الطفل بنفسها بالإضافة للأدوية مثل مضادات الاكتئاب(anafranil) ، و التقليل من شرب الماء.(Duche(J)1978)

ب- التبرز: (encoprésie)

هو تبرز الطفل بعد سنتين إلى ثلاث سنوات في لباسه، و نميز النوع الأولي و الثانوي، و هي تحدث دائما في النهار غالبا بعد العودة من المدرسة و يظهر عند ثلاثة أنواع من الشخصيات .

- عصابية إذا حدث ذلك أثناء القلق

- غير ناضجة إذا حدث ذلك في لحظات عدم انتباه

- منحرف لأنه يتلذذ بالعودة إلى مراحل سابقة في الإشباع

في العادة يختفي هذا العرض بسرعة و لكن في حالات نادرة قد يبقى إلى المراهقة. و العلاج لابد أن يكون شاملا و نفسيا و لا يتوقف عند العرض.

ج-الإمساك النفسي المنشأ:

يتمثل في الإمساك بالمواد البرازية داخل القلون لمدة من الوقت، و قد يبدأ هذا المشكل منذ الفصل الثاني لحياة الطفل، و يساعد على ظهور هذا الاضطراب تمتع القلون بقدرة كبيرة على التمدد و بالتالي القدرة على التخزين و يترتب عليها إصابة الطفل بالبواسير.

2-2-4-اضطرابات النوم :

النوم أساسي للحياة و هو يساهم في النمو و النضج و التوازن،حيث يوجد فترتين من النوم:

-النوم العميق (profond): يفرز خلاله هرمون النمو و يعاد بناء ما تحطم من بروتينات، تصاحبها الإحساس بالراحة.

-النوم السريع (Paradoxal): تعاد خلاله برمجة معلومات النهار و يحدث الحلم الذي يدل عليه حركات العين السريعة و ترتبط هذه الفترة بالحياة العلائقية و الانفعالية بشكل مباشر،

و يمكن أن نقسم اضطرابات النوم حسب السن 1978 (J) Ajuriaguerra

أ-عند الرضيع :

يظهر عند الرضيع تتابع في النوم و اليقظة و ذلك لمدة 3 ساعات، فمن الطبيعي أن يستيقظ الطفل عدة مرات في الليل و يكفي إرضاعه أو هزه ليعود إلى النوم و يستمر ذلك حتى الشهر الثاني من

حياة الطفل، بعد ذلك بقاء هذه الظاهرة تدفع إلى الكلام عن أرق مبكر يعود إلى إرضاع زائد أو ناقص أو ظهور الأسنان أو قلق، و يكون الأرق إما متهيج (الصراخ)، أو هادئ،و إذا كانت هذه الحالة قوية و متكررة فإنها تذكر بالشخصيات الفصامية. و من أسبابه يمكن أن نشير إلى

-عدم احترام إيقاع نوم الطفل و أوقاته

-قلق الأم و استحواذها

-نقص النشاط الحركي خلال النهار

-صعوبة التخلي عن نشاطاته المفضلة

ب- عند الطفل و المراهق :

نميز اضطرابات في عادات النوم أو في بدايته أو خلال النوم في حد ذاته، و يكون ذلك بالزيادة أو النقصان. و قد ميز Gastant عدة اضطرابات يمكن أن نسردها كالتالي:،

-اضطرابات بداية النوم :(Troubles de l endormissement)نميز فيها الاضطرابات التالية حسب السن

1. **معارضة النوم** :**Opposition au sommeil**) تظهر عند 2 إلى 3 سنوات معبر عنها بالغضب ورفض الذهاب إلى النوم
2. **عادات النوم** (**Les habitudes du sommeil**) تظهر عند 2 إلى 6 سنوات بحيث يطلب الطفل أن تقوم والدته بنفس السلوكات في كل مرة كأن تقبله مرتين ثم تعدل غطاءه
3. **مخاوف النوم** : (**Les phobies du sommeil**)يحتاج لما يطمئنه للنوم (إشعال الضوء- ترك الباب مفتوح)
4. **ايقاعات النوم :** يحتاج الطفل أن يهز نفسه لينام أو يمص أصبعه

5-مظاهر الاهتزاز : يقفز الطفل أثناء نومه كل الجسم أو جزء منه و تسمى phénomènes hypnagogique)

6-أرق بداية النوم: نوع من القلق و الانشغال تمنع الطفل من النوم.

-اضطرابات النوم الحقيقي : و نميز فيها

1-القلق الليلي: نميز فيه

-الهلع الليلي:(angoisse nocturne) يكون القلق في أوجه فيبكي الطفل و يصرخ و يتهيج و من الصعب إيقاظه و طمأنته، يظهر شاحب اللون، يعرق و تتسارع ضربات قلبه، تستمر هذه الحالة عدة دقائق بعدها ينام الطفل بعمق و ينسى في الصباح ما حدث، و قد تكون تجربة واحدة أو متعددة.

-أحلام مقلقة:(**réves d'angoisse**) يظهر القلق بدون تهيج الطفل مثل الحالة الأولى، يستيقظ خائفا و يبكي و يطلب أمه، من السهل تهدئته و لكن يخاف من النوم بعد ذلك، تظهر هذه الحالة ما بين 2-6 سنوات و استمرارها بعد هذه السن يبين مدى عجز الأنا عن حل مشاكله الداخلية و إبقائها مكبوتة.

