



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة د. مولاي الطاهر - سعيدة -

كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية

شعبة علم النفس

دروس في مادة: علم النفس المرضي للطفل والمراهق
موجهة لطلبة السنة الثالثة عيادي
السداسي الخامس

إعداد: د. بولقدام سميرة

السنة الجامعية 2020-2021

علم النفس المرضي للطفل والمراهق

محتوى المادة:

مدخل: الفرق بين اضطرابات الطفل واضطرابات الراشد (اضطرابات النمو)

أولاً: اضطرابات النمو

1- الاضطرابات الغذائية: القهمل العقللي؁ الشراهة والسمنة؁ الشذوذ الغذائلي (أكل البراز؁ مرض

بيكا).

2- اضطرابات العضلات السارة (القابضة): التبول اللإرادي؁ التبرز اللإرادي.

3- الاضطرابات الجنسية: الجنسية المثلية؁ التلبس؁ التلصص؁ الاستعراضية؁ الفيتيشية.

4- اضطرابات النوم: الأرق؁ فرط النوم؁ المشي أثناء النوم (الروبسة)؁ الكوابيس والرعب

الليلي.

ثانياً: الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

1- الخوافات عند الأطفال والمراهقين.

2- الوسواس عند الأطفال والمراهقين.

3- الهستيريا عند الأطفال والمراهقين.

4- الذهانات (مختلف أنواع التوحد)

تقسيم الدروس حسب البرنامج

مقدمة عامة

المحور الأول:

الدرس 01: مدخل الى علم النفس المرضي للطفل والمراهق

الدرس 02: اضطرابات النمو

الدرس 03: اضطرابات السيرة الغذائية عند الطفل والمراهق

الدرس 04: الشراهة عند الطفل والمراهق

الدرس 05: اضطرابات العضلات الصارة

الدرس 06: الاضطرابات الجنسية عند الطفل والمراهق

الدرس 07: اضطرابات النوم عند الطفل والمراهق

المحور الثاني: الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

الدرس 08: الخوفات عند الأطفال والمراهقين.

الدرس 09: الوسواس عند الأطفال والمراهقين.

الدرس 10: الهستيريا عند الأطفال والمراهقين.

الدرس 11: الدهانات الطفلية - الدهان التكافلي -

الدرس 12: الدهان المبكر - التوحد -

الدرس 13: الفصام الطفولي

أسنادة بولقدام سهيرة

فهرس المحتويات

التعريف بالمادة.....	ص.....
تقسيم الدروس حسب البرنامج.....	ص.....
فهرس المحتويات.....	ص.....
مقدمة.....	ص.....
الدرس 01: الفرق بين إضرابات الطفل واضطرابات الراشد.....	ص.....
1- علم النفس المرضي للطفل والمراهق.....	ص.....
2- السواء وللأسواء عند الطفل والمراهق.....	ص.....
3- تشخيص اضطرابات الطفل والمراهق.....	ص.....
4- الفرق بين اضطرابات الطفل واضطرابات الراشد.....	ص.....
5- البنية عند الطفل.....	ص.....
الدرس 02: اضطرابات التغذية.....	ص.....
1- تعريف اضطرابات التغذية.....	ص.....
2- الأسباب الأكثر شيوعا لاضطرابات التغذية عند الرضع وعند الأطفال.....	ص.....

3- القهيم العقلي.....ص

الدرس 03:

4- الشراهة والسمنة.....ص

5- الشدود الغذائي (اكل البراز، مرض بيكا).....ص

الدرس 04:

أ- اكل البراز Caprophagie.....ص

ب- اضطراب شهوة الغرائب بيكا Bica.....ص

الدرس 05:

اضطرابات العضلات الصارة القابضة.....ص

1- التبول اللاارادي.....ص

2- التبرز اللاارادي.....ص

الدرس 06: الاضطرابات الجنسية عند الطفل والمراهق.....ص

1- المشاعر والرغبات الجنسية عند الأطفال.....ص

2- التفسيرات الجنسية لسلوك الطفل.....ص

3- الجنسية المثلية.....ص

الدرس 07: اضطرابات النوم عند الطفل والمراهق

1- مفهوم النوم اضطرابات النمو.....ص

2- أسباب اضطرابات النمو.....ص

3 - اضطرابات النمو عند الطفل.....ص

3-1 رعب النوم او الدعر الليلي.....ص

3-2 باراسومنيا (خطل النوم).....ص

الدرس 08:

3-3 المشي اثناء النوم.....ص

3-4 الارق.....ص

3-5 فرط النوم.....ص

4-4 مآل اضطرابات النوم.....ص

الدرس 09: الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

1- الخوفات عند الأطفال والمراهقين.....ص

الدرس 10:

2-الوسواس عند الأطفال والمراهقين.....ص

الدرس 11:

3 -الهستيريا عند الأطفال والمراهقين.....ص

الدرس 12 :

الدهانات الطفلية -الدهان التكافلي-.....ص

الدرس 13:

الدهان المبكر -التوحد-.....ص

الدرس 14 :

الفصام الطفولي.....ص

مقدمة

يمر الإنسان في حياته بمراحل عمرية متتابعة تتخللها سلسلة من التطورات النمائية تبدأ منذ ولادته مروراً بالمرحلة، والشباب، والكهولة حتى تنتهي بالوفاة، أما مرحلة الطفولة فهي مرحلة الارتكاز الأساسي في بناء الشخصية الإنسانية وأبعادها وأنماطها، ففهم هذه المرحلة ومعرفة خصائصها النمائية له أهمية كبيرة في تكوين شخصية الطفل

فالطفولة هي أهم مراحل النمو النفسي للشخص فهي الحجر الأساس لتكوين شخصية الطفل وإذا تم بناءه بصورة صحيحة وسليمة نتج عنها شخص مثالي يستطيع مواجهة صعوبات الحياة بكل ثبات.

كما ان مرحلة المراهقة تعتبر مرحلة نمو نهاية الطفولة وتنتهي بابتداء مرحلة النضج أو الرشد، أي أنها أيضا المرحلة النمائية أو الطور الذي ينشئ فيه الفرد جسماً وفعاليتها وعقلياً واجتماعياً.

فالجسم يأخذ بالنمو وتبدأ علامات البلوغ بالظهور بشكل واضح يرافقها تغيرات هرمونية متسارعة، هذه التغيرات والنمو المتسارع يؤثر تأثيراً كبيراً في انفعالاته ويزلزلها بشكل كبير، وبسبب هذه التغيرات المتسارعة يبدأ المراهق بالشعور بالاضطراب.

لكن قد يعاني الطفل او المراهق من اضطرابات وازمات جسمية، نفسية، عقلية، فضلا عن التعرض للجنوح، فقد يعاني من القلق، الارق، الاكتئاب، ويعاني كثيرا من الأطفال من المخاوف الشاذة، الاحلام، التبول اللاإرادي، وهناك حالات فصام الطفولة والمراهقة. (عبد الرحمن العيسوي، 1993، ص 11)

لذلك ظهر يعتبر علم النفس المرضي للطفل والمراهق من العلوم الحديثة التي اقترحها علم النفس الإكينيكي لأن هذا التخصص كان ولمدة طويلة يعتبر فرعيا بالنظر إلى علم النفس المرضي للراشد، يعود ذلك إلى طبيعة البحوث التي كانت تنجز آنذاك، وتثير اهتمام مختلف المختصين الذين ساهموا في ابتكار أفكار جديدة سمحت لعلم النفس المرضي ان يحظى بمكانته الحالية، مثل فرويد الذي عمل على تطوير فكرة الحياة النفسية معتمدا على دراساته حول العلاقات الوالدية وعقدة اوديب (Blum, 2007).

فالطب النفسي للأطفال والمراهقين إلى مساعدة الطفل أو المراهق على تحقيق مراحل النمو المعرفي والاجتماعي والوجداني في ظل رعاية آمنة ومهارات اجتماعية فعالة، وتصنف الاضطرابات التي يهتم بها الطب النفسي للأطفال والمراهقين في الوقت الراهن. (الاضطرابات النفسية في الأطفال والمراهقين، سامر جهشان)

ومنه جاءت مادة علم النفس المرضي للطفل والمراهق، موجهة لطلبة السنة الثالثة عيادي السداسي الخامس، كمواصلة للتكوين الأكاديمي للطلاب لما بعد التدرج، او للممارسة التطبيقية لفئة الطفل والمراهق.

تهدف هذه المادة من خلال البرنامج المسطر، لتعريف الطالب على مختلف

اضطرابات الطفل والمراهق، اما بالنسبة للبرنامج فهو مقسم الى محورين هما: أولاً

اضطرابات النمو، ثانيا الاضطرابات البنيوية.

أسنادة بولقدام سهيرة

مدخل: الفرق بين اضطرابات

الطفل واضطرابات الراشد

حضت مرحلة الطفولة باهتمام الباحثين كون الطفل في هذه المرحلة العمرية، يعتبر في مرحلة تطورية أين ينمو جسميا، حركيا، عقليا، نفسيا، اجتماعيا.

ففي مرحلة الطفولة تتكون وتتبلور خصائص الشخصية لكل فرد، لذا يقول الباحث "محمد السيد عبد الرحمن": أن هذه المرحلة تعد فترة انتقالية حرجة، يعترض مسار النمو فيها العديد من المشكلات التي تحول دون اشباع مطالبها، وتحقيق أكبر قدر من التوافق النفسي، كما أنها مرحلة تأهب لظهور خصائص جديدة في المراحل اللاحقة.

1- علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

في بداية ظهور علم النفس المرضي، اهتم هذا التخصص فقط بدراسة الاضطرابات عند الراشد، وبقي موضوع اضطرابات الطفل غائبة عن اهتماماته الى أن قدم بيديه اختبار الذكاء للطفل سنة 1905، وفي نفس السنة، وفي نفس السنة نشر فرويد ثلاث مقالات حول النظرية الجنسية، هذين الحدثين لفتا انتباه الباحثين في تخصص علم النفس المرضي الى نفسية واضطرابات الطفل.

بعدها ظهرت دراسات مهمة حول علم النفس الطفل أهمها تلك لـ "هينري والو

H.Wallon" الذي قدم أطروحة دكتوراه موسومة بالطفل المشاغب، أين درس التخلف العقلي

واضطرابات النمو الحس/ الحركي، ثم انتقل لوضع نظريات حول نمو الطفل، وبرزت أسماء

مهمة في علم النفس الطفل بنظريات مهمة منها: ج.بياجي، أ.فرويد، ميلاني كلاير.

هكذا استمر تطور الدراسات حول الاضطرابات العقلية والنفسية للطفل، وذلك انطلاقا

من القرن 20، وبدأ الطفل يدرس منفصلا عن الراشد من حيث مميزاته وخصائصه الصحية

أو المرضية.

2- السواء واللاسواء عند الطفل:

ان مسألة السواء وللأسواء، هي أكثر تعقيدا عند الطفل والمراهق منه عند الراشد، نظرا

لما يلي:

* لأن الفرد قبل مرحلة الرشد (مرحلة الطفولة والمراهقة) ليس لديه بنية شخصية ثابتة، لا

يزال في طور النمو، ولم يصل بعد الى النضج.

* الفرد قبل الرشد يمر بمراحل (كما حددها فرويد) وكل مرحلة تحمل صراعات وأزمات، لكن

كما أشار "كريس Kriss" الى أن هذه الصراعات لا يمكن تفاديها، فهي ضرورية لعملية

التعلم، وتساعد الطفل على اكتشاف المحيط.

*لأن المراهق أيضا، يعيش أزمة نفسية، مما يجعله يتصرف بشكل غريب، وقد يأخذ سلوكه أشكالاً مرضية، أحيانا تشبه الاعراض المرضية عند الراشد.

بالتالي نستنتج أن الاعراض في مرحلة الطفولة لا يمكن ادراجها في إطار مرضي، كون هذه الاعراض تدخل ضمن خصائص هذه المرحلة العمرية، وتزول بعد مرور هذه الفترة العمرية (الطفولة والمراهقة)

3-تشخيص اضطرابات الطفل والمراهق:

متى نشخص الطفل، أنه يعاني مشكلة؟

يمكن تحديد أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا بالاعتماد على ما يلي:

أ-المعدل والتشخيص:

يعني عدد مرات وقوع السوك لدى الطفل، يمكننا الاعتماد عليه للتمييز بين الطفل المضطرب والطفل السوي، فالطفل ضمن هذه الفئة قد يصدر سلوكا وحركات غير مقبولة اجتماعيا، حيث يمون تكرار هذه الحركات والسلوك أكثر عما يظهر على الأطفال الاسوياء.

ب-الشدة:

ان شدة السلوك الصادر عند الطفل المضطرب سلوكيا عملية مهمة لتصنيفه ضمن هذه الفئة، فقد يصدر سلوكا يتصف بالشدة والحدة في وقت تنفي الحاجة لمثل هذا السلوك، أو

العكس قد يقوم بسلوك ضعيف جدا في وقت يتطلب الموقف الشدة أو القوة، أي أن ردود الفعل لا تتناسب مع طبيعة المثير الذي أثار ذلك السلوك.

ج-فترة بقاء السلوك:

بعض أنواع السلوك السلبي قد تحدث عند الأفراد الاسوياء، والذي يميز الطفل المضطرب عن غيره من الاسوياء، الفترة التي يستمر فيها السلوك السلبي، كمثال على ذلك أن معظم الأطفال الاسوياء ربما يقضون بشكل عام فترة زمنية قصيرة جدا (5-10 ثواني) في الصراخ أو ضرب الباب...الخ، لكن هذا السلوك قد يستمر أكثر من (5 دقائق) لدى الطفل المضطرب، وبعض الأطفال المضطربين لا يستطيعون قضاء عدة ثوان لحل مسألة رياضية، أو مسألة لها علاقة بالنشاط البدني. (آيت مولود ياسمينه، ص02)

4- الفرق بين اضطرابات الطفل والراشد:

تعرف البنية على أنها تنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتانفسية، فعند الطفل لا نتكلم عن بنية عصابية أو ذهانية، بل عن تنظيمات عصابية أو ذهانية قابلة للتغيير تحت تأثير عوامل خارجية وداخلية، فاذا ظهرت عند الطفل أعراضا ذات طابع عصابي، فهذا لا يني وجود بنية عند الطفل (لا يعني بالضرورة وجود اضطراب)، فحسب السن تظهر أعراضا ليست كلها مرضية بل منظمة للنمو مثل حصر الشهر الثامن، وبعض الأعراض المرتبطة بالظروف المعيشية، وهي انعكاس لهذه الظروف وتزول مع تحسن الوضع.

4-1- البنية عند الطفل:

كما ذكرنا سابقا، الطفل لديه تنظيمات عصابية أو ذهانية قابلة للتغيير تحت تأثير العوامل الداخلية والخارجية، ولا تكتمل البنية الا عند المراهقة، فاذا ظهر عند الطفل أعراضا ذات طابع عصابي فهي لا تعني بالضرورة وجود بنية عصابية، لان الطفل الذي أبدى هذه الاعراض يمكن أن ينكص اذا ساءت الظروف الداخلية والخارجية، مطورا بذلك اضطرابات نفسية.

أما في المراهقة فيقول بارجوري، أنه يمكن لتنظيم ذهاني أن ينقلب الى تنظيم عصابي بفضل معالجة عميقة، كما أن عددا كبيرا من الاضطرابات تأخذ طابعها النهائي كالفصام (ذهان المراهقة والشباب). (ميموني، 2005، ص 57)

بالتالي دراسة كيف تكون البنية خلال مرحلة الطفولة والمشكلات التي تؤثر على عملية نموها، أمر بالغ الأهمية، لأنها تعطينا صورة واضحة عن نقاط الضعف والقوة التي تميز النمو، بالتالي التنبؤ بما قد يتعرض له الطفل من اضطرابات في مراحل عمرية لاحقة. حيث يحذر المختصين من وضع الطفل في قالب الراشد، أي من استعمال التصنيفات الخاصة بالراشد وتطبيقها على الطفل، لأسباب ذكرناها سابقا، فالطفل ليس راشدا بل له خصائصه في الفحص النفسي للطفل والمراهق.

اضطرابات النمو

1- الاضطرابات الغذائية: القهمل العقلل؁ الشرهة والسمنة؁ الشذوذ الغذائل (أكل البراز؁ مرض بلكا).

أشار العلماء إلى أنه من المفيد أن يعرف الآباء أن مرحلة الطفولة والمراهقة تكون مرحلة تكوين؁ ومن المهم أن يتم تنظيم تناول الطعام الصحي بشكل سلس وتلقائل؁ كما أن جمبل العناصر الغذائية تكون مهمة في تلك المرحلة؁ ولكن بنسب معينة بالطبع مما يستلزم ضرورة التنظيم. (هانل رمزل عوض؁ 2019)

تعتبر اضطرابات الطعام لدى الاطفال من اهم المشاكل اللل تعاني منها الامهات مع اطفالهن؁ حيث ان هناك العلل من الاطفال يمتنع عن تناول الطعام لفترة طويلة والبعض الاخر منهم لا يقدم على تناول أنواع معينة من الأطعمة المفيدة؁ واللل تساعد بشكل كبير في بناء اجسامهم وبشكل خاص في هذه الفترة المهمة من مراحل حياة الطفل. (اضطرابات الأكل عند الأطفال؁ دكتورة باشاك ألك)

ولكل يصنّف أل سلوك غذائل غير اعتيادل على أنه اضطراب غذائل؁ يجب أن

يستمرّ هذا السلوك فترةً من الوقت؁ كما أنه يجب أن يسبّب ضررًا جسيمًا على صحة

الشخص الجسدية وقدرته على أداء أعباء العمل أو الدراسة، أو أن يؤثر هذا السلوك الغذائي بشكل سلبي في تعاملات الشخص مع الآخرين وعلاقته معهم.

تعريف اضطرابات التغذية:

هو اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، ويمكن أن تزيد عما يتطلب النمو الطبيعي للفرد والذي قد تصاحبه محاولة من الفرد لتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم بطرق غير طبيعية. (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص195)

وتمثل اضطرابات الأكل العالقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وقديما كانت تصنف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث وأعقبه الدليل الرابع (DSM4(1994) وضع هذه الفئة تحت عنوان اضطرابات الأكل. (بركات أميرة، 2016، ص77)

-تصنيف دليل التشخيص الإحصائي الرابع للأمراض النفسية: DSM-IV:

ويعتبر أفضل تصنيف للاضطرابات الأكل، حيث وضع اضطرابات الأكل في فئة مستقلة تحت مسمى اضطرابات التغذية وتناول الطعام في الطفولة والمراهقة ويندرج تحت مسمى اضطرابات التغذية، يوجد خمسة أنواع هي:

• فقدان الشهية العصبي للطعام.

• الشره العصبي. • الفهم الغير الطبيعي للطعام

• اضطراب اجترار الطعام. اضطراب التغذية في المهد والطفولة المراهقة الغير مصنفة في فئات أخرى.

