

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2-

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

محاضرات في مقياس :

علم النفس المرضي للطفل والمراهق

السنة الثالثة علم النفس العيادي (السداسي الخامس)

من إعداد :

د.أومليلي حميد

السنة الجامعية 2016-2017

فهرس

مقدمة عامة: تحديد الأهداف

المحاضرة الأولى: مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل والمراهق

المحور الأول: اضطرابات النمو

المحاضرة الثانية: اضطرابات السيرة الغذائية عند الطفل والمراهق

اضطرابات السيرة الغذائية عند الرضيع-فقد الشهية العقلي عند الفتاة المراهقة:

المحاضرة الثالثة: الشرهة عند الطفل والمراهق

المحاضرة الرابعة: اضطرابات العضلات الصارة

المحاضرة الخامسة الاضطرابات الجنسية عند الطفل والمراهق

المحاضرة السادسة اضطرابات النوم عند الطفل والمراهق

المحور الثاني الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

المحاضرة السابعة التظاهرات الحصرية عند الطفل والمراهق

المحاضرة الثامنة التظاهرات الفوبية عند الطفل والمراهق

المحاضرة التاسعة التظاهرات الوسواسية عند الطفل والمراهق

المحاضرة العاشرة التظاهرات الهستيرية عند الطفل والمراهق

المحاضرة الحادية عشر الذهانات الطفلية: الذهان التكافلي

المحاضرة الثانية عشر: الذهان المبكر والتوحد

المحاضرة الثالثة عشر: الفصام الطفلي

مقدمة عامة: تحديد الأهداف

يحتل كل من الطفل والمراهق خصوصية معقدة ضمن التناولات العيادية فيطرح كل منهما صعوبات للأخصائي النفسي فيما يخص اشكاليات التشخيص والتقييم، إذ لم تحظ المرحلتين الاهتمام العلمي والتدقيق ضمن مقارنة علم النفس العيادي إلا مؤخرا وانبثق علم النفس المرضي للطفل والمراهق كفرع قائم بذاته نظرا للأهمية التي يكتنفها، وكأرضية علمية وجب على طالب علم النفس العيادي في السنة الثالثة وامتدادا لما تلقاه قبلا في مقياس علم النفس المرضي أن يضطلع بالاهتمامات العلمية التي تؤهله ضمن أهداف عامة للتعرف على مواضيع هذا التخصص ليكون قاعدة معرفية تسمح له على الأقل مواصلة تكوينه الأكاديمي لما بعد التدرج، وتؤهله للممارسة التطبيقية في تناوله للفئة العمرية التي تتدرج ضمن هذا الفرع .

أما الأهداف الخاصة فتتمثل أهداف التعليم وفق ما نصت عليه وثيقة عرض التكوين إلى الصول بالطالب إلى مجموعة من الكفايات التعليمية العلمية تمكنه من التعرف على مختلف اضطرابات الطفولة وخصائصها وخصوصيتها مقارنة بعرضية الراشد، بالإضافة إلى التعرف على مرحلة الطفولة وفهم تعقيداتها والاضطرابات التي تتدرج ضمنها.

المحتوى التعليمي للمقياس قسم لمحورين إذ يتناول المحور الأول اضطرابات النمو ممثلة في اضطرابات السيرة الغذائية واضطرابات العضلات الصارة وبعدها الاضطرابات الجنسية ثم اضطرابات النوم، أما المحور الثاني فكان مخصصا للاضطرابات البنيوية التي قد تمس الطفل والمراهق كالخوفات والتظاهرات الوسواسية والهستيرية بالإضافة الى مختلف الأذهنة الطفلية.

قدمت هذه المطبوعة ضمن مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق لطلبة علم النفس العيادي السداسي الخامس طموحا في تحقيق مجموعة من المكتسبات المعرفية في إطار تعليم تراكمي مبني على معارف قبلية أرضيتها مقياس علم النفس المرضي في السداسي الرابع وتمهيدا لاكتساب مقاييس أخرى ذات صلة تؤهل الطالب وترشده في حياته العلمية والعملية.

المحاضرة الأولى: مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل والمراهق عجالة تاريخية =:

تطور علم النفس المرضي في اتجاهين وتمحورت مقارباته هنا حول الراشد وتحت تأثير مفاهيم عديدة، حيث طرح التحليل النفسي علم نفس مرضي لمختلف مراحل حياة الإنسان وكل مرحلة عمرية من مراحل حياة الإنسان عندها خصوصياتها.

هنا وفي اتجاه ثاني اقترح علم النفس المرضي الارتباط بمراحل عمرية ومعينة وراح يهتم بكل مرحلة على حدى، مميّزاتها ومفاهيمها الخاصة ويتأثر من التحليل النفسي، اكتشف علم النفس المرضي المشاكل النرجسية للراشد وكانت خطوته الأولى هو إرجاع هذه التسمية إلى علامات عيادية عند الطفل. (وهناك تأثيرات أخرى بيداغوجية مثل دراسات جون جاك روسو وتأثير الطب العقلي للطفل)

كانت البدايات الأولى لعلم النفس المرضي عام 1800 مع Pinel فلم يحض الطفل قبل هذا بأية دراسات عدا الدراسات البيداغوجية عن المتخلفين عقلياً. وفي عام 1905 قدّم سيمون وبينيه أول اختبار للذكاء وفي نفس السنة قدّم فرويد 3 مقالات في نظرية الجنس وتطرق فيها إلى الجنسية الطفلية وأدى هذا إلى لفت أنظار الباحثين حول الطفل واضطراباته وكان الاهتمام بداية بنقص الذكاء ثم مع Vallon و Piaget وبعض المحللين الذين اهتموا بتكوين الطفل ونموه واضطراباته وانطلاقاً من الأربعينيات تطوّرت الدراسات حول الطفل المضطرب عقلياً ونفسياً وأخذ مكانة معتبرة ككائن قائم بذاته منفصلاً عن الراشد وله خصائصه المرضية. وبهذا تأخر علم النفس المرضي للطفل والمراهق في الظهور لأسباب عديدة هي أن الاضطرابات والمرض عند الطفل يبدو أقل وضوحاً وتماييزاً منه عند الراشد.

النظريات المرجعية لعلم النفس المرضي:

1. النظرية السلوكية: أساس هذه النظرية هو أن السلوك متعلّم عن طريق الاشتراط وتهتم فقط بالعرض أي الاستجابة هنا والآن ولا تؤمن باللاشعور والرمزية. وحسب النظرية السلوكية السلوكات السوية واللاسوية هي سلوكات مكتسبة من خلال ميكانيزمات القانون العام للتعلم وترفض أي سبب داخلي يرجع للجهاز النفسي وترتبط كلّ ظهور للسلوك بالمحيط. إذن يتعلّق الأمر بالبحث عن الشروط الخاصة بالمحيط التي تسبق وتصاحب وتلي السلوك المرضي أو السوي.

2. النظرية المعرفية: هناك العديد من النظريات في هذا المجال نذكر منها الأكثر شيوعاً وهي نظرية أرون بيك Beck (1967) " الأمر الذي يسبب الاكتئاب هو مخطط معرفي له محتوى سلبي أو مخطّط

مولد للاكتئاب " وهكذا يصبح لدى الفرد ميولات سلبية هذه المخططات هي المسؤولة والتي تؤدي إلى أعراض الاكتئاب.

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

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

5. علم النفس المرضي التحليلي: يدرس السلوك المرضي من عدة جهات نظر:

- البعد الموقعي الأول والثاني: فالسلوك يفسر حسب هاته الموقعيتين.
- البعد الدينامي: حركية صراع بين مبدأ اللذة والواقع وبين الهو والأنا الأعلى.
- وجهة نظر اقتصادية: الجهاز النفسي يمشي بطاقة واستثمار الطاقة.
- وجهة نظر نشئية: أي مراحل النمو.

المقاربة التحليلية فتحت طريقا جديدا لفهم الاضطرابات النفسية وأخذت بعين الاعتبار وجهات النظر التالية:

- وجهة نظر دينامية: تعبر عن الحوادث النفسية بمصطلح الصراع والتعارض بين متطلبات متعاكسة مثل الصراع بين الرغبة والدفاع عن تلك الرغبة.

مشكلة السويّ والمرضي عند الطفل والمراهق (الفرق بين اضطرابات الطفل واضطرابات الراشد):

➤ **عند الطفل:**

إن مشكلة السواء والمرضي عند الطفل والمراهق مشكلة صعبة للغاية لأن الطفل يتعرض خلال نموه إلى صراعات نفسية ويلجأ في معظم الحالات لاشعوريا إلى العرض (انعدام اللغة يوازها ظهور العرض) لمواجهة الصراعات ووجود العرض وإن كان خطيرا ليس كافيا لتمييز المرضي من السويّ وبالتالي فالعرض عند الطفل هو مرحلة من مراحل النمو.

يرى Ajuriaguerra أنه "إذا كانت مسألة السواء والمرضي عسيرة الحسم عند الراشد فإنها أكثر تعقيدا عند الطفل لأنه ينمو وبالتالي فهو في حالة تغير للأعراض أو اختفائها والمهم هنا ليست الأعراض أو اختفائها وإنما تنظيم الشخصية (بنية الشخصية) الذي يعد بمثابة محك للتشخيص والتنبؤ، ونعرف تنظيم

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

ويذهب Diatkeen نفس المذهب: " إن ما يهم هو التنظيم المرضي أو السوي للشخصية (أي التنظيم هو الذي يهم أي لا تستطيع الحكم على السواء والمرض فقد يكون سواء أو مرضي) وبالتالي ليس بالإمكان الحكم على عرض منعزل مهما كانت حدته (خوف، طقوس اضطرارية. . .) انطلاقاً من أنه صراع مرضي أو سوي. بل يجب العودة للإطار العام أي التنظيم النفسي للشخصية. أما Bergeret فيرى أن السواء هو قدرة الطفل على التكيف مع صراعاته والآخرين دون إهمال قدرته على الإبداع وحاجاته الداخلية ووفقه يمكن القول أن المرضية تظهر على شكل نسق تنظيمي غير موفق نتيجة لصلابة وضعف ميكانيزمات التكيف.

➤ عند المراهق:

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

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

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

- اتجاهاً يأخذ عين الاعتبار معاش المراهق في المحيط الاجتماعي

فهل العرض عند المراهق ناتج عن مرض نفسي أو هو انعكاس لوضعيات أسرية؟
يمكن الحديث هنا عن أزمة المراهقة التي هي مرحلة عابرة لكنها ليست مرضية، غير أن البعض يتكلم
عن أزمة مراهقة بطابع مرضي مما ألغى الحدود بين السوي والمرضي.

المحاضرة الثانية: اضطرابات السيرة الغذائية عند الطفل والمراهق

يجب التلميح أن علاقة الطفل مع العالم الخارجي، تتركز في جزء كبير منها حول وضعية
التغذية، التي تمثل مصدر التفاعلات الأولية، ويكون هذا المحور التفاعلي مركزا أو أساسا مرجعيا
لمختلف المراحل التطورية اللاحقة.

يمتلك الطفل منذ ولادته نظاما عصبيا فيزيولوجيا متطورا على مستوى سلوك الرضاعة، فالمنعكسات
المتعلقة بتدوير الرأس والبحث عن مصدر الرضاعة والمص والبلع تعبر عن وحدة حركية فورية التوظيف،
وبالإمكان تمييز الرضيع الأكل عن غيره بدراسة إيقاع المص (السريع أو البطيء) وطرق الرضاعة
المصحوبة بمجموعة من التظاهرات المختلفة.

كما تنتظم حول التغذية الإستدخلات الأولى للعلاقات الإنسانية والتي تحددها طبيعة الإيماءات والتواصل
الجسمي والكلمات والنظرات والتأرجح في حضن الأم والحاجة إلى التعلق، لذلك يعتبر فعل الرضاعة
الوقت الأقوى لهذه التبادلات، ويمثل النموذج المفضل الذي يكتشف الرضيع من خلاله العالم الخارجي،

وعلى هذا الأساس تعتبر التغذية بالنسبة للرضيع طريقة لإقضاء الضغط، وإن لم تكن التبادلات الغذائية مثمرة فإن ذلك يعاش كفقدان وتهديد بالخطر، ويمكن القول أن الجو العاطفي للتغذية له انعكاساته حول التوظيف الهضمي للطفل.

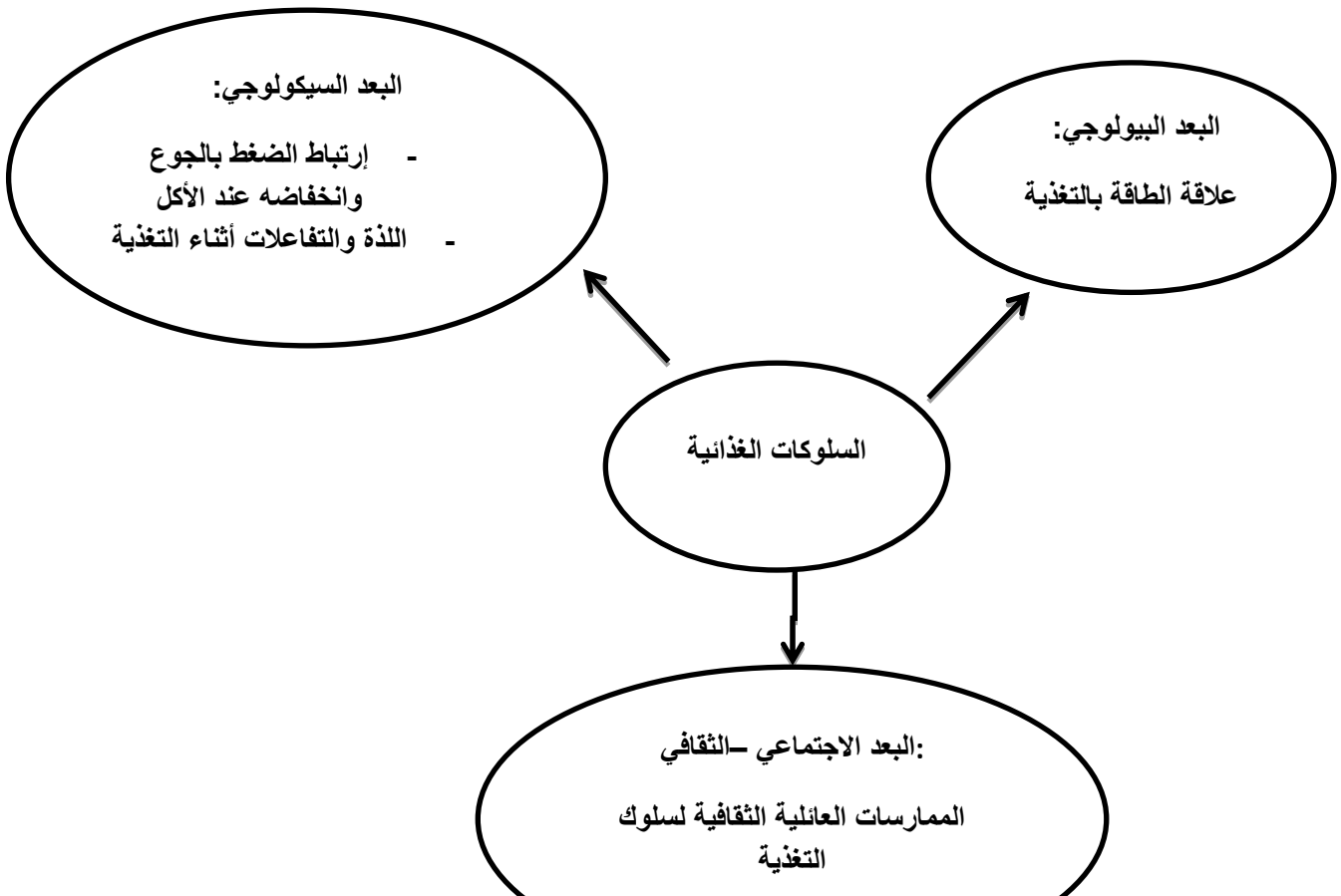
يوافق سلوك الطفل سلوك أمه وعواطفها تجاه التبادلات الفمية الغذائية، وكذلك قدرتها على التعلم والتكيف مع الوضعيات الجديدة في هذا الصدد يقول Lezin: " القليل من الأمهات المبتدئات يجدن طريقة مرنة وملائمة لحمل الطفل، تهدئته وإشباع حاجاته بطريقة فورية ".