و من أسبابها نذكر اضطرابات في مراحل النمو بالإضافة إلى اضطرابات في محيط الطفل و في علاقته مع والديه.1978 Ajuriaguerra (J)

2-المشي أثناء النوم:(somnambulisme) و هو مشي الطفل بدون هدف مع فتح العينين ثم العودة إلى النوم، قد تدوم هذه الحالة حتى نصف ساعة و من الصعب إيقاظه، و عندما يستيقظ ينسى كل ما حدث و تظهر عند البلوغ، و نخاف من السقوط و الجروح

3- **الكلام أثناء النوم: (somniloquie)** يتكلم الطفل خلال النوم و لكن لا يصادف هذا الحديث مرحلة الأحلام

4- حك الأسنان: و يظهر خلال كل فترات النوم و يصدر صوت مزعج

5-التبول الليلي: يحدث أثناء بداية الليل و قد سبق التعرض إليه بالتفصيل

و كل هذه الاضطرابات تظهر عادية إلى حد أن تدوم بعد وقتها أو تظهر معها اضطرابات أخرى

6 **-زيادة النوم: (hyper somnie)** و هي قليلة الانتشار نميز منها:

أ-**النوم المفاجئ** يكون مصحوب بالسقوط نظرا لنقص المقوية العضلية (Catalepsie)

ب- متلازمة (Kleine Et Levin): تظهر فيها زيادة في النوم مع جوع كبير و تدوم من 2 إلى 3 أسابيع و تظهر 3 إلى 4 مرات في السنة و تظهر ما بين 15 و 30 سنة.

ج- **النوم المفرط العصابي:** الذي يستخدم كهروب من المشاكل اليومية و القوى الانفعالي و الغريزية نجده عند المراهق بكثرة .

عند المراهق يحاول إثبات نفسه من خلال السهر إلى أوقات متأخرة من الليل مع رفاقه و قد تعبر هذه الحالة عن الإفراط في النشاط الفكري و العضلي، و علينا أن ننتبه لنوم المراهق لأنه مؤشر لتوازنه و تكيفه أو على العكس لاضطرابه، و في الغالب يكفي توجيه الطفل و المراهق و استرخائهم لتصحيح مسار النوم

المحاضرةالتاسعة:

اضطرابات الشخصية الظاهرة على السلوك

(Les troubles du comportement)

1-مدخل:

إن سلوك الإنسان مترجم لشخصيته سواء كانت مرضية أو سوية، و نتكلم هنا عن اضطرابات الشخصية التي تظهر عبر الفعل و السلوك و في العلاقات مع المحيط العائلي و المدرسي و الاجتماعي مما يولد صراعات مع الوسط، مثل الآباء و الطرق التي يستملونها للتربية، أو الهيئات القانونية و تمس هذه الاضطرابات اضطرابات الطبع (Caractère)و (Psychopathie)

2-اضطرابات الطبع : (Troubles du caractère)

2-1-تعريف الطبع : هو مجموعة صفات التي تحدد طريقة معتادة للفرد في التصرف في علاقاته مع المحيط، إذن صفات الطبع تعكس على مستوى السلوك الظاهر نموذج من العلاقات التي يربطها هذا الفرد مع مواضيعه المفضلة (مصطفى حجازي 1981).

فالطبع إذن هو مجموعة متنوعة من السلوكات و التصرفات فهو مظهر خارجي للشخصية.

و عندما نتعامل مع اضطرابات الطبع عند الطفل لابد أن يكون واضحا :

- أنها تحدث عند شخصية في طور النمو
- أنها تحدث عند شخصية موجودة في علاقة ارتباط و تبعية للمحيطه
- مسألة تقبل المحيط للصعوبات السلوكية عند الطفل التي تؤثر على اختيار الطفل لنوع أو لآخر من السلوكات كما تؤثر على تثبيته
- يتميز الطفل بقدرته على إخراج هواماته إلى العالم الخارجي و دفاعاته، لأن في علاقته مع المحيط تحدث صراعات

3-المظاهر العيادية و المرضية :

أول ما يظهر من اضطرابات الطبع هو اضطراب السلوك و هو ما يدفع إلى الاستشارة النفسية، و تظهر هذه الاضطرابات مختلفة حسب سن الطفل و الوسط الذي يعيش فيه و ردود أفعال هذه الأوساط ،و هي تمس خصوصا فترة التمدرس أي بعد 6 سنوات. غير أنه يمكن أن نجد سلوكات تحمل نفس المحتوى قبل هذه السن لتأثيرها على المحيط، و التي يمكن أن نشير إليها دون اعتبارها اضطرابات، حيث نجد عند الرضيع اضطرابات النوم و الهضم (رفض الرضاعة، التقيؤ)، و عند الطفل الصغير نجد الاعتراض، و رفض نظام التحكم في المخارج، الغضب و العدوانية.

و يكون على العموم محتوى هذه السلوكات المضطربة هو الرفض و الاعتراض، فهو يظهر في الوسط العائلي على شكل السلبية، اللامبالاة، السكوت أو الاعتراض المباشر، السلوكات العدوانية اللفظية و الجسدية، الاستفزاز و بعض السلوكات النكوصية مثل : التبول أو التبرز أو البحث عن العطف و الحنان الغير متناسب مع السن.

أما في الوسط المدرسي فتظهر على شكل شكوى المعلمين بما يخص كثرة الحركة و قلة الانضباط، سلوكات عدوانية مع الزملاء، الرسوب المدرسي الجزئي أو الكلي، أو التغيب، كما نسجل الهروب من المدرسة أو رفض واضح للذهاب مع خوف اتجاه المدرسة.(S) Hachouf 1988

4-المحتوى المرضي :

لابد من معرفة إن كانت هذه السلوكات ردود أفعال للمحيط المباشر للطفل، أو النقص التربوي، أو ذات علاقة بما يراه الطفل في المحيط العائلي مثل السلوكات العدوانية الموجودة عند الآباء و لكن إذا استمرت الوضعية نفسها لمدة طويلة يمكن لهذه السلوكات أن تتثبت. و يمكننا أن نلاحظ ثلاث احتمالات:

4-1-اضطرابات الطبع المتعلق بالنمو: (Troubles du caractère lier au developement

لابد أن نلاحظ أن خطوط الطبع (traits du caractére) عند الطفل متحركة في أغلبها، و لهذا يمكنها أن تطرح مشكل أو صراع مع الوسط الذي يعيش فيه عندما يجد الطفل نفسه بمواجهة مواقف يعجز عن حلها حسب إمكانياته النمائية الحالية، أو عندما يتعارض خط من الطبع مع الخطوط

التربوية للعائلة، ففي هذه الحالة يصبح الطبع الذي كان حتى الآن نوع من أنواع الطبع العادي عبارة عن اضطراب لابد من علاجه. و لكن لابد أن لا ننسى أن بعض هذه الاضطرابات تتثبت و تظهر كانحرافات مرضية، و في بعض الأحيان يجد الطفل في محيطه ما يثبت هذا السلوك عندما يدخل في مرض أحد الآباء أو يزيد من الصراع بين الوالدين أو في العائلة، كما أن الطفل يتقمص الشخصية التي يعكسها له المحيط أو وسطه.

كما أن عدم التناسق في النمو قد يطرح مشكل رغم أنه من السوي أن ينمو الطفل و المراهق بصفة غير متجانسة .

4-2-اضطرابات الطبع المرتبطة ببنية شخصية مرضية: Troubles du caractère liés a une organisation psychopathologique définie de la personnalité)

إن محيط المصابين باضطرابات الطبع محيط يهتم كثيرا بما يظهر على سلوك أطفالهم و لا يهتمون بالطفل في حد ذاته، و مع ذلك تظهر وراء هذه السلوكات بنية شخصية خاصة تعطي اضطرابات أخرى.

أ- **حالة عصاب** : في هذه الحالة يضاف لاضطرابات الطبع القلق أو المخاوف أو التحويل أو الوساوس، كما يمكن أن تظهر خطوط الشخصية العصابية مثل التحاشي أو الهروب، أكاذيب أو ظهور أهمية كبرى للتكوين العكسي عند الوسواسي، مثل الطفل النظيف جدا أو المطيع جدا أو الحي الضمير.(Hachouf (S 1988

ب- **حالة الذهان** : قد يخفي اضطراب الطبع بنية ذهانية خصوصا في الذهانات المتأخرة بعد 4-5 سنوات، بحيث تظهر اضطرابات علائقية تمس قلق الوجود (قلق الموت)

ج-**حالة النقص** :(Déficitaire) و هي ما نسميها بحالات التأخر العقلي تضاف عليها اضطرابات سلوكية مختلفة تزيد من رفض الوسط للطفل المصاب .

د- **البنية الإتكالية** :(Anaclitique) يكون الإحساس الأساسي بدناءة الذات و الإحساس بالتخلي (Abandonnisme) و قلق فقدان موضوع الاتكال، و يعاد إحياؤها بشكل مستمر من خلال الإحباطات اليومية. و الصراعات تؤدي إلى مواقف عقاب الذات أو الفشل .

3-4-بنية اضطرابات الطبع : (les organisations caractérielles)

اضطرابات الطبع أول ما يظهر عند المصاب و لا يظهر أي محتوى عقلي محدد مثل الفوبيا، الوسواس، الاكتئاب أو الأفكار الهاذية، بل يظهر الصراع في الخارج، إذ يظهر الاضطراب على شكل تجاهل للواقع الداخلي.

و تأخذ هذه الاضطرابات عدة أشكال تختلف من الراشد إلى الطفل بحكم النمو و وجود بنيات مختلطة (Mixte ،و لكن عند الطفولة المتأخرة و المراهقة يمكن أن تشبه هذه الاضطرابات ما يعرف عند الراشد بعصاب الطبع.

و لكن لا يمكن اعتبارها عصابات لأنه يختفي فيها الألم الداخلي و الإحساس بالذنب الواعي الموجود عند العصابات، هذا لا يعني الغياب الكلي لدى المصاب لكل نوع من أنواع الإحساس مثل أحاسيس عدم الارتياح (Malaise) فقد لوحظ وجود حالات اكتئاب مختلفة الشدة عند هؤلاء المصابين و التي يمكنها أن تظهر من حين إلى آخر.(Mazet (ph),houzel (D),1996)

5-المظاهر السلوكية لاضطرابات الطبع:

و نجد مجموعة من السلوكات مثل :

5-1-السلوكات العدوانية : (conduites agressives)

إن السلوكات العدوانية ليست مرضية حتما فهي مهمة لنمو الطفل، تساعده على الظهور كفرد متميز له إرادة و بذلك يحدد أناه، لكن إذا اتستمر بعد السن المحددة لها يمكن أن نتكلم عن حالات مرضية لها علاقة بمرونة انفعالية تفسر الاندفاع، أو لها علاقة بانعدام وسائل أرقى للتعبير فيلجأ إلى العنف الجسدي أو الشفهي. و نميز فيها العنف، الغضب و الاعتراض،

أ- العنف(Violence) :

و هي كل السلوكات العدوانية الموجهة نحو الآخر مثل العض، الخدش، القرص، و الضرب و هي عبارة عن سلوكات عادية ما بين 1 و 4 سنوات عند تعرض الطفل إلى إحباطات، و هي استجابات نجدها خصوصا عند الذكور أكثر من بالإناث و عند الأطفال الذين يكثرون الحركة، و عادة ما

تطرح مشاكل في تقبل الطفل في الروضة.و من الخطأ الرد على هذه السلوكات بالمثل لأنها تقلق الطفل و تثير حب الانتقام .