(محمد حسن غانم، 2004، ص181)

الأسباب الأكثر شيوعاً لاضطرابات التغذية عند الرضع والأطفال:

- انعكاس المشاكل في العلاقة بين الأم والطفل، في وجود مرض نفسي خطير أو اضطراب في الأكل لدى الأم أو بعد وفاة الأم.
- الاضطراب الغذائي بعد الحادثة : يتطور بعد حدوث حادثة ما (اثناء العملية الجراحية أو تسرب الطعام إلى الجهاز التنفسي) قد يؤثر على الفم أو البلعوم أو المريء.
- الخوف أثناء الرضاعة على وجه الخصوص، من البلع والاختناق.
- الرفض الحسي للأكل : ضد الأطعمة التي لها طعم أو رائحة أو مظهر أو تناسق معين، إن مواقف رفض الاطعمة الجديدة وسلوكيات اختيار الطعام شائعة أيضاً في هؤلاء الأطفال.
- الاضطراب الغذائي المصاحب للحالة الطبية (مثل الارتجاع المريئي أو أمراض القلب أو

(الرئة)

(باشاك أيك، اضطرابات الأكل عند الأطفال)

الدرس 03:

1-1 - القهم العقلي:

فقدان الشهية العصبي أو القهم العصبي Anorexia Nervosa :

فقدان الشهية عند الأطفال من المشكلات التي تثير القلق لدى الأهل، الامتناع يكون

(13- 14 سنة) وقد تكون (18- 20 سنة)، إذ يمتنع الطفل عن تناول الطعام وشرب

الحليب مثل المعتاد، ممّا يسبب له سوء التغذية، ويقلل مقاومة جسمه للأمراض، ويسبب له ضعف البنية ونحول الجسم.

ويُعدّ الطفل مصاباً بفقدان الشهية عندما يرفض تناول الطعام بصورة متكررة لمدة

تزيد عن عدّة أيّامٍ متتالية، وهذا يستدعي معرفة السبب، وإيجاد طريقة لتحفيز الطفل على

تناول الطعام، علماً أنّ معرفة السبب تساعد على إيجاد حلّ للمشكلة.

وفيما يلي أسباب فقدان الشهية:

يُصاب الأطفال عادةً بفقدان الشهية في المرحلة العمرية الممتدة من عامين إلى ستّة

أعوام، وتوجد أسباب كثيرة للإصابة بهذه الحالة، منها: نفسية، وأخرى عضوية، ومن أهمّ هذه

الأسباب:

- أسباب نفسية:

• تتأثر القناة الهضمية المعوية تأثراً شديداً أو مباشراً بالانفعالات، وقد أثبتت البحوث الفسيولوجية أن جهاز الهضم لا يقوم بأداء عمله، أو يؤديه بشكل ناقص أثناء الانفعالات الشديدة، فالعصارة الهضمية يقل إفرازها أو يقف كما تتعطل العمليات اللازمة للهضم في الانفعالات.

وقد وجد الكثير من الأمراض المعدية والمعوية تكون نفيضة المنشأ أي ناشئة عن حياة انفعالية مضطربة مثل أمراض القرحة المعدية والتهاب القولون.

• كما أن الطفل يفقد شهيته للطعام نتيجة شعوره بفقدان الأمن أو فقدان أحد الوالدين.

• وقد تكون حيلة شعورية أو لاشعورية لعقاب الوالدين أو لعقاب الذات، فإذا أذنب

الطفل فقد يعاقب نفسه بالإقلاع عن الطعام.

• كما أنه إذا عوقب من والديه يقلع أيضاً عن الطعام عقاباً لوالديه ولنفسه في ذات

الوقت.

• وقد يكون فقدان الشهية وسيلة لجذب انتباه الآخرين له "الوالدين" فهذا الضعف

للشهوة يثير حوله اهتماماً خاصاً من والديه ال يحصل عليه عادة دون هذا الاجراء كما انه

وسيلة للسيطرة عليهما. (بركات اميرة، ص 81)

• إصابة الطفل بأمراضٍ في الكلى أو الكبد، أو إصابته بأمراضٍ في القلب، ويُعدّ هذان

سببين نادريين لفقدان الشهية، خللٌ في وظائف الغدة الدرقية.

• عدم ترك حرية اختيار الطعام للطفل، وإجباره على تناول أصنافٍ معينةٍ من الطعام .

• إلزام الطفل بتناول كمياتٍ إضافيةٍ من الطعام بدرجةٍ أكبر ممّا يحتاج، أو إصرار كلّ

من الأم والأب على تقييد الطفل بآداب المائدة، وإكثارهم من الصراخ عليه أثناء تناوله

الطعام، وهذا ينفره منه.

• ربط الطعام بذهن الطفل بحادثةٍ غير سعيدةٍ مؤلمة، أو قد يحدث عند الأطفال كحالةٍ

من الاعتراض على إطعام الأم له، فيميل للخروج من سيطرتها وتحكمها حسب اعتقاده، من

العوامل النفسية أيضا التي تؤدي إلى فقدان الشهية عند الأطفال الضغط النفسي من الأهل

أثناء الدراسة، أو المعاملة السيئة للأطفال، ووجود نزاع بين الأب والأم أمام الأطفال.

• الميل للنحافة ونقص الوزن عمداً من قبل المصاب، لطموحه بالوصول لوزنٍ وشكلٍ

معين لجسمه، كتقليد للمشاهير، بالإضافة إلى بعض المهن والوظائف التي تتطلب ذلك،

كوظيفة عارضي الأزياء، ومضيفي الطيران، وراقصي الباليه (خاصة عند المراهق). (عاتكة

البوريني، نوفمبر 2018)

مضاعفات فقدان الشهية:

• تقلص وضمور في حجم العضلات، وهو السبب في ظهور الجسم بشكلٍ ضعيفٍ وهزيل .

• خللٌ في نشاط الغدة الدرقية. اضطرابٌ في وظائف المعدة يتمثل بالإمساك، أو بالمغص المعوي .

• التهابٌ حاد في الغدد اللعابية والبنكرياس .

• انقطاع الدورة الشهرية ناتج عن حدوث خللٍ في هرمونات الدم .

• انخفاضٌ شديدٌ في نسبة عنصر المغنيسيوم الذي يؤدي إلى حدوث تشنجاتٍ ونوباتٍ تشبه حالة الصرع .

• انخفاض القدرات الذهنية ومهارات التعلم، وصعوبة في التركيز والتذكر. (نائلة محمد أبو

هليل، 2016، الموقع <https://mawdoo3.com>)

العلاج:

- أن فقدان الشهية للأطفال أقل من سنتين يعطى لهم مسكنات موضعية قبل الرضاعة والأكل، حتى تساعدهم على تناول الطعام، وإذا كان الطفل مصاب بالتهاب فيروسي وبكتيري، يتم المعالجة الفورية، وتكون نسبة الشفاء سريعة دون التعرض لأي مضاعفات.

- إذا لاحظوا على أطفالهم فقداناً مفاجئاً للوزن والشهية، يجب الذهاب للطبيب، والتأكد من الحالة الصحية للطفل، وإذا لم يتواجد سبب عضوي وراء ذلك، يجب مراعاة الجانب النفسي للأطفال بعدم وجود مشكلات بين الأب والأم أمام الأطفال وعدم الضغط الزائد على الأطفال أثناء الدراسة. (رفيق شوقي عطا لله، 2013)

1-2 الشراهة والسمنة:

مفهوم:

الشراهة هي الحالة التي يتناول فيها الطفل أو المراهق كمية هائلة من الطعام خلال كل وجبة من وجبات طعامه اليومية، أي أكثر بكثير مما يحتاجه الجسم، وهو يستمر في الأكل حتى بعد الشعور بأن معدته تؤلمه، ويبدو وكأنه غير قادر على التوقف.

يتميز الاضطراب بتناول كميات كبيرة من الطعام بشكل سريع إلى الحد الذي يسبب الامتلاء الشديد وعدم الارتياح، ثم ينتاب المراهق بعد ذلك مشاعر من الخجل والإحساس بالذنب وتدهور الحالة النفسية.

ومن الأطفال والمراهقين، من يتناول الكثير من الوجبات الخفيفة خلال اليوم إضافة إلى الوجبات الرئيسية، أي العديد من أكياس الشيبس وقطع الحلوى والشوكولا وغيرها من الأطعمة المليئة بالدهون والسكريات والسعرات الحرارية، ويمكن لهذه المشكلة أن تسبب البدانة لدى المراهق، وأن تكون أيضاً سبباً لإصابته بعدد من الأمراض المزمنة مثل السكري والكولسترول والدهون في الدم. (محمد حسن غانم، 2004)

وعلى وجه التقريب، فإن نصف المصابين بالمرض يعانون من الاكتئاب المرضي (ليس بالضرورة تلازم العرضين ولكن هذه النسبة تم رصدها)، والأمر لا يتعلق بتناول الطعام بكثرة

فقط ولكن بالسلوك القهري والهوس بالطعام ويقوم المراهق بإخفاء الطعام في ملابسه أو دولابه وأحياناً لا يستطيع منع نفسه من تناول الطعام ما يشكل سلوكاً قهرياً. (هاني رمزي عوض، 2019)

اسباب الشراهة عند الطفل والمراهق:

- من الممكن أن تتعلق هذه المشكلة ببعض الأزمات النفسية التي يمر بها المراهق مثل الحاجة إلى العاطفة والاستقرار، فيكون تناول الأطعمة طريقة للتعبير عن حزنه أو توتره.
- بعض المراهقين أيضاً يتأثرون بأقرانهم ويستمتعون بتناول الأطعمة والوجبات الخفيفة معهم من دون حسيب أو رقيب، ونظراً إلى شعورهم بالحاجة إلى الطاقة بسبب تغيرات جسدتهم، فإن البعض منهم يميل إلى المبالغة في استهلاك الأطعمة بشكل كبير. (محمد حسن غانم، 2004)

• تدخل الأبوين بالمنع التام للطعام، دون مراعاة العامل النفسي والغذائي، ربما يؤدي إلى تفاقم المشكلة بشكل كبير مثل إحضار الطعام إلى المنزل بشكل سري دون علم الأبوين وتناول كميات كبيرة منه وما يتبعه من مشاكل صحية ونفسية.

أيضاً نتيجة للسلوك السري الذي يشعر الطفل او المراهق كما لو كان يرتكب جريمة بالفعل، وهو الأمر الذي يمكن أن يدخله في دائرة مفرغة من الاكتئاب الذي يدفعه إلى تناول مزيد من الطعام. (هاني رمزي عوض، 2019)

• وبعض المراهقين يتمتعون أصلاً بشهية كبيرة مما يدفعهم إلى تناول الأطعمة بشكل كبير، إضافة إلى أن عدم الالتزام بنظام غذائي صحي في المنزل هو أيضاً من الحوافز التي تشجع المراهق على تناول المزيد من الطعام من دون حساب.

• قد تكون الشراهة ناتجة عن إصابة الطفل بالديدان المعوية التي تسبب له الحاجة المستمرة إلى تناول الطعام، كما قد تكون الشراهة ناجمة عن اضطراب في الغدد عند الطفل مما يشعره بالحاجة الملحة للأكل.

• وقد تكون الشراهة مصدر للشعور بالرضا عن النفس الن أكل كمية كبيرة من الطعام يعوض الشعور بالحرمان .

• يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الشراهة هي تثبيت لمرحلة اللذة الذاتية المرتبطة بالفم والتي غالباً ما ترجع في أصلها إلى مشكلات مرتبطة بعملية الرضاعة.

• كما قد تكون الشراهة وسيلة دفاع وحماية للذات من الأشياء التي يدركها الطفل على أنها مصدر خطر، لذلك فإن فقدان الشعور بالأمن والذي يظهر في حالات فقدان حب الآخرين، والشعور بالاكْتئاب يشعر الطفل بالحاجة الملحة إلى تسلية النفس عن طريق الأكل والشراهة فيه.

• ومن أسباب الشراهة الإفراط المتعمد في الطعام فكثير من الأطفال يكثرون الأكل لإرضاء إبتائهم لأن الآباء يعتقدون أن الطفل البدين أكثر صحة و أوفر سعادة، كما أن

التعزيز الإيجابي للأبناء لإكثار الأكل يؤدي إلى تأصل هذه العادة. (محمد حسن غانم،

2004، ص 291)

العلاج:

• الخطوة الأولى هي تربية، ترتبط بتوعية الابن منذ الطفولة على أهمية الاعتناء بالجسد وبصحته، وعلى المضار الصحية التي يمكن أن تسببها البدانة الناتجة عن تناول الطعام بشكل عشوائي.

• الخطوة الثانية هي تشجيع المراهق على ممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم مما يساعد في حرق السعرات الحرارية ويعزز عملية التمثيل الغذائي في الجسم.

• اكتشاف ما إذا كان المراهق يعاني من مشاكل نفسية تدفعه إلى استهلاك الطعام بشراهة، ومحاولة إيجاد الحلول لهذه المشاكل لتصويب سلوكياته من جميع النواحي ومساعدته في إتقان التعامل مع الأزمات النفسية وإدارة الغضب والتوتر وإيجاد الحلول الصحيحة للمشاكل التي يتعرض لها .

(ليزا أبو شقرا، الشراهة عند المراهقين، جانفي 2020، www.sohati.com)

الدرس 05:

1-3 الشذوذ الغذائي (أكل البراز، مرض بيكا):

أ- أكل البراز: Coprophagie :

ناذرا جدا مقارنة بمرض pica وجد عند الذهانين وخاصة عند الفصاميين، لما يظهر عند الطفل يكون أخطر من ظهوره عند الراشد، فأكل الطفل لفضلاته الخاصة (البراز) يظهر في حوالي نهاية العام الأول من حياة الطفل يحدث في مرحلة الانتقال من المرحلة الفمية إلى الشرجية.

حسب R.Spitz قام بالملاحظة المباشرة لهؤلاء الأطفال وأمهاتهم، وجد أنهن يتميزن ببعض الخصائص غير الملاحظة مباشرة، واستنتاج أن هناك سلوك غذائي اتجاه الطفل أثناء تعليمه للنظافة تكون صارمة، بعض من الأطفال المرضى تعرضوا لسوء المعاملة من قبل الأمهات.

هذا المرض علامة ذهانية أثناء تعلمه للنظافة نلاحظ الطفل يلعب بفضلاته الخاصة لكن اللعب يعتبر عاديا لأنه يكتشف شيئا خاصا به كاللعب بالأعضاء التناسلية.
(فارس بن الشيخ حسين، اضطرابات التغذية والسلوك الغذائي، 2012)

ب- اضطراب شهوة الغرائب بيكا Pical

ان الأشخاص الذين يعانون من اضطراب "بيكا" يتناولون رغما عنهم أشياء لا تحتوي على قيمة غذائية قد تؤثر فيهم بشكلٍ نسبي، مثل تناول الثلج، وقد يتناولون مواد خطيرة مثل قطع من الطلاء المجفف أو قطعة من المعدن، وفي هذه الحالة يمكن أن يؤدي الاضطراب

إلى عواقب وخيمة، مثل التسمم بالرصاص. يحدث هذا الاضطراب في معظم الأحيان لدى الأطفال والنساء الحوامل، فهي عادة مؤقتة، كما يحدث أيضاً لدى الأشخاص الذين يعانون من إعاقات ذهنية، غالباً ما تكون أكثر شدة وطويلة الأمد لدى الأشخاص الذين يعانون من إعاقات نمو شديدة.

(جويرية بريتيل، اضطراب بيكا والصحة النفسية، 2018، <https://www.dz-res.com/>)

ولتشخيص إصابة الطفل به، يجب ألا يكون ما يتناوله جزءاً من عملية نموه الطبيعية، أي أنه يجب الوضع بعين الاعتبار عند التشخيص أن الأطفال في سن معينة يمضغون ألعابهم وغيرها من الأشياء، وهذا يعد جزءاً من سلوك النمو لديهم وليس إشارة أو دليلاً على إصابتهم باضطراب شهوة الغرائب.

(فارس بن الشيخ حسين، اضطرابات التغذية والسلوك الغذائي، 2012)

ظهور هذا السلوك عند الأطفال بين (18 - 24) شهر أقل قد لا يكون مرض PICA صاحب هذا المرض يبحث عن أي شيء ليضعه في فمه والتمييز بين المرضي والعادي هو استمرار الطفل في تناول.

السلوك يكون غير متلائم مع سنه بمعنى أن الطفل لديه 5 سنوات (أي سن معرفة

الأشياء) لا يجذب أن يكون لأقل من 18 شهراً (عادي)، هذا السلوك لا يجب أن يكون

ضمن إطار ثقافي أو ديني لأن هناك بعض المجتمعات تأكل مواد غير غذائية كذلك من يتناول المواد الغير غذائية الذهانيين خاصة الفصاميين والمتخلفين عقليا وأشخاص أسوياء، النساء الحوامل وهذا راجع للتغيرات الهرمونية، تناول خلال الأشهر الأولى نقص بعض المواد المعدنية في الجسم كالحديد والزنك.

(فارس بن الشيخ حسين، اضطرابات التغذية و السلوك الغذائي، 2012)

أسباب الاضطراب:

- أكد المحللون أن الأطفال المصابين بمرض pica يعانون من الحرمان الأمومي ليس بالضرورة حقيقي قد يكون خيالي، الأم موجودة لكن الأم لا تقوم بدورها كما يلي ، كالأطفال المسعفين .

-الطفل يلجأ إلى هذا السلوك كعملية دفاع ضد فقدان موضوع الحب.

-الخوف من فقدان الموضوع يلجأ هذا الطفل إلى هذا السلوك.

- هناك تشويه للإشباع الغريزي، الطفل يدافع ضد الإحساس بعدم الأمن قد يتطور المرض إلى ذهان، فهذا المرض علامة ذهانية، او اضطراب الوسواس القهري.

- أمهات الأطفال المرضى قد تكون لديهن بعض السمات الذهانية لكن هناك حالات أخرى كالأم (دفاع ضد القلق) هي التي تتناول المواد لكن لا يظهر عند الطفل في حالات خاصة كوجود الحرمان الأمومي، لما يظهر عند الطفل حوالي 6 سنوات وأكثر فالسلوك لا يتمشى

مع سنه، في هذه الحالة نلاحظ على هذا الطفل تشويها للواقع يدل على إصابة مخية خطيرة للطفل.

(فارس بن الشيخ حسين، اضطرابات التغذية و السلوك الغذائي، 2012)

التقييم النفسي لاضطراب "بيكا":

يجري تشخيصُ اضطراب شهوة الغرائب عندما يقوم الشخص بتناول مواد غير قابلة للأكل بشكلٍ مستمرّ، وعلى مدى شهر أو أكثر. ولا يجري تشخيصُ هذا الاضطراب في الأطفال دون سن الثانية، لأن تناول هذه المواد يعدّ جزءًا من النمو الطبيعي للطفل في هذا العمر، كما أنّه لا يصح أيضًا تشخيص هذا الاضطراب إذا كان تناولُ الشخص لهذه المواد جزءًا من ثقافته.

يتم التقييم النفسي للمصابين باضطراب "بيكا" من أجل تحديد ما إذا كان يعاني اضطراب الوسواس القهري أو حالة صحية عقلية أخرى، يتم وصف الأدوية، والعلاج، المناسب للحالة، وتُشير دراسة نُشرَت في مجلة تحليل السلوك التطبيقي (Journal of Applied Behavior Analysis) إلى أنّ مُكمّلات الفيتامينات البسيطة قد تكون علاجاً فعالاً لدى بعض الحالات، إذا كان الشخص مُصاب بعجز ذهني أو اضطراب (اضطراب الصحة النفسية)، فإن الأدوية المعالجة للمشاكل السلوكية قد تساعد أيضاً في خفض أو القضاء على رغبتهم في تناول المواد غير الصحية .

مآل الأشخاص المصابين باضطراب "بيكا"، غالباً ما يختفي اضطراب "بيكا" لدى الأطفال في غضون أشهر قليلة دون علاج، إذا كان نقص التغذية يسببه، وقد لا يختفي اضطراب "بيكا" حيث يمكن أن يستمر لسنوات، خاصة لدى الأشخاص الذين يعانون من إعاقات ذهنية.