(Daniel Marcelli ,2009,p160)

ولا يظهر تطابق بين الأم والرضيع إلا ابتداء من اليوم الرابع حيث يبدأ تكيف الأم بالوعي بحاجات رضيعها الغذائية، ووفق تناغم متبادل تتفاعل الأمهات بطريقة مختلفة حسب تظاهرات الطفل، فمنهن من تكون فخورة بشراهة رضيعها في حين ترتعب الأخريات وتخاف من الرضاعة البطيئة والمتقطعة والتي تكون مؤشرا لصعوبات لاحقة ترتبط بالسيرة الغذائية.

ومن هنا تعتبر اضطرابات التغذية التعبير المفضل عن الصعوبات التي تميز العلاقة أم / طفل في السنوات الأولى دون نسيان أثر العوامل العصبية البيولوجية في ظهور هذه الاضطرابات ولا يجب كذلك إقصاء الجانب الاجتماعي والرمزية الثقافية المعطاة للأكل وأنواعه وطريقة تناوله.

(Daniel Marcelli,2009,P161)



(pierre. delio ,2012,P11)

تسمح السيميولوجيا بتمييز السلوك الغذائي وكذلك المرضي، هذا الأخير يمكن أن يكون ثانويا راجع إلى عرض جسمي مثل فقد الشهية بعد الإصابة بمرض السرطان، أو إلى مرض عقلي مثل رفض الغذاء خوفا من التسمم في إطار الهذيان الاضطهادي. في المقابل يمكن التكلم عن اضطراب السيرة الغذائية الناتجة عن مرض يشخص كأولي.

اضطرابات السيرة الغذائية عند الرضيع

مغص الثلاثي الأول:

يكون بداية من اليوم الثامن وتزداد حدته في المساء والليل، ويختفي عفويا بعد الشهر الثالث فبعد الوجبة وعندما يتهيأ الرضيع للنوم يبدأ في الصراخ ويبدى حركات تعكس معاناة هضمية، تكون فضلاته عادية عموما لكن عادة ما يكون تطبل للبطن *Météorisme*، أرجحة الطفل أو إرضاعه تخفض حدة المغص. في هذه المرحلة العمرية، يظهر المغص التعبير المفضل عن الضغوطات النفسية التي تميز العلاقة أم / طفل.

فقد الشهية عند الرضيع:

إنه الاضطراب الأكثر انتشارا في دائرة اضطرابات التغذية خلال هذه المرحلة في السداسي الثاني وكذلك العام الثاني، وهو عبارة عن رفض دائم وشامل للتغذية. يقول Eudier (1986) " أن الاضطراب يكون عادة بعد حدث خطير مثل مرض جسمي، تغيير في نمط الحياة والحضانة وخصوصا أثناء الفطام. " لخص كل من Vidailhet و Kabulh (1999) التظاهرات السلوكية لفقد الشهية المبكرة فيما يلي: " يدبر الطفل رأسه عند اقتراب الملعقة من فمه، يضغط على أسنانه محكما إغلاق فمه، يهيج، يترك الأكل في فمه دون مضغه ليعاود بصفه، يكون الرضيع عموما نشيطا وحيويا، وتوتره السلوكي الوحيد هو رفض الأكل".

(Mirianne Dollander ,2010,p167)

يصبح موعد الأكل امتحانا حقيقيا للوالدين والطفل، ولا تتحمل الأم الوضعية بسهولة خاصة عندما يأكل عند غيرها. ويخلق رفض الطفل للأكل استجابة سلبية من طرف المحيط أين يكون الصراع أم / طفل منصبا على الحلقة: إجبار على الأكل ← معارضة.

يمكن للتقيؤ النفسي المنشأ أن يضاف إلى هذا الجدول، وتصبح التغذية كما يقول Eudier (1986):
" صورة سيئة يجب اقصاؤها ".
(Mirianne Dollander ,2010,p167)

عموما لا يؤثر فقد الشهية الخفيف على تطور بنية الطفل، حيث أن توجيه الوالدين قد يسوي الوضعية، لكن إذا تطورت الأعراض فإنها تصاحب بتظاهرات اكتئابية أو اضطرابات أخرى للنمو، كما قد يمكن دمجها في جدول التوحد.

فقد الشهية الخطير عند الرضيع:

يتميز فقد الشهية الاكتئابي حسب Porte (1989): " باضطراب على مستوى الشهية داخل نسق عائلي مضطرب أين تكون الأم اكتئابية أو في جو عائلي يسوده الانفصال.
يسيطر على الجدول العيادي حزن جد عميق وفتور كبير يعكسان المظهر الاكتئابي بالإضافة إلى اصفرار الوجه، كما يغلب العلاقة الثنائية أم / طفل البرود العاطفي.

ميز Porte (1989) نموذجين مرضيين يؤشران لعلامات خطر وإنذار لبنية ذهانية:

➤ فقد الشهية جامد Inerti: تشير لعدم تنظيم بنيوي يترجم كخلل في الاستثمارات الأولية للسيرورات الحيوية.

➤ فقد الشهية الأكثر نشاطا: يظهر عند الرضع الراضين للأكل وللتواصل مع المحيط في الوقت نفسه، يرفض الرضع هنا كل نكوص التحامي تفرضه الرضاعة، ويعارض ذلك بكل الوسائل التي يمتلكها (الانقباض العضلي، توتر البلع والتقيؤ).

أشار Ferrari (1997) لفقد الشهية الفوبي عند الرضع والذي يعبر عنه بسلوكيات فوبية عامة تجاه الأكل ورفض للطعام الصلب والسائل، وأي تواصل مع الأكل يؤدي إلى الاحساس بالخوف، يظهر هذا الاضطراب في العام الثاني ويصحب بتظاهرات فوبية وقد يستلزم استشفاءا استعجاليا بسبب خطر الجفاف.

تبقى العلاقة أم / طفل متورطة بنفس منطق الحلقة المغلقة ويؤخذ فقد الشهية هذا أيضا شكل عرض المعارضة.
(Mirianne Dollander ,2010,p177)

السببية:

Bailly&Bailly	Kreisler	Fassin
<ul style="list-style-type: none">• فشل سيرورة الفطام والتي تشير إلى قلق الانفصال وظهور مستقبلتي لفوضى غذائية .	<ul style="list-style-type: none">• عدم كفاية استثمارات التعلق الذي يميزه الحرمان العاطفي ونقص التواصل والاستثارة .• عدم انتظام البعد الغذائي .• الخوف والصلابة التي تسود معظم السلوكيات عند رفض الأكل .	<ul style="list-style-type: none">• إزاحة العواطف السلبية للألم ليس على الوجه الغريب وإنما على الطعام .

مخطط يوضح سببية فقد الشهية عند الرضيع (Mirianne Dollander ,2010,PP177-178)

فقد الشهية العقلي عند الفتاة المراهقة:

يتعلق الأمر باضطراب نفسي - مرضي له مظهر جسمي يكون في مرحلة المراهقة. يشترك هذا الاضطراب في أبعاد نفسية مرضية مع اضطرابات أخرى للسلوك تحت مسمى " سلوكيات التبعية " ويتمثل في رفض التغذية، كما يجب تفريقه عن فقد الشهية أين يكون الرفض الذي يرتبط بخلل جسمي أو عرضا ثانويا لمرض آخر مثل الاكتئاب.

يعرف فقد الشهية العقلي عادة بالثلاثية (A) فقدان الشهية Anorexie، النحافة Amaigrissement وغياب الطمث Aménorrhée. (fernandez ,2012,p88)

العلامات العيادية الأساسية تتطابق مع فقد للوزن أين يصبح تحت الحد الأدنى أو المتوسط بالنسبة للسن الجنس والطول مصحوب بخوف مرضي من زيادة الوزن واضطراب صورة الجسم ويتلخص العامل الثاني الأساسي في أن الفرد يتجنب تناول الأغذية المسمنة، بالإضافة إلى سلوك إقياء ذاتي وتناول مسهلات وممارسة التمارين الرياضية ومثبطات الشهية. (pierre delion,2010,p144-154)

يرى Jeammet (1984) أن هذا الجدول العيادي ثابت لا يتأثر بالثقافة ولا بالزمن على الرغم من الاختلافات التربوية والثقافية الخاصة بالسلوك الغذائي.

أدخل BSMV تغيرات فيما يخص المعايير التشخيصية للتصنيفات العالمية، أين يجب أن يكون الوزن جد ضعيفا حسب الجنس والسن والطول والصحة العامة، بالإضافة إلى تقييم أفكار الفرد حول زيادة الوزن وسلوكياته تجاه ذلك. أما المعيار المتعلق بانقطاع الطمث على الأقل ثلاثة أشهر فقد تم إقصاؤه حيث أنه لا يتطابق مع المراهقين الذكور والفتيات في مرحلة الكمون إلى جانب هذه الأعراض نجد عند الحالات تقديرا ضعيفا للذات ففي دراسة لـ Eiber (2003) بينت أن 85% من الحالات تعاني من تقدير منخفض للذات. (jean louis nandio ,2015,p6)

يظهر النشاط الجسمي وممارسة الرياضة عند الكثير من الحالات بهدف إنقاص الوزن بسرعة ولحرق أكبر عدد ممكن من السعرات الحرارية.

تتكرر المراقبة الفاقدة للشهية اضطرابها الغذائي والسلوكيات المتعلقة به وتقر أن النحافة معيار للصحة النفسية والجسمية ويتميز سلوك الحالة أمام فقد

الوزن باللامبالاة من النحافة الذي ينتج عنه في بداية الأمر إعجاب من المحيط يؤدي عادة ومع مرور الوقت إلى حيرة الوالدين الذي يكون مؤشرا لطلب الفحص.

إن الدوافع الأساسية لطلب الفحص تكون عموما لشكاوي جسمية عن الحالة التي تنزعج من ملاحظات المحيط ولا تبالي بها (النحافة - توقف الطمث - الإمساك. . .) في حين أن المظاهر النفسية لا يتم التطرق لها، ما يوحي بصعوبة الحصص العلاجية الأولى لعدم اعتراف الحالة بالمظاهر المرضية لأعراضها.

المظاهر العيادية لفقد الشهية عند المراهقة:

المظاهر الجسمية والفيزيولوجية	المظاهر السلوكية والسيكولوجية والسلوكية	الخصائص الأسرية
<p>يكون المظهر الفيزيولوجي فاضحا: اصفرار الوجه - شعر متقصف - أظافر هشة - اضطرابات دورية (حساسية للبرد. . .)</p> <p>-مشاكل هضمية</p> <p>-انقطاع الطمث</p> <p>-النحافة</p>	<p>-رفض المحافظة على الوزن</p> <p>-خوف حاد من زيادة الوزن</p> <p>-انكار خطورة الحالة</p> <p>-اضطراب في صورة الجسم</p> <p>-تقدير الذات مرتبط بمظهر الجسم</p> <p>-فرط النشاط</p> <p>-أفكار وسواسية</p>	<p>-الأم: حصرية، متوهمة للمرض، مفرطة الحماية مع صعوبة في إدراك حاجات ابنتها، باردة، غير مبالية مغذية للمظهر العملياتي.</p> <p>-الأب: حنون محمي، مسامح أمومي</p> <p>-يظهر الزوجين سطوحيا أنها على ما يرام لكن في الحقيقة يتحملان صراعات حادة كامنة قد يكون أحدهما جد متوتر بسمات ذهانية أو اكتئابية</p>

(jean louis nandio ,2015,p6-8)

سيكوباتولوجية فقد الشهية:

يحتل فقد الشهية مكانة معتبرة في علم النفس المرضي فنمطيته العيادية، انتشاره عند الاناث وبدايته في سن خاصة (المراهقة)، جعل هذا المختصين يبحثون عن السببية العضوية منذ فترة طويلة، دون إهمال التشخيصات العصبية الهرمونية، وأمام هذه العلامات الدالة تميل القراءة العيادية اليوم إلى مقارنة تعتبر فقد الشهية واحد من أوجه إشكاليات التبعية (dépendance)، حيث تم وصفها كإدمان غذائي

(P,Detron,2010,p131) Toxicomanie alimentaire

نحو مقارنة إدماجية:

ظهر مؤخرا تيار متعدد الأبعاد يدمج المظاهر البيولوجية والبيولوجية والاجتماعية في تقييم فقد الشهية، وتدمج الأبحاث العيادية فكرة أن فقد الشهية تتطابق مع مرضية نمائية خاضعة لمجموعة من عوامل مختلفة مثل النسق الأسري، التعلم الاجتماعي المبكر، الممارسات الثقافية الغذائية والتاريخ الفردي. تنتج هذه الاضطرابات عن ترابط بين العوامل المهيئة والتي يتم تنشيطها من خلال مجموعة من العوامل المفجرة (حمية، صعوبات اجتماعية، حداد، ضغط. . .) ويتم الحفاظ على السلوك الغذائي المضطرب من خلال عوامل مساعدة ومحفزة (سوء التغذية، تقدير الذات) ليكون الفرد هنا في حلقة مفرغة.

(J, L, Nandiro, 2015, p04)

المميزات الوبائية: (الانتشار)

➤ تسيطر الإناث في 90 % إلى 97% من الحالات، أين يتمظهر الاضطراب على مرحلتين: 15-16 سنة والثانية 18 - 19 سنة.

➤ يظهر الاضطراب بنسبة 1 إلى 5 على 1000 فرد

➤ عائلات الحالات ذات مستوى اجتماعي - مهني متوسط أو مرتفع

➤ على عكس الاضطرابات الأخرى لا نجد الطلاق والانفصال منتشرا عند أسر حالات فقد الشهية

➤ تجدر الإشارة إلى ان بعض المهن الاجتماعية تغذي هذا الاضطراب كعارضات الأزياء

(P,Delion,2010,p131)

التشخيصات الفارقية:

قد يظهر فقد الشهية كاضطراب ثانوي في الحالات الحدية، والذهانات واضطرابات المزاج والاضطرابات الجنسية والسلوكيات التبعية. (P. delion,2010,p132)

التطور:

في الشكل البسيط تكون كل الأمراض حاضرة، لكن لا تدوم إلا بضعة أشهر وتخف تدريجيا.