بعد سن الرابعة يصبح الطفل بفضل الكلام قادر على التعبير بطرق أخرى، و بقاء هذه السلوكات العنيفة تبين عدم نضج الأنا ، أو عدم تطور الوسائل التعبيرية الأخرى مثل اللغة بسبب الإصابة بالصمم مثلا.كما يمكن أن يكون الطفل عنيف تقمصا لآباء عناف أو قد يكون فصامي فيظهر عنفا اتجاه محيطه دون أن يتسبب له هذا الأخير في الإحباط.

ب- الغضب :(Les colères)

و يميز (Clo launay) نوعين حسب قدرة الطفل على التحكم في التفريغ الانفعالي و هما الغضب و الحقن .

1-الحقن : (Rage)

و نجدها عند الطفل خلال السنة الأولى من الحياة يلجأ إليها عند مواجهة الإحباطات، و تأخذ شكل حركات عشوائية مع صراخ و تغيرات فزيولوجية مثل الشحوب أو الاحمرار و جفاف الفم، و قد تستمر هذه التعبيرات إلى ما بعد السنة عند الأطفال المندفعين الذين يعانون من عدم التحكم في التفريغ الانفعالية، و قد يصل بهم الحد إلى فقدان الذاكرة الخاصة بهذه النوبة، و تعبر عن نوبات من القلق الحقيقي و قد نجد ما يقارب هذه الحالات عند الطفل المصاب بالصرع أو عند الفصامي كرد فعل لتغيرات غير محتملة في المحيط.

2-الغضب : (la colere)

و هو تعبير انفعالي أكثر تحكما و يظهر فيه خصوصا العدوان اللفظي مثل الشتم و الملاحظات الجارحة، و تكون عادية عند الطفل من 2 إلى 4 سنوات عندما يحتاج إلى التحرر و تحقيق الذات، و عندما تستمر بعد ذلك فيكون غالبا سببها نقص نضج الأنا أو الإحساس بالنقص يغطيه الطفل بالغضب (اضطرابات اللغة – إعاقة ما .....)(Perron(R), 1972 -

2-5-المعارضة (L'opposition) :

و يمكن أن تكون رد فعل لمحاولات تحقيق الذات و نميز فيها :

أ-المعارضة الايجابية (Active)

و هي مرحلة نمو عادية خلال السنة الثانية و الثالثة من العمر و عندما يستمر يكون إما رد فعل يزول بتغير المحيط المسبب له أو يكون طريقة ربط العلاقات مع المحيط.

ب-المعارضة السلبية (Passive)

و يتمثل في عدم القيام بالأوامر رغم إعادتها عدة مرات من طرف الأم مثلا و قد تغطي هذه الحالات حالات اكتئاب .

3-5-الكذب (Le mensonge) :

لا يمكن أن نتكلم عن الكذب عند الطفل قبل 6 أو 7 سنوات، لأن الطفل لم يكتسب بعد الفرق الواضح بين ما هو خيالي و ما هو حقيقي، فهو يعتقد أنه بمجرد الكلام عن شيء يصبح حقيقة و قد يستمر هذا بعد 7 سنوات لكن بصفة متفاوتة عند الأطفال و نميز فيها :

أ -الكذب عند الحاجة (Utilitaire)

إنه من الطبيعي عند الطفل أن يطابق الحقيقة لرغباته و إن كانت بعيدة عنه يزيفها لهذا الغرض، و هذا بهدف الحصول على فوائد أو لتحاشي العقاب، و لا يساعده على تجاوز هذه المرحلة إلا القواعد الاجتماعية التي يمليها الوالدان لكي يحترم الحقيقة حتى لو تسببت له في حوادث مؤلمة على أن يحتفظ بتقدير محيطه، و لابد أن يحدث هذا التصحيح في ظروف عاطفية جدية، و يكون عادة هذا السلوك رد فعل لظروف عائلية مثل تغيير الحقائق أو تزوير النتائج المدرسية خوفا من العقاب، و قد يوصل الطفل إلى الإحساس الكبير بالقلق، و نجد هذا السلوك عند الأطفال ذوي الأنا غير الناضج و قد يصحبه اضطرابات أخرى مثل الهروب أو السرقة أو يكون نتيجة لها.

و عندما يتدخل المحيط بالضغط على الطفل للحصول على الحقيقة يزيد ذلك من كذب الطفل و لكن عدم الضغط ينقص قلقه و قد لا يعود إلى السقوط في الكذب، و على الراشدين من أولياء الطفل عدم التعامل بالكذب.(Dumas.J.E.2005)

ب -الكذب الهستيري :

و هدفه تعويض النقص أي بطريقة خيالية كأن يعدل من ظروف حياته لتصبح أحسن (أب مثقف أو غني...) و يمكن تسميتها ب(Fabulation).و يمكن أن يصل إلى الكذب المرضي الذي نجده عند الشخصية السيكوباتية أو الهستيرية، و الذي يتمثل في اتجاه مرضي واعي و إرادي نحو اختراع أحداث لا أساس لها من الصحة و الاعتقاد بها دون تأكد (مثل ما هو الحالة في الهذاء).

كما يمكن أن تأخذ شكل آخر يتمثل في اختراع المثيل بقول أنه أخ أو أخت أو صديق، و تكون هذه الحالة شائعة عند الأطفال قبل 6 سنوات خصوصا عند الطفل الوحيد، أما بعد هذه السن يمكن أن يكون مؤشر إلى بناء شخصية ذهانية.)Piaget et inhelder (B), 1978

ج- الكذب عند المتخلف العقلي :

و هي منتشرة يرجع إلى حب تغطية الشعور بالنقص، أو قد يرجع إلى اضطراب في الحكم.

4-5-السرقة :Le vol

لا يمكن الكلام عن السرقة قبل 6-7 سنوات و ذلك أن الطفل قبل هذه السن لا يمتلك معنى الملكية فبالنسبة له كل ما يهمه و يحتاجه فهو له حتى لو لم يكن كذلك.