(جويرية بريطل، اضطراب بيكا والصحة النفسية، 2018، <https://www.dz-res.com/>)

العلاج:

التعديل السلوكي للشخص المصاب (قد يكون فعالاً في بعض الأحيان في علاج

الحالة).

معالجة النقص الغذائي وأية مضاعفات قد تساعد تقنيات التغيير السلوكي بشكل عام

الشخص المصاب، ولكن لا يتوفر الكثير من المعلومات عن تقنيات مخصصة ومحددة

لعلاج هذا الاضطراب.

يجري علاج النقص الغذائي والمضاعفات الناتجة عنه. وقد يتطلب الانسداد الحاصل في

الجهاز الهضمي تدخلاً جراحياً.

ويمكن أن يستمر هذا الاضطراب عدة أشهر، ثم يختفي من تلقاء نفسه، وخاصة في

الأطفال.

اذن يجب على الوالدين أن ينتبها جيدا على ما يقوم به الطفل من تناول لمواد والوقاية

من هذه الأشياء.

العلاج الطبي ويليهِ العلاج النفسي والبحث عن سبب الحرمان الأمومي ومحاولة علاج

هذه النقطة مع الأم ثم هناك علاج عائلي بين الطفل والعائلة ككل.

تعليم الطفل السلوكات الصحيحة (المواد القابلة للأكل والمواد غير القابلة للأكل)، يجب

الإشارة إلى بعض الأطفال ويرجع من جهة أخرى إلى ما يتعلق بمعاملة الطفل لكن في

حالات الذهانات، صعب العلاج فيهم. (فارس بن الشيخ حسين، اضطرابات التغذية والسلوك

الغذائي، 2012)

الدرس 06:

2- اضطرابات العضلات السارة (القابضة) : التبول اللاإرادي، التبرز اللاإرادي.

2-1 التبول اللاإرادي:

أشار (2000 Train) لظاهرة التبول اللاإرادي بأنها تحدث عندما يتعرض الطفل

لأحداث قاهرة، أو صادمة، أو مشاهدته لتلك الأحداث، أو تعرض الطفل للإهانة والتوبيخ،

أو بعد قدوم مولود جديد في الأسرة أو شعوره بالإهمال وكذلك هناك نسبة كبيرة من

الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة نتيجة لعوامل وراثية، فقد يكون أحد الوالدين تعرض

لهذه المشكلة عندما كان طفلاً، لذلك من المؤلم جداً أن ينظر إلى تلك المشكلة بشكل مزعج ولكن يجب النظر لها كسبب ناتج عن اضطراب.

كما تشير الدراسات التي قام بها (Kauffman) 1981 أن التبول اللاإرادي هو عرض لاضطراب في الشخصية فالطفل يلاحظ عليه العديد من المشاكل النفسية مثل الانطواء، الخوف والتأتأة، مص الأصابع، كما أن هناك بعض الدراسات (Jasmi-2001) Al Fatma تشير إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي تعزي إلى عوامل وراثية وعوامل جينية، وقد أشارت النتائج إلى أن 94% من الأطفال لديهم تاريخ أسري وراثي لنفس المشكلة. وقد استبعد الباحث جميع الأسباب العضوية والوراثية وذلك من خلال الفحص الطبي الشامل والتاريخ العائلي لمشكلة التبول اللاإرادي حيث أعتبر الباحث الأحداث الضاغطة والصادمة وتصدع العلاقات الأسرية، وعدم تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل سبب رئيسي في عملية التبول اللاإرادي. (علاء إبراهيم جرادة، 2012، ص4)

مفهوم التبول اللاإرادي:

جاء في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral) أن التبول اللاإرادي لدى الأطفال، هو عدم قدرة الطفل على التحكم في تبوله في الليل أو النهار أو في الليل والنهار معاً، بدون وجود أسباب عضوية لطفل تجاوز عمره خمس سنوات.

وقد ورد تعريف التبول اللاإرادي في التصنيف الأمريكي التشخيصي الرابع

للاضطرابات النفسية 108: Diagnostic Criteria from DSM – IV 1994) بأنه

تبول متكرر في السرير أو الملابس لإرادي أو متعمد مرتين في الأسبوع على الأقل لمدة

ثلاثة أشهر، وأن لا يقل عمر الطفل عن خمس سنوات وبدون وجود أسباب عضوية).

(علاء إبراهيم جرادة، 2012، ص9)

-التعريف النفسي:

يعرفه (عبد الله، 2001) بأنه تكرار تصريف البول لا اراديا بعد سن الثالثة، وهو

غالباً ما يكون تبولا خلال الليل (تبول ليلي) وأحياناً أخرى يكون التبول اللاإرادي خلال

النهار (تبول نهاري).

ويعرفه (كايسلر Kreisler، 1997) بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل، كما يحدث على

نحو متكرر أو في فترات متقطعة، وذلك بعد السن التي يسوي فيها الطفل السوي وظيفة

التحكم في البول، ويحدث في العادة أثناء النوم. (أمل عمر عبد السالم، 2015، ص11)

الأسباب:

العوامل النفسية:

تعد العوامل النفسية من العوامل المساهمة في حدوث التبول اللاإرادي، وأهم هذه العوامل:

• تأخر التطور:

أشارت العديد من الدراسات التطورية العيادية، كدراسة جارفلين وآخرون al et Jarvelin ودراسة مايكلسون Mikkcelson إلى أن عملية اكتساب التحكم بالمثانة سلوك متعلم، واكتساب هذه المهارة يتم ضمن فترة محددة تدعى فترة التعلم الحرجة.

تعتبر الفترة من السنة الثانية حتى السنة الرابعة من العمر هي أكثر حساسية وربما حرجة لتحقيق السيطرة البولية وخلال هذه الفترة وخاصة في السنة الثالثة هناك معدل عال من حصول أمر طارئ على السيطرة المثانية الليلية إذا ما قورنت بالفترة السابقة واللاحقة لها.

ان حدوث أزمة معينة أو الإصابة بالقلق خلال هذه الفترة الحساسة يمكنه أن يمنع اكتساب هذه المهارة فإذا ما كان هناك حقاً فترة للسيطرة الطارئة المتضمنة التدريب على استعمال المرحاض للتحكم بالمثانة، خلال الأعمار من الثانية إلى الرابعة فإن وجود حدث موثر أو نقص في النضج خلال هذه الفترة سيمنع حدوث السيطرة المثانية (,2000 Hawle) فالأطفال الذين شهدوا بين السنة الثالثة والرابعة من حياتهم أحداثاً ضاغطة، كالانفصال الأسري أو طلاق الوالدين أو الانتقال المتكرر من المنزل عانوا مقارنة مع الأطفال بدون أحداث ضاغطة، خطراً مضاعفاً لظهور مشكلة التبول اللاإرادي.

•الخوف:

ويأتي الخوف في رأس قائمة الأسباب النفسية، لما يسببه من قلق وتوتر يؤدي إلى

اضطراب وظيفة التبول لدى الأطفال.

وتتجلى هذه المخاوف في صور متعددة، كالخوف من الظالم والحيوانات، أو مشاهدة

البرامج المرعبة في التلفزيون أو السينما، أو سماع القصص المزعجة أو الخوف من العقاب،

أو الإحساس بعقدة الخشاء (عقدة اوديب).

كذلك خوف الطفل من المجتمع المدرسي عند بداية التحاقه بالمدرسة أو نتيجة خوفه

من معلم بعينه ومن أن يعاقبه بشدة إذا قصر بدروسه، أو بسبب عدم قدرته على اللحاق

برفاقه في المدرسة أو نتيجة معايير الزملاء له لسبب ما.

مما لا شك فيه أن المخاوف تؤثر على سلوك الطفل وتؤدي إلى ضعف قدراته، وتؤخر

الكثير من مظاهر نموه، مما يؤدي في المحصلة إلى ضعف وظائف الأعضاء ومنها

الجهاز البولي فتحدث حالة التبول اللاإرادي.

•الغيرة:

تعتبر الغيرة لدى الطفل أحد العوامل الهامة في إحداث التبول اللاإرادي، فقد تظهر هذه

المشكلة عند الطفل نتيجة والدة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز

الأم عنايتها على الطفل الجديد واهمال الطفل السابق، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبلى ثيابه أو فراشه.

يرى فرويد في تفسيره للتبول اللاإرادي بأنه عرض نكوصي يدل على ما يعانیه الطفل من صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر، نتيجة اعتقاده بأنه مهدد بفقدان حبهما له، مما يؤدي إلى ظهور المشكلة لديه لجذب انتباههما إليه، فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبليل الفراش ليحصل على مزيد من اهتمام ورعاية الوالدين.

•التفكك الأسري :

يرى نسبة كبيرة من علماء النفس أن أكثر أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال ترجع إلى الخلافات الزوجية بين الوالدين وكذلك التفكك الأسري، فمشاهدة الطفل للخلافات التي تقع بين والديه لها آثار نفسية سلبية، تؤثر على جهازه العصبي وعلى طبيعته الانفعالية، مما يكون خطراً لظهور مشكلة التبول اللاإرادي.

•الحرمان العاطفي :

يعتبر الحرمان العاطفي للطفل من العوامل الهامة في حدوث التبول اللاإرادي، ويقصد بالحرمان العاطفي النقص في الحب والعطف والحنان والرعاية من طرف الأم وذلك بسبب

غيابها أو موتها أو مرضها أو بسبب طالقها أو بسبب علاقة النذب والرفض من جانب الأم للطفل مع عدم وجود بديل عن الأم.

وقد أكدت العديد من الدراسات على التأثيرات السلبية للحرمان العاطفي، والتي تظهر على صحة الطفل الجسمية والنفسية، وعلى نضجه العضوي، ونموه اللغوي والحركي والعقلي، ولقد أشار العالم «راكاميه» إلى أن الحرمان العاطفي يؤدي إلى تكوّن عام في سلوك الطفل.

وقد بينت دراسة روتر Rutter 2007 ، على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 5-7 سنوات بأن التبول اللاإرادي أكثر تكراراً عند الأطفال الذين يشهدون ضغطاً نفسياً والمحرومين عاطفياً مثل أطفال مؤسسات رعاية الأيتام والملاجئ ودور الرعاية الاجتماعية.

• مشاعر الذنب :

إن مشاعر الذنب المرتبطة بالتبول تدخل الطفل في حلقة مفرغة من القلق وتؤدي إلى تثبيت التبول اللاإرادي، فقد تبين أن المعايير واستعمال ألفاظ التحقير يسبب البوال كثيراً ما تبعث في الطفل حالة من القلق الذي يأخذ صورة الحساسية الزائدة لدرجة أن بعض الأطفال المتبولين لا يرادوا يخافون من الذهاب إلى المدرسة خشية أن يشم التلاميذ رائحة الملابس، فيسخرّون منهم.

وكان هذا الخوف هو نقطة بداية للقلق الذي ينعكس في صورة الخوف من المدرسة

كمخرج لتوتر الشعور بالذنب بسبب التبول اللاإرادي.

•أساليب التنشئة الاسرية:

بينت عدة دراسات مدى تأثير إهمال الأم في عملية تدريب الطفل على الإخراج

الصحيح سواء بالتدريب المبكر أو المتأخر، وأثر ذلك على حدوث اضطراب التبول

اللاإرادي .

فقد أظهرت دراسة آنديوش (Dyosh Ann سنة 1968، أن استخدام الأم أسلوب

القسوة والضرب والحرمان في تدريب الأطفال على عملية الإخراج، يؤدي إلى التبول

اللاإرادي، وكذلك قيام الأمهات بتدريب أطفالهن بشكل مبكر على النظافة، و جبار الطفل

على التحكم في تبوله أيضاً قبل نضج الأجهزة العضوية.

عدم فهم الأم لمراحل نمو الطفل واحتياجات كل مرحلة أو التسامح تجاه تدريب الطفل

على النظافة وترك الطفل على سجيته في قضاء أو إعطاء قيمة كبيرة لعملية التبول وجعلها

أمراً غير طبيعي مع الافراط بالثناء والتشجيع من أجل الطفل الذي يتحكم بعملية تبوله، كلها

عوامل تؤدي إلى التبول اللاإرادي. (أمل عمر عبد السالم، 2015، ص20)

-أشكال التبول اللاإرادي:

من اشكال التبول اللاإرادي اثناء النوم عند الطفل:

أ- التبول اللاإرادي الاولي: في هذه الحالة يتحكم الطفل بشكل جيد بعملية التبول والمثانة خلال النهار، بينما يفقد ذلك خلال الليل وبصورة مستمرة، بحيث لا تمضي ليلة دون ان يبيل فراشه وعلى الأقل حتى 5 سنوات.

ب- التبول اللاإرادي الثانوي: يكون الطفل في هذه الحالة قد تمكن من السيطرة على المثانة وعملية التبول، بشكل جيد (يتحكم بشكل جيد بعملية التبول خلال الليل ويحافظ على جفاف فراشه) مدة ستة أشهر او أكثر ثم فقد التحكم بذلك وعاد للتبول اللاإرادي خلال الليل.
(يمان التل، علاج وأسباب التبول اللاإرادي)

أنواع التبول اللاإرادي يوجد ثلاثة أنواع للتبول اللاإرادي: التبول النهاري، وهو عدم قدرة طفلك على التحكم بالببول في أثناء ساعات النهار عند تجاوزه عمر الرابعة، التبول الليلي، وهو عدم قدرة طفلك على التحكم بالببول في أثناء النوم ليلاً عند تجاوزه عمر الرابعة، التبول النهاري الليلي، وهو عدم قدرة طفلك على التحكم بالببول في أثناء النوم ليلاً، وخلال النهار أيضاً .

تصنيفات أنواع التبول اللاإرادي يجري تصنيف كل نوع من الأنواع الثلاثة إلى تبول أولي، وتبول ثانوي، يكون التبول أولياً في حال عدم قدرة طفلك على ضبط عملية التبول منذ ولادته، وحتى سن متأخرة .

يكون التبول ثانويًا في حال عودة طفلك إلى التبول ثانية، بعد أن يكون قد تحكّم في ذلك فترة لا تقل عن سنة، يعد التبول النهاري أقل شيوعًا بكثير من التبول الليلي، ولكن نحو طفل واحد من كل أربعة أطفال من الذين يتبولون في الفراش ليلاً، يتبولون لا إرادياً في أثناء النهار أيضاً.

تعود أسباب التبول اللاإرادي الليلي غالباً إلى عوامل نفسية واجتماعية وتربوية وفسولوجية، وترجع أسباب التبول اللاإرادي النهاري إلى عوامل نفسية، بجانب العوامل الفسيولوجية.

<https://www.supermama.me/posts/التبول-النهارى-عند-الأطفال-أسبابه->

وعلاجه)

2-2 التبرز اللاإرادي:

التبرز اللاإرادي عند الطفل

يعتبر التبرز اللاإرادي من اضطرابات المسلك المزعجة جداً خاصة في هذا العمر، وهناك أسباب عضوية بالتأكيد، ولكن الأسباب الغالبة هي الأسباب النفسية، وعادة ما يحدث التبرز اللاإرادي عند الاطفال بعد سن الرابعة، عندما يكون الطفل قد تعلم بالفعل كيفية استعمال المراض.

مفهوم:

التبرز اللاإرادي هو تسرب البراز السائل من طفل مصاب بالإمساك، وهذه المشكلة

شائعة.

ينتج التبرز اللاإرادي عند امتناع الطفل عن التبرز حتى يكون من الصعب خروجه، فيصبح

البراز أكبر وأكثر جفافاً عند حبس البراز كبير الحجم في المستقيم، تصبح عضلات

المستقيم متعبة ومسترخية، وعندما تسترخي هذه العضلات، يمكن للبراز السائل التسرب من

حول كتلة البراز الكبيرة إلى الملابس الداخلية.

لن يشعر الطفل بتسرب هذا البراز السائل ولا يمكن التحكم في خروجه، كما يمكن

أن يحدث ذلك عدة مرات في اليوم الواحد ويتسبب في اتساخ الملابس الداخلية، وأحياناً

يعتقد الناس خطأً أنه إسهال، ولكن ليس كذلك لأن معظم البراز الموجود في الأمعاء صلب.

يعاني الكثير من الأطفال المصابون بالتبرز اللاإرادي من فقدان الشهية، كما ينخفض

اهتمامهم بالنشاط البدني، وبعد القيام بالتبرز، يشعر الطفل بأنه بحال أفضل وتحسن

الأعراض. (الدليل التوجيهي للإمساك عند الأطفال، Johanna Stump)

الأسباب:

أما الأسباب النفسية فهي كثيرة، ومنها عدم الارتياح النفسي، الصعوبات الأسرية، أن

يكون الطفل لم يجد حظه الكامل من التربية المتوازنة، وفي بعض الأطفال يكون هذا

التصرف نوعاً من الاحتجاج بصورة لا إرادية، أي أن يحتج الطفل على وضعه ويود أن يثبت ذاته، وقد رأى بعض العلماء أنه أيضاً أي هذا التصرف، ربما يعادل نوعاً من الاكتئاب النفسي لدى الأطفال، حيث أننا نعلم أن الاكتئاب النفسي يمكن يصيب الأطفال كما يصيب الكبار.

لكن في الأطفال لا يعبر عن الاكتئاب كما يحدث عند الكبار، ويكون التعبير أو الصورة التي يظهر بها الاكتئاب عند الصغار هي اضطرابات المسلك، ومنها السرقة والتبرز اللاإرادي. (محمد عبد الحليم، 2006)

قد يشعر الطفل المصاب بالتبرز اللاإرادي بالعديد من المشاعر، والتي تتضمن الشعور بالإحراج، والغضب الشديد، الشعور بالخجل. وقد يشعر طفلك بـ الاكتئاب، في حالة كان يتعرض للتنمر من قبل الزملاء، أو في حالة كان البالغون يقومون بمعاقبته نتيجة ما يفعله.

المشكلات العاطفية ربما يتسبب التوتر العاطفي في تحفيز التبرز اللاإرادي عند الأطفال، وربما يشعر الطفل بالتوتر نتيجة: صعوبة التمرن على استخدام المراض. تغيرات في حياة الطفل، مثل التغير في النظام الغذائي، أو التدريب على استخدام المراض، أو الذهاب للمدرسة لأول مرة، أو تغيير الجدول المعتاد. الضغوط العاطفية، مثل طلاق الوالدين، أو ولادة أخ أو أخت.

(<https://dailymedicalinfo.com>يسرا الشرقاوي، 2013)

تشخيص التبرز اللاإرادي عند الأطفال:

من أجل تشخيص التبرز اللاإرادي عند الاطفال، ربما يقوم طبيب الأطفال بالتالي :

- القيام بالفحص الجسدي، وكذلك مناقشة الأعراض، وحالة التبرز لدى الطفل، وعادات تناول الطعام، وذلك حتى يقوم باستبعاد الأسباب الجسدية، والتي قد تكون سبباً في حدوث الإمساك .

- القيام بفحص للمستقيم. القيام بفحص للبطن باستخدام الأشعة السينية .
- القيام بفحص لدى الطبيب النفسي، لمعرفة إذا ما كانت المشاكل العاطفية تؤثر على حالة طفلك أو لا.

(<https://dailymedicalinfo.com>يسرا الشرقاوي، 2013)

العلاج:

كلما بدأ علاج التبرز اللاإرادي مبكراً كان أفضل، تتضمن الخطوة الأولى تنظيف القولون من البراز المنحبس والمحبسور، بعد ذلك يركز العلاج على تحفيز حركة الأمعاء (التبرز) الصحية، في بعض الحالات قد يكون العلاج النفسي إضافة مفيدة للعلاج.