يمكن أن يؤدي الشكل الخطير Cachectisante (مثل الانتحار) إلى الموت في متوسط 5 إلى 7 % من الحالات ويكون الاستشفاء في قسم الإنعاش أو الطوارئ.
بالنسبة لـ Jeammet يعاود الطمث الظهور عام بعد الأزمة لـ 70% من الحالات، وفي 80 % يستقر الوزن والسلوك الغذائي تدريجيا، و 50 % من الحالات تشفى، أما في حالات أخرى تتأزم الوضعية ويطغى عليها التناوب بين أطوار فقد الشهية وأطوار الشراهة، وتصحب باضطرابات نفسية أخرى مثل الاكتئاب والانتحار والفوبيا والوساوس والإدمان.
(P. delion,2010,p131-134)

المحاضرة الثالثة:الشراهة عند الطفل والمراهق:

يتعلق الأمر باضطراب سيكوباتولوجي ذو طبع أو مظهر أي أعراض جسمية وليس مرض جسمي بحت. يمس المراهقات أكثر ويبدأ ظهوره 18 - 20 سنة عند تبعية مهمة للوالدين.

التشخيص:

الميزة الأساسية هي شكل اضطهادي مع استثارة التقيؤ ، وأثناء الأزمة تكون ingestion فاترة، اندفاعية ليس من الممكن تحملها مع فقدان التحكم لكمية كبيرة من الطعام غنية السعرات الحرارية تظهر عادة في أوقات الوحدة ويتم إيقافها بسلوكيات إثارة التقيؤ وتخلق الاحساس بالخجل والاشمئزاز من الذات في نهاية الأزمة.
(lydia fernandez,2012,p90)

كما نجد سلوكات واستراتيجيات للتحكم في الوزن نتيجة للخوف من البدانة والتشوه في الإدراك لصورة الجسم حيث يمكن للحالة أخذ أدوية فرط النشاط.

هناك مميزات سيكولوجية لسلوكات الشراهة مثل: الخوف من البدانة، انشغالات حول الوزن والصورة الجسمية، حول الطعام، غياب الاهتمام بالجانب الحسي أو العكس مع تعدد الشريك الجنسي وكذلك نجد تبعية مفرطة للوالدين وخصوصا الأم. كما نجد أعراض أخرى إضافة إلى هذا الجدول العيادي مثل الحصر، الاكتئاب، المرور إلى الفعل (عدوانية اتجاه الذات والغير) سلوكات انحرافية (Kleptomanie)

الأشكال العيادية للشراهة هي: التقبؤ، الشراهة مع البدانة، أشكال مزدوجة، فقدان الشهية - الشراهة، أشكال ذكرية وأشكال خطيرة. (lydia fernandez,2012,p91)

إن فهم النفسية المرضية الكامنة (إشكالية التبعية الاستقلالية) تسمح بالاعتراف والتعرف على حقيقة المعاناة النفسية للفرد وذلك بغض النظر عن العرضية الظاهرة.

سيكوباتولوجية سلوكات الشراهة:

يسجل عند الأفراد الشرهين الضعف النرجسي في مستويات مختلفة نجدها حسب Jeammet (1994) في نماذج العلاقات بالموضوع. ولكن كذلك النظرة أو الفكرة التي يحملها الأفراد الشرهين عن صورهم الخاصة. تستند نرجسية الأفراد الشرهين على مواضيع خارجية ولهذا تقديرها لذاتها يرتكز على العلاقات المقامة مع الموضوع.

الاحساس بالأمن الداخلي غير متوفر أو غامض، العواطف والانفعالات تمثل إذن ثقب في الأنا التي من خلاله يخافون من غزو intrusion للموضوع الذي يكون خطرا على هويتهم، و تظهر التبعية للموضوع الانجراحية النرجسية لديهم. (lydia fernandez,2012,p93)

البدانة عند الطفل:

انطلاقا من دراسات احصائية وبائية قامت بها Lighezzlo (1999_2000) توصلت إلى أن البدانة في الطفولة أصبحت مشكلة صحة أساسية وأن الارقام الدالة على ذلك في تزايد مستمر.

والنقطة الكارثية في هذا الموضوع بداية هذا الاضطراب مبكرا وتواصله إلى سن متقدمة أو مدى الحياة وكذا النتائج السلبية الجسمية والسيكولوجية العاطفية. (Mirianne Dollander,2010,p181)

تعريف:

فيما يخص تعريف البدانة يرجعها بعض الباحثين إلى خلل التوازن الموجود بين الطعام ونوعيته والتفريغ الطاقي مما يؤدي إلى تراكم طبقات الدهون، يكمن تعريف بدانة الطفل على أنها فرط في الوزن بـ 20 % أو أكثر مقارنة بالوزن المرجعي، متخذين بعين الاعتبار طول الطفل (ص 181) سنه وجنسه إلا أن Schmit (1995) قام بنقد هذا التعريف باعتباره تعريف مرتكز على الاحصائيات.

(Mirianne Dollander,2010,p182)

الأشكال العيادية للبدانة الطفلية:

يعتبر Schmit (2005) الباحث الذي وصف بدقة مختلف أشكال البدانة الطفلية حيث ميز 3 أنواع:
➤ البدانة بدون مشاكل سيكولوجية واضحة: يتعلق الأمر بأطفال نشيطين (معيار أساسي) أين يكون الوزن مقبول ومتعايش معه.

➤ البدانة الانعكاسية والعصبية: تأتي بعد حدث صدمي يمكن اعتباره كمفجر للعرض أو أثناء وضعية تعاش بطريقة قاسية من طرف الطفل وتدوم. يمكن أن يكون محتواها عائلي متوتر (انفصال، حداد) إصابة جسمية أو تدخل جراحي أثناء الخروج من مرحلة الأوديب (6 - 7 سنوات)

➤ البدانة المدرجة في اضطراب خطير للشخصية: يتكلم Bruch (1957) حسب Schmit (1995) عن بدانة النمو. والتي يجب فهمها كردة فعل أو نموذج دفاعي ضروري للحفاظ على الإحساس بالهوية تكون مبكرة ومرتبطة بفتور كبير من طرف الطفل (Mirianne Dollander,2010,p182)

الشذوذ الغذائي:

الاجترار : Le Mérycisme

يظهر هذا السلوك حسب Vidailhet ,Kabouth (1999) عموما خلال العام الأول، ويتعلق الأمر باضطراب هضمي وظيفي ويتميز بابتلاع كمية من الاكل ثم اجترارها بجهد إرادي: يمضغ الطفل الأكل ثم يبتلعه ثم يعيده مرّة أخرى. . . وهكذا. . .

يظهر الطفل الاجتراري منطويا لا يهيمه ما يدور حوله، نظرتة تائهة، إنه سلوك قريب من سلوك الطفل التوحدي وخلال التطور يصبح هذا الاضطراب إشكالية فردية مرتبطة بسوء التغذية عياديا تتطابق لذة الاجترار مع حزن عميق يميز الطفل ومن المحتمل ان هذا الأخير يعاود انتاج أحاسيس سابقة كانت مصدر لذة مرتبطة بالأكل، ويبقى السبب الرئيسي حسب Porta (1989) هو الحرمان العاطفي مع

عدم انتظام الاستثمارات الوالدية، فيترك الطفل ويهمل لمدة طويلة مع حضور محتشم للأم، تكون العناية الغذائية مفرطة ولكن شكلية. فالأطباء على الأقل هي مصدر إشباع للطفل ما يترك عنده أثارا ذكورية تسمح له عند غياب الأم وتحت ضغط الحاجة استحضار الإشباع المرتبط بتحقيق رغبته.

تناول مواد غير غذائية: Pica- Trichotillophagie

سلوك يلاحظ خلال العام الأول يتميز بتناول مواد غير غذائية ويصبح مرضيا بسبب تكراره مع التقدم في السن، له عواقب وخيمة على الصحة الجسمية للطفل الذي يمتص الجبس والوحل والأوراق والتراب. . . . وعادة ما يصاحب هذا السلوك فقرا في الدم عند الطفل.

أما: trichotillophagie يعتبرها البعض شكلا من أشكال Pica ويميزها Flarigny (1996) كامتصاص للشعر، شعر الطفل وفي بعض الأحيان شعر الدمية.

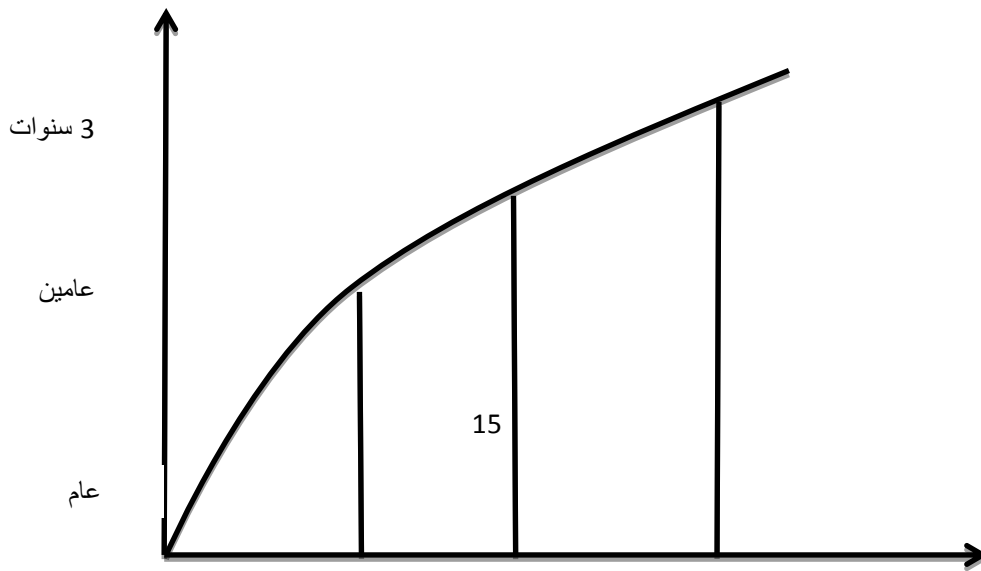
المحاضرة الرابعة: اضطرابات العضلات الصارة:

عند اكتساب النظافة والتحكم في العضلات الصارة البولية والشرجية تتدخل ثلاثة محاور أساسية: محور عصبي - فيزيولوجي، محور ثقافي، ومحور علائقي.

➤ الجانب العصبي - الفيزيولوجي:

يتميز عمل العضلات الصارة بالانتقال من سلوك انعكاسي آلي إلى سلوك إرادي متحكم فيه، يتحكم المولود في عضلاته الصارة تدريجيا ويكون التحكم في المثانة قبل التحكم في عضلة الشرج. ويتدخل في هذا التحكم العديد من المكونات أهمها النضج العصبي الفيزيولوجي للعضلات القابضة والقدرة المبكرة على الإشراف.

دراسات حول حركية المثانة ومن خلال تسجيلات منحنيات الضغط داخل المثانة سمحت بتمييز العديد من الأطوار.



A1

منحنى يمثل أطوار التحكم في العضلات الصارة وفقا للنضج العصبي الفيزيولوجي
ان اكتساب تحكم حقيقي للعضلات الصارة لا يكون ممكنا قبل أن تبلغ الحركية القابضة المستوى الكبير
(B2)

(Marcelli ,2009 ,p170)

المحتوى الثقافي:

لا يمكن اهمال الجانب والممارسات الثقافية في تعليم اكتساب النظافة وعلى العموم يتجه التعلم إلى نمط
على الأقل جامد وصلب أين يتعرض الطفل إلى ضغوطات حادة أو متوسطة أو خفيفة. ومما يجب
التنويه إليه أن ظروف وشروط تعليم اكتساب النظافة تؤثر على آلية ضبط العضلات الصارة لما تحمله
المادة البرازية من قيمة رمزية ثقافية في المجتمع وداخل الأسرة.
(Marcelli ,2009 ,p172)

المحور العلائقي:

بغض النظر عن النضج العصبي الفيزيولوجي والضغوطات الثقافية في المجتمع تحتل العلاقة أم / طفل
ركنا أساسيا مفضلا ومحميا ويعتبر اكتساب النظافة واكتسابها خلال العام الثاني والثالث واحدا من
الأركان الانتقالية في الثنائية أم / طفل، حيث تقدم المادة المطروحة بعدا طاويا علائقيا انتقاليا، أين
تكون هذه المادة محلّ تركيز وتشجيع ونقطة للتواصل العلائقي والانفعالي، فإكتساب التحكم في
العضلات الصارة يكون بعد اللذة الناجمة عن الاطراح ثم الاحتفاظ ثانيا ثم إلى الثنائية (إطراح / إمساك)
الأمر الذي يؤدي إلى استمتاع يعزز الرضا الأمومي.
(Marcelli ,2009 ,p172-173)

التبول الإرادي: Inurésie

هو افراغ نشط وغير متحكم فيه للبول يكون متكررا، ليلي ونهاري عند أطفال تجاوز سنهم الأربع سنوات، أسوياء في تطورهم الفيزيولوجي-العصبي قد يكون أوليا أو ثانويا، في الحالة الثانية حدث مفجر هو السبب في ظهوره.

➤ حسب ظهور التبول اللاإرادي نميز:

- التبول اللاإرادي الليلي وهو الأكثر انتشارا

- التبول اللاإرادي النهاري

- التبول اللاإرادي المزدوج (ليلي / نهاري)

➤ حسب السيرورة التطورية نميز:

- التبول اللاإرادي اليومي (الطفل يتبول كل يوم)

- التبول اللاإرادي غير المنتظم

- التبول اللاإرادي المتناوب (لا يكون إلا في فترات معينة)

- التبول اللاإرادي العرضي (يكون بعد حدث معين)

التشخيص الفارقي:

- الإصابات المثانية المرتبطة بالتهابات أو انتانات مهيجة
- تشوهات مصحوبة بعلامات بولية: بول متكرر صعب ومؤلم
- إصابات عصبية
- صرع ليلي
-

(Marcelli ,2009 ,p173)

العوامل المسببة:

لتحديد سببية الاضطراب يجب الأخذ بعين الاعتبار مختلف المحاور المشاركة في اكتساب النظافة فتدخل العلاقات العائلية والنمو السيكو-عاطفي للطفل قد يفتح الباب لظهور هذا النوع من الاضطرابات

➤ **العوامل الوراثية:**

أين يكون سوابق عائلية للتبول اللاإرادي بدون انتقال جيني وراثي واضح.

➤ **ميكانيكية المثانة:**

القدرة المثانية: فالضغط داخل المثانة لا يختلف عند الضغط عند الطفل العادي، حيث بينت التسجيلات Cytomanométrique وجود انحناءات للضغط أين كانت ديناميتها متطابقة مع تلك التي نجدها عند الطفل الصغير (من سنة إلى 3 سنوات) وهذه الخلاصات تبرز التكلم عن عدم نضج عصبي - حركي للمثانة. (Marcelli ,2009 ,p174)

الأبعاد السيكولوجية للتبول اللاإرادي:

هناك علاقة مباشرة وواضحة ووثيقة بين أحداث الحياة مثل الانفصال العائلي، مولود جديد، دخول مدرسي... وظهور التبول

البعد النكوصي	قد يعكس التبول اللاإرادي رغبة لاشعورية في النكوص إلى مراحل أولية أين يكون بعد اللذة في عملية النظافة من طرف الأم الحاضرة في كل مرة تبول فيها الطفل. هذا البعد يظهر كسبب حقيقي عند دراسة العلاقة أم / طفل
البعد العدواني	يظهر التبول اللاإرادي كمظهر للمعارضة واضح لتربية العضلات الصارة كما قد يكون مظهرا أوليا لتنظيم سيكوباتية الطبع. يعكس هذا البعد فتور وكسل الطفل والذي يرجع إلى صعوبته في تحمل التركيبة العدوانية في الشخصية وهذا ما يتركه مثبطا وخجولا.
البعد السلبي الفاتر	يمكن أن يصحب هذا الفتر مازوشية تظهر من خلال سلوكيات الفشل أو البحث اللاشعوري عن العقاب الأمر الذي يؤدي إلى سيرورة التبول اللاإرادي
البعد الشبقي	يكون في مرحلة البلوغ أين يعبر عن التظاهرات الشبقية الإحليلية.