أول من يسرق الطفل هو عضو من عائلته في الغالب الأم، ثم خارج العائلة لكن أفراد يعرفهم كأصدقائه أو معلمته، و أخيرا يسرق أفراد لا يعرفهم. و تحتوي السرقة عدة معاني منها :

- يسرق الطفل بدون الإحساس بالقلق و الذنب و لكن بعد السرقة تظهر أحاسيس الذنب و يتصرف بحيث يدل على السرقة ليصل إلى العقاب و يتخلص من الإحساس بالذنب.
- في بعض الأحيان يسرق الطفل في حالة قلق ممزق بين الرغبة و محاولة التحكم في الرغبة، و هو ما يسمى ب (Kleptomanie)و هي سرقة قهرية أسبابها لا شعورية.

استعمال الطفل للشيء المسروق مختلف، فقد يستعمله لفائدته أو يخبؤه أو يتخلص منه، لأنه لا يهمه بل فعل السرقة هو الأهم في حد ذاته. و قد يشتري بالمال المسروق لأصدقائه أشياء كثيرة لينال حبهم و تقديرهم.

و تعتبر السرقة رد فعل لتخلي المجتمع أو الأسرة عن الطفل، فهو بالسرقة يحاول تغطية فراغ، أو أخذ حق حرم منه و هو تقمص لأم كريمة مثل التي أرادها أن تكون أما له، خصوصا عندما يسرقه ثم يوزع ما سرق.و قد لوحظ وجود حرمان عاطفي أو انفصال في حياة السارقين بالإضافة إلى بعض الظروف الاجتماعية و الاقتصادية مثل عدم تكيف جماعة الأطفال، الفقر.....

و السرقة تكون في الغالب علامة للدخول في الانحراف خصوصا عندما تضاف لها الهروب.
و يكون على شكل جماعات عند المراهق أكثر منه عند الطفل.

5-5-الهروب :(les fugues)

يعرف الهروب على أنه خروج الطفل من مأواه المعتاد بدون إذن و ذلك للذهاب غالبا إلى مكان غير محدد و يدوم ساعات عند الطفل و يصل لعدة أيام عند المراهق، و لا يمكن الكلام عن هذه الحالة إلا بعد ما يتجاوز الطفل 6-7 سنوات.

و نلاحظ عند الطفل الهروب من المدرسة و يكون لوحده نادرا مع جماعته، يتوجه بدون هدف معين ثم يلجأ إلى أول محطة أو دكان فيتم إيقافه و إعادته لأهله و هذا يريحه، و على العكس قد يكون له هدف معين و هو الرجوع إلى مكان ذو أهمية عاطفية و هنا يحترس من أن يكتشف أمره.

و تعود أسباب الهروب إلى كل العوامل التي تبعث على انعدام الأمان مثل (أم عزباء-حرمان عاطفي- أب كحولي...)

أما الهروب من المدرسة فله علاقة بالاضطرابات العصابية، و هو راجع إلى مشكل دراسي خصوصا و قد يكون راجع إلى المخاوف المدرسية و نجد نوعين:

- التي تظهر في بداية الحياة المدرسية عند 6-7 سنوات، و لها علاقة بالخوف و القلق من الانفصال عن الأم.

-التي تظهر عند أطفال العشر سنوات و يتعلق بالخوف من المدرسة فالبعض يعود إلى المنزل متظاهر بالمرض أما البعض الآخر فيهوم،

المحاضرة العاشرة:

اضطرابات رد الفعل (les troubles reactionnels)

1-مدخل:

يقصد بمفهوم رد الفعل الحوادث الناتجة عن تأثير العوامل المحيطية بحيث يقول (Jasper) أنه لابد أن تتوفر ثلاثة شروط للكلام على هذه الحالات:

-لا يحدث بدون حادث مفجر.

-محتوى حالة رد الفعل في علاقة مفهومة مع العامل المفجر.

-عند اختفاء السبب يتوقف العرض

و لكن أضاف علم النفس التحليلي قيمة للحادث المفجر في الجانب النفسي خاص بما يمكن أن يكون يعنيه هذا الحادث في الحقيقة النفسية الداخلية، و لذلك أصبح يمكن الكلام عن الحادث الصادم و عند الحديث عن الصدمة فنحن نتكلم عن اضطراب رد الفعلPerron (R),1992

2-الصدمة: (le traumatisme)

إن الكلمتان مترادفتان تقريبا لان رد الفعل يعتبر أن هناك حادث صادم و لكن الحادث ليس حادثا خارجيا بسيط لأنه لا يصبح كذلك إلا إذا كان له صدى مع صراع داخلي، و هنا يتدخل عامل بنية الشخصية. فالحادث الصادم هو حادث يعرض الدفاع النفسي للإنسان خلال فترة قصيرة من الزمن لكمية كبيرة من الإثارة تفوق قدرته على التحكم فيها بصفة طبيعية".Marty(P),1990

أما بالنسبة للطفل فالصدمة أو الاضطرابات الخاصة برد الفعل تصنف في منتصف الطريق بين السلوكيات التي تعتبر رد فعل عابر لصراع خاص بالنمو، و بين السلوكيات التي تدل على حالات العصاب المبني، فهو تجاوز الأول و لم يبني بعد على شاكلة الثاني. و على العموم فكلما كان الطفل صغير السن كلما كانت بنية شخصيته غير مستقرة و كانت الاضطرابات مثبتة، كلما كان تأثير المحيط و الحوادث أكثر.

و يمكن أن نميز بين نوعين من الأحداث التي يمكنها أن تلعب دورا في نشوء ردود أفعال:

2-1-وجود حادث صادم :ظهور حادث صادم تتبعته مباشرة الاضطرابات.