تعديل السلوك

يمكن للطبيب أو أخصائي الصحة النفسية مناقشة أساليب تعليم طفلك الانتظام في

التبرز، ويسمى هذا أحياناً بتعديل السلوك أو إعادة تأهيل الأمعاء .

وقد يوصي الطبيب بالعلاج النفسي مع أخصائي الصحة النفسية إذا كان سلس البراز يرتبط بالمشكلات النفسية. وقد يساعد أيضًا العلاج النفسي إذا كان طفلك يشعر بالخجل، أو الذنب، أو الاكتئاب، أو قلة احترام الذات المرتبط بسلس البراز.

(البدآة - التشخيص والعلاج Mayo Clinic - مايو كلينك (www.mayoclinic.org))

استشارة
بوققدام
سهيرة

3- الاضطرابات الجنسية:

هل يحمل الأطفال مشاعر ورغبات جنسية:

حسب د. سماح جبر ، طبيبة نفسية ومعالجة نفسية تحليلية ورئيسة وحدة الصحة النفسية في وزارة الصحة الفلسطينية، فأوضحت أن "الأطفال يحملون فضولا جنسيا يعبرون عنه باللعب الجنسي أو الاكتشاف الجنسي، فهذا اللعب هو الذي يصف فضولهم في مرحلة ما قبل البلوغ (ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية).

وإذا أردنا أن نتناول مراحل النمو الجنسي عند الأطفال، فالأطفال في سن 4-5 سنوات يعبرون عن الرغبة الجنسية برغبة مقابلة تجاه أحد الوالدين، كأن يعبر الطفل عن رغبته في الزواج من أمه عندما يكبر، لكن سرعان ما يتعلم الطفل الخصوصية والمقبول أو المرفوض اجتماعيا ويعزف عن التعبير بهذه الطريقة.

ولا يقتصر الأمر على الفضول الجنسي لدى الطفل، بل يتطور إلى رغبة في الاستكشاف، حيث يتكون لدى الطفل أيضا رغبة بالاستكشاف، فيسأل كثيرا عن المولود من أين جاء، ثم ينتقل لمرحلة الألعاب التي يحدث فيها استكشاف للجسد مثل: لعبة الطبيب والمريض.

فيمارس دور الطبيب ليكشف على ولد صغير في مثل عمره بدافع الفضول، ويمكن أن يبدأ بلمس أعضائه التناسلية ويشعر بالمتعة، ويكرر الأطفال الذين يشعرون بالملل هذا الفعل للحصول على اللذة، وقد يبدؤون بممارسة العادة السرية في هذه السن المبكرة. (التحرش بين الأطفال، www.alijazeera.net)

النمو الجنسي بحسب عمر الطفل:

الأطفال في سن مبكرة جدا (أقل من 4 سنوات) لا يعرفون ماهية الخجل، وهم مدفوعون بالرغبة في الاستكشاف، وتشمل السلوكيات الجنسية التي يمارسها هؤلاء الأطفال: لمس أعضائهم الحساسة في الأماكن العامة أو الخاصة، أو إظهارها للآخرين، أو محاولة لمس صدر الأم، أو التعري، أو محاولة رؤية أشخاص عراة أو بدون ملابس في دورات المياه مثلا.

وفي مرحلة 4 إلى 6 سنوات، يعتمد الأطفال لمس الأماكن الحساسة في أجسامهم وغالبا ما يمارسون ذلك في وجود أشخاص آخرين، ويبدؤون في محاكاة سلوكيات جنسية يمارسها الكبار كالتقبيل، واستخدام كلمات "بذيئة" دون فهم معناها، في سعيهم للحديث حول الأعضاء التناسلية، كما تعكس ألعاب الاستكشاف إحدى تلك الوسائل الطفولية للتعبير عن الميول الجنسية لديهم. ويمارسون ألعاب الاستكشاف أيضا.

أما المرحلة العمرية 7-12 سنة، فهي الفترة التي يصبح الأطفال فيها أكثر وعيا بالقوانين الاجتماعية للسلوك والحديث الجنسي، فيكون لمسهم لأعضائهم التناسلية متعمدا

لكنهم يمارسونه في مكان خاص، ويشاركون في ألعاب تحتوي سلوكيات جنسية كتكوين عائلة، ويحاولون مشاهدة صور لأشخاص عراة بشكل جزئي أو كلي، والاستماع للمحتوى الجنسي المقدم في وسائل الإعلام، ويستمتعون بقول كلمات بذيئة ليحصلوا على تفاعل ممن حولهم.

لكنهم في الوقت نفسه يظهرون رغبة في الحصول على مزيد من الخصوصية ويتشكل لديهم شعور الحياء فيرفضون أن يراهم أحد بدون ملابس، أو أن يتحدثوا مع الكبار عن مسائل جنسية، في هذه المرحلة تحديداً، تبدأ الدوافع الجنسية بالتشكل.

ويبدأ الطفل بتجربة أولى علامات البلوغ في المرحلة المتوسطة أو عند سن العاشرة، يختبر في مرحلة التعليم المتوسط والثانوي زيادة في وعيه بالمشاعر الجنسية التي تصاحب البلوغ، وربما يبدأ في ممارسة العادة السرية للحصول على مشاعر جنسية.

وقد ينخرط في أنشطة جنسية تجريبية مع أطفال آخرين قد يكونون من نفس جنسه، وتشمل هذه الأنشطة مسك الأيدي أو التقبيل أو غيرها، وقد تتطور لطرح أسئلة حول دور الأب في عملية الحمل، وكيفية حدوث الولادة، وطبيعة العلاقات الجنسية بشكل كامل، كما يتطور لديه اهتمام بالعلاقات العاطفية، ويشيع بينه وبين أقرانه الإعجاب بأحد الأقران أو

بشخص بالغ. (التحرش بين الأطفال، www.alijazeera.net)

السلوكيات الجنسية غير السوية عند الأطفال:

هناك عدة عوامل تحدد إن كان السلوك مشكلاً أم عادياً، مثل: سن الطفل، درجة

تطوره، الأسرة، سلوك الوالدين وردود أفعالهما تجاه سلوكيات الطفل، والجدول الموالي

والمترجم عن الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، يوضح أمثلة للسلوكيات الجنسية عند

الأطفال من سن سنتين إلى ست سنوات، مبيئاً ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي.

السلوكيات غير الطبيعية	السلوكيات غير الشائعة في الأطفال الطبيعيين	السلوكيات الأقل شيوعًا وطبيعية	السلوكيات الطبيعية الشائعة
* أي سلوكيات جنسية يشارك فيها أطفال يفصل بينهم 4 سنوات أو أكثر.	* مطالبة الأطفال أو البالغين بالمشاركة في سلوكيات جنسية محددة.	* محاولة الاحتكاك بالآخرين	* الاستمناء أو لمس الأعضاء التناسلية سواء منفردًا أو في حضور الآخرين.
* مجموعة متنوعة من السلوكيات الجنسية تحدث يوميًا.	* محاولة إدخال أشياء في الأعضاء التناسلية.	* محاولة إدخال اللسان في الفم عند التقبيل.	* استكشاف الأعضاء التناسلية للأطفال المقربين في السن أو الإخوة الجدد بالنظر أو اللمس.
* السلوكيات الجنسية التي ينتج عنها ضغط نفسي أو ألم بدني.	* محاكاة العلاقة الحميمة صراحة.	* المحاكاة الصريحة للسلوكيات المرتبطة بالحركات الجنسية.	* محاولة إظهار الأعضاء التناسلية للأطفال.
* السلوكيات الجنسية المرتبطة بسلوكيات بدنية عدوانية أخرى.	* السلوكيات الجنسية المتكررة والمزعجة للآخرين.	* الاستمرار في السلوكيات الجنسية المزعجة للآخرين، حتى وإن كانت تحدث بين الحين والآخر.	* محاولة حك الأعضاء الخاصة باليد أو في الأشياء.
* السلوكيات الجنسية التي تتضمن إكراهًا.	- السلوكيات مستمرة ومقاومة لمحاولات التثيت من قبل الوالدين.	- السلوكيات عابرة، وقابلة للتثيت إلى حد ما.	* محاولة رؤية الأطفال والبالغين أثناء تبديل ملابسهم.
- السلوكيات مستمرة، ويغضب الطفل عند محاولة تثيته.			- السلوكيات عابرة، وقليلة الحدوث، ويسهل تثيتها.

• السلوكيات المرتبطة بالسن :

فالسلوكيات الطبيعية موجودة أكثر بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات،

وبينما يكبر الأطفال تقل بشكل عام سلوكيات الاستمناء وإظهار العورات أمام الآخرين

والتلصص عليهم، حيث يصبح الأطفال بين السادسة والعاشر أكثر وعيًا بما هو مناسب اجتماعيًا.

لذلك فإن ما يعد سلوكًا عاديًا من طفل في الرابعة يصبح مقلقًا إن صدر من طفل في الثانية عشرة، مثل محاولة لمس الثدي عند البالغين من الإناث، والعكس أيضًا صحيح فمن المقلق أن يكون لدى الطفل في الرابعة دراية بمعلومات وكلمات جنسية لا تناسب سنه . كذلك، تشيع السلوكيات الطبيعية بين الأطفال من نفس السن ومستوى التطور، على الجانب الآخر فإن السلوكيات الجنسية بين الأطفال من مختلف الأعمار ومستويات النمو تتطلب انتباهاً وتدخلًا أكبر لتقييمها.

• سلوكيات قليلة الحدوث ولكنها غير شائعة لمن هم دون السادسة أو السابعة : مثل محاولة تقليد الجماع، أو إدخال شيء في المهبل أو الشرج.

• سلوكيات مناسبة للفئة العمرية للطفل ولكنها كثيرة الحدوث : بحيث تعوق الطفل عن

الانهماك في أنشطة أخرى، أو بحيث يغضب الطفل أو يتوتر عندما لا يكون قادرًا على

ممارستها أو عند محاولة تشتيته، أو عندما تصبح تلك السلوكيات مزعجة للآخرين.

• سلوكيات فيها تهديد أو إكراه أو عدوانية : أو تستثير ردود أفعال عاطفية قوية عند الطفل

كالغضب أو القلق، أما السلوكيات الطبيعية فلا يبدو أحد الأطفال مزعجًا. كما أن الألعاب

الجنسية الطبيعية تكون تلقائية وغير مخططة، وبين الأطفال الذين يعرف بعضهم البعض جيداً. (هدى الرفاعي، 2017)

التفسيرات الجنسية لسلوك الطفل:

ان الطاقة الجنسية لدى الطفل موزعة على جسمه وأعضائه كلها، ويجد لذته الجنسية في أعضائه الجنسية مثلما يجدها في غيرها، ثم تتمايز بعد ذلك لتتركز في المناطق الجنسية في المرحلة التناسلية أو مرحلة البلوغ، ولكن يظل في حالة من عدم الفصل بينها وبين المناطق الأخرى حتى تتحدد بشكل قاطع هويته الجنسية، ومن هنا أهمية تمييزه وتحديد هويته الجنسية في هذه المرحلة .

فالطفل عندما يصل إلى البلوغ والمراهقة يكبت الميول والتوجهات المثلية الأخرى، ويسمو بها إلى تكوين الصداقات من نفس الجنس، وإذا لم تتم بالشكل والطريقة المناسبة قد تظهر بشكل شاذ في الجنسية المثلية أوفي الخوف من إقامة علاقة بأشخاص من نفس جنسه .
وإذا استمر في السلوك الجنسي المثلي ولم يجد مقاومة أو اعتراضاً وأحياناً بعضاً من التسامح والتشجيع فعندئذ قد يظهر الانحراف أو اللواط (الجنسية المثلية) على الطفل المراهق ويكون صريحاً وواضحاً في سلوكه الجنسي.

ومن السلوك الجنسي لدى الأطفال ظهور ما يطلق عليه العادة السرية لدى الأطفال، حيث يتوقف نضجهم الجنسي على مدى انتشارها وتطورها لديهم، فيمارس الطفل تجاوزاً ما

يمكن أن نطلق عليه العادة السرية، فيشعر باللذة من خلال الاحتكاك واللعب بالأعضاء الجنسية، وإذا لم يسر الأمر بشكل طبيعي أو تعرض لبعض الممارسات والعلاقات والتحرشات الجنسية فقد يخرج سلوكه عن المسار الطبيعي ويكون الانحراف.

ومن الملاحظ أن بعض التجاوزات الجنسية مثل حب الاطلاع الجنسي لدى الأطفال والتعرف على أعضائهم الجنسية تبدأ باللعب بها والنظر إليها ومعرفة الفروقات بينه وبين الآخرين من الصغار والكبار إذا سنحت الفرصة له، ويكون ذلك لدى الجنسين إلا أن المجتمع يبدو أكثر تسامحا مع الأولاد منه مع البنات في التعامل مع مثل هذه السلوكيات. ويتأثر الطفل في نموه الجنسي سلبا وإيجابا من الناحية السلوكية من خلال علاقته بالوالدين، وقد اصطلح على إطلاق اسم (الموقف الأوديبي) على هذه العلاقة، حيث تتولد الصراعات مع الوالدين حول استئثار كل منهما بعلاقته العاطفية، ويميل الذكور نحو الأم في الاستحواذ والعلاقة، والبنات نحو الأب. ويكون بالتالي الطرف الآخر من الوالدين هو المنافس في ذلك.

وإذا عولجت هذه المسألة بالصورة الطبيعية والحب المتبادل والسلوك التربوي والتوجيه السليم سار سلوك الطفل نحو العادية والنضج الطبيعي من الناحية النفسية والجنسية، والعكس في ذلك حيث قد تستمر معه المشكلة إلى ما بعد النضوج، وتترسخ لديه الكثير من المفاهيم والسلوكيات الجنسية الخاطئة التي تؤثر في سلوكه وعلاقته الجنسية إلى الزواج،

ومنها حب الزواج بمن تشبه الأم، وما يترتب على ذلك من مشكلات سلوكية وجنسية بين الزوجين آنية ومستقبلية.

وقد يضطرب تعيين الهوية الجنسية لدى الطفل بخصوص دوره الجنسي حيث يرتبط الطفل الذكر بأمه ويتصرف مثلها ويميل إلى الملابس النسائية، قد يكون ذلك مقبولاً في البداية لكن استمراره لمراحل متأخرة هو المشكلة .

وهناك نمط من الانحرافات الجنسية يطلق عليها الفتشية، وهي أن يغرم الطفل بملابس النساء فيقتنيها ويرتديها، وتتمو لديه هذه المسألة حتى يكبر، وإذا ما استمر هذا الأمر بلا معالجة أو حل فقد يؤدي إلى اللواط أو التخنث.

وبالنسبة للبنات فقد تخاف الابنة من الأم، وتكون لديها ميول عدوانية نحوها أو نحو زوجة الأب وقد يستميلها الأب عاطفياً، وتنشأ لديها مشاعر مضطربة تتمثل في كراهيتها ونفورها من الرجال، وتتحول إلى العلاقات مع نفس الجنس وتجذب إشباعاً فيها، وبالتالي تكاد تتلاشى علاقتها مع الرجال.

وقد ينشأ الطفل في بيئة منحرفة فيها بعض التجاوزات التي قد تدفع الأطفال إلى ممارسة النشاط الجنسي مع الكبار حتى سن البلوغ والمراهقة، وتزيد الوطأة ويتجهون إلى الانحراف والسلوك المتحرر.

وعندما تفرط البنت في النشاط الجنسي في الطفولة والمراهقة فيما بعد وقد يكون ذلك

بتحريض من البيئة المحيطة أو من الكبار، سواء بالاستغلال الجنسي أو البيئة المثيرة أو

التوتر النفسي أو الحرمان العاطفي. حيث يكون النشاط الجنسي المفرط محاولة للخروج من

كل ذلك، ومنها تفسير اتجاه بعض الإناث إلى البغاء.

العلاج:

إذا لوحظ على الطفل سلوكيات جنسية مقلقة، ولم يتمكن من تشتيته عنها أو التعامل معها،

فإنصح بالاستعانة بمشورة نفسية متخصص، وحتى نحمي أبناءنا من السلوكيات غير

السوية، فإن التربية الجنسية للطفل منذ الصغر هي المفتاح، والأهم العلاقة القوية التي

يسودها الحب والاحترام بين الطفل والوالدين من ناحية، وبين والدي الطفل من ناحية أخرى.

(هدى الرفاعي، 2017)

3-1 الجنسية المثلية:

- مفهوم الجنسية المثلية:

حسب فرج طه: مصطلح الجنسية المثلية يعبر عن تلك العلاقات التي تتخذ فيها

الليبيدو موضوعاً خارجياً من نفس الجنس، فينتج الذكر والأنثى لمثيلتها، وإن قصره البعض

على العلاقات الذكرية. (طه وآخرون، 141، ص181).

- مراحل تطور سلوك الجنسية المثلية من الطفولة حتى المراهقة:

مما يتجه إليه ميل الطفل بحثه وشغفه للاستطلاع جسمه، فكما يضع يده في فمه وكما يضع إصبع رجله وهو مستلق على ظهره، قد تمتد يده إلى بقية أجزاء جسمه ومن بينها أعضاء التناسلية والإخراجية ولذا كان اللعب في الأجزاء التناسلية عند الأطفال في غالب الأحيان كأى نوع من أنواع اللعب ولاسيما إن كان مجرداً من حالة الانفصال عن الواقع والاستغراق الشديدين اللذين يحدثان نادراً.

فهذا الطفل الذي يعاني الحرمان العاطفي من أحد الوالدين أو كالمها يشعر بالنقص في شخصه وعواطفه، هذا النقص يتولد عنده نتيجة علاقة فاشلة أو سيئة أياً كانت هذه العلاقة (اجتماعية أو عائلية أو مدرسية) ومن هنا يحاول الطفل تعويض هذه العلاقة الفاشلة، فيتمثل هذا التعويض في سلوكيات عدوانية أو شاذة في حالة الإحساس بالنقص المادي أو الجمالي أو الجسدي.

ويقوم الفرد بسلوكيات شاذة جنسياً ليصبح شخصاً مرغوباً فيه فانشغال الوالدين عن الطفل أو المراهق، يشعره بالفراغ يملأ حياته حيث يتجه إلى ما يسميه المتعة التي قد لا تتوفر له إلا في المثلية.

فالمراهق المثلي جنسياً ليس بالضرورة أن يكون مولود لآباء مثليين، ولكن هذا الأمر يصاب به ويظهر في منتصف المراهقة.

وتؤكد النتائج على أن المراهقة المبكرة من الفترات الحرجة جداً في تطوير المخطط

الجنسي للآخرين

المهتمين جنسيا المشتبهين للجنس المماثل، وخيار اشتهاا الجنس المماثل للمراهق أو المراهقة يهدأ من بعض المخاوف مثل الهجر الأمومي، والعدوان الناتج عن خيبة الأمل الاوديبية.

(شهيناز حراث، 2018، ص42، بتصرف)

-تفسير النظرية التحليلية:

يفسر فرويد الجنسية المثلية بالرجوع إلى خوف الذكر من فقدان عضوه التناسلي castration، أما في الإناث فيرجعها إلى وجود شعور وهمي أن الأنثى كانت تمتلك يوما ما عضو تذكير ثم فقدته، فالطفل يلجأ إلى حل الموقف الاوديبى حلا خاطئا عن طريق التوحد مع شخصية الأم، ويرى أباه كشخص له جاذبية جنسية، وذلك بدلا من حل الموقف الاوديبى عن طريق التوحد مع شخصية الأب، والرغبة في أن يصبح رجال كاملا.