المكاسب الثانوية للتبول اللاإرادي:

يستعمل التبول اللاإرادي بهدف جلب انتباه العائلة وتجنب بعض الوضعيات غير المرغوب فيها مثل الانفصال أو لتسوية بعض الصراعات بين الوالدين ليكون بهذا التبول اللاإرادي نداء استغاثة SOS يعبر عن وضعيات خطيرة ومن هنا نتساءل عن وظيفة العرض من وجهة نظر نسقية.

المقاربة العيادية:

تهدف المقابلة العيادية مع الطفل وعائلته إلى تحديد:

- مميزات العرض
- تاريخ الطفل
- تعيين تكرارات العرض أو تزامنها مع أحداث في الماضي
- محاولة إيجاد معنى للعرض في الحياة النفسية للطفل
- نوم الطفل
- ردات فعل الطفل أمام عرضه
- تحديد نوع التبول اللاإرادي
- ردّات فعل الأسرة
- البحث عن اضطرابات مصاحبة للتبول اللاإرادي
- استقصاء السياق الاجتماعي والمدرسي للطفل
- بصفة عامة يبحث العيادي إذا كان العرض مدمج في تنظيمية نفسية-مرضية معينة أو أنه منعزل.

المقاربة العلاجية:

يهدف الفحص العلاجي إلى توجيه الطفل إلى العلاج المناسب ويختلف العلاج باختلاف استقصاء العوامل المسببة للعرض فيمكن اعتماد العلاجات السلوكية والعلاجات الأسرية من خلال توجيه الوالدين وإرشادهم في كيفية التعامل مع اضطراب الطفل، وتجدر الإشارة إلى أن الاهتمام بعرض التبول اللاإرادي وحده وإهمال الاضطرابات الأخرى يعتبر خطأ فادحا.

المحاضرة الخامسة الاضطرابات الجنسية عند الطفل والمراهق:

من المعروف أن التطور السيكوجنسي لا يبدأ بمرحلة المراهقة، ويظهر هذا الجانب من خلال بعض السلوكيات الجنسية التي يبديها الطفل كالاستمناء وطرح الأسئلة حول الفروق بين الجنسين. كما يتعرف الطفل على انتمائه الجنسي ابتداء من عامين إلى ثلاثة سنوات، بعدها يقوم الطفل بسلوكيات استكشافية كالاستعراضية غير أنها لا تحمل طابعا جنسيا صريحا كالتي عند المراهق (Ajuriaguerra) أين تظهر النشاطات الجنسية بشكل موازي للتطور النفسي تؤثر فيه وترتبط بشذوذات تقصي مفهوم الجنسية المغايرة وتصبح علامات عن عدم قدرة المراهق على دمج صورة جسم ناضج لم يكون جنسية مطابقة لجنسه. (Marcelli ,2009 ,p189)

اضطرابات الهوية الجنسية:

الهوية الجنسية هي الإحساس بالانتماء الجنسي المطابق، ويتطور هذا الإحساس عند الطفل من خلال سيرورات النقصات الجنسية، تتطابق هذه الهوية الجنسية مع الجنس التشريحي للفرد إلا في حالات المرض.

ويطلق على اضطرابات الهوية الجنسية عندما لا يتطابق الجنس التشريحي مع الإحساس بالانتماء الجنسي مما يؤدي إلى معاناة كبيرة واختلال في التوظيف الشخصي. فالفرد الذي يعاني من اضطراب الهوية الجنسية يتقمص سيكولوجيا جنسا آخر ويحس أنه محبوس في الجسم الخاطئ والمشكل هنا لا يكون جنسيا بل في الهوية، والفرد المتحول جنسيا transsexuelle يرغب عيش حياته كفرد آخر. يظهر اضطراب الهوية الجنسية من الطفولة، وهذا ما يصرح به الأفراد المضطربون بأنهم أحسوا منذ صغرهم بالرغبة في انتمائهم للجنس المخالف فيميلون إلى لباسهم ونشاطات الجنس الآخر.

المعايير التشخيصية لاضطراب الهوية الجنسية حسب DSM 4 TR:

A- تقمص كبير وأعم للجنس الآخر

عند الطفل الاضطراب يتمظهر في أربعة أو أكثر من المعايير التالية:

1. يعبر بطريقة متكررة وملحة في الانتماء للجنس الآخر ويؤكد على أنه جزء من ذلك.
2. عند الذكور تفضيل ملابس الإناث والعكس عند الإناث.
3. تفضيل لعب دور جنسي مغاير خلال اللعب والهوامات الخيالية.
4. الرغبة الكبيرة في ممارسة ألعاب الجنس الآخر وقضاء وقت مهم معهم.

5. تفضيل صداقات من الجنس الآخر.

عند المراهق تتمظهر الأعراض من خلال الرغبة في الانتماء إلى الجنس الآخر وتبني سلوكياته ولعب أدواره والرغبة في معاش الجنس الآخر وأن يعامل على هذا الأساس

B- الاحساس بعدم الارتياح من جنسه بغض النظر عن هويته.

عند الطفل الذكر يكون انزعاج من القضيب والخصيتين والافتناع بأنهما سيختفيان، أما عند البنت رغبة ملحة في امتلاكهما وعدم الرغبة في التبول في وضعية الجلوس وتمني امتلاك القضيب وعدم نمو الثديين وأن العادة الشهرية لن تكون بالإضافة إلى الميل إلى لباس الذكور.

تتمظهر عند المراهق في التخلي عن الطبع الجنسي الأولي والاتجاه إلى علاج هرموني وجراحي.

C- أن لا يكون للإصابة أصل عضوي.

D- يعبر الاضطراب عن معاناة عيادية واضحة (خلل في التوظيف الاجتماعي المهني ومجالات أخرى)

2- يمكن تمييز إشكالين في اضطراب الهوية الجنسية le transsexuelle إذ يتعلق الأمر بالإحساس بالانتماء للجنس الآخر لكنه بجنسية مثلية، أين لا يوجد اختيار جنسي والمشاكل تكون على مستوى الهوية الجنسية Intersexualité ويتعلق الأمر هنا بغموض تناسلي جنسي ولكن الاختيار لا يكون حسب العلاقة بالموضوع الجنسي الذي يكون قاعدة الموضوع الداخلي، ولكن مقارنة بتصوراته حول ذاته باعتبارها موضوعا جنسيا. غير أن هذا الاضطراب لا ينعكس على التوازن السيكوعاطفي.

(D. Marolli,p195)

التبديلات التي اقترحها DSM 4 TR للاضطرابات الجنسية:

تقسيم الفصل المقترح في DSM 4 TR الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية إلى 3 فصول: خلل الاداء، وخلل التوظيف الجنسي والشذوذ.

تمّ تبديل مصطلح " اضطراب الهوية الجنسية " بأخر جديد وهو DYSPHORIE DE GENRE ويدرس dysphorie عند الطفل ويقدم معاييرها التشخيصية منفصلة عن المعايير التشخيصية لل

dysphorie de genre عند المراهق والراشد. وكذا يقدم dysphorie de genre spécifique

➤ نجد في "خلل التوظيف الجنسي" = الفرط الجنسي / القذف المتأخر

➤ اضطرابات الرغبة = اضطراب الاهتمام الجنسي والاستثارة عند المرأة / اضطراب الرغبة الجنسية عند

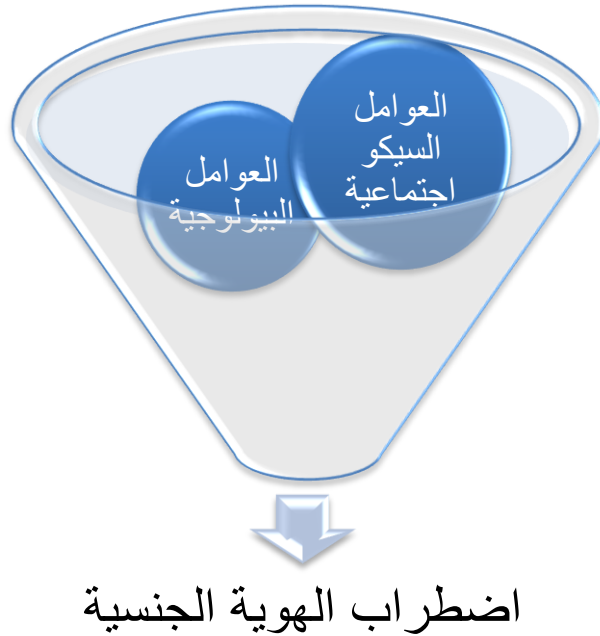
الرجل hypo actif

➤ الانتشار:

نادراً، تصيب الذكور أكثر فقد بينت الدراسات أن ذكر بيولوجي من 11000 إلى 37000 قد يصاب، وأنثى بيولوجيا من 30000 إلى 150000 قد تصاب باضطراب الهوية الجنسية.

السببية:

لا توجد دراسات حددت الأسباب بدقة، لكن العديد من الفرضيات قدمت لكنها لم تقنع كثيراً، وتبقى فكرة العامل الوراثي فالشذوذات الوراثية للكروموزومات الجنسية والشذوذات التشريحية للتحويل الجنسي لها تأثير على اضطرابات الهوية الجنسية إذن هناك انجراحية بيولوجية للإصابة بهذا الاضطراب. بالإضافة إلى فرضية الصدمة خلال الطفولة المتعلقة بالعوامل الخطر الأسرية وصعوبات التقمص الجنسية والعلاقة التحامية مع الأم والأساليب التربوية الوالدية.



الاضطرابات الجنسية عند المراهق:

1. صعوبات التحقيق الجنسي: له عدة أشكال:

1. غياب كلي للعلاقات الجنسية خلال المراهقة والتي تدل على تثبيط عصابي فاتر أو قلق ابتدائي.
2. العلاقات الجنسية المتعددة والمتكررة والمتحررة من الإحساس بالذنب والتي قد تدل على اكتئاب راجع إلى تثبيط ذهني.

3. النشوة الجنسية الأولى، القذف الأول، الاستمناء الأول، بداية العادة الشهرية، العلاقة الجنسية الأولى قد تسبب صدمة نفسية تعكس الصدمات الجنسية الطفيلية.

4. القذف المبكر والعجز الجنسي.

5. غياب الطمث قد يدل على رفض المراهقة لأنوثتها وجنسها.

2- صعوبات الاختيار الجنسي:

اختيار موضوع الاستثمار الجنسي يمثل نقطة مهمة في المراهقة، وصف Blos (1979) ثلاثة سلوكيات متميزة توضح جيدا إشكالية اختيار الموضوع: الاستمناء والجنسية المثلية وزنى المحارم.

3 - الشذوذات الجنسية: Les paraphilies

هي مجموع الممارسات الجنسية الخارجة عن المعايير أين يتم الحصول على اللذة عن طريق سلوكيات غير مألوفة، مزعجة للذات وللآخرين.

يتميز هذا الاضطراب بتخيلات هوائية جنسية إثارية بطريقة حادة ومتكررة، يؤدي إلى ضيق واضح وخجل، وصعوبات ما بين الأفراد والتوتر في العلاقات الاجتماعية والمهنية. لتشخيصها يجب مراعاة دوام واستمرار الاضطراب مدّة 10 أشهر على الأقل.

(Marcelli ,2009 ,pp182/200)

توجد أنواع مختلفة من الشذوذات الجنسية نلخصها في جدول الآتي:

Paraphilie	وصف	سلوك جنسي - بسيط	سلوك جنسي معقد
استعراضية	عرض الأعضاء الجنسية	لباس فاضح مغري	استمناء في الطريق
الفيتيشية	استعمال مواضيع	استثارة لرؤية ملابس داخلية	الاحتكاك الجنسي في الاماكن المزدحمة(حافلة)
المازوشية الجنسية	تقبل الإذلال والايذاء من قبل الآخر	الرغبة في الألم أثناء العلاقة الجنسية	التمتع الجنسي بالتعذيب من قبل الآخر
السادية الجنسية	أن يؤدي الفرد الآخر	حركات سادية خفيفة	ضرب الآخر أثناء

العلاقة الجنسية		في العلاقة الجنسية	
الاستئثار والنشوة بلبس ملابس الجنس الآخر		لبس ملابس الجنس الآخر	
التجسس على الآخر في وضعيات جنسية	مشاهدة المجلات ذات الصور المثيرة	مشاهدة الفعل الجنسي	البصبة

المحاضرة السادسة اضطرابات النوم عند الطفل والمراهق:

الدلالة التي تقدم لاضطرابات النوم ليست فريدة فهي راجعة إلى طبيعة الاضطراب وحدته والعلامات المصاحبة له، كما يجب الأخذ بالحسبان سن الطفل وتطوره. ويتم التركيز على اضطرابات النوم الخطيرة عند الرضيع فوجودها دليل مؤثر على توتر عميق إما لتنظيمته الشخصية وإما للتفاعلات المبكرة.

مدخل لدراسة النوم:

ينقسم النوم إلى مرحلتين أساسيتين:

➤ مرحلة النوم المتناقض: Sommeil paradoxal

يظهر فيها النشاط الكهربائي للمخ EEG قريبا من مخطط اليقظة أين تكون عتبة الإثارة مرتفعة، وتسمى هذه المرحلة بمرحلة حركات العينين أو مرحلة النوم السريع وفيها نميز:

- نشاط كهربائي سريع قريب لحالة اليقظة.
- وجود حركات سريعة للعينين.
- ارتخاء عضلات الراشد والطفل بداية من العامين في حين نجد عند المولود حركات وإشارات على مستوى الأطراف والوجه وأحيانا محور الجسم لكن تثبيط لنشاط حيوي للذقن.

➤ مرحلة النوم الهادئ أو البطيء: Sommeil lent

يظهر فيها انعدام للنشاطات الحركية مع موجات ثقيلة للمخطط النشاط الكهربائي للمخ، ينقسم إلى أربعة أطوار حسب ايقاع الموجات الكهربائية، بداية من النوم الخفيف (الطور 1) إلى النوم العميق (الطور 2).

(2). (Marcelli, 2009, p117)

مميزات نوم الطفل:

القيمة الكمية	توزيع فترات النوم	الفترة الابتدائية للنوم عند الطفل	النوم التطوري
ينام الرضيع من 16 إلى 17 ساعة تتخللها فترات يقظة متقطعة بمجموع 3 ساعات.	يحتل النوم المتناقص عند الولادة 50% من زمن النوم ويتقلص تدريجيا ليصل إلى 20% في سن الرشد ومتوسط الزمن الذي يفصل المرحلتين يسمى	قبل السنتين نجد فترة مبكرة للنوم المتناقص من 30 إلى 45 دقيقة وبعد السنتين فترة ظهور النوم المتناقص تكون طويلة نوعا ما 120 دقيقة تقريبا.	هو حالة فيزيولوجية عند الرضع في الثلاثي الأول وبتأثير المحيط يصبح للنوم وظيفة علائقية.