و يمكن تحديد هذه الحوادث الصادمة حسب فترات نمو الطفل كالتالي:

أ- من بداية بناء العلاقة مع موضوع الحب الأول (بعد 6 أشهر من الولادة) حتى اكتساب ثبات الموضوع (عند 3 سنوات)، يلعب الانفصال عن هذا الموضوع لأي سبب فعلي أو هوامي دور الحادث الصادم.(Dumas .J.E.2005)

ب- خلال الفترة الأوديبية (ما بين 3 إلى 6 سنوات) إن العوامل التالية يمكنها أن تشكل حادث صادم:

-الصدمات الجنسية.

-الحوادث أو العمليات الجراحية خصوصا التي تمس أعضاء الجنس.

-انفصال الوالدان .

-موت أحد الوالدين.

ج- خلال فترة الكمون (7 سنوات حتى البلوغ): يكون أقل عرضا للصدمات إلا في حالات خطيرة مثل الحداد، الحوادث الخطيرة، التعدي الجنسي.

د- خلال فترة البلوغ و المراهقة : يمكن أن تلعب الحوادث التالية حوادث صادمة مثل موت أحد الآباء، الفشل العاطفي، الرسوب المدرسي.

و تكون ردود الأفعال لهذه الحوادث الصادمة مختلفة يمكن تصنيفها في ظاهرتين هامتين هما القلق و السلوكيات النكوصية:

أ- القلق:(l angoisse) و نجده في نوبات القلق الليلي (أحلام مقلقة أو رهاب ليلي)

ب- السلوكيات النكوصية :(comportement régrésife) و يمكن أن نجدها في التبول الليلي بعد تحكم الطفل في هذه العملية.

وما يمكن أن يحدد مصير هذه السلوكيات (ردود الأفعال) هو المحيط الذي يعيش فيه الطفل، إذا كان متقبلا و مطمئنا فسوف ينقص و يختفي السلوك بدون آثار، أما إذا كان عكس ذلك متعديا و غير متفهما يمكن للاضطراب أن يتثبت في شخصية الطفل.و على العموم يلعب العلاج دورا في محاولة منع تثبيت هذه الاضطرابات. و لابد من الاهتمام بردود أفعال الوالدين للحادث الصادم لأن الطفل قد يقيس عليها ردود أفعاله.

2-2-لا يوجد حادث صادم: لا يعيش الطفل حادثا صادما محددا لكنه يعيش في محيط عائلي و اجتماعي و نفسي سيء جدا فتظهر هذه الاضطرابات، و نتعامل مع سلوكيات رد الفعل باعتبار أن الطفل لم يثبت بعد في هذا المسار،و يؤدي إبعاده عن هذا الوسط إلى اختفاء أو تحسن في هذه السلوكات، Freud (A),1972

و لكن يصعب التفرقة بصفة واضحة بين السلوكيات التي يمكنها أن تتغير و التي ثبتت نهائيا،و قد يظهر أن بعض السلوكيات قد غابت لكنها تترك مكانا لأعراض أخرى أقل ظهورا و أكثر خطورة

المحاضرة الحادية عشر:

خصوصيات الاضطرابات في مرحلة المراهقة :

إن فترة المراهقة هي فترة صعبة بالنسبة للفرد و ما يظهر خلالها من تغيرات فيزيولوجية جدير بإدخال الطفل في حالات تقترب من الحالات المرضية و يمكن أن نميز :

1-الاضطرابات الذهانية :(troubles psychotiques)

تعتبر نوعا من ذهانات الراشد و تظهر بوضوح في هذه السن مثل الفصام، رغم وجود سلوكات غريبة كثيرة في هذه السن، و قد تظهر الذهانات الحادة عند المراهق بعد تناول المواد المخدرة.

2-الاضطرابات العصابية :(troubles névrotiques)

تعتبر امتدادا لعصابات الطفولة و تظهر خصوصيات ذات علاقة بالسن. تظهر خصوصا مخاوف ذات علاقة مع تشوه الصورة الجسدية (dysmophophobies) و انشغال زائد بالشكل.

3-الاكتئاب (la dépréssion)

الذي يكون على خلاف الاكتئاب عند الراشد المطبوع بالتباطؤ الحسي الحركي، يظهر على المراهق هياج و نوبات غضب. كذلك يمكن أن تظهر بكثرة سلوكات الإقدام على الفعل (le passage à l'acte) مثل محاولات الانتحار و سلوكات المجازفة و الهروب و العنف و السرقة و إيذاء الذات.

4-محاولات الانتحار : **(les conduites suicidaires)**

نسبها مرتفعة و قد تكون أول سبب للوفاة عند المراهقين ما بين 15-20 سنة، خصوصا إذا وسعناها لتشمل الموت على الطرقات بواسطة الحوادث. و تحدث كثيرا باستعمال الأدوية، و تظهر عادة بعد تجربة فراق (rupture) أو عدة تجارب متتالية و متكررة من الفشل و تجمع بين الاكتئاب و الاندفاع، و تخفي هشاشة نرجسية مع فقدان الأمل في تغيير الأحوال.

5-سلوكات التبعية : (Conduites de dépendance)

مثل التبعية للكحول و التبغ و المخدرات، و تعتمد في الأساس على البحث عن التأثيرات المسببة للنشوة (effet euphorisant) في جماعات، أو التأثيرات المنتجة للقلق و الاكتئاب. و تكون على شكل فردي، أو البحث عن التأثيرات المخدرة و هي أخطر الأشكال.