وهنا يلوم فرويد الأمهات على التوجهات الجنسية المثلية الموجودة لدى أبنائهن، وهو يعتقد أن الأم عندما تكون مرتبطة إلى حد كبير بالأبناء، أو تكون قوية ومتسلطة بدرجة كبيرة، فهذا الدور يجب ان يكون للاب، ويصبح الطفل بذلك أقرب إلى الجنسية المثلية، وبالإضافة لذلك ينسب فرويد حدوث الجنسية المثلية للأبناء إذا كان الآباء بعيدين عاطفيا عن الأطفال.

وحسب "كلين" و زملاءه 1952 و "بيرجلر" 1957، إلى أن العضو الجنسي للفرد

الذي يهوى الجنسية المثلية، يكون من الأشياء المرغوبة لأنه يمثل ثدي الام للفرد المثلي

جنسيا الذي يكون مثبتا عند المرحلة الفمية، وقد تبين أن المسلمة لمعظم تفسيرات أصحاب التحليل النفسي هو الخوف

من الغيرية ويقصد بها الخوف من الاتصال الجنسي مع الجنس المخالف، وهذا الخوف يمكن اقتفاء أثره في الاحداث التي تمت في حياة الفرد. (شهيناز حراث، 2018، ص46، بتصرف)

-اسباب المثلية الجنسية:

•النظام الأسري الذي يولد فيه الطفل:

يرى العالم النفسي الألماني Hellinger Bert ، أن المشاعر الموروثة المتراكمة مثل الطفل غير المرغوب فيه لدى أفراد الأسرة، الحاليين أو من الأجيال السابقة، تجعل الطفل مستعداً أكثر من غيره لاستقبال الرفض من أبويه .

هذا الرفض، حسب (Asthana Oostvogels ,2001) محوري جداً في نمو

الميول الجنسية المثلية وينعكس هذا الرفض على شخصية الطفل، فتصبح شخصيته حساسة حيث يتميز الطفل المعرض للميول الجنسية بالحساسية الشديدة، والطاعة الشديدة وعدم القدرة على التمرد أو حتى التعبير عن الحقوق وتأكيداتها .

هذا بالطبع ليس معناه أن كل الأطفال الحساسين سوف تنمو عندهم ميول مثلية، ولكن هذا العامل يتفاعل مع عوامل أخرى وأهمها النظام الأسري وما يحدثه من إساءات لشخصية الطفل.

ويقصد بالنظام الأسري منظومة القيم الإنسانية وأنماط العلاقات والتفاعل الإنساني في الأسرة، والتي تتضمن:

- مفهوم الأسرة عن الرجل والمرأة (الذكورة والأنوثة) والعلاقة بينهما.
- تركيبة السلطة في هذه الأسرة. ربما يكون النظام الأسري المتوارث جيلاً بعد جيل تقوم فيه المرأة بدور القيادة ودور الذكر فيه هامشي أو سلبي.
- مفهوم الأسرة عن الجنس والعلاقة الجنسية بين الوالدين. كأن تكون العلاقة الجنسية ضعيفة أو منعدمة.
- طبيعة العلاقات. هل هناك تمايز حقيقي بين الشخصيات وحدود محترمة للشخصيات؟
- أم أن الطفل/ المراهق لا يجد لنفسه شخصية منفردة محترمة في هذا البيت.
- طريقة التفكير هل تميل للخوف أو الشك أو لوم النفس والاكنتاب، أم طريقة تفكير موضوعية تساعد الإنسان أن يكون واقعياً ومسترخياً؟

ويرتبط بالنظام الاسرى أيضاً اسلوب معاملة الوالد من نفس الجنس والوالد من الجنس الاخر حيث تشير Kidwai & Vanita 2000, إلى أن الرفض وعدم الاتصال من الوالد من نفس الجنس يمنع الطفل/ الطفلة من التوحد به/بها .

وبالتالي لا يتم تطور الهوية الجنسية الذكرية للولد والأنثوية للبنات، هذه الاساءة والرفض للتوحد أو الاحباط في التوحد يحدث في سن مبكرة جداً وهي من سنة ونصف إلى ثلاث سنوات يؤدي إلى دفاع نفسي لا واعي يقوم به الطفل وبه يقرر (لا واعياً) أن يفصل نفسه نفسياً عن هذا الوالد حتى يحمي نفسه من الرفض أو توقع الحنان، هذا الانفصال النفسي يطلق عليه "الانفصال الدفاعي Defensive Detachment" وعنده يبدأ تطور الشخصية المثلية.

وترى Aggleton 1998, أن الاساءة من الوالد من الجنس الآخر لها دور هام في تكوين الهوية الجنسية لدى الطفل او الطفلة، فبالنسبة للأولاد تلعب الأم عدة أدوار قد تؤدي إلى مشكلة في تكوين الهوية الجنسية الذكرية لدى الولد فمثلاً:

• الأم المسيطرة قوية الشخصية، وخاصة عندما يكون الأب ضعيف الشخصية، تستأثر بالولد وتجعله يتوحد بها.

• الأم ذات الحب الخانق والتي تخاف على ابنها أكثر من اللازم، وتمنع الأب من أن يأخذه بعيداً عنها وتخاف عليه من اللعب الذكوري .

• الأم التي تكره الأب وتحقر منه أمام ابنها وتجعله يكرهه ويرفضه وبالتالي يرفض معه الهوية الذكرية دون قصد.

وترى دراسة Khan 1999 , إلى أن العلاقة بالأب مهمة في تكوين الشخصية الفردية

لكل من الولد والبنات على حد سواء، حيث تساعد العلاقة بالأب في أن يشعر الطفل بانفصال جسده عن أمه واقتناؤه لجسده، وعندما تحدث مشكلة في العلاقة مع الأب، فقد تؤثر في ألا تكون للطفل أو المراهق علاقة جيدة بجسده.

يساعد على ذلك أن على تكوين صورة سلبية في العلاقة بالجسد والصورة الذاتية عن

الجسد، فكثير من المثليين واجهوا إساءات شديدة من الأقران سواء الإساءات الجسدية بالضرب المبرح ، أو النفسية المتعلقة بالجسد، مثل الكلام المهين عن الجسد، أو الإساءة الجنسية، كلها إساءات تؤدي إلى الصورة السلبية عن الجسد. (هند عقيل الميزر، 2013، ص245)

•الخوف:

أغلب من يقدم المشورة للأشخاص المتعبين والمضطربين منهم المثليين، وجدوا أن وراء كل المخاوف والسلوكيات الغريبة، يوجد خوف عميق من الهجر والترك يرجع للطفولة المبكرة، ربما لا يكون هذا السبب الأول لكل اضطراب، إلا أنه واحد من الأسباب الأساسية للكثير من الاضطرابات النفسية.

يخلق غياب النموذج الذكري بالنسبة للطفل والنموذج الأنثوي بالنسبة للطفلة، مشكلات مع الأقران من نفس السن، فالابن الذي يتعرض فقط لتأثير أمه في حياته، ستكون ردود أفعاله مع العالم المحيط به مشابهة لردود أفعال أمه أو تماثلها حسب تخيله لرد فعلها في المواقف التي تواجهه، وسرعان ما سوف يلتقط أقرانه الأولاد ميله للأنوثة في التصرف فتبدأ السخرية منه ويخرجونه من " الجماعة" وبالتالي يفرض عليه الانعزال.

والطفلة التي كونت نوع من التوحد بشخصية أبيها، ستجد نفسها أيضاً منفصلة عن "أقرانها" من البنات وعن اهتماماتهن. وعادة ما ستسفه من هذه الاهتمامات الأنثوية وتعزل نفسها من التفاعل معهن. وحيث أن المشكلة العميقة خلف الجنسية المثلية هي الافتقار إلى الإحساس بالانتماء والهوية المشتركة، فإن الترك والرفض من الأقران يلعب دوراً هاماً فيها، الأطفال الذين يبدون "مختلفين" يتم حرمانهم من الانتماء والعلاقة الحميمة، وكلما أصبح التفاعل الاجتماعي يسبب ألماً، يختار الطفل بنفسه الانعزال.

-الاستسلام للمثلية :

هكذا نجد أن نمط الجنسية المثلية ينشأ على مدى وقت طويل من مرحلة الطفل الرضيع إلى المراهقة والبلوغ، وبسبب هذه البداية المبكرة جداً، ربما يشعر المثلي أنه ولد هكذا، وفي وقت ما من مرحلة البلوغ يبدأ يدرك أن اهتمامه بالأشخاص من نفس الجنس ليس طبيعياً، وأن أقرانه يتقدمون للأمام في علاقاتهم واهتماماتهم الغيرية، عندما يكتشف

المثلي أن هذه ليست مجرد مرحلة وتعتبر وأنها حالة سوف تستمر طوال العمر فإنه يشعر بالرعب .

بعد هذا الاكتشاف تبدأ عملية ما يمكن أن نسميه عملية الفقد أو النوح، وتتم هذه العملية بمراحل، أولاً: هناك مرحلة الصدمة وعدم التصديق وربما الإنكار. ثانياً: ثم بعد ذلك ربما يأتي وقت من الانعزال التام والبكاء والاكتئاب الشديد، ربما في هذه المرحلة يلجأ الكثيرون ممن لم يكونوا متدينين مطلقاً إلى الدين لمحاولة الحصول على تغيير مباشر وسريع.

(هند عقيل الميزر، 2013، ص 245)

الدرس 08:

اضطرابات النوم: الأرق، فرط النوم، المشي أثناء النوم(الروبسة)، الكوابيس والرعب الليلي.

1- مفهوم اضطرابات النوم :

تعرف اضطرابات النوم بالدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (IV-DSM) بأنها الصعوبات التي يلاقيها الفرد أثناء نومه، وقد تكون اختلال في كمية النوم وتسمى اضطرابات ايقاع النوم، أو تكون اختلالا في النوم لوقوع أحداث بارزة وتسمى اضطرابات اختلال النوم (American Psychiatric Association, 1994).

تعتبر مشاكل النوم من المشاكل الشائعة جدا لدى الأطفال، وتبين الدراسات أن 25% من الأطفال الأصحاء دون سن 18 عاما يعانون من صعوبات في النوم، و 80% من اليافعين لديهم مشاكل في النوم، وكذلك فإن مشاكل النوم أكثر انتشارا عند الأطفال الذين لديهم مشاكل طبية جسدية أو نفسية أو مشاكل في النمو) مركز معالجة اضطرابات النوم، (IACAPAP

الاضطرابات النوم واليقظة، وفقا ل DSM 5-الدليل التشخيصي والإحصائي

للاضطرابات العقلية.

التشخيص	الوصف المختصر
اضطراب الارق	عدد ساعات النوم غير كافية، او سوء جودة النوم
اضطراب النعاس المفرط	زيادة عدد فترات النوم اثناء النهار
النوم الارتياحي	زيادة عدد فترات النوم بالنهار عادة ما يصاحبه ضعف في قوة العضلات
الاضطراب الايقاعي للنوم واليقظة	تعطل الموائمة بين الإيقاع الداخلي والخارجي لمنظومة النوم/اليقظة
باراسومنيا	احداث على شكل نوبات غير صرعية اثناء النوم
اضطرابات الاستثارة في مرحلة حركة العين الغير سريعة من النوم	المشي اثناء الليل، الدعر الليلي
اضطراب الكوابيس الليلية	كوابيس ليلية
اضطراب النوم في مرحلة حركة العين السريعة في النوم	نوبات متكررة من الاستقاظ يصاحبه كلام او حركة مثل القفز او الركل، نادرا ما يكون عند الأطفال.

اضطراب تملل الساقين	رغبة ملحة في تحريك الساقين او أي جزء من الجسم يصاحبه إحساس بعدم الارتياح
---------------------	--

(صموئيل كورتيس، ص12)

2-أسباب اضطرابات النوم عند الأطفال:

تختلف أسباب اضطرابات النوم عند الأطفال بحسب العمر، فالطفل دون الستة أشهر قد يضطرب نومه إذا تبول وهو نائم أو تبرز، وقد يستيقظ بسبب الجوع، أو لارتفاع درجة حرارته، كما أن الغازات والمغص وحدوث الالتهابات الجلدية في منطقة الحفاض ينتج عنها اضطراب في النوم.

إلا أن سبب اضطراب النوم يختلف عند الأطفال فوق الستة أشهر، فهناك العديد من الأشياء التي تكون سبباً في ذلك.

خوف الطفل وإحساسه بعدم الأمان لما يشاهده من خلافات بين والديه، قد يحدث

اضطراباً في نومه، كما أن أسلوب التخويف في تربية الأبناء، أو رؤية الأفلام المخيفة ومشاهد العنف وقراءة القصص المخيفة قبل النوم، قد تسبب الاضطراب أيضاً.

وقد يلجأ بعض الأطفال إلى الاستيقاظ كأسلوب لجذب انتباه الوالدين للاهتمام به، أو

تكون بعض الأمراض الجسمية سبباً في اضطرابات في النوم، لما تحدثه من اضطرابات

فيزيولوجية في الجسم، ويعد حصول الطفل على قسط من النوم خلال النهار سببًا لاستيقاظه في الليل وقد أخذ كفايته من النوم. (<https://www.enabbaladi.net>) تهاني مهد)

3-اضطرابات النوم عند الطفل:

3-1 رعب النوم أو الذعر الليلي:

هي نوبات من الخوف الشديد التي تبدأ بصرخة مفاجئة أو الصراخ بصوت عال ويرافقه زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، انها الأكثر شيوعا في الأطفال ما قبل سن المراهقة.

وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين مستويات القلق وباراسومنياس في الأطفال، ما تبين معه أن زيادة القلق يرتبط مع زيادة انتشار الذعر الليلي والاستيقاظ ورعب النوم يختلف عن كوابيس، حسب الجدول التالي:

الفرق بين الرعب الليلي والكوابيس:

الكوابيس	الرعب أو الذعر الليلي
الأطفال في حالة يقظة	الأطفال نائمون
الطفل يتذكر التفاصيل	الطفل لا يتذكر التفاصيل
يمكن ان يشعر الأطفال بالراحة كما يمكنهم التواصل مع آخرين	لا يشعر الطفل بالراحة أثناء النوبة

الحركة او الكلام معدوم حتى الاستيقاظ	يمكن للأطفال الجلوس أو المشي وكذلك التحدث أثناء النوبة
--------------------------------------	---

(صموئيل كورتيس، ص 18)

يستغرق الرعب الليلي وقتاً يتراوح بين ثوانٍ إلى عدة دقائق، لكن قد تستمر النوبات لفترة أطول، ويؤثر على نحو 40% من الأطفال، ونسبته أقل من الكبار، وغالبًا ما يتخلص منه معظم الأطفال في سن المراهقة، اضطرابات النوم: الأرق، فرط النوم، المشي أثناء النوم(الروبسة)، الكوابيس والرعب الليلي.

أسباب الرعب الليلي:

يمكن أن تساهم عدة عوامل في مشكلة الرعب الليلي مثل:

-قلة النوم والإرهاق الشديد.

-الحمى.

ويمكن للرعب الليلي أن يصيب الشخص بسبب مشكلات كامنة ورائه تتدخل بنومه مثل:

-اضطرابات التنفس أثناء النوم التي تشمل أنماط التنفس غير الطبيعية أثناء النوم، وأكثرها

شيوعا هو توقف التنفس أثناء النوم.

-تناول بعض الأدوية.

-الاضطرابات المزاجية مثل الاكتئاب والقلق.

المضاعفات والتشخيص:

يمكن أن تنتج عدة مضاعفات عن نوبات الرعب الليلي وتشمل:

-الإفراط في النوم خلال النهار، ما يمكن أن يؤدي إلى صعوبة في الذهاب للعمل أو

للمدرسة، مواجهة مشكلات في أداء المهام اليومية.

-اضطراب النوم.

-الشعور بالخجل من الرعب الليلي أو مواجهة مشكلات في العلاقات.

-إصابة الشخص نفسه أو نادرًا إلى شخص موجود حوله، ولتشخيص الرعب الليلي يخضع

المريض لفحص جسدي لتحديد أي مشكلة ممكن أن تكون كامنة وراء نوبات الرعب الليلي،

التحدث مع الطبيب حول الأعراض التي يمر بها وغيرها من الأمور.

وأحيانًا يقضي المريض ليلة داخل معمل اختبارات معين ليتم فحصه ومراقبة موجات

المخ، مستوى الأوكسجين بالدم، معدل ضربات القلب، التنفس وحركة الساقين أثناء

النوم.(رغدة مرزوق، 2018)

3-2 باراسومنيا(خطل النوم)

باراسومنياس NREM هي سلوكيات مضطربة والتي تحدث أثناء النوم، وتشمل المشي في النوم، الذعر الليلي التكلم في النوم (النوم والكلام)، واضطرابات الحركة الايقاعية معدل انتشار الاضطرابات النفسية في الأطفال الذين يعانون من باراسومنياس منخفض جدا، وقد تم تسجيل خطل نموي واحد على الأقل عند سن 13 عاما بنسبة عالية، تصل 78%، على الرغم من هذه الحالات نادرا ما تتطلب التدخل الطبي، فإنه يمكن أن تكون مقلقة جدا للآباء والأمهات (صموئيل كورتيس، ص15)

3-3 المشي أثناء النوم:

ويمكن له أن يبدأ في أي عمر بعد سن المشي، ولا سيما في عمر (4-8) سنوات وأكثر الحالات في سن (12) سنة، ويتوزع انتشاره بشكل متشابه بين الذكور والإناث. انه اضطراب محدد وحميد ولا يترافق مع اضطرابات نفسية أخرى عادة وهو يتحسن مع العمر ويختفي، إلا أن نسبة من هذه الحالات تستمر إلى مرحلة الرشد والشباب، أو أنها تختفي ثم تعود في مرحلة الشباب، وتستمر عدة سنوات بين اشتداد وهجوع. ونسبة حدوث نوبة واحدة على الأقل من المشي أثناء النوم عند الكبار هي (1-7%)، وعندها يمكن أن تترافق مع اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو اضطرابات الشخصية) المشي أثناء النوم،

alghad.com)

المشي أثناء النوم هو شائع نسبيا في مرحلة الطفولة مع معدلات مع معدلات انتشار

سنوية تقدر ب 17%، (Szelenberger وآخرون، 2005)، محاولة ايقاظ الطفل في

كثير من الأحيان صعبة وربما تزداد معه الحالة سوءاً مثل زيادة البلبلة (عدم الإدراك) والارتباك .

على الرغم من أن المشي في النوم نادراً ما يؤدي إلى ضرر إلا أنه من الممكن لنوبة المشي أثناء النوم أن ينتج عنها يقظة مرتبكة مشوشة مع التحدث وعدم القدرة على استدعاء الأحداث في اليوم التالي)، ومع احتمال حدوث حوادث عنيفة (لنفسه أو الآخرين) بشكل أكبر (صموئيل كورتيس، ص 17)

وفي دراسة هذا الاضطراب تبين أن هناك عاملاً وراثياً وراء عدد من الحالات، حيث ينتشر الاضطراب في نفس العائلة. وعندما يصاب أحد أفراد الأسرة فإن نسبة (10-20%) من أقرباء الدرجة الأولى يظهر لديهم هذا الاضطراب. ولا يزال العامل الوراثي غير محدد. كما أن هناك عدداً من المثيرات لنوبات المشي أثناء النوم ومنها القلق والتوتر والخوف وامتلاء المثانة والضجيج والحرمان من النوم وارتفاع الحرارة وأيضاً نوبات الصداع النصفي واستعمال الكحول وبعض الأدوية النفسية.