		<p>cycle de حلقة النوم sommeil يكون 60 دقيقة في الطفولة ليصل إلى ما بين 90 و 120 دقيقة في سن الرشد.</p>	<p>أطول في الليل (7 ساعات متتالية) وتزداد فترات اليقظة في النهار، تختفي القبولة بعد 4 سنوات وتتقلص تدريجيا ساعات النوم الليلي إلى 13 ساعة بعد العام الأول ثم 12 ساعة بين 3 سنوات و 5 إلى 9 ساعات تقريبا بين 6 سنوات و 12 سنة ثم إلى 8 ساعات ونصف بين 13 و 15 سنة</p>
--	--	---	---

(Marcelli ,2009 ,p109-110)

مختلف اضطرابات النوم عند الطفل والمراهق:

عادة ما تكون اضطرابات الشخصية جد غنيّة ومتغيرة بمشاكل النوم ونمير عادة بين السلوكات المرتبطة بالنوم (أرق - طقوس النوم، الخوف من النوم. . .) والسلوكات المرضية التي تظهر عند النوم. تظهر المخططات الكهربائية هشاشة في النوم الابتدائي عند الطفل الذي يظهر بداية النوم المتناقض غير المكتمل، أما الاضطرابات التي تظهر خلال النوم تكون على علاقة مباشرة مع النوم المتناقض وذلك بذبذبه أو تجاوزه أو تغييره (كوابيس ليلية، تجوال ليلي، تبول لإرادي)

اضطرابات النوم عند الرضيع:

من الصعب تحري الموضوعية في تشخيص اضطرابات النوم عند الرضيع، وهذا بسبب الاستيقاظ الفيزيولوجي المرتبط بالحاجات البيولوجية الغذائية والتفريغية له. وليتم تشخيص الاضطراب تحدد قائمة من الاستقصاءات الضرورية يطرحها الأخصائي والتي تفتح الباب لاحتمال وجود شذوذ عضوي كامن أو صعوبات سيكولوجية عند الطفل.

➤ أرق العام الأول:

جدّ منتشر، دلالاته تختلف حسب خطورته، فالأرق المبكر يعكس دائماً توتراً علائقياً بين الرضيع ومحيطه، ونميّز:

• الأرق المشترك يتعلّق بوضعيات غير مريحة (صلابة في أوقات الأكل. . .) لكن يمكن أن يكون شاهداً لصعوبات مبكرة في العلاقة بين الأم ورضيعها.

• الأرق المبكر الخطير: حيث يتعلّق الأمر بـ:

- أرق متهيّج: بكاء دائم، صراخ، هياج لا يتوقف إلاّ في حالة الارهاق الناتج عن الصراخ، ليعاود الظهور بعد فترة الراحة قد يصحب في بعض الحالات بسلوكات لإيذاء الذات.

- أرق هادئ: يبقى الطفل في سريره، عيناه مفتوحتان هادئاً ومستيقظاً ليلاً ونهاراً.

هذه الأنواع من الأرق المبكرة الخطيرة نادرة، لكن دراسة السوابق المرضية للأطفال الذهانيين والتوحيديين سمحت بالتأكيد على تواترها خلال التطور الأولي لهؤلاء الأطفال وحسب بعض الباحثين الأرق المبكر الخطير دليل على فشل الأم في دورها كحامية لنوم الطفل، ويعتبر الاكتئاب والقلق العميق المتطور عند الأمهات اللواتي يعانين أطفالهنّ من الأرق دليل يعبر عن هذه الوضعية.

(Marcelli, 2009, p114)

➤ اضطرابات النوم المتعلقة بنمط الحياة:

راجع إلى خلل التنظيم الأسري في ضبط ساعات النوم والراحة واللعب والدراسة. . . وهناك بعض الوالدين وأمام خوفهم من موت الرضيع أو اختناقه يلجؤون إلى إيقاظه كل مرة ينام فيها.

➤ اضطرابات النوم المتعلقة بسبب عضوي:

مثل الاضطرابات الهضمية كالمغص والآلام الالتهابية.

اضطرابات النوم واليقظة عند الطفل والمراهق:

➤ اضطرابات نمط الحياة:

جعل الطفل ينام في سرير الوالدين له من المخاطر ماله (الاختناق) وقد يؤدي غياب أحد الوالدين عن مكانه في الفراش إلى خلق احساس بالقلق عند الطفل مما يؤثر على سيرورة النوم.

➤ نمطية النوم:

ما بين العامين و6 سنوات وفي عمق الاكتشاف الحركي لا يقبل الطفل بسهولة المظاهر التي يفرضها النوم كما أنّ الكوابيس المقلقة تجعل من النوم حالة غير مرغوب فيها أين يعارض الطفل النوم ويضع

طقوسا معيّنة، يطلب موضوعه الانتقالي والذي يحد من درجة الخوف (الضوء، دميته، يمص إبهامه أو يطلب قصة. . .) ما يسمح له باسترجاع الأحاسيس والقدرة على التحكم في صعوبات النوم.
(Marcelli ,2009 ,p114)

➤ Les parasomnie

تمس هذه الظاهرة العديد من الأطفال ويمكن اعتبارها مرضية في حالة تكرارها وعرقلتها للحياة اليومية للطفل ومحيطه ونمّي في هذا الاضطراب المظاهر التالية:

1. القلق الليلي: أحلام مقلقة واستيقاظ مصحوب بقلق
2. الفرع الليلي: يتعلق الأمر بسلوك هلوسي ليلي عادة ما يؤدي إلى احداث حركات عنيفة مثل السقوط على الأرض أو الاصطدام بالحائط، فجأة يصرخ الطفل في مكانه، والعينين جاحظتين ووجهه مرتعب لا يعرف ما يدور حوله ولا يتعرف بوالديه ولا يستجيب لمحاولات التهدئة اصفرار وتسارع لدقات القلب. تدوم هذه الحالة بضع دقائق ثم يعود للنوم مرة أخرى، بينت المخططات الكهربائية للمخ أن النوبة تحدث في المرحلة الرابعة من النوم العميق. يظهر الاضطراب عند 1 إلى 3 % من الحالات أقل من 15 سنة ونجد 6% في السن التحضيري يعانون من هذا الاضطراب الذي يختفي تدريجيا.
(Marcelli ,2009 ,p115)

3. الكوابيس: هي الأحلام المزعجة ويعبر عنها كأحلام مقلقة Rêve d'angoisse يمس 30 % من الأطفال بداية من السن الثانية يبكي الطفل ويصرخ ويطلب النجدة، عادة ما يكون عند بداية النوم ونهايته ولا تستلزم الكوابيس علاجاً دوائياً وإنما يجب تنقيتها وتشجيع الطفل عن التعبير على كوابيسه.
4. الاستيقاظ الحصري: Réveil anxieux يكون وسيطاً بين الرعب الليلي والحلم المقلق، يستيقظ الطفل حائراً لكن دون تظاهرات هلوسية، عادة ما يذهب لسرير أمّه ليعاود النوم. يظهر المخطط الكهربائي للمخ EEG أن الاستيقاظ الحصري يكون في المرحلة الثالثة أو الرابعة من النوم البطيء في بداية الليل.
(Marcelli ,2009 ,p170)

5. التجوال الليلي (السرنمة) somnambulisme ينتشر أكثر عند الذكور بداية من 7 سنوات إلى 12 سنة ويكون لدى هؤلاء الأطفال عموما سوابق عائلية.

عادة ما يظهر في النصف الأول من الليل إذ يتعلق الأمر بإشارة أتوماتيكية متفاوتة التعقيد، يستيقظ الطفل أعينه مفتوحة يتجول في أرجاء البيت يذهب للمرحاض وحتى يخرج للخارج لكنه لا يتذكر أي شيء في الغد. 15% من الأطفال بين 6 إلى 12 سنة يقومون بها ولو مرة واحدة، 1% إلى 6% من هؤلاء يعانون من تجوال ليلي خطير. ميّز Villarol بين ثلاثة أنواع من التجوال موضحة في الجدول:

(ferreri,2009,p25-26)

التجوال الليلي الخطير	يتميّز بسلوكات خطيرة ومزعجة تتواتر من مرتين إلى 3 مرات في الأسبوع وتكون شخصية الطفل جد قلقة ذات ميل وسواسي.
التجوال الليلي المرعب	هو متغير عيادي نادر يجمع بين التجوال الليلي وتظاهرات الرعب يمكن أن يصبح عدوانيا عند محاولة تهدئة الطفل أو إمساكه.
التجوال الليلي البسيط	هي نوبات نادرة وعابرة من التجوال الليلي يكون بسيطا دون أي احتمال للخطر ولا يرتبط بأي اضطراب للشخصية.

يتطور التجوال الليلي عند الطفل بطريقة عادية ولكنه يختفي تدريجيا دون إزمان. يستلزم التكفل السيكولوجي عندما يكون مصحوبا بأعراض أخرى كالتظاهرات الحصرية أما في حالات التجوال الليلي المرعب والخطير يتم اقتراح علاج دوائي بموافقة والدية.

(Gasman,2007,p101-102)

➤ الآلية الحركية: إيقاعات النوم Automatismes moteurs:rythmes de sommeil

ينتشر بشكل أكبر عند الذكور، ظهوره جَدّ مبكر، كامن في بدايته ويصبح دافعا للفحص عندما يبدو الأمر مزعجا وخطيرا.

عياديا يظهر وسط الليل خلال بضع ثوان يتواتر ثلاث إلى أربع مرات في الليل، أين يكون الإيقاع منتظما ضربة في الثانية والحركة متغيرة كدوران الرأس وتأرجح الرجل ويمكن أن يصل إلى درجة حادة ويحدث الكثير من الضجيج.

على مستوى الدماغ والنشاط الكهربائي تلاحظ السلوكات الإيقاعية عموما في الأطوار الخفيفة من النوم البطيء ونادرا أثناء النوم المتناقض وفي كل الحالات يظهر EEG عاديا. ليست لهذه السلوكات أي علاقة بالصرع الليلي ولا بالاضطرابات الأخرى للنوم.

لا يتطور هذا الاضطراب ويختفي تلقائيا في معظم الحالات (3 / 4 سنوات) قد يتواصل بعد الكمون لكن ليس إلى البلوغ.

من وجهة نظر نفسية مرضية لا يظهر عند هؤلاء الأطفال أي سمات خاصة معينة.

(Marcelli ,2009 ,p117-118)

➤ فرط النوم: Ipersomnies

يتعلق الأمر بمراحل متتالية مطولة للنوم نجدها في 5 وضعيات:

• أخذ مواد إدمانية مثبطة.

• اضطراب الإكتئاب

• سرطان في الرأس

• تناذر Klein levin

(Gelimean Gasman et Allilaire ,2007,p 102)

• تناذر

➤ صفير الأسنان: Bruxisme

يتعلق الأمر بسلوك حكّ الأسنان في بعضها أثناء النوم، يبدو الأمر بسيطا لكنّه يحدث إزعاجا للمحيط ويصبح خطيرا لأنه يؤدي إلى إصابات على مستوى الأسنان. قد يظهر هذا الاضطراب في متلازمة Rett والتوحد (Canoui,1994,p 174)

أثر العوامل النفسية في اضطرابات النوم:

أثبتت الدراسات أن سمات الآباء الشخصية والنفسية المرضية وعملهم ومستواهم التربوي له علاقة بصعوبات النوم في الطفولة فالتفاعلات العلائقية المرتبطة باستعدادات النوم وطقوسه لها تأثير على نوعية نوم الطفل ولقد توصل Zuckernan إلى أن الأطفال الذين يستيقظون ليلا هم أطفال ينامون في أحضان أمهاتهم لمدة طويلة أو ينامون عند أوليائهم قبل أخذهم إلى سريرهم، ويكمن الخطر هنا في تغذية الخوف من الانفصال الذي يعرّز حيرة الوالدين. (A. Guedeney,2014,p 156)

المحور الثاني الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق:

بالنسبة لبعض الباحثين لا يمكن الحديث عن عصاب دون استدخال كاف للعلاقات بالموضوع، وبالخصوص تمييز موقعي بين ركن الأنا الأعلى والأنا الذي يسمح بترتيب الصراع العصابي، ولهذا

السبب يعتبر الكلام عن العصاب الطفلي في الطفولة امرأ مقصي، كما أن الأعراض عن الطفل متغيرة وليست ثابتة.

يتعرض التطور النفسي الطفل منذ أشهره الأولى إلى قلق وصراعات وعادة ما توصف الفترة ما بين 3 و6 سنوات عند البعض على أنها فترة العصاب الطفلي السوي الناجمة عن صراعات والراجعة إلى اختيار المواضيع الأبوية والتقمصات الثانوية التي تتميز بها هذه الفترة. وظهور الاضطرابات العصابية يمكن أن ترتبط بالحدة الخاصة بالصراع، و تكرار الأعراض في مرحلة الطفولة ليست لها بالضرورة قيمة على أنها علامات تمهيدية للاضطراب عند الرشد، فالتظاهرات القابلة للتغير هي عادة علامات لآلام نفسية عبارة والتي تسجل خلال التطور، ولكنها يمكن أن تشارك في تنظيمة عاجزة للشخصية.

التصنيفات النوزولوجية الفرنسية ظلت مرتبطة بمصطلح العصاب، غير أن DSM أبقت فقط على الاضطراب الحضرية عند الطفل والمراهق، في حين CIM تصف هذه الاضطرابات على أنها اضطرابات انفعالية.

التظاهرات العصبية عند الطفل:

المحاضرة السابعة التظاهرات الحصرية عند الطفل والمراهق:

يكون الحصر والقلق نماذج تعبيرية لآلام الطفل، وهناك وجه جسدي ووجه نفسي للقلق، بالنسبة للمستوى الجسدي يتطابق القلق مع معاش رهيب متعلق بعدم الأمن، تهديد مرتبط بخطر غير معروف. قد يرتبط القلق بحدث خطير مؤقت جسدي أو نفسي (انفصال، تدخلات جراحية، امتحان. . .)، يتعلق الحصر بالسجل النفسي فقط والقلق من وجهة نظر عيادية هو مكون سوي أو عادي للتطور. نادرا ما تكون التظاهرات الحصرية شفوية إذ يتخفى القلق وراء تظاهرات جسمية: اضطرابات النوم، اضطرابات السلوك، والخوف المتعلق بالصحة والموت.

قلق الانفصال هو جزء من السيرورة التطورية للطفل ويكون مرضيا إذا كان الحصر جدّ مهم وحاد، وإذا امتد وأدى إلى توترات في التوظيف الاجتماعي أو إذا كانت مصحوبة بإحساس بالخطر يهدد صورة التعلق، والإحساس باليأس قبل وأثناء وبعد الانفصال.

عند المراهق تظهر هجمات هلع *Attaque de panique*: أزمة حصر مفاجئة دون سبب مفجر مصحوبة بتظاهرات جسمية: خفقان القلب، وعسر التنفس وارتعاشات أو غثيان وتشوش الحس.