اضطرابات مقترحة للأعمال الموجهة :

نظرا لعدم اتساع المجال لتناول كل اضطرابات الطفل و المراهق، تقترح بعض المواضيع للدراسة في الأعمال الموجة بعد أن نتعرض لها في المحاضرة بشكل سطحي و من هذه المراضيع:

1-الإفراط الحركي: Hyper kinésie

يجمع عادة هذا الاضطراب بين عدم الاستقرار و الزيادة في الحركة و التهيج الحركي المستمر مع صعوبات في الانتباه و التركيز و التنظيم و التناسق في النشاطات خصوصا المعرفية. يظهر الطفل مندفعا، وظائفه المعرفية عادة مضطربة مع تأخر في النمو الحركي و اللغوي. كما تظهر هشاشة نرجسية تجعله لا يتحمل الإحباط فيتحاشى كل المواقف التي تؤدي إلى الفشل. و أسباب الاضطراب ما زالت محل نقاش كما في اضطراب التوحد

2-انحراف الهوية الجنسية:(déviation de l identité sexuelle)

إن الاضطرابات الجنسية و الهوس الجنسي لا تمس الطفل بل المراهق . و تأخذ شكل عدم التأكد و الشك فيما يتعلق بالاتجاه الجنسي (الجنسية المثلية أو الجنسية الغيرية أو الجنسية الثنائية)، و تصاحبه ألام نفسية و شعور بالذنب و الاكتئاب، فتظهر بعض الاضطرابات :

-Transsexualisme : désir d'appartenir à l'autre sexe.(comportement, transformation physique) بالسلوك أو بتحويل الجنس بالجراحة:

-Travestisme : vêtements de l'autre sexe :ارتداء ملابس الجنس الأخر.

- Fétichisme : التيمية

- Exhibitionnisme. التعري
- Sadomasochisme. السادية- المازوخية

3- سوء التكيف المدرسي:(l inadaptation scolaire)

يفشل عدد من الأطفال و المراهقين سنويا في المدارس و الثانويات، حيث يعتبر التلميذ راسبا عندما يفشل في الامتحانات سنتين متتاليتين أو أكثر، و نظرا للاهتمام الكبير الذي يوليه الأولياء للدراسة يصبح الرسوب المدرسي مشكلا اجتماعيا

4- جنوح الأحداث:(la délinquance juvénile)

يخص المخالفات القانونية للأطفال و المراهقين الذين لم يبلغوا سن الرشد القانوني أي 18 سنة، و هذه الظاهرة في تطور و تزايد تمس شريحة ما بين 8 و 12 سنة، و يتعلق الأمر باضطراب ميكانزمات الظبط الخارجي الذي يجعل الفرد غير قادر على ضبط نفسه و التحكم في عدوانه الذي يوجه إلى الخارج

5- اضطرابات اكتساب اللغة : (troubles d acquisition du langage)

تعتبر من بين أسباب الاستشارة النفسية الأكثر شيوعا و الأكثر شغلا للأولياء، و تتعلق بالاكتساب اللغة و نطقها، و تكون لها مخلفات مختلفة على الجانب النفسي و العلائقي و المدرسي للطفل التي تتوقف على طريقة معايشة العائلة و الطفل في حد ذاته لهذه الاضطرابات، بالإضافة إلى السن التي يظهر فيها و الشخصية التي تحمله

6-سلوك الانتحار عند الطفل و المراهق : (conduites suicidaire)

يسجل هذا السلوك ضمن السلوك العدواني الذي لم يستطع التدفق نحو الخارج لسبب من الأسباب، فتحول نحو الداخل بحيث يؤذي الفرد ذاته، و تختلف الأسباب و الوسائل بين الطفل و المراهق

7-الاضطرابات النفسية الناتجة عن الإصابة باضطراب جسدي خطير: les conséquence) psychologique des maladies somatiques graves)

إن الاضطرابات الجسدية الخطيرة التي تصيب الطفل و المراهق تهز حياته بطريقة عميقة، تجعلها تتغير كثيرا إلى درجة يتبعها بعض الاضطرابات التي قد تكون نهائية، و من هذه الاضطرابات

و الأمراض نذكر الإصابات العصبية، الصرع، الإعاقات الحسية مثل الصمم و العمى، و الأمراض الجسدية مثل السرطان و السكري و غيرها

8- الصرع:نوع من النوبات المتكررة تتميز بفقدان الوعي و أعراض حركية تشنجية وحسية ذات أسباب عصبية و هي عدة أنواع: الجزئية (petit mal) و المعممة (grand mal)

9- الوقاية: و هي كل السلوكات التي تهدف إلى تحاشي ظهور الاضطرابات أو الحد من انتشارها و خطورتها و هي ثلاثة مراحل

10- تناذر أسبرجي (Asperger) : وهو مثل التواحد اضطراب يظهر منذ الطفولة الأولى تمس المجال الاجتماعي و السلوكي مع غياب التأخر أو الاضطراب اللغوي، و لا تأخر عقلي، و لا اضطرابات ملحوظة في المجال المعرفي على عكس ما هو الحال في التواحد

11- تناذر ريت: (Rett): و هو اضطراب تطوري يظهر منذ الطفولة الأولى بعد مدة من التطور السوي تتراوح ما بين 6 و 18 سنة، و هو اضطراب انحلالي يتميز بتدهور واضح كلي أو جزئي في اللغة، و في التفاعل الاجتماعي، فقدان القدرة على استعمال اليدين، مع تباطأ في نمو الجمجمة و يكون هذا التدهور سريع و يكون مصحوب بتخلف ذهني عميق و اضطرابات جسدية و اجتماعية

12- الاضطراب التفككي عند الطفل (le trouble desintegratif) :يظهر هذا الاضطراب بعد فترة نمو سوي يصل إلى سنتين بعدها يظهر التفكك السريع لكل ما تم اكتسابه خلال هذه الفترة تمس الجانب الاجتماعي و التواصل و السلوك ليصبح مشابه للتواحد

13- تناذر جيل دو لتورات (Gilles de la tourette) : يتميز هذا الاضطراب بعدة لازمات حركية و واحدة أو أكثر من اللازمات اللغوية التي تظهر بصفة متزامنة أو مختلفة في فترة حياة الطفل و هو اضطراب مزمن يدوم أكثر من سنة، و يبدأ في فترة الطفولة أو المراهقة و يستقر خلالها و يستمر في سن الرشد

14- المخاوف الخاصة: (Phobie Specifique) تنتشر بين الأطفال و المراهقين بنسبة 4% إلى5% ،و أكثر عند الإناث منها عند الذكور و تكون في الغالب مصحوبة باضطرابات أخرى مثل القلق

15- الخوف الاجتماعي:**(Phobie Sociale)** و هو نادر الوجود قبل سن المراهقة و لا يمس إلا حوالي 1% و يبدأ هذا الاضطراب عند سن 10 أو 11 سنة.