التشخيص الفارق:

لا بد من تفريق اضطراب المشي أثناء النوم عن نوبات الخوف أو الرعب الليلي، حيث يقوم الطفل من فراشه بحالة ذعر وخوف شديدين وتتزايد ضربات القلب ويحدث التعرق وغير ذلك، وهذا لا يحدث في اضطراب المشي أثناء النوم، كما يجب تفريقه عن الكابوس أو الحلم

المزعج المخيف، وفيه يتذكر الطفل أو البالغ تفاصيل عن الحلم الذي أزعجه كما أنه يحدث في آخر الليل عادة. المشي أثناء النوم، (alghad.com)

أعراض الإصابة بالأرق لدى الأطفال

بشكلٍ عام يحتاج الأطفال إلى المزيد من النوم أكثر من البالغين، ويختلف هذا على

أساس العمر، فقد ينام الطفل حديث الولادة مدة 16 ساعة في اليوم.

في عمر 3 سنوات يصل معدّل النوم إلى نحو 12 ساعة يومياً، وقد يحصل الأطفال

في هذه المرحلة العمرية على غفوة أو اثنتين خلال اليوم للحصول على الراحة الكافية، ومع بلوغ سن الرابعة أو الخامسة سيتوقّف معظم الأطفال عن أخذ غفوة النهار.

تبدأ أعراض الأرق في الظهور لدى الأطفال الذين لا ينامون بما فيه الكفاية، ومن هذه

الأعراض:

1 - الاستيقاظ مُبكراً في الصباح، ربما يستيقظ في الفجر أو قبله دون أن يتمكن من العودة للنوم.

2 - عدم القدرة على الانتباه إلى المهام المطلوبة منه في البيت أو المدرسة.

3 - ارتكاب أخطاء غريبة وغير مُبررة تتم عن عدم التركيز، كما أنه يواجه مشكلات في الذاكرة.

4 -يصبح الطفل عدوانياً وعصبياً بدرجة كبيرة.

5 -الشعور بالإرهاق والتعب طوال الوقت.

6 -الشعور بالنعاس والرغبة في النوم أثناء النهار.

أسباب الأرق لدى الأطفال

يمكن أن يكون الأرق أساسياً أي أنه في حد ذاته هو المشكلة، وقد يكون ثانوياً أي يكون أحد أعراض مرضٍ ما، وفيما يلي بعض الأسباب التي تسبب حدوث الأرق لدى الأطفال، سواء أكان أساسياً أو ثانوياً:

-الضغط النفسي

الضغط النفسي هو أحد الأسباب الرئيسية للأرق عند الأطفال، خاصة المراهقين، والذين يكون لديهم بعض الضغوط النفسية مثل: الضغط الذي يتعرض له في المدرسة، والمخاوف غير الواقعية من شيء أو شخص ما، والمضايقة التي يتعرض لها من بعض أقرانه.

فإذا اشتكى الطفل من الأرق، فيجب التحدث معه للوصول إلى السبب، كما يجب دائماً تحقُّق أولياء الأمور من المعلمين في المدرسة أن كل شيء على ما يرام هناك، الأهمُّ من ذلك، هو التأكد من أن كل شيء في المنزل يعمل بسلاسة، ولا يوجد اضطرابات تُهدد

السلامة النفسية للأطفال وتعرضهم للضغط النفسي، فالأطفال حساسون للغاية، وتُسبب لهم المشاجرات المنزلية بين الوالدين إزعاجاً بالغاً وتُبقِيهم مستيقظين في الليل.

-الاضطرابات النفسية والجسدية

يميل الأطفال الذي يُعانون من مشكلات الصحة العقلية مثل الاكتئاب والقلق إلى

مواجهة صعوبات في النوم أيضاً، كما أنه هناك بعض الحالات الطبية الأخرى التي لا تُمكن الطفل من النوم، مثل: تقلصات العضلات، الألم العضلي الليفي، توقف التنفس أثناء النوم، وغيرها من المشكلات المزمنة.

كذلك فقد تؤدي الإنفلونزا والربو المزمن واضطرابات التنفس الأخرى إلى إبقاء الطفل مستيقظاً خلال الليل لمدة قد تصل أسابيع، كما يعاني أيضاً الأطفال الذين لديهم اضطرابات سلوكية مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من الأرق واضطرابات النوم. (اسراء

المحمد، 2019)

3-5 فرط النوم:

إنَّ الأطفال في سنِّ المراهقة يحتاجون حوالي 9 ساعات من النوم يومياً؛ ذلك للمحافظة على درجة جيدة من التّركيز والاستيقاظ باكراً، لكن الواقع يختلف تماماً، فإن ربع المراهقين ينامون بمعدل 5 - 6 ساعات يومياً، حيث يعتبر المراهقون أنّ المذاكرة، قضاء وقت مع الأصدقاء، اللعب على ألعاب الفيديو، استخدام الهاتف الجوال حتى ساعات

متأخرة، أهم من النوم المبكر. يساعد الاضطراب معدل النوم لدى المراهقين في مواجهتهم
لاضطرابات سلوكية، أيضاً مواجهة صعوبات في التعلم، إلى جانب الإصابة بارتفاع ضغط
الدم وارتفاع نسب الدهون بالدم، ربما أيضاً زيادة في الوزن.

(روان العتوم، اضطرابات النوم لدى المراهقين، 2020)

4- مآل اضطرابات النوم:

في حال تواصلت اضطرابات النوم دون تلقي العلاج فمن الممكن أن تتسبب بأضرار من

ضمنها:

- اضطراب في القدرة على التركيز.

- تضرر القدرة على الانتباه.

- عدم الهدوء.

- إضرار في الذاكرة.

- تحصيل علامات منخفضة في امتحانات الذكاء.

- تردي التحصيل الدراسي.

بالإضافة إلى اضطرابات سلوكية مشابهة لتلك الموجودة لدى الأطفال المصابين

بقصور الانتباه مصحوبة وغير مصحوبة بفرط الحركة، وتشمل هذه السلوكيات فرط الحركة،

الاندفاعية، صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية، تصرفات عدوانية ونطاق واسع من الصعوبات التعليمية، قد يؤدي انقطاع النفس النومي الانسدادي لدى الرُّضّع والاطفال إلى خلل في النمو والتطور وفي بعض الحالات القصوى إلى تضرر القلب.

(اضطرابات النوم عند الأطفال، www.webteb.com)

استشارة
بوققدام
سهير

الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

1-مدخل للعصاب عند الطفل والمراهق:

1-1 مفهوم العصاب:

هو اضطراب نفسي المنشأ أين يجد الطفل نفسه امام صراع داخلي لا شعوري يولد له قلقاً، مما يدفع "الانا" الى استعمال الآليات الدفاعية التي تعمل على كبت وتحويل هذه الدوافع نظراً لتناقضها مع معايير "الانا الاعلى"، فادا نجحت التدابير الدفاعية لا تظهر الاعراض، وان فشلت ولو جزئياً فان تلك الرغبات تفرض وجودها على مستوى الشعور بطريقة رمزية في شكل اعراض مرضية عصابية.

1-2 مفهوم العصاب الطفولي:

ظهور اعراض ذات طابع عصابي مرضي، في مرحلة الطفولة لا تعني عصاب مرضي، لان الطفل لا يزال في مرحلة نمو، كما ان ظهور العصاب عند الراشد ليس الا إعادة لنشاط العصاب الطفولي، أسهمت في تكوينه وبلورته أزمات نفسية جديدة. (نوف،

ترجم شاهين، ص 259)

في العصاب الطفولي تظهر الصراعات بين الرغبات والقوى العميقة المكتسبة التي تكونت في "الانا"، وتؤكد "ميلاني كلاين" على ان القلق الطفولي الذي هو من بعض مظاهر

العصاب والمتمثل باضطرابات النوم والصعوبات الغذائية والرهاب، فعند الطفل قد يتخذ هذا القلق اشكال عدة، سواء باضطراب النوم او اليقظة المبكرة... الخ (نوف، ترجمة شاهين، ص262)

1-3 مراحل ظهور العصاب عند الطفل:

في هذا الإطار يشير "برجري" Bergeret ، الى ان العصاب عند الطفل يمر بثلاثة مراحل هي:

• العصاب الطفولي (3 سنوات):

ينشأ خلال المرحلة الاوديبية، كرد فعل لقلق الاخضاء Castration ، وتختلف اعراضه من طفل لآخر، وهي:

- حصر Angoisse ، مخاوف (خوف من حيوانات، ظلام... الخ)

- طقوس Rites ، قد تمس النوم، الملبس، الاكل.

-شكاوى متكررة بخصوص الجسم، تتطور شيا فشيا، الى آلام معدية عند الذكور، وصداع نصفي عند الاناث.

هذه الاعراض مؤقتة وتزول بمجرد ما يتجاوز الطفل مرحلة الازمة، ويتمكن من حل

عقدة اوديب، لدى يعتبرها Freud ، عصاب طبيعي عادي يرافق نمو الطفل.

ويحبذ الكثير من المختصين، من بينهم "ميلاني كلاين" Milany Klayn التحدث عن

الحالات العصابية عند الطفل، بدلا من العصاب عند الطفل.

• الحالات العصابية عند الطفل :

لا تظهر الحالات العصابية عند الطفل الا بعد تجاوزه السن 4 سنوات، وهي

استمرارية للعصاب الطفولي، وهي نتاج لعدم القدرة على حل الصراع الاوديبي، من اعراضه

صلابة الميكانزمات الدفاعية، مما يدل على عدم التكيف. ومنه يشير "برجري" الى إمكانية

ظهور ثلاث اشكال للحالات العصابية: الطفل الرهابي، الطفل الهستيري، الطفل الاستحواذ

(الوسواس).

هذه الحالات العصابية قابلة للشفاء.

• سن البدا:

تختلف سن ظهور الحالات العصابية باختلاف الاعراض لكن عموما:

• ظهور التنظيمات الاستحواذ : نهاية الكمون او البلوغ (10-12 سنة)

• ظهور الهستيريا : بداية مرحلة الكمون.

• الرهاب (مخاوف) : بداية مرحلة الكمون، او بداية المراهقة.

العصاب عند الطفل يتطلب تشخيصه الحذر لأنه مازال في طريق النمو وبروز
اعراض ذات طبع عصابي لا يعني عصاب منظم ومرضي وهنا نقول انا فرويد لتشخيص
عصاب عند الطفل يجب دراسة معمقة للحالة مع مراعاة النقاط التالية:

-هل الاعراض مؤقتة او دائمة.

-البحث عن سبب الاعراض هل هي ارتكاسيه لظروف معينه.

-الاليات الدفاعية هل هي مرنة صلبة مفرطة الاستعمال.

-مستوى تكيف الطفل مع الواقع.

-عتبة الإحباط.

-مدى تغلب القوى التطورية على القوى النكوصية

1-4 اسباب العصاب

•الوراثة:

حسب الدراسات تلعب الوراثة دورا في القابلية للعصاب اي لا يورث العصاب بل

الحساسية والتي يدعمها المحيط بظروفه الخاصة وبالصرعات التي تخلقها القيم والقوانين

الاجتماعية والثقافية.

•العوامل البيئية:

-المجتمع بعاداته وتقاليده ونوع التربية والعناية يؤثر على تكوين الشخصية

-تفكك العائلة واضطرابها يؤثر على توازن الطفل ونموه

-عدم الامن والاستقرار وغياب الثوابت متينة تضع الطفل في تعديد دائم وقلق متواصل

وخوف من الحاضر والمستقبل مما يزعزع اسس شخصيته

واساس الاضطراب النفسي هو غياب او ضعف الثقة بالذات والمحيط وعدم الامان

-العامل الجسمي فبعض الامراض الجسمية المزمنة تزعزع ثقة الطفل بنفسه وتنقص من

قيمه واعتباره لذاته وهذا يؤدي في بعض الحالات الى اضطرابات عصابية. (الاضطرابات

النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق،2014،)

الدرس 10:

العصاب القهري (الاستحواذ) عند الطفل:

هذا النوع من الاضطرابات لا يحدث في الطفولة المبكرة، وذلك بحكم نمو الطفل

الدهني، بعكس حالة القلق الذي يمكن ان نلاحظه عند الرضيع او حالة الخوف التي يمكن

ان نشاهد عند في مرحلة الرضاعة المتأخرة والرضاعة المبكرة 1 الى 3 سنوات، ذلك ان

العصاب القهري (الوسواس القهري) يتطلب نموا عقليا ودهنيا معينا.

هذا الاضطراب يمكن ان يبدأ ما قبل المدرسة الابتدائية وتستمر بعد ذلك وتتطور

بحكم نمو الطفل الزمني والدهني.

أسبابه:

-خبرات الطفولة القائمة على التشدد في أساليب النظافة.

-موت أحد الوالدين.

-تربية قاسية.

-عامل عضوي بيولوجي وفيزيولوجي.

الوسواس القهري يشكل أفكارا ومفاهيم طفيلية لا يقدر التخلص منها او السيطرة عليها،

وتتميز سلوكيات الطفل على انها متكررة ومتسلطة كعد أعمدة الضوء في الشوارع، او عد

النوافذ في المنازل او غسل اليدين بشكل متكرر يقي نفسه من ان يصاب بمرض معين عند

عدم غسل يديه.

والعصاب القهري عند الطفل لديه تأثير سلبي مسيطر وضاعط على سلوكه

وممارساته اليومية، وادا كان الوسواس القهري اكثر بروزا من مرحلة العشر سنوات وما فوق

من عمر الطفل واكثر تأثيرا في مرحلة البلوغ والمراهقة المبكرة 12-16 سنة من عمر الطفل

والمراهق/ ما يميز هذه الحالة عند الطفل 4-5 سنوات وحتى الجزء الاول من مرحلة

المدرسة الابتدائية 6-9 سنوات.

وهو الدافع او الميل للنزوات المتسلطة في ممارسة بعض الاعمال او التعلق ببعض الأشياء، وبشكل تعلقي بالشيء والانشغال به والشعور بالارتباط والانشغال به. (عبد المجيد الخليدي، 1997، ص110)

الهستيريا :

تحدث الهستيريا عند الطفل عندما تزداد حالة القلق لديه وعدم الرضا بحيث يحصل لديه نوع من الاستعراض العضوي المرضي بشكل مظهر مرضي محدد او بعدة ملامح مرضية هستيرية تحويلية.

واضطراب الهستيريا التحويلية لديه مظاهره الخاصة عند كل مريض حسب بيئته، لان العادات والتقاليد والعرف الاجتماعية تأثر على مكونات الطفل الثقافية والسلوكية.

والطفل المصاب بالهستيريا نجده مدللا واناني يجب عطف الآخرين ورحمتهم، كما انه يحب اطلاق الآخرين واتعابهم اما بغرض فرض ما يريده منهم او لعقابهم او للتخلص من موقف حرج.

اما النوع الثاني من عصاب الهستيريا، فهو عصاب الهستيريا الفصامي، فهو قد يظهر بشكل مرض عصبي بحث، كفقدان الذاكرة، الكاملة، او فقدان الذاكرة عن الماضي، ولا يتذكر من الماضي شيء لتألمه منه وشعوره بالقلق والخوف منه.

وقد تشاهد بعض حالات المرضية المصابة بنوع من تحلل الشخصية وفقدانها لذاتها

وهو ما يعرف باضطراب تعدد الشخصية الفصامية، ومن مميزات عصاب الهستيريا الفصامي الشكلي، انه لا يظهر بمظاهر عضوية الا نادرا جدا عند الأطفال. (عبد المجيد الخليدي، 1997، ص113)

إن الهستيريا كاضطراب تخص التنظيم العصابي للشخصية وهي تقسم إلى الهستيريا التحويلية التي تطرق إليها فرويد في أبحاثه أو الهستيريا كأزمة، ففي الطفولة قد نجد بعض المصابين بهذا الاضطراب ولكن العدد يعتبر جد ضعيف وهو يخص في معظم الأحيان جنس معين ما قبل العشر سنوات، ولكن الاختلاف يظهر ابتداء من 12 سنة، وذلك خاصة عند الفتيات وعند 15 سنة.

الأعراض الهستيرية تصبح تتشابه وتلك الموجودة عند الراشد (مثل الأوجاع العضلية، اضطرابات المشي، الإعاقات...إلخ)، "فرويد" يطرح فرضية أن العميل الهستيرى لديه نزوات لبيدية هامة وتقابليا "أنا" لم ينضج بعد، وليس لديه القدرة على التحكم أو إيجاد التوازن ما يجعل الجسم ككله يتحكم في الاستثمار اللبيدي (Vincent & Lebovici, 2004) .

أعراض الهستيريا عند الطفل:

في حال الإصابة بهذا الاضطراب النفسي، قد يعاني الطفل من هذه الأعراض

التالية:

-آلام الجسد واضطرابات المعدة مع زيادة الميل إلى القيء، والشعور بالغثيان.

-الصراخ العالي الذي يترافق مع الغضب الشديد.

-التغيرات السلوكية الواضحة والميل إلى العدوانية والرغبة بالأذية.

الشكاوى الوظيفية والمكاسب الثانوية:

تظهر الشكاوى الجسمية عند الطفل وتوصف بأنها هستيرية مثل الدوار، والقيء والآلام البطنية، غير أن الأمر لا يتعلق بإقلاب حقيقي (رمزي) ولكن ميكانيزم دفاعي انتقالي مؤقت أين يكون جسم الطفل المكان المفضل للتعبير، وحسب Ajuriaguerra أن التظاهرات الهستيرية هي تحويل وتجسيد للهوام كلغة في الجسم، بواسطة هذا الأخير الذي يعتبر وسيلة وليس ضحية.

حتى وإن كان للتظاهرات الهستيرية عند الطفل فوائد ثانوية تظهر في مقدمة الأسباب، إلا أن الفحص الطبي ضروري لإقصاء الجانب العضوي، كما يجب التأكد من عدم وجود إصابة أحد أفراد الأسرة بأعراض مماثلة. (اوميلي حميد، 2016، ص40)

الدرس 11:

المخاوف عند الطفل والمراهق :

تصدر مخاوف الطفل في الأشهر الأولى من حياته من أشياء مادية في محيطه، وما يثير انفعال الخوف عند الطفل في هذه الفترة الأصوات العالية المفاجئة أو ظهور شخص غريب، أو فقدان شخص خاصة الأم.

هذه بعض المنبهات التي قد تحدث الخوف لدى الطفل في السنة الأولى، إلى أن هذه المنبهات قد تفقد قوتها المثيرة ويحل محلها مثيرات ومواقف أخرى مع تقدم الطفل في العمر، ذلك أنه في الفترة بين 2-5 سنوات، نلاحظ أن منبهات الخوف تزداد في العدد وتختلف في النوع.

فيظهر في تلك السن الخوف من الأوهام والخيالات الخوف من المخاطر، من الحيوانات القريبة، من السخرية من الظلام ومن الأشباح، لكن في مرحلة الطفولة المتأخرة تزول هذه المخاوف نظراً للنضج العقلي للطفل. (مصطفى فهمي، ص 80)

بشكل عام، يمكن القول إن المخاوف تقل مع انتقال الطفل من الطفولة الأولى إلى المراهقة: الخوف من الظلام أو المخلوقات الشاذة (الغريبة) يختفي بشكل كلي عندما يبلغ الطفل عشر سنوات، والخوف من بعض الحيوانات، الملاحظ عند حوالي 8% من أطفال الـ 5-6 سنوات يقل بشكل ملحوظ عند المراهقين في عمر 31-41 سنة حيث لا يتعدى

الـ02%، ومن الملاحظ أن هذه المخاوف عند الطفل، وإن كانت شديدة التواتر، فإنها لا تكون حادة إلا في حالات نادرة (عند أقل من 5% من الحالات ما بين 7-12 سنة).

يضاف إلى ذلك كونها مؤقتة، لأبد من التوقف هنا عند نوع خاص من الخوف هو «الخوف من النبذ أو الرفض» الذي يمكن اعتباره بمنزلة الانفعال الأكثر مقاربة مع الخوف من الموت، الأصعب والأكثر ألماناً من بين كل المخاوف الملاحظة عند الراشد.

قد ينشأ هذا الخوف من النبذ منذ الولادة، إذ يرتبط بواقع المولود الجديد الذي يولد في حالة من عدم الاكتمال - حتى على المستوى الفسيولوجي - ويحتاج لمن يعتني به، يراعه ويمكّنه من البقاء بحالة طمأنينة. وهذه الحاجة إلى الطمأنينة تُشبع، غالباً وبشكل مثير للرضا، من قبل الأهل هذا واجبهم ومسئوليتهم، لكن، حين لا يشبع الأهل هذه الحاجة، وهذا ما يحصل في الكثير من الأحيان، يستتب عند الطفل المهمل شعور بالنبذ قد يرافقه طيلة حياته.

تجدر الإشارة هنا لاحتمال ملاحظة بعض الخوفات النمائية (أي المرتبطة بالنمو)

عند الطفل كخوف النوم، خوف المياه الحارة، خوف من اللعبة، خوف البلع... إلخ. لكن، تبين أن ليس هناك فرق، على الصعيد النوعي، بين طبيعة الخوفات النمائية وطبيعة

الخوفات الخاصة، مما يعني أن تشخيص الخوف يركز، عموماً وقبل أي شيء، على

معايير ذات طابع نوعي: استمرار الاضطراب (مدة ستة أشهر، على الأقل، هي أمر

مرفوض)، حدّة الاضطراب حدّة الإحساس بالألم عند الطفل وأهمية انعكاس الاضطراب سلبيًا على عاداته، على علاقاته مع الآخرين وعلى نشاطاته المدرسيّة والاجتماعيّة).

والإطار العائلي المرضي، يجب أن يؤخذ أيضًا في الاعتبار: وجود اضطرابات أم لا، موقف البيئة العائلية (تفهم مفرد أو محرّض من قبل الأهل) يبدو كل ذلك بمنزلة عوامل خطر تعزّز استمرار الخوف المرضي عند الطفل.

خلاصة القول: تتنوع اللوحة الإكلينيكية المميّزة للخوفات عند الطفل والمراهق تبعًا

للجنس والعمر، هناك اتفاق على مستوى معظم الدراسات، للقول إن نسبة تواتر الخوفات عند البنات هي أعلى منها عند الصبيان (لكن، دون معرفة السبب).

كما يرى بعض العلماء أن هناك فترات عمرية معينة لظهور الخوفات. مثلاً: قد

يظهر، عند الطفل الصغير، خوف العض، الأكل أو المطاردة من قبل الحيوانات (مهما كان حجمها وشكلها)، خوف الاتصال (لمس) مع حيوانات صغيرة تعتبر منقّرة، وخوف الظلام (يلاحظ مرتببًا بالخطر المتمثّل بالمخلوقات الخياليّة).

والمعروف أن الظلمة تساهم بنمو عدد كبير من الخوفات البسيطة) ما بين 2-3

سنوات، وانطلاقًا من عمر 4-5 سنوات، تلاحظ الخوفات من الجرح بسبب الغرق، النار أو

حادث معين، خوفات الحيوانات يلاحظ عمومًا ما بين 6-7 سنوات، خوف الدم يظهر

عمومًا في سن الـ9 سنوات.

وعند المراهق، تلاحظ خوافات الطائرة، التفريك، طيبب الأسنان، وضعيات الفحص. هذا، ويحدد الإطار الثقافي، بالإضافة إلى الإطار العائلي، نمط الخوافات التي قد تظهر في بيئة معينة دون أخرى.

كخلاصة نقول: يلاحظ معظم الخوافات خلال الطفولة ويقع متوسط بداية ظهورها كاضطراب، وتبعاً لنمط الخوافات، ما بين 6-21 سنة، كما يلاحظ انخفاض للخوافات مع التقدم بالعمر نظراً لكونها، عند الطفل، غير ثابتة وقد تظهر دون سبب يُذكر، كما قد تختفي أيضاً بشكل غامض، وهي لا تدعو، إلا في حالات نادرة، للاستشارة النفسية.

أما بالنسبة للتطور العام للخوافات البسيطة فهو غير معروف: فقد تبين وجود تحسن عند معظم المصابين بالخوافات دون علاج، لكن التحسن لا يعني بالضرورة الشفاء إذ قد تستمر أعراض الخوافات طويلاً عند عدد من الأفراد: هناك دراسات دافعت عن واقع استمرار الخوافات البسيطة عند الطفل حتى سن الرشد. (كريستين نصار، 2015)

المخاوف الأساسية خلال المراهقة:

-التخوف من التغيرات الجسدية والفسولوجية:
من الطبيعي ان تتمحور معظم أفكار المراهق، بخاصة في المرحلة الأولى للمراهقة، على صورته الجسدية وكيفية التكيف مع كل التغيرات الجسدية التي يمر بها، وتتميز هذه المرحلة بحدّة التقييم الذاتي، ما يثير أحاسيسه وتساؤلاته ومخاوفه.

أما أبرز المخاوف فهي:

• الخوف من عدم تقبل الآخرين :

لمظهره الخارجي وعدم الجاذبية، عند الفتيان كما عند الفتيات، حيث تكتسب المعايير

الشكلية الظاهرة (مثل مشاكل البشرة الدهنية أو ظهور البثور والنمش أو تركيب جسور

الأسنان المعدنية) أهمية كبرى في عملية التقييم الذاتي وتقييم الآخرين

• الخوف من أنه "غير طبيعي" مقارنةً بالآخرين، أي الأقران :

إن هذه المقارنة تتمحور، في معظم الأحيان، على ظهور أو التأخر في ظهور معالم

البلوغ الجنسي عند الفرد.

• الخوف المرتبط بالوظائف الجنسية :

في هذا الإطار، تلعب وسائل الإعلام وآلاف المواقع على شبكة الانترنت اليوم،

دورا "كبيرا" في ترويج صورة عن الجنس تختلف عن الصورة التي عرفتتها الأجيال السابقة،

فها قد أصبح موضوع الجنس في متناول الجميع.

• التخوف من تحمل المسؤولية، وعدم النجاح فيها:

خلال مرحلة المراهقة، يبدأ الاستعداد النفسي لتحمل المسؤوليات بالظهور: فالمراهق

يعي تماما" أنه في صدد مغادرة الطفولة والدخول الى عالم الشباب، ومع أنه لا يزال قريبا

من والديه ويحظى بعنايتهم، لكنّه في الوقت نفسه يشعر بأن الأمور باتت مختلفة الآن:

فكما أن جسده وتفكيره ومشاعره في تطوّر مستمر، كذلك فإن البيئة التي يعيش فيها أصبحت تفرض عليه متطلبات جديدة تتناسب مع هذا التطوّر.

إن تحمّل المسؤوليات يحمل الكثير من الايجابيات للمراهق، فالمسؤولية معرفة، وإثراء لأبعاد الشخصية، وتجربة غنيّة يحتاج إليها كل مراهق في مشروعه الحياتي الشخصي لكي ينضج ويطوّر قدراته العقلية ويكتسب القدرة على التحمّل والتدرّج نحو التحقيق الذاتي.

•التخوّف في مواقف الحوار والمواقف الاجتماعية:

هناك الكثير من المواقف الاجتماعية في الحياة اليومية التي تثير مخاوف المراهقين، مثل تسميع الدرس في الصف أو عرض مشروع على بقية التلاميذ، أو الاجابة على أسئلة محرّجة للأقارب في المناسبات العائلية الجامعة، أو مواجهة مدير المدرسة للدفاع عن رأي أو موقف ما.

•لتخوّف من عدم تقبّل الآخرين له:

إن قدرة المراهق على بناء الصداقات والانخراط في مجموعة من الأقران هي مؤشّر مهم لتكيفه النفسي والاجتماعي، أمّا العزلة الاجتماعية وعدم القدرة على الاندماج والاختلاط بالآخرين قد تكون سببا " رئيسيا" للمشكلات والاضطرابات النفسية(مخاوف المراهقين،

.(Mawared.org)

أسباب الهستيريا عند الطفل والمراهق:

•الخبرات المؤلمة :

يحدث القلق عندما يكون هناك ضيق نفسي، أو جرح جسدي ناتج عن خوف يشعر به الأطفال بالعجز، وبعدم القدرة على التكيف مع الحوادث والنتيجة هي بقاء الخوف الذي يكون شديداً ويديم فترة طويلة من الوقت، هناك مواقف تستشير هذا النوع من المخاوف، بعضها واضحة ومعروفة، بينما المواقف الأخرى غامضة ومجهولة.

•إسقاط الغضب :

يغضب الأطفال من سوء معاملة الأهل، ومن الشعور بالغضب يصبح لديهم رغبة في إيذاء الكبار، إن هذه الرغبة غير مرغوبة ومحرمة، لذلك يسقطها على الكبار، إن إسقاط الغضب أم طبيعي ولكن الإزعاج والمضايقة أو الإسقاط المبالغ فيه أو طویل الأمد ليس طبيعياً، بعض الأطفال والمراهقون لم يتعلموا تقبل غضبهم أو التعامل معه.

•السيطرة على الآخرين :

إن المخاوف يمكن أن تستعمل كوسائل للتأثير أو السيطرة على الآخرين، أحياناً أن تكون خائفاً الوسيلة الوحيدة والأقوى لجلب الانتباه وهذا النمط يعزز مباشرة الطفل لتكون له مخاوف، وهو يجعل الآخرين يتقبلون الطفل وهو يحصل على الإشباع عن طريق الخوف، مثاله الخوف من المدرسة.

فالطفل يظهر خوفه من المدرسة حتى لا يذهب إلى المدرسة، والبقاء في البيت، وإذا كان الوالدان يكافئان الطفل على الجلوس في البيت الأمر الذي سيجعل الطفل يشعر أن الجلوس في البيت تجربة مستمرة وممتعة بالنسبة له وبالتالي يجعل الخوف مطيه له للسيطرة على الآخرين وقد يتحول هذا الخوف إلى عادة.

•الضعف الجسدي أو النفسي :

عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى فإنهم سيميلون غالباً للجوء إلى الخوف خاصة إذا كانوا في حالة جسدية مرهقة وإذا كان فترة هذا المرض طويلة، إن هذه الحالة من المرض تقود إلى مشاعر مؤلمة وتكون المكيانزمات النفسية الوقائية عند الطفل لا تعمل بشكل مناسب، وبالتالي فإن الأطفال ذوي المفاهيم السالبة عن الذات والذين يعانون من ضعف جسدي يشعرون بأنهم غير قادرين على التكيف مع الخطر الحقيقي أو المتخيل.

•النقد والتوبيخ :

إن النقد المتزايد ربما يقود الأطفال إلى الشعور بالخوف، يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح، ويبررون ذلك بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون، ولذا فإن التوبيخ المستمر على الأخطاء يقود إلى الخوف والقلق، وسوف يعم الطفل شعوراً عاماً بالخوف، وبالتالي فإن الأطفال الذين ينتقدون على نشاطاتهم وعلى تطفلهم ربما يصبحون خائفين أو خجولين.

•الاعتمادية والقوة :

إن الصراحة والقسوة تنتج أطفالاً خائفين أو يخافون من السلطة، إنهم يخافون من المعلمين أو الشرطة، وإن توقعات الآباء الخيالية هي أيضاً من الأسباب القوية والمسئولة عن الخوف عند الأطفال، وعن فشلهم، حيث أن الآباء الذين يتوقعون من أطفالهم التمام في جميع الأعمال غالباً يتكون عن أطفالهم الخوف، ولا يستطيعون أن سلبوا حاجات الآباء، ويصبحون خائفين من القيام بأي تجربة أو محاولة خوفاً من الفشل.

•صراعات الأسرة :

إن المعارك الطويلة الأمد بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأطفال تخلق جوّاً متوتراً وتحفز مشاعر عدم الأمان، وبالتالي يشعر الأطفال بعدم المقدرة على التعامل مع مخاوف الطفولة حتى مجرد مناقشة المشاكل الاجتماعية أو المادية التي تخيف الأطفال.

علاج مشكلة الخوف عند الأطفال:

علاج الخوف عند الأطفال:

•إزالة الحساسية والحالة المعاكسة :

إن الهدف هو مساعدة الأطفال الحساسين جداً والأطفال الخائفين، حتى يكونوا أقل حساسية وبطنوا الاستجابة لمجالات حساسيتهم، والقاعدة تقول إن الأطفال تقل حساسيتهم للخوف عندما يرتبط هذا الشيء المخيف مع أي شيء سار.

•مشاهدة النموذج :

يمكن استعمال الأفلام للتقليل من مخاوف الطفل وتعويدته على مشاهدة مواقف أكثر إخافة ويمكن أن يرى الطفل مواقف تحفزه على الشيء.

التدريب: إن التدريب يمكن الأطفال أن يشعروا بالراحة عندما يكررون أو يعيدون مواقف مخيفة نوعاً ما.

•مكافأة الشجاعة :

وذلك بامتداح كل خطوة شجاعة يقدم عليها الطفل وتقديم الجوائز له، وكون الطفل يتمكن من تحمل جزء من موقف يخيفه فيجب مكافأته عليه.

•التفكير بإيجابية والتحدث مع النفس :

بأن يقال للطفل أن التفكير في أشياء مخيفة يجعلهم أكثر خوفاً وأما التفكير بإيجابية تعود إلى مشاعر أهدأ وإلى سلوكيات أشجع.

•إن معظم مخاوف الأطفال مكتسبة وفقاً لنظرية التعلم الشرطي أو التعلم بالاقتران والتقليد، فالخوف استجابة مشتقة من الألم، فطفل هذه المرحلة يتمتع بقدرة عجيبة على التوحد بين

الوالدين في استجاباتهم الانفعالية المتصلة بالخوف وعليه يجب مراعاة الآباء لمخاوف أبنائهم ليساعدهم ذلك في تخطي العديد من مخاوفهم. (أمجد قاسم، 2013)

الدرس 12:

الدهانات عند الطفل والمراهق:

أصبح الدهان عند الطفل في عصرنا هذا يصنف ضمن الطب العقلي للأطفال، وهي المكانة التي كان يشغلها التخلف العقلي في بداية هذا القرن.

في البداية كانت هذه الدهانات متجاهلة من قبل المختصين، بعدها بدأ الاهتمام بها وبدرجات متفاوتة، الى ان أصبحت لدى الأطباء العقليين بمثابة المرجعية الأساسية لتشخيص هذا النوع من الاضطرابات.

تعريف الاضطرابات الدهانية:

هي اضطرابات عامة تصيب التطور العقلي وتتلف بصفة خطيرة كل النظم الوظيفية للشخص (الفكرية، المعرفية، الاجتماعية، العقلانية، العاطفية)، كما انها تصيب بدرجات متفاوتة الشدة المكتسبات، الاتصالات والتفاعلات.

هذه الاضطرابات تعتبر مزمنة، وتخلق اضطرابا دائما في الشخصية، حسب عمر ظهورها، فغالبا ما تظهر الاعراض في الطفولة المبكرة، والتي تحدث خلافا في النمو العقلي لدى الطفل.

بالنسبة للاضطرابات الدهانية عند الطفل والمراهق تأثر على القدرات والمعارف

المكتسبة من قبل وتتلوها، وكلما كان ظهور الاضطرابات مبكرا كلما كان خطيرا.

(احسن بوبازين، 2009، ص 148)

ومنه سوف نتطرق في هذا الدرس الى اهم أنواع الدهانات الطفلية، والمتمثلة في:
الدهان التكافلي، الدهان المبكر والتوحد، الفصام الطفلي.

1-الدهان التكافلي:

حسب M. Mahler تتكون هوية الطفل في ثلاث مراحل نمو العلاقات للموضوع:

-مرحلة توحيدية ان لم يتجاوزها الطفل فيبقى في مستوى التوحد ولا يرقى الى الموضوع ولا يعي لا بالأخر ولا بذاته

-المرحلة التكافلية اساسية للنمو لكن ان لم يتجاوزها فيبقى تابعا ويرغب في الاندماج والانتكالية

-مرحلة تشخيصية وبها يرقى الطفل الى مستوى ذات حرة مستقلة عن الاخر.

الذهان التكافلي حدده " ماهر " وتعتب ان الطفل توصل الى المرحلة الثانية

وتوقف فيها اعراضه تظهر على أساس استثمار (توظيف) ضخم ومفرط للام فالام والطفل يعيشان في تكافل جزئي يسمح لبداية التمايز انا/اخر لكنه غير كاف لتشخصية ذاتية تسمح بالاستقلالية مما يجعل الطفل في علاقة اتكالية مما يعطي سلوكا متكافئا تبعية ورفض ونبذ في النفس الوقت نسميه ايضا ذهان ثانوي يعيش الطفل في وحدة مع امه وفصلهما يعني اثاره قلق لا يطاق.

ويظهر في:

-غضب محطم.

-مخاوف الليل.

-استحواذ.

-اضطراب اللغة.

-احيانا يرفض الاتصال.

-توقف اللغة وتطور نحو الخرس.

-نكوص هام عند الطفل.

واعراض ذهانية تتمثل في:

-انطواء شذوذ ونكوص لغوي

-اضطراب الاكل

-اضطراب الصورة الجسمية

-ذهان مرحلة الكمون

ما بين (5-12 سنة) من خصائص المصابين في هذه المرحلة انهم كونوا وسائل

اتصال مثل اللغة خاصة وامكانيات معرفية لم يكتسبها الصنفان السابقان يظهر بطريقة

مفاجئة او تدريجية في الحالة الثانية لا يبالي محيط الطفل بالاضطراب لا بعد مدة وخاصة عند تأخره واضطرابه في المدرسة.

تتميز الاضطرابات بانعزال تدريجي وانطواء واضطرابات الطبع غالبا ما تظهر

الاعراض بعد حوادث صادمة تهدد الكيان ونرجسية الطفل وتحيي حصر التفريق والتلاشي

الاعراض عديدة وتتمثل في:

-اضطراب العلاقات العائلية والسلوك

-انطواء وانسحاب مفاجئ او تدريجي من العالم

-قلق الانتماء

-سطحية العلاقات

-برودة الانفعال

-نقص في النشاط ويمكن ان يصل الى نشاط فقير ونمطي

-من ناحية اللغة خلط في الكلام وضعف التركيز الفكري

-اعراض رهائيه

-اعراض استحواذيه

- من ناحية الطبع نجد ميول الى الاكتئاب واللامبالاة تارة وانفجار وافراط في النشاط

-عدوانية نحو الذات والآخر

-احيانا القلق يظهر في الحياة الخيالية (الخوف من الموت)

-اضطراب الحياة المدرسية يجد الطفل صعوبة في تتبع فكر الاخر وصعوبة فهم الدروس
كما يفقد مبادرته مما يجعله يجد صعوبة في متابعة الدروس والتركيز.

-من ناحية الهذيان والهلوسة حيث ان هذه الاعراض اساسية في ذهن الراشد لكن حسب
دراسات لا تظهر الافكار الهذيانة قبل 6 سنوات، godfar.ajuriaguerra يشيران الى
احساس الطفل بغرابة وصعوبة الوعي بجسمه كوحدة ثابتة (تجزء وتغشي حدود الجسم او
لبعض اجزائه) مع القلق و laroche يتكلم عن ازالة الذاتية المؤقتة خلط بين الانا والآخر
وبين الاشياء والناس لكن لا يوجد هذيان منظم لوجود امكانات التطور عند الطفل الهلوسة
نادرة عند الطفل رغم ان I.Bender -Jaffe يشيران الى هلوسة سمعية وبصرية عند اطفال
يتابعون دراستهم.

اما اضطرابات اللغة فتعبر عن:

-الفكر الفصامي تفكك وتنافر

-تفكير غامض ومغلق

-ثرثرة بدون معنى

-الخرس يظهر بعد 10 سنوات ويكون تام او جزئي

(الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، 2014، educapsy.com)

الدرس 13:

2-الدهان المبكر والتوحد:

استخدمت مصطلحات عديدة للإشارة إلى التوحد مثل ذهان الطفولة، الانانية أو الانشغال بالذات، الاحترازية، الانكفاء، الذاتية، الطفولية، الاوتيزم، إلا أن هناك شبه أجماع بين الباحثين والمختصين في العالم العربي في الآونة الأخيرة على استخدام مصطلح التوحد حيث أن تعدد التسميات يؤدي الى التداخل وإساءة الفهم في بعض الأحيان.

ومن ضمن ما أشار اليه العلماء المختصين في العجز النفسي، هو التوحد إذ يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة للطفل ولوالديه، وأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، والافراد من حوله، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغربة أنماط السلوك المصاحبة له.

ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى (رافد صباح التميمي، 2017ص31) وعام (1992) أوردت منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب التوحد في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض ICD 10-تحت اسم «التوحد الطفولي»، وعرفته بأنه اضطراب نمائي شامل يتمثل في نمو غير عادي أو مضطرب أو كليهما معاً.

ويظهر في السنوات الثلاث الاولى من حياة الفرد، ويأخذ شكل أداء غير عادي في

المجالات الثلاثة التالية: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوك والمحدد النمطي .

وفي عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA الإصدار الرابع

للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية 4-DSM-موسعة مفهوم الاضطرابات

النمائية الشاملة تجاوباً العت ارض الكثير من الباحثين حول استخدام مصطلح الاضطرابات

النمائية غير المحددة الذي لا يساعد في تقديم اقتراحات علاجية، إذ قدمت الجمعية في هذا

الإصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم تحت مظلتها الاضطرابات التالية:

Asperges syndrome أسبيرجر متلازمة / Autism Disorder التوحد اضطراب /

ومتلازمة ريت s'Reet syndrome / واضطراب الانتكاس الطفولي، ويطلق البعض عليه

اضطراب الانحلال أو التفكك أو التحلل الطفولي بدلاً من كلمة الانتكاس

Disintegrative Childhood وأخيراً الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة البعض

يطلق التي التوحد غير النمطي Atypical Autism . (رافد صباح التميمي، 2017،

ص33)

أنواع طيف التوحد الطفلي:

•متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome:

هي قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، اخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير في كل شيء سواء في الاكل او الملابس، وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي. معظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية، او معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديهم تأخر النطق، ينشغلون ويلعبون في اغلب الأوقات بشيء واحد، لديهم حساسية كبيرة من الأصوات، كما ان بعض الأطفال لديهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل: قدرة غير عادية في الحفظ .

•متلازمة الكروموسوم الهش: Fragile X Syndrome

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الانثوي X ويظهر في 10% من أطفال التوحد خاصة الذكور، معظم هؤلاء الأطفال لديهم تخلف عقلي بسيط او متوسط، ولطفل صفات معينة مثل بروز الاذن، كبر مقاس محيط الرأس ، مرونة شديدة في المفاصل، غالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.

•متلازمة لاندو-كليفنر Landau-Kleffner Syndrome :

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في اول ثلاث الى سبع سنوات من العمر لكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، غالبا ما يشخص الطفل خطأ على انه اصم، هناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة، من الاعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه، عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري، قصور المهارات الحركية.

•متلازمة كوت Kott Syndrome :

تحدث لدى الاناث في معظم الحالات، تتمثل اعراضها في عدم القدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين اراديا.

•متلازمة سوتوس Sotos Syndrome :

تسبب سرعة كبيرة في النضج، وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة.

•متلازمة وليامز Williams Syndrome :

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي، الحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعلق بالأشياء غير الطبيعية.

(سوسن شاكر مجيد، 2010، ص31)

اعراض التوحد الطفولي:

من اهم الاعراض الحسية والاجتماعية والانفعالية والادراكية التي تتصف بها الأطفال

التوحيدين، ما يلي:

-ضعف التفاعل الاجتماعي:

غالبا ما يكون الأطفال التوحيدين بمعزل عن الآخرين، وهم متحفظون، يقيمون اتصالات قليلة وعلاقات قليلة مع الراشدين والأطفال، كما تظهر عليهم اعراض الانسحاب الاجتماعي، والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما لا يشاركون الأطفال اللعب.

كما ان الطفل الرضيع لا يستجيب للحمل والاحتضان، ويتجنب الطفل الأكبر سنا والنظر في وجه الآخر، ويمتتع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين.

-البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق او اظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدين الى ان طفلهما لا يعرف أحدا ولا يهتم بان يكون وحيدا او في صحبة الآخرين، فضلا عن القصور والاختناق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.

فلا يدلون اية استجابة عندما يحاول الآباء ابداء العاطفة او الحب او محاولات تدليله او ضمه او تقبيله او مداعبته بل وربما لا يجدان منه الاهتمام بحضورها او غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما، فمن النادر ان يبدي عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النعمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

-ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

تبدو على أطفال التوحد كما لو ان حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي الى الجهاز العصبي، فادا مر شخص قريب منه وضحك او أصدر صوتا امامه، او نادى عليه فانه يبدو كما لو لم يرى او يسمع او انه أصابه الصمم او كف البصر، كما يعاني أطفال التوحد من عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقديرهم للمخاطر.

-ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين:

يعاني بعض الأطفال التوحديين، من ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين، وبعض الأطفال لا يتعلمون الكلام ابدا كما ان هناك كثيرا من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين فقد يردد الطفل ما قد يسمعه وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال وتعرف بظاهرة المصاداة Echolalie .

كما لديه حذف بعض الكلمات الصغيرة واستخدام الضمائر بصورة مشوشة وخاطئة

حيث يستعمل "انت" عندما يريد ان يقول "انا" وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة

على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل، ولقد اسماها "كانر" لغة مجازية Métaphorique Langage، ويكون الكلام على وتيرة واحدة.

اما التواصل غير اللفظي مثل تعابير الوجه والايماءات فغائبة او نادرة، اما النمطية اللفظية Verbal Stéréotypes فيشمل تكرار الكلمات او الجمل دون اعتبار للمعنى، ولدى الأطفال الأكبر سنا تكون الآلية اللفظية شاملة لذاكرة طويلة الأمد مثل: إعادة نفس كلمات اغنية سمعها قبل ذلك بسنوات او مناسبات تاريخية، حيث ان هذه المعلومات تتكرر مرات عديدة دون اعتبار للموقف الاجتماعي ومناسبة ذكرها من عدمها.

-إيذاء الذات:

يثار الأطفال التوحديين في سلوك عدواني موجه نحو افراد اسرته او أصدقائه او المختصين العاملين على رعايته وتأهيله، يتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والضرب، او في شكل تدمير أدوات او اثاث، وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي، او يضرب رأسه في الحائط او بعض الأثاث بما يؤدي لإصابة رأسه بجروح او كدمات او اورام او قد يتكرر ضربه او لطمه على وجهه بيديه.

-فقدان الإحساس بالهوية الشخصية:

يبدو على الأطفال التوحديين بأنهم لا يعرفون بوجود هوية شخصية او ذات خاصة بهم، وكثيرا ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والامساك بها كما لو كانت أشياء جامدة الى درجة إيذاء أنفسهم او يتخذ الأطفال أوضاعا خاصة في الوقوف او الجلوس وكأن اجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم.

-القلق الحاد :

تسبب بعض الأشياء العادية والمألوفة القلق الحاد للطفل، في حالة تغيير روتين الحياة اليومية، فيصبح الطفل حزينا اذا تغيرت البيئة المحيطة به، مثلا اذا تم تغيير الأثاث من موقعه من مواقعه المعتادة او اذا افتقد الشيء مألوف لديه، من جهة أخرى يعاني الطفل من شذوذات الوجدان مثل التقلب الوجداني (الضحك والبكاء بدون سبب واضح) والغياب الواضح للتفاعلات العاطفية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤدية.

-قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية:

يبدو على الطفل التوحدي القصور والعجز في العديد من أنماط السلوكيات التي يستطيع أدائها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، ففي سن الخامسة او العاشرة قد لا يستطيع التوحدي أداء اعمال قد يقوم بها أطفال من سنه، فهو يعجز عن رعاية نفسه او حمايتها او اطعام نفسه او خلع ولباس ثيابه.

-انخفاض مستوى الوظائف العقلية:

يعاني أطفال التوحد من اضطراب النمو العقلي، وتظهر بعض الحالات تفوقا ملحوظا

في مجالات معينة، ويبدو على بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالية حيث يتوصلون تلقائيا الى معرفة طرق الانارة وتشغيل الاقفال، كما قد يجدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين.

قد يظهر بعض الأطفال نوع من الأداء السوي او القريب من السوي، في سياق ترتيب أشياء معينة في صورة دقيقة او في تذكر بعض الاحداث، كما يعاني بعض الأطفال التوحديين من ضعف في الادراك والانتباه والوظائف العصبية. (سوسن شاكر مجيد، 2010، ص41)

مبادئ التقييم التشخيصي لدوي اضطراب التوحد:

الملاحظ من تجارب أسر أطفال اضطراب التوحد أن الوصول إلى التشخيص هو

تجربة قاسية صعبة ومؤلمة، لاسيما في المراحل الأولى من ظهور أعراض اضطراب

التوحد، ولوجود تباينات في الأعراض، ويجب أخذ ذلك التشخيص فقط من متخصصين

لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات.

• الاكتشاف المبكر للتوحد:

يصعب تشخيص حالات غالبية الأطفال قبل بلوغهم سن أربع سنوات، ويؤكد المختصون على أهمية اكتشاف هذه الاضطرابات بصفة مبكرة لتحسين نتائج العلاج، لذلك يمكن تلخيص مبررات التشخيص المبكر للتوحد في النقاط التالية:

- إن السنوات الأولى في حياة الأطفال الذين لا يقدم لهم برنامج تدخل مبكر تعد سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضا، وأن التعلم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى .
- إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر يعنى احتمالات استمرار المعاناة طوال فترة حياة الإنسان .
- إن التدخل المبكر جهد مثمر ذو جدوى اقتصادية كونه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية اللاحقة.
- إن معظم مراحل النمو والتعلم الحرجة تكون في ذروتها خلال السنوات الأولى من العمر .
- إن تدهورا نمائي قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفرق بينه وبين أقرانه العاديين أثر وضوحا مع مرور الأيام .
- إن مظاهر النمو متداخلة، وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

-يساهم التدخل المبكر في تجنب الوالدين وطفلهما ذوى الاحتياجات الخاصة مواجهة صعوبات نفسية كبيرة لاحقا .

•أهداف التدخل المبكر :

يعد الهدف الأساسي من التدخل المبكر في مجالات التربية الخاصة هو الحد من الآثار السلبية للإعاقة على الطفل وأسرته في الجوانب الاجتماعية والأكاديمية والسلوكية والنفسية، وفي زيادة تقبل المجتمع لهذه الفئة وتغهم احتياجاته وتوظيف قدراته، ويمكن تلخيص أهداف برامج التدخل المبكر كما يلي:

-تحسين نمو الأطفال وتم ينهم من الاندماج الاجتماعي في المستقبل، والحيولة دون تطور نسبة الإعاقة أو التقليل من شدتها.

-التقليل من المعاناة المعنوية، والمادية لأسر الأطفال وتخفيف الأعباء عنها ومساعدتها في تقبل أطفالها وتحقيق درجة مقبولة من التكيف.

-إبراز أهمية دور الأسرة في تخطيط وتنفيذ برامج التدخل ومساعدة الأسرة اكتساب المعرفة والمهارات والاتجاهات اللازمة لتنشئة أطفالها الآخرين.

-زيادة درجة وعي المجتمع بالوقاية من الإعاقة والحد من آثارها.

-إن التعلم المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل أسرع وأسهل من التعلم في أي مرحلة

عمرية أخرى. (الفرحاتي السيد محمود،2015، ص35)

مجالات تشخيص اضطراب التوحد:

هناك عدة طرق أساسية يجب التركيز عليها عند تقييم حالة الطفل التوحدي، وهي

كالآتي:

• التاريخ التطوري للحالة:

يعد التعرف على التاريخ النمائي من أهم العوامل المساعدة على التوصل إلى

تشخيص دقيق لاضطراب التوحد، وذلك من خلال إجابة الأم على مجموعة من الأسئلة

تتعلق بتطور نمو الطفل، والأعراض التي تظهر عليه في الأشهر الأولى من عمره يساعد

التعرف على التاريخ الطبي للأم أثناء الحمل في تلخيص حالات التوحد.

فالتاريخ المرضي للأم في مرحلة الحمل وتعرضها لأي حوادث مثل النزف الرحمي

والحصبة الألمانية أو أخذ الطعم الواقي منها أثناء الحمل أو التوكسو بلاوموس أو أي

أمراض فيروسية أخرى أو أعراض، كذلك الحساسية المختلفة أو الإدمان على الأشياء من

العوامل المختلفة .

أيضا طريقة الولادة ومدتها ومدة الحمل ووزن الطفل عند الولادة وتعرض الطفل لأي

التهابات من المؤشرات القوية على الإصابة بهذا الاضطراب. (الفرحاتى السيد

محمود، 2015، ص46)

•التاريخ الوراثي للحالة:

هناك أدلة غير قاطعة على أن التأثيرات الوراثية تؤدي دورا في التلخيص التشخيص الإكلينيكي لاضطراب التوحد، وتتفق كل التقارير على أن 2% من أشقاء ذوي اضطراب التوحد مصابون بالتوحد، وهو معدل يزيد 50 مرة عن معدلة في المجتمع بصفة عامة. (الفرحاتى السيد محمود، 2015، ص46)

•التقييم السلوكي :

هو دائماً من مهام أخصائي ذو خبرة بحالات التوحد وله تاريخ طويل في تجميع المعلومات السلوكية، ويتم ذلك عن طريق أسلوبين أساسيين هما :

أ- الملاحظة غير المباشرة. ب- الملاحظة المقننة .

ففي الملاحظة المباشرة يترك الطفل يلعب ببعض الدمى ثم يطلب من أحد إخوانه اللعب معه، ويبدأ الأخصائي في رصد بعض الملاحظات ومنها ردة فعله عند وجود الأخوة أو الأم معه في الغرفة، هل يقترب منها تدريجيا؟ أو يحاول أن يلعب معها؟ هل هناك اتصال بصري معها؟ هي يقبلها أو يجلس بجوارها أو يلعب معها أو يعطيها اللعبة .

ويتم كذلك توجيه أسئلة لوالدة الطفل/ الطفلة عن كيفية لعب الطفل/ الطفلة في المنزل وسلوكه أثناء الأكل، وعن حديثه، واستخدام يديه، واهتمامه بمشاركة إخوانه في اللعب .

أما الملاحظة المقننة فلا بد من وضع أسس ودرجات معينة لها، وذلك من أجل

الخروج بنتيجة مقننة.

-محكات تشخيص الطفل ذوى اضطراب التوحد:

من الصعوبات التي واجهت عملية تلخيص حالات اضطراب التوحد فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تلخص على أساسها حالات التوحد وفي الطبعة الرابعة 1994 DSM-IV ، والطبعة الرابعة المعدلة DSM-IV 2000 من الدليل التشخيصي الإحصائي:

ورد التوحد باعتباره أحد اضطرابات النمو الشاملة ولكي يتم تلخيص التوحد لابد من

انطباق هذه المحكات:

أولاً: يجب ان تتوفر ستة بنود على الأقل 1،2،3 بحيث يكون على الأقل بندين من 1، وبند على الأقل من 2،3.

1 - قصور كفي في التفاعل الاجتماعي يظهر في بندين على الأقل مما يأتي:

أ - قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل التواصل البصري، وتعبيرات الوجه، وحركات الجسم، والإيماءات.

ب- الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تناسب مستوى العمر .

ج - قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها).

د- فقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي وتبادل الأحاسيس والانفعالات مع المحيطين.

2- قصور في التواصل في واحد على الأقل مما يلي:

أ - تأخر أو نقص القدرات اللغوية مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً.

ب- بالنسبة للأشخاص الذين لديهم القدرة على الكلام يكون لديهم صعوبات واضحة في بدء واستمرار المحادثة مع الآخرين.

-الحوار أو الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، أو استخدام الطفل لغة خاصة به.

د - نقص القدرة على اللعب التخيلي أو التظاهري، وذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم.

3- أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محددة ومكررة ونمطية تظهر في واحد على الأقل مما يلي:

أ- الانشغال الدائم في القيام بسلوك أو أثر من السلوكيات النمطية المحددة بشكل غير

عادي وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة.

ب- التمسك والالتزام ببعض الأفعال الروتينية غير الوظيفية.

ج-سلوكيات حركية نمطية مثل رفرفة اليدين -نقر الأصابع- أو حركات الجسم المتكررة.

د-الانشغال الدائم بجزء صغير من الأشياء.

ثانياً: تأخر أو نقص التفاعل غير الطبيعي ويبدأ تحت سن الثالثة في واحد مما يلي:

أ-التفاعل الاجتماعي

ب- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي

ج- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: ألا يفسر الاضطراب على نحو أفضل على أنه اضطراب ريث أو اضطراب الطفولة

النفس جسدية (DSM IV : 1994،57-58) .

3-الفصام الطفلي:

-الخصائص العامة للدهانات الطفلية:

-وجود قطيعة مع الواقع وانسحاب علائقي

-لا يتحمل الإحباط

-اندفاعات هدامة ونوبات عنيفة من القلق والانطواء او النكوص

-اما بالنسبة للهذيان والهوسات فان تأكيده في حالة الطفل يبدو صعبا نظرا لن المسافة بين

الواقع والخيال عند الطفل ال تزال قصيرة.

-قلق الطفل الدهان هو قلق التهديد او المتابعة، وهذا القلق يأخذ شكل خلط او توزع او عدم

-اندماج، والميكانيزمات التي يطورها الطفل من اجل مواجهة هذا القلق هو الازدواج

والمثالية والإسقاط والتماهي .

والأشكال الكلينيكية للدهانات الطفلية متنوعة وهي:

دهان العجز المبكر précocement déficitaire précocement

الدهان الانصهاري symbiotique psychotique

الدهان المزاجي psychotique dysthemique

الدهان التنافري psychotique dysharmonie

الفصام الطفلي) schizophrénie infantile (سوسن شاكر مجيد، 2010، ص2)

العلامات والأعراض المبكرة للفصام:

-التأخر اللغوي.

-الحبو المتأخر أو غير الطبيعي.

-تأخر المشي.

-سلوكيات حركية غير طبيعية مثل التآرجح أو رفرفة الذراعين.

يشيع ظهور بعض هذه العلامات والأعراض أيضاً لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمو شامل