- لا يكون القلق مرضيا وإنما صعوبة التكلم فيه، إذن ديمومة وحدة الاضطرابات المرتبطة بتظاهرات القلق في التطور العادي للطفل ما يمنحه الطابع المرضي.

مظاهر القلق عند الطفل:

استجابات القلق المرضي (أزمات القلق)	استجابات القلق الحادّ	عمق القلق المزمن
استجابة لأحداث صدمية تمسّ الطفل كالأمراض والتدخلات الجراحية	استجابة لسياقات خاصة كالدخول المدرسي وفترات الامتحان تكون على شكل أزمات هلعية حادة يكون الطفل خلالها مذعورا، ويظهر اضطرابات سوماتية وإحيائية (آلام في البطن، رغبة في التقيؤ)	حالة حيرة دائمة ويقظة قصوى.

ينبغي التذكير أن القلق هو مظهر سوي في تطور الطفل، ويبقى هنا معرفة تعابيره المرضية.

المحاضرة الثامنة التظاهرات الفوبية عند الطفل والمراهق:

السميولوجيا العامة للاضطرابات الفوبية:

- الأعراض الفوبية: نتكلم عن " فوبيا " عندما تظهر نوبات قلق بطريقة تكرارية ومنتظمة عند المواجهة مع وضعية أو موضوع. نصف هذا الموضوع أو هذه الوضعية بـ " مولدة بالفوبيا " (phobogènes) وتبقى خاصة بالطفل الذي يعرفها جيدا ويخاف منها بامتياز، وعند اكتساب القدرات المعرفية الضرورية يصبح الطفل قادرا على فهم أن الوضعية المولدة للقلق ليست خطيرة في الحقيقة، إذا هذا الحصر يكون كبير لدرجة عدم القدرة على التحكم فيه إراديا. (J. P. Dumont , 2004,p197)

• هناك نوعين من الفوبيا:

-الفوبيا البدائية ما قبل التناسلية: قبل عامين - ثلاث سنوات: إنها المعارف المعتادة المتكررة، الخوف من الليل، الخوف من الغريب ووحده حضور الأم يمكن تهدئة وطمئنة الطفل. عدم تطور سيرورات العقلنة والقدرات المعرفية اللازمة وهذا النوع من الفوبيات نجده في الشخصيات الذهانية.

-فوبيات مرحلة الأوديب: من عامين - ثلاث سنوات إلى ست - سبع سنوات انطلاقا من حل صراع الأوديب يكون هناك عمل نفسي حول الارسان الرمزي وهنا نلاحظ تنوع كبير في المواضيع المولدة للفوبيا (G,FFaed ,2012,p03)

الأعراض المصاحبة:

-ظهور موضوع حامي يسمى " ضدّ فوبي " (contre phobique) قد يكون شخص من العائلة أو شيء معين، أين ينتج عن حضوره تجنب النوبة

-سلوكات تجنبية: عند غياب الموضوع " ضدّ الفوبي " يميل الطفل إلى تجنب المواجهة مع المواضيع أو الوضعيات المولدة للفوبيا

-عندما يكون للطفل تنظيمة فوبية، يظهر الطفل وكأن له عمق حصري، طفل خوّاف، شكّاك، يطلب دائما حماية الراشد (J. P. Dumont , 2004,p197)

- ظهور وتطور الفوبيات الاعتبائية عند الطفل:

A- يجب التلميح أن بعض الفوبيات تكون عادية في الطفولة، تشارك في النمو العادي للطفل وهنا نجد مثلا:

-الخوف من الغريب في الشهر 8

-الخوف من الظلام في 2-3 سنوات

-الخوف من الحيوانات الكبيرة 3-4 سنوات

-الخوف من الحيوانات الصغيرة 4-5 سنوات

-الخوف من بعض الوضعيات أكثر من 5 سنوات

هاته الأشكال الشبه فيزيولوجية للأعراض الفوبية تختفي تدريجيا وتلقائيا. (Dispinoy,2002,p44)

B- امتدادها في الزمن راجع إلى ملكيات الطفل (حل عقدة الأوديب واكتساب القدرات المعرفية) وكذا إلى سلوك الوالدين أمام هاته المخاوف:

- يمكن مساعدة الطفل بمواجهة المواقف والوضعيات المولدة للخوف ومساندته وطمأنته، تبيين التفهم أمام هذا الضعف المؤقت.

- في الحالات السيئة يمكن رفض مخاوف الطفل، يتم إحباطه وإذلاله أو السخرية منه. هنا يجمع الطفل مخاوفه ولا يسقطها على الخارج ليحصل على إعجاب وحب الوالدين. هنا يتبنى سلوكات تعويضية وإنكارية لمخاوفه بدون التوصل إلى التحكم فيها حقيقة.

- ويجدر الذكر كذلك بإمكانية وجود تأثير ورابط بين عصاب الوالدين والطفل.

C- في أسوأ الحالات هاته الميكانيزمات تبنى أكثر فأكثر:

يصبحوا التنظيم المفضلة للحياة النفسية تؤدي إلى تنظيم فوبية طفلية مع سلوكات ضد فوبية وتجنبيه. إن السمات الفوبية الطفلية نادرا ما تغطي جداول عيادية للعصاب الفوبي للراشد: يتم حلها عموما في مرحلة الكمون وبداية المراهقة. (J. P. Dumont , 2004,p198)

الأعراض العصابية الكبرى:

يسودها خوف مقلق يصاحبه تظاهرات عصبية-إعاشية سببها حضور وضعية أو نشاط ليس له أي طابع خطير، يتبنى الطفل هنا سلوكات تخفض من القلق مثل التجنب، الموضوع الضد فوبي، الطمئنة بمساعدة شخص قريب.

يرجع الطابع المرضي لهاته المخاوف إلى حدتها وديمومتها والقلق المصاحب لها، صعوبة طمئنة الطفل وإقناعه، تعقيد السيرورات ضد الفوبية وتأثيرها السلبي على النمو وعرقلة النشاطات اليومية الأساسية.

(Despinoy,2002,p45)

➤ فوبيا الموضوع:

- الخوف من الحيوانات، الشخصيات مثل الطبيب، الوحش، الشرطي ما يميز هاته المخاوف أنها قد تجاوزت السن الطبيعي السوي لها. أين يكون الطفل قد اكتسب القدرات المعرفية اللازمة وبالرغم من ذلك

فإن التحكم في القلق المصاحب يكون فوق إرادته. حيث يكون هذا الأخير جدّ قوي ويعرقل الطفل على ممارسة نشاطاته وحتى اللعب.

➤ الفوبيا من الموضوعات:

- من الظلام، الميكروبات، الأمراض، من عوامل طبيعية مثل المطر والرعد ومن المدرسة، تكون مربوطة بقلق الخصاص أو قلق الموت. (Lefetz,2006,p5)

➤ الفوبيا المدرسية:

- هي وحدة عيادية منفصلة نلاحظ عند أطفال يرفضون لأسباب غير منطقية الذهاب إلى المدرسة وهذا ما يثير قلق كبير في حالة محاولة إقناع الطفل بالعكس.

يرى بعض الباحثين مثلو D. Petot أنّ الفوبيا المدرسية على علاقة وثيقة بقلق الانفصال الذي إذا اجتمع معه يولّد قلق كبير لا يمكن التحكم فيه. (D. Petot,2008,p6)

تظهر عادة في سن 9-10 سنوات، الأكثرية عند الذكور وعند الطفل الفريد أو الصغير في العائلة. حيث يكون لهؤلاء الأطفال مستوى دراسي جيد فالمشكل ليس في حل الواجبات أو القيام بالدروس ولكن الخوف يكون من المدرسة. (Medix, 2017). بالاضافة إلى عدم وجود سبب مقنع لعدم الذهاب أو الخوف من المدرسة وكما سبق وذكرنا أن هؤلاء الأطفال لهم مستوى دراسي حسن إلى جيد ولكن هذا الخوف قد يؤثر سلبا عليهم وقد يؤدي إلى فشل مدرسي.

يظهر عند الذهاب إلى المدرسة: قلق كبير في وقت الذهاب في الصباح وردات فعل جسمية (قيء، إسهال، آلام بطنية) في حين أن الطفل كان تلميذا جيدا. (Lefetz,2006,p6)

➤ الفوبيا الاجتماعية:

- الخوف من التكلم أمام الناس والاحمرار، الخوف من الكتابة.

- نادرا ما نجدها في مرحلة الطفولة بحدّة.

- في بعض الأحيان ندمجها في الجدول العيادي للذهان.

- تتميز الفوبيا الاجتماعية بخوف حاد ومتواصل عندما يكون الطفل في وضعيات إجتماعية أي وضعيات جماعة وتفاعلات ما بين الأفراد. (Petot,2008,P73)

➤ الفوبيا في المراهقة:

كل الفوبيات التي نجدها في سن الرشد يمكن ملاحظتها في المراهقة ولكن هناك بعض الفوبيات خاصة بالمراهقة وهي الخوف من التشوه الجسمي، وهي انشغالات كثيفة حول مظهر الجسم أين يمكن تصنيفها

مع جدول الوسواس أكثر من الفوبيا. والجزء المركز عليه يكون دائما سوي عادي وحتى إن كان به شيء فهو لا يؤثر أبدا على الواجهة.

يمكن أن نميز:

- انشغالات واهتمامات مفرطة بشكل الجسم.
 - سمين (الخصر، البطن، الفخذين. . .)
 - نحيف
 - القد (هل هو مفرط أو صغير).
 - الاهتمامات المفرطة حول جزء من الجسم: كلها قد يتم التركيز عليها ولكن الوجه بصفة خاصة.
 - الاهتمامات المفرطة المتعلقة بالطبع الجنسي:
 - الصدر
 - الأعضاء التناسلية
 - نبرة الصوت
 - الطبع غير الاعتيادي لخواف التشوه الجسمي يمكن أن يطرح قضية الدخول في الذهان.
- (Medix, 2017)

سيكوباتولوجيا:

تطرق كل من Freud (حالة Hans 1909) و Winnicott (حالة Piggie 1969) لفوبيا الطفل تسمح حالة Piggie بملاحظة آثار السيرورة الأولية (انشطار المواضيع الأمومية واسقاط الأجزاء السيئة على المواضيع الفوبية) التي هي أساس الفوبيا.

بالنسبة لـ Freud الأعراض الفوبية هي نتيجة كبت الممثلات المحارمية، عودة المكبوت يصحب بإزالة الموضوع المولد للفوبيات بأخذ مكان الأب المنافس، الخوف من الأب الذي يمنع الطفل من رغباته كعقاب. (Despinoy, 2002, p45)

المحاضرة التاسعة التظاهرات الوسواسية عند الطفل والمراهق:

تفرض متطلبات الوالدين والمحيط على الطفل بهدف التربية بعض السلوكات والتصرفات التي تُملى عليه على مدار الساعة ومن العدل والسواء تربية الأطفال على نمط جيد من السلوك والأفكار المنطقية والسوية. ويمكن للطفل أن يطور سلوكات وسواسية عادية مثل: التفقّد والتأكد، النظافة، التجميع، الأفكار الفلسفية.

ومن بين التظاهرات السوية العادية التي نجدها في نمو الطفل:

- لعب تكراري بالألعاب في العام الأول
 - طقوس حول تعلم النظافة والتحكم في العضلات الصارة في العام الثاني.
 - طقوس النوم في عامين أو 3.
 - بعد 5 سنوات: تجميع الأشياء.
- الدراسات الابدميولوجية لهذا الاضطراب لم يتم الاهتمام بها إلا في الآونة الأخيرة، فإذا كانت الأعراض الوسواسية منتشرة عند المراهق والطفل فإن احتمالية التطور إلى اضطراب وسواسي قهري يكون من 3% إلى 2% وهذا ما يؤكد على صعوبة تحديد الحدود بين السوي والمرضي.

تم تعريف الوسواس القهري على وجود ميزتين أساسيتين:

- الوسواس: عبارة عن أفكار أو تصورات ذات طابع اجتيافي دائمة سبب المقاومة المتواصلة للتخلص منها ومن بين أنواعها:

- الوسواس الدينية
 - الوسواس الفوبية
 - الخوف من المكروبات
 - الوسواس الاندفاعية: الخوف من القيام بفعل شنيع
- القهرية: عبارة عن سلوكات وأفعال متكررة وطقوسه تفرض على الفرد بطريقة لإرادية وتجري حسب قوانين محددة هدفها هو التخلص المؤقت من القلق. (J. Xavier,2010,p441)

الجدول العيادي:

الوسواس الفكرية والسلوكات القهرية تعتبر عادية كما سبق وذكرنا في مراحل النمو، إذن متى تكون مرضية؟

في الطفولة يميل الطفل إلى السلوك أي الفعل القهري عند النضج وبالخصوص فيما قبل المراهقة تصبح فكرية وفي فترة المراهقة تصبح فكرية وفعلية. يمكن القول أن الوسواس والسلوكات القهرية تصبح مرضية إذا عرقلت النمو الوظيفي، إذا أحدثت إزعاج وأثرت سلباً على المهام الاجتماعية، المدرسية، العلائقية ويجب التلميح كذلك إلى نقطة مهمة وأساسية أن هاته الوسواس والسلوكات القهرية تكون مصحوبة بقلق كبير إذا زادت في مدتها وحدتها وتكرارها. كما أن الوسواس القهري في حدود السواء لا تظهر الرغبة الكبيرة في التفكير أو القيام بعمل ما أو قول شيء ما كما لا تظهر عند الفرد أي مقاومة داخلية (هذا في حالة السواء) (Pelsser,1989,p307)

للأعراض مظهرين أساسيين:

- مظهر عقلي: الأفكار الوسواسية

- مظهر فعلي: سلوكات قهرية

إن الوسواس مجردة من العواطف، أفكار متناقضة مع الأفكار الواعية للفرد، تُفرض على عقل الفرد وتكون مصحوبة بانزعاج وقلق. أما السلوكات القهرية هي أفعال يجد الفرد نفسه مرغماً على فعلها بطريقة لاإرادية تهدف إلى التقليل من القلق.

- أعراض تسيطر عليها النشاط القهري compulsionnel: بمعنى أفكار لا تترك الفرد طقوس لتجنب وطردها أفكار وكذلك الاجترار العقلي. وهي نادرة عند الطفل تظهر في مرحلة الكمون إلى المراهقة انشغالات ما فوق الطبيعة وأخلاقية، الشك، أفكار حول الموت أما في المراهقة فنجد سلوكات مثل التنظيم والتنظيف التكرار وغسل اليدين مصحوبة دائماً بوسواس معينة.

- الشك وعدم القدرة على أخذ القرارات يظهر على شكل تردد في كل مرة.

- الطقوس القهرية عند الطفل في مجالات معينة (عند النوم، تعلم النظافة والتحكم في العضلات

(الصارة)

وفيما يلي جدول يعرض الأنواع الثلاثة للعصاب الوسواسي:

وسواس دينية	وسواس فوبية	وسواس اندفاعية
اجترار فيما يخص أفكار ملموسة ومحسوسة تؤدي إلى طقوس التفقد	أفكار لا تفارق الفرد حول مواضيع أو وضعيات يخاف منها طقوس الغسل أو التفقد	الخوف من اقتراف خطأ أو فعل شنيع، اجرامي ممنوع = قهر معرفي

أما الجدول التالي فيسرد لنا بعض مختلف الوسواس القهرية:

الوسواس	القهريات
مواضيع العدوى	غسل
مواضيع عدائية	التفقد
مواضيع جنسية	اللمس
مواضيع دينية	الحساب
أفكار ممنوعة	التنظيم

الأعراض المصاحبة:

- لزمات ذات قيمة رمزية
- التركيز على مجال معين، التجميع
- تثبيط سلوكي ذهني

أسباب الوسواس القهرية:

- حسب التحليل النفسي: تثبتت في المرحلة الشرجية حول موضوع النظافة، تدفق دفاعات من نوع عصابي.

- وسيلة للطفل للأمان المتواصل، جلب اهتمام المحيط والاحساس بالانفرد.

- عصبي: شدوذ وظيفي في الحلقة التي تربط النواة الرمادية المركزية والقشرة المخية.

DSM و CIM والوسواس القهري:

يُدرج اضطراب الوسواس القهري في DSM تحت وحدة الاضطرابات الحصرية في حين أنه في CIM10 يُدرج تحت الاضطرابات المصاحبة، اضطرابات مرتبطة بعامل الضغط واضطرابات نفسية جسدية. وفي كلتا الحالتين يحمل التشخيص على وجود إما وسواس وإما سلوكيات قهرية وهنا يمكن التحدث إذن عن اضطرابات وسواسية قهرية غير مكتملة.

يدقق DSM أنه لوضع تشخيص اضطراب الوسواس القهري يجب أن يعترف الفرد بأنه يخلق له احساس بالانزعاج كبير ويتسبب بقلق داخلي وأن هاته الوسواس غير منطقية، كما يلمح إلى أنها يجب أن تكون تعرق عمله اليومي وتؤدي إلى مضيعة الوقت التي حددها في ساعة في اليوم، أما CIM 10 فقد أضاف لذلك مدة وتكرار الأعراض واقترح كمعيار تشخيصي وجود على الأقل وسواس وسلوك قهري واحد في

اليوم على مدة أسبوعين على الأقل. (Petot,2005,p144)

الاضطرابات المصاحبة:

يكون اضطراب الوسواس القهري مصاحبا لاضطرابات سيكوباتولوجية كما تبينه دراسات عالمية (Institut of mental health (1994) يتعلق الأمر في معظم الحالات باضطرابات اكتئابية واضطرابات حصرية، يمكن أن نجدها مع اضطراب الوسواس القهري، أن تسبقها أو تأتي من بعد. والاضطرابات المصاحبة هي اضطرابات السلوك، اضطرابات المعارضة، فرط النشاط، تناول مخدرات، اضطرابات الأكل ومرض جيل تورات.

أما عند الطفل من بين الاضطرابات المصاحبة هي الاضطرابات الحصرية الأخرى أين يحتل قلق الانفصال المرتبة الأولى ونجد كذلك الاضطرابات الاكتئابية. (Petot,2005,p146)

المحاضرة العاشرة التظاهرات الهستيرية عند الطفل والمراهق:

يجب توخي الحذر عند التكلم عن التظاهرات الهستيرية عند الطفل لأن محدداتها تكون دقيقة، وإذا طبقنا المعايير الخاصة بالراشد لاعتبر كل الأطفال هستيريون.

تعتبر التظاهرات من النمط الهستيري عند الطفل مظاهر سوية خلال تطوره فكل طفل بحاجة إلى جلب الانتباه، ما يسمح له بمواجهة القلق الخاص بالتطور السيكو-عاطفي أو التغيرات في النسق الأسري فهذه السلوكات تضمن له عاطفة وحب المحيط.

يمكن أن تظهر التظاهرات الهستيرية خلال فترات حادة كالتجوال الليلي ونوبات الغضب وفقد للذاكرة والتي يقال عنها هستيرية مقارنة بعرضية الراشد، إذ تمس الأعراض في الطفولة إن وجدت الجهاز الحركي والجهاز الحسي. (MR. Giffard,2000)

العرضية الهستيرية عند الطفل:

عادة ما تأخذ الاضطرابات البنيوية عند الطفل الشكل الهستيري إذ أن الحل الهستيري يعتبر من بين الحلول التي يستعملها الطفل للتحكم في الراشد ومسرحة الصراع. . . حيث تظهر الاضطرابات فجأة ويمكن أن ترتبط بحوادث صعبة (الاحباطات، الأمراض. . .) وتتميز الأعراض بخاصية مشتركة لا ترتبط بالقوانين الفيزيولوجية.

الشكاوي الوظيفية والمكاسب الثانوية:

تظهر بعض الشكاوي الجسمية عند الطفل وتوصف بأنها هستيرية مثل الدوار، والتقيؤ والآلام البطنية غير أن الامر لا يتعلق بإقلاب حقيقي (رمزي) ولكن ميكانيزم دفاعي انتقالي مؤقت أين يكون جسم الطفل المكان المفضل للتعبير (J. P. Dumont,2004,p202) والجدير ذكره هنا على حدّ قول Aijuriaguerra أن التظاهرات الهستيرية هي تحويل وتجسيد للهوام كلغة في الجسم وبواسطة هذا الأخير الذي يعتبر وسيلة وليست ضحية. (Ajuriaguerra,1984)

تؤدي هذه التظاهرات إلى حلّ مؤقت لصراع عائلي أو مدرسي وتشكل الفوائد المستخرجة من التظاهرات الهستيرية ذات الشكاوي الوظيفية خلطا بالنسبة للأطباء أو المحيط فيما يخص الطبع الإرادي للسلوكات.

الاقلاب الهستيري الحقيقي:

غير منتشر كثيرا عند الأطفال وتكون بدايته منذ 5 سنوات (D. Lefetz, 2006) وترتفع نسبته بداية من 11 إلى 12 سنة ويمس الإقلاب الهستيري الجهاز المحرك للفرد كالمشي وتزداد حدّة العلاقة عندما يكون الطفل تحت الملاحظة والأعراض الأخرى تمس الجانب العلائقي - الحسي كالخرس والصمم أين نجد شكاوي متكررة من الطفل نتيجة اضطرابه. (J. P. Dumont,2004,p202)

يظهر الطفل من خلال التظاهرات الهستيرية نوبات هياج حادة وعنيفة ويهرب من المنزل كما قد يفقد الذاكرة والهوية بشكل مؤقت (D. Lefetz, 2006)

حتى وإن كان للتظاهرات الهستيرية عند الطفل فوائد ثانوية تظهر في مقدمة الأسباب إلا أن الفحص الطبي ضروري لإقصاء الجانب العضوي كما يجب تسجيل إذا ما كان أحد أفراد الأسرة مصابا بأعراض مماثلة (J. P. Dumont,2004,p202)

التظاهرات الهستيرية عند المراهق:

التظاهرات الهستيرية في المراهقة جدّ منتشرة، كلّما يتطوّر نمو المراهق كلما تقترب التظاهرات الهستيرية من تلك التي عند الراشد ونجد هنا مجموع الأعراض الحادة: أزمات على شكل إغماءات، أو صرع أو أزمات عصبية وأخرى دائمة كالإقلاب الحسي-الحركي حساسية حسية صوتية أو ظواهر نفسية كفقد الذاكرة.

التطور:

من النادر أن تتطور التظاهرات الهستيرية الطفلية إلى نوع هستيريا الراشد، لكن بعض الأعصاب الهجاسية كانت جذورها هستيرية، وبعض الأعراض ذات الطابع الهستيري (السرنمو والنوبات. . .) قد تتطور إلى أذنه واضطرابات خطيرة للطبع.

سيكوباتولوجيا:

نعني بالهستيريا تعبيراً لصراع نفسي - داخلي من خلال تظاهرات جسمية دون أي سبب عضوي، حيث يكون الجسم هو المكان المفضل للتعبير عن مجموع الشخصية، فخلل التوظيف يبين ما لم تستطع الكلمة قوله أو التفكير فيه.

يعتبر هذا جدّ أساسياً بالنسبة للطفل أين يواجه مشكلات علائقية وإرصادية، كما أن مراحل التطور السوي تظهر من خلال الصعوبات الجسمية كذلك والطفل الهستيري يظهر غير ناضج وغير قادر على التحكم.

المحاضرة الحادية عشر الذهان الطفلية:

بحسب Mahler تتكون هوية الطفل انطلاقاً من مراحل أساسية هي:

1. مرحلة التوحدية: عدم تجاوزها يؤدي إلى التوحد.
 2. المرحلة التكافلية: جد أساسية مهمة ويؤدي عدم تجاوزها إلى الاتكالية.
 3. مرحلة تشخيصية: مرحلة الوصول إلى الاستقلالية الذاتية.
- مشكلة الطفل المصاب بالذهان التكفلي التثبيت في المرحلة الثانية أين يظهر استثمار مفرط للام (Petot,2009,P395)

➤ الذهان التكافلي: *psychose symbiotique*

تم اقتراح هذا المصطلح سنة 1940 وفي سنة 1968 نشر Mahler كتاب سخره للذهان التكافلي وتحت هذا المصطلح نجد الذهان المبكرة للطفل ويستعمل Tustin مصطلح " التوحد الثانوي النكوصي " الوصف:

إنه الشكل الأكثر انتشاراً لذهان الطفلة. تظهر العلامات الأولى عموماً بين عام ونصف وثلاث سنوات وعموماً بعد حدث معين مثل انفصال الوالدين تغير السكن سقوط بتغير الطفل بسرعة المزاج ويظهر انه يأخذ سلوك نكوصي. حيث يصبح قليل الكلام حائر هائج بلا سبب.

تدرجياً تصبح اللغة غير مفهومة والكلمة مجردة من الصوت. نلاحظ العلاقات بين الأقرباء غريبة يميل إلى أحد الوالدين عموماً الأم ويرفض الآخر، وإذا بدأ يبكي ليتم حمله إذا حقق ما يريد يتصرف بغرابة يبدأ بعض ويضرب وكأن أمه خطيرة. (dyspinoy,1999,p125)

يكون الطفل غير مستقر لا يهتم بألعابه وبالنشاطات المعتادة ويرميها بعيدة عنه. يعاني الطفل كذلك من أرق وفزع ليلي، عنده فوبيا من الغريب ومن أشياء أخرى. عند استجواب الوالدين نلاحظ أن الطفل في الأشهر الأولى كان صعب الإرضاء مع أرق، صعوبات في التغذية وكان له منذ البداية أوقات رفض الآخر.

التطور:

تقلبات في المزاج وعدم القدرة على الدراسة حتى وإن كان التكفل جيداً، الأمر الذي جعل العائلة في حالة يأس.

لمح Mahler أن الطفل هنا ينطوي على نفسه ويصبح له سمات توحدية وتظهر له أعراض أخرى مثل: اضطراب اللغة، نكوص لغوي وصولاً إلى الخرس. (Dispinoy,1999,P125)

• مخاوف ليلية

• استحواذ

• يرفض الاتصال إلا مع الأم الذي قد يثير قلق لا يطاق

• اضطرابات الأكل (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 73، ص74)

اضطراب الصورة الجسمية:

ما يميّز هذا الاضطراب هو أنه في العامين الأولين لا يكون هناك أي إصابة أو مرض أو اضطراب

باستثناء اضطرابات النوم (الأرق). هم أطفال تمّ وصفهم أنهم سيكون كثيرا وحساسون.

كما صرحت Mahler أنه أثناء الدراسة العيادية لاحظت وجود كلمات توحيدية وتكافلية داخل "تناذر

الذهان الطفلي" (ph mazet ;1978,P74)

المحاضرة الثانية عشر

➤ الذهان المبكر أو التوحد المبكر: L. Kanner

سمحت الدراسات حول التوحد بتحقيق تقدمات مهمة في فهم التطورات الأولى السيكولوجية للطفل ومن

خلال دراسة لـ 11 طفل عام 1943 قدّم Kanner علامات التوحد المبكر التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- الانطواء على الذات

- ضعف الانتماء إلى الآخر

- الميل القوي للمحافظة على الترتيب (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص68)

وضعت الرابطة الأمريكية للطب العقلي الأعراض الأساسية للتوحد المبكر:

1. ظهورها قبل 30 شهر

2. غياب التواصل مع الغير

3. غياب اللغة

4. في حالة وجودها تكون مضطربة

5. وجود سلوكات نمطية
6. لا يحب التواصل الجسمي
7. لا يوجد تواصل بصري
8. وجود اضطرابات غذائية (Dispinoy,1999,p116 117)
9. غياب الخلط والهلوسة الخاصة بالفصام
- يمكن تلخيص هذه الأعراض في الجدول التالي:

اضطرابات اللغة	النمطية	Immutabilité	العزل التوحدي
انعدامه أو إذا حضر يكون فيها تشويه في استعمال الضمائر	نمطية حركية نمطية شفوية	وهي الرغبة في إبقاء الأشياء كما هي في مكانها حب الترتيب والتنظيم يمكن أن يحدث نوبة إذا تم تغيير مكان الأشياء	يظهر الطفل وكأنه لا يسمع الأصوات لا يرى الأشياء ولا الأشخاص ولكن نلاحظ اهتمامه بالموسيقى رؤية أفقية ولا يهتم بالآخرين وإذا كان هناك اهتمام ففي جزء منه فقط مثل اليد

(PHmazet , 1978,p72,73)

لاحظ كانر أن هذا النوع من التوحد يظهر في العائلات ذات مستوى ثقافي عالي ولقد ميّز الباحثون نوعين من التصرفات:

-الجامدون الذين لا يتحركون، منعزل مع نمطيات ولكن إذا تم لمسهم يحدثون نوبة غضب، يلمسون كل شيء وفي حالة إيقافهم يحدثون نوبة غضب (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 69)

التطور:

تطور إلى التخلف العقلي أو الفصام في المراهقة أو السيكوباتية مع التقدم في الدراسات خاصة الأمريكية تم إعادة تصنيف التوحد باعتباره اضطراب في النمو يمس جميع الجوانب الفكرية العلائقية والمعرفية وتم عزل التوحد عن الذهان باعتبار أن هذا الأخير أخطر من التوحد وأنه لا يستجيب للعلاج في حين أنه في حالة التوحد تم تصميم العديد من البرامج العلاجية التي لاقت فعالية وتجاوب جيد مع التوحديين (Dispinoy,1999,p119)

التصنيفات والمعايير التشخيصية للتوحد:

لتعريف التوحد يتم الانطلاق من التساؤل "الى أي مجموعة ظواهر نستطيع ربط مصطلح التوحد؟" عوضا عن الاجابة على السؤال "ما هو التوحد؟". لقد توضحت خصوصية العرضية شيئا فشيئا بفضل الأبحاث حول الأعراض العامة العالمية والخاصة (معايير التوحد). في محاولة لجمع هاته المعايير في تصنيف (catégorie) السلم التشخيصي DSM استعمل منذ 1980 DSM3 مصطلحات "اضطراب شامل للتطور للنمو" (trouble global du développement (TGD) و"هنا تم ترك المصطلح القديم "الذهان ذو أصل خاص في الطفولة" "a origine spécifique du l'enfance psychose" بهدف تمييز التوحد عن الذهان الطفولية والاعتراف به كوحدة تناظرية منفصلة. في DSM4 (1994) و DSM4 TR2000 يندرج تحت الاضطرابات المجتاحة للنمو (TED) خمسة أصناف من الاضطرابات:

- التوحد
 - تناذر أسبرجر
 - تناذر عدم الاندماج (التفكك) في الطفولة
 - تناذر رات
 - الاضطرابات المجتاحة للنمو غير المميزة TED N05
- يفرق DSM4 TR بين الاضطرابات التوحدية والاضطرابات المجتاحة للنمو غير مميزة، مرتكزا في ذلك على الحدّة وعلى النمطية TYPICALITE للعرضية التوحدية.
- يحدد تناذر أسبرجر اضطراب التفاعلات الاجتماعية في غياب التأخر العقلي وتأخر اكتساب اللغة. ويتم تشخيص تناذر التفككية في الطفولة عندما يكون هناك نكوص توحدي بعد نمو سوي مع اكتساب اللغة. وأخيرا تناذر رات يكون سببية خاصة للتوحد. (تناذر يمس تقريبا البنات فقط)
- إعادة أخذه CIM10 (التصنيف العالمي للأمراض (1993, oms CIM10) مصطلح TED وإعادة جمعه في 8 تصنيفات:

- التوحد الطفلي
- التوحد اللانمطي (atypique)
- تناذر rett
- اضطرابات تفككية أخرى
- فلرط النشاط مربوط بالتأخر العقلي وسلوكات نمطية

- تناذر أسبرجر

- TED أخرى

- TED بدون تدقيق

في فرنسا تمّ تحديد تشخيص التوحد والاضطرابات الظاهر منذ البكر انطلاقاً من CFTMEG. مراجعة
أخيرة لها في 2012 أدرجت التوحد في قسم " الاضطرابات المجتاحة للنمو " وليس في قسم " الذهانات
الطفلية " والتي تم تقسيمها إلى مختلف الأصناف:

- توحد طفلي مبكر

- اشكال أخرى من التوحد الطفلي

- توحد أو TED مع تأخر عقلي مبكر

- تناذر أسبرجر

- عدم التناغم الذهاني

- اضطرابات تفككية للطفولة

- TED أخرى و TED NS

في DSM الأخير أي DSM5 2013 تم تجميع كل تصنيفات DSM4 TR في اضطرابات spectre
de l'autisme (TSA) التي أصبحت تنتمي إلى إطار آخر وهي اضطرابات
neurodéveloppementaux المعيارين الأساسيين للـ TSA هي:

A- النقص الدائم في التواصل والتفاعلات الاجتماعية في العديد من المواضيع أو الاطارات (مثل
الخلل في الاسترجاع الاجتماعي والانفعالي، خلل في السلوك اللاشعوري في التفاعلات الاجتماعية، خلل
النمو. . .)

B- سلوكيات، اهتمامات أو نشاطات ضيقة المجال أو تكرارية (مثل الحركات النمطية، طقوسية،
نموذج التفكير الصلب. . .) وكذا اضطرابات الإدراك الحسي (فرط أو نقص إعادة النشاط للمثيرات،
اهتمامات غير اعتيادية لمظاهر حسية محيطية سمعية بصرية حركية إلخ. . .) وكذلك تم إضافة.

C- ظهور أعراض خلال فترة النمو البدائي،و لكن يمكن كذلك ألا تظهر كاملة إلا عند المتطلبات
الاجتماعية والمحيطية تتزايد.

D- تسبب الأعراض خلل واضح عياديا في الدائرة الاجتماعية والانشغالية أو نشاطات أخرى مهمة.

هاته التوترات لم يتم تفسيرها من خلال خلل عقلي ذهني أو تأخر شامل للنمو.

في كل مجال تم على مستواه الخلل الأول يتم تقييم خطورة الاضطراب ويتم تحديده في 3 مستويات:

- Requécant سند

- سند مهم

- أوجد مهم

هذا ما يوضح الأهمية التي أعطاها dsm5 في الأخذ بعين الاعتبار والاهتمام بحددة الأبعاد المختلفة أكثر من التصنيفات التشخيصية. بعبارة أخرى يجب أن يميز التشخيص مع أو بدون نقص عقلي(ذهني). مع أو بدون اضطراب اللغة, مربوط بسبب طبي أو وراثي معروف, أو بعامل محيطي(مثل الصرع واضطراب النوم valpcoate مربوط باضطراب neuro-développementaux عقلي آخر أو سلوكي مثل فرط النشاط TDAH, TAG, اضطرابات التعلم المميزة , اضطرابات حصرية مع .catatonie.

نشهد هنا على تغيرات واضحة وكبيرة بين الطبيعتين الأخيرتين ل DSM 13 سنة خرف بينهما.

في DSM5 تم التركيز على صعوبة الفرد للإجابة على محيطه خصوصا الاجتماعي وعلى مستوى السند, وحدد الفروقات الفردية الممكنة بالرغم من spectre الفريد على الوظائف المعرفية، السلوكية الاجتماعية الحسية التكيفية.

يجب أن التلميح أن DSM5 تم انتقاده بشدة بالخصوص في الولايات المتحدة الأمريكية فيما يخص نقص المعايير الدقيقة لوضع تشخيص. أما في فرنسا يتم الاستناد على CIM10 لوضع تشخيص للتوحد منذ 2005 اقترحت المعايير التالية:

A- غياب، قبل 3 سنوات، للشذوذات أو خلل في النمو في واحد على الأقل من المجالات التالية:

- اللغة المستعملة في التواصل الاجتماعي

- نمو التعلق الاجتماعي انتقائي أو تفاعلات متبادلة

- لعب وظيفي أو ركزي

B- وجود على الأقل 6 من الأعراض الموصوفة في (1) (2) (3) مع عرضين للمعيار (1) وعلى

الأقل عرض واحد لكل من المعايير (2) (3).

(1) توتر كافي للتفاعلات الاجتماعية المتبادلة الظاهرة في على الأقل في مجالين من المجالات

التالية:

a غياب الاستعمال المناسب لتفاعلات التواصل البصري، التعبير الوجهي والحركات الجسمية

b عدم القدرة على تطوير أو خلق علاقات مع الاصدقاء (تتطابق مع سنه الرمزي) أين تكون مشاركة متقاسمة في الاهتمامات، النشاطات والانفعالات

C نقص التبادلات الاجتماعية الانفعالية، الظاهرة على شكل استجابة غير مناسبة ومتطابقة مع انفعالات الآخر أو نقص نمذجة السلوك حسب المضمون الاجتماعي أو دمج ضعيف للسلوكات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية

d لا يبحث عفويا على مشاركة رغباته اهتماماته أو نجاحاته مع الاشخاص الآخرين

(2) خلل كمي للتواصل يظهر في مجال واحد على الأقل في المجالات التالية:

a تاخر أو غياب تام لنمو اللغة الشفوية (مسبق عادة بغياب المناغاة التواصلية) بدون محاولة للتواصل عن طريق الاشارات أو الایماءات

b عدم القدرة على البدء أو الدخول في مناقشة تحمل التبادلات مع الآخرين (مهما كان مستوى اللغة)

C استعمال نمطي أو تكراري للغة أو استعمال الكلمات أو الجمل

d غياب لعب و"وكانتي"(faire semblant) متغير وعفوي أو غياب لعب التقليد الاجتماعي.

(3) طبع ضيق، متكرر لا نمطي للسلوكات الاجتماعية والنشاطات يظهر في مجال واحد على الاقل

من المجالات التالية:

A انشغالات واضحة مرتكزة على اهتمامات نمطية وضعية غير عادية في محتواها أو ارتكازاتها أو حضور اهتمام واحد أو أكثر يكون غير سوي في حدته أو طبعه المحدود ولكن ليس فيما يخص محتواه وتركيبه.

B ميول واضح وإضطهادي لعادات أو طقوس مميزة غير وظيفية

C اشارة اعتيادية حركية نمطية أو متكررة مثل تأرجل الرأس أو القسم الأعلى من الجسم أو حركات معقدة بكل الجسم.

D الاهتمام بأجزاء معينة من الأشياء أو بأركان غير وظيفية من تركيبية اللعبة (مثل رائحتها، الاحساس بوجهها، الضجيج الذي تحدثه)

و لا عرض واحد من الأعراض السابقة الذكر يمكنها أن تحدد لوحدها أو تضع تشخيص التناذر التوحدي ولكي يتم وضع تشخيص التوحد أو TED يجب احترام التقيط التالي:

العلامات الأولى يجب أن تكون غير واضحة. تتفصها الميزة, لا تكون كلها حاضرة, تظهر حسب الحالة في أشكال معاكسة (فرط, انخفاض النشاط, جد نشط+ جد هادئ, فرط الحساسية وانعدام الحساسية للأصوات) هنا تكون الفروق الفردية بين شخصين لهما نفس التشخيص حسب معايير موحدة ولكن لا يقدمان نفس الجدول العيادي حسب شدة الإصابة وغياب وعدم غياب الاضطرابات المصاحبة.

تظهر كذلك من خلال اختلاف تطور الأعراض من شخص لآخر. عند البعض ستختفي الأعراض والعكس عند الآخرين. و لهذا يجب بعد الإكمال من هذه المرحلة الأولى المتعلقة بتعيين العلامات والمعايير العيادية للتوحد اكمال الاستقصاء باستعمال وسائل تقييمية عيادية التي ستعطينا معلومات حول درجة حدة الاضطرابات والاستعلام حول ذلك حول تأزم وتكرار العلامات الأولية والثانوية.

(carole tardif,2014,pp114-134)

المحاضرة الثالثة عشر: الفصام عند الطفل:

يوجد تناذر فصامي في الطفولة يحتوي على ظواهر هذيانية, هلوسية, اضطرابات الفكر, وسلوكات غير منتظمة. فالفصام الطفلي هو اضطراب خطير يمس السلوك, الفكر والادراك. . . فمعظم حالات الفصام تظهر فيها:

- توتر واضطراب كمية لسلوك الطفل أو المراهق.

- محدودية في السلوك التكيفي في العديد من المجالات المهمة.

تعرقل النمو وتطور الفرد على المدى الطويل. (JEAN E. DUMAS 2007 P163)

-

إن هذيانات الفصام في الطفولة تشبه تلك في سن الرشد, فنجد عند الطفل هذيانا تاضهادية كما يوجد هناك هلوسات من نوع سمعي, ولكن يجب التلميح أن كل الحواس تتشارك في هذا, حيث يسمع الطفل أصوات تتحدث معه. إضافة الى الهذيانات والهالويس واضطراب في مسيرة التفكير وسلوكات غير منتظمة والتي أطلقت عليها Nancy Andreasen اسم الأعراض الإيجابية, نلاحظ 3 سلاسل من الأعراض السلبية:

(1) الرغبة العاطفية

(2) الفقر اللغوي

(3) انخفاض أو انعدام الاهتمام بالنشاطات

هاته الأعراض السلبية ليست خاصة بالفصام فقط, بل نستطيع ايجادها في الضطرابات الاكتئابية وكذا الحصرية.

النوزوغرافية:

يتفق كل من DSM و CIM على أن الفصام الطفلي لا يختلف عن الفصام عند الراشد.

إذن المعايير التشخيصية هي نفسها مهما اختلف سن ظهوره (Petot 2005 P387 ; P392)

المعايير التشخيصية حسب CIM10:

1- على الأقل تناذر عرض واحد من العلامات المذكورة في (1) وعلى الأقل عرضين من العلامات

الموجودة في (2) تكون حاضرة في معظم الأوقات خلال فترة نهائية دامت على الأقل شهر.

2- على الأقل واحد من التظاهرات التالية:

1- اضطراب التفكير أو اختفاء الأفكار

2- أفكار هذيانية للتحكم أو التأثير للفتور تتعكس بوضوح على الجسم وأطرافه

3- هلوسات سمعية

4- أفكار أخرى هذيانية

3- على الأقل 2 من الأعراض التالية:

• هلوسات مستمرة مهما كان نوعها, تأتي يوميا خلال على الأقل شهر

• اضطراب على مسيرة التفكير

• سلوك تخشبي

• أعراض سلبية

3- معايير الاقصاء الأكثر انتشارا:

- إذا كان للفرد كذلك نفس المعايير التشخيصية لفترة هوسية أو اكتئابية فإن المعايير المذكورة في (1) و(2) يجب أن تكون ظهرت قبل أن يتطور اضطراب المزاج.
- لا يكون للاضطراب أي علاقة بسبب عضوي, تسممي, فسام أو تناذر التبعية.

(J. E Dumus 2007 p 164 p 165)

أما بالنسبة لل**DSM**:

فيستلزم أن يؤدي الاضطراب الى تراجع التوضيف الاجتماعية والنشاطات دامت على الأقل 6 أشهر خلالها ظهر على الأقل 1 عرض أو أكثر من الأعراض التالية:

• أفكار هذيانية

• هلوسات

• كلام غير منظم ومفهوم

سلوكات غير منظمة أو تخشبية أو أعراض سلبية (Petot 2005 p392. p393)

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية

1-بدرة معتصم ميموني(2003):**الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

المراجع باللغة الأجنبية

1-Ajuriaguerra et Marcelli (1984):**psychopathologie de l'enfant**, MASSON , paris.

2-Bonnet et Fernandez (2012):**psychopathologie**DUNOD , paris.

3-Broca (2009): **le développement de l'enfant** , Masson , paris.

4-Carole tardif et Bruno Gepner(2014): **l'autisme** ,armand colin, paris.

- 5-Clément Celine et Elisabeth Denont(2008): psychologie du développement en 20 fiches, DUNOD.
- 6-Despinoy Maurice(2002): psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Armand Colin, Paris.
- 7-Dollander Marianne (2010): la santé psychologique de l'enfant, DUNOD, Paris.
- 8-Dumas. J (2007): psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, DE BOECK.
- 9-F. Ferrari et C. A. Jbokou (2008): psychiatrie, Maloine, Paris.
- 10- Jean. Louis Nadiro (2015): Anorexie mentale des théories aux prises en charge. Dunod. Paris
- 11- Jean Pierre Dumont (2004): psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, HDF.
- 12- Guedeney Antoine (2014): petite enfance et psychopathologie, MASSON, Paris.
- 13- Lamas Claire(2012): les troubles de la conduite alimentaire, MASSON, Paris.
- 14- Marcelli Daniel (2009): enfance et psychopathologie, MASSON, Paris.
- 15- Maecelli Daniel et Braconnier Alain(2009): adolescence et psychopathologie, MASSON, Paris.
- 16- Mazet. PH et Houzel. D (1978): psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, MALOINE S. A.
- 17- Mr Giffard(2010): *nevrose infantile et organisation névrotique*.
- 18- Psychologie ressource(2010): manifestation névrotique chez l'enfant et l'adolescent.
- 19- Medix(2017): manifestation névrotique chez l'enfant et l'adolescent.
- 20- Petot Djaouida (2008): évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant et l'adolescent, DUNOD.
- 21- Pelsser. R (1989): manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, GAETAN MORIN.

- 22- Xavie. J (2010): **les troubles affectifs à l'adolescence , in psychopathologie de l'adolescent**, DUNOD.
- 23- Claire Lamas (2012): **les troubles des conduites alimentaires**. Masson. Paris
- 24- P. Delion (2010): **consultation avec l'enfant ;Approche psychologique du bébé à l'adolescent**. Masson
- 25- Martin Kenny (2015): **santé mentale et psychopathologie « une approche biopsychosociale**