16-اللازمات: (Les Tics) و هي عبارة عن حركات أو أصوات غير إرادية سريعة و هي غير نمطية تظهر عند الطفل خلال هذه الفترة أو مع بداية المراهقة و لا يستطيع المصاب التحكم في هذه الحركة، و تتزايد هذه الحركات مع الضغط و التعب و تختفي عند النوم و تتناقص مع تقدم السن

المراجع:

1-إجلال محمد سرى،الأمراض النفسية الاجتماعية، عالم الكتاب،القاهرة،1993

2-بدرة معتصم ميمونة،الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر،2003

3-حلمي أحمد حامد،مبادىءالطب النفسي،دار الصفا للطباعة و النشر،القاهرة،1991

4-عبد المطلب القريطي،مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال،دار المعارف بمصر،القاهرة،1995

5-فيصل محمد الزراد، الامراض العصابية و الذهانية ،دار القلم، بيروت، 1981

6-مصطفى حجازي، الأحداث الجانحون، الطبعة الثالثة،دار الطليعة، بيروت، 1981

7-محمد حمودة،الطب النفسي،النفس،أسرارها،و أمراضها،مكتبة الفجالة،ط2،القاهرة،1990

8-يوسف القريوتي،عبد العزيزالسرطاوي،جميل الصمادي،المدخل إلى التربية الخاصة،دار القلم،دبي،الإمارات العربية المتحدة،1995

9-Ajuriaguerra (J) ;manuel de psychiatrie de l`enfant ;4em edit ;masson ;Paris 1978

10-Aid(M),Approche des problemes de psychiatrie infonto-juvénil en oranie Doctoraten medecine, Oran ,1986

11- Bergert (J) ; structure de la personnalité normale et pathologique ,dunod ; Paris ,1974

12-Benaicha(F),Approche clinique de l anorexie mentale chez la jeune fille algerienne,Oran,1984

13-Bergert (J)et coll, Abrege de psychologie pathologie ,masson,Paris,1972

14-Boucebci (M), Maladie mentale et handicap mentale, ENAL, Algerie, 1984

15-Bowlby(J), Attachement et perte, tomes1 et 2,Puf, Paris ,1978

16-Budman.S.H-Gurman.A.S ,Theory and practice of brief therapy ,London,Guilford,1988

17- Despert (l),La schozopherenie infantile,traduction française,Puf,Paris,1978

18- Dolto (F), Psychanalyse et pediatrie ,seuil ,points, 1971

19-Dumas(J.E),Psychopathologie de l enfant et de l adolescent,edit 3, Belgique, 2005

20-Duche(J),L énurésie,Puf,Paris,1978

21-Eisenck(H.J),Béhavior thérapie,univer de la psychologie,T 3,Lidis,1980

22-Freud (A) ,Le normale et la pathologique chez l`enfant ,edit Gallimard Paris,1968

23-Freud (A), Le moi et les mécanismes de défense, Puf,Paris, 1972

24-Freud (S),Trois essais sur la théorie de la sexualité edit Gallimard ,Paris,1962

25-Geissman(P) ,Geissman(C),L enfant et sa psychose,Dunod,Paris,1984

26-Hachouf (S) L`echec scolaire chez l`enfant assisté, séminaire maghrébin de la psychologie (15-16-17)nov, IPSE oran 1988 .

27- Kreisler(L), La psychosomatique de l`enfant, Q.S.J 2em edit, Puf , 1983

28-Lebovici (S),kestemberg et coll, Le devenir de la psychose ,Puf, Paris, 1972

29-Marty(P),La psychosomatique des adults,Puf,Paris,1990

30- Mazella (S),Dynamique d`une consultation de psychologique pour enfants a alger, Opu, Alger,1984

31-Mazet (ph),houzel (D),Psychiatrie de l`enfant et de l`adolescent, 3em edit Maloine ,Paris, 1996

32-Nuttin(J),Les processus d adaptation, symposium,chap :adaptation et motivation humaine,Puf,Paris,1967

33-Perron (R), Prise en charge psychologique de l`enfant et de l`adolescent , séminaire de formation en psychosomatique , organise par la SARP, Alger, mai 1992.

34- Perron(R), Les enfants inadaptés , QSJ ,Puf, Paris 1972

35-Piaget et inhelder (B),La psychologie de l`enfant ,Q.S.J,Puf, Paris, 8em edit, 1978.

36-Rapaport(J),La biologie des obsessions,in pour la science,N0,139,1989

37-Reuchlin(M),Les méthodes en psychologie,Q.S.J,Puf,1978

38-Sillami(N),Dictionnaire de psychologie,T1et2,Bordas,Paris,1980

39-Thomas(J),Les maladies psychosomatiques , les guides santé, hachette, 1989.

40-Toualbi(N),Religion,rites et mutations,ENAL,Alger,1974

41-Tustin (F), Autisme et psychose de l`enfant ,traduction francaise, seuil,Paris 1972

42- Zazzo (R), Les débilites mentales, a.colin, Paris, 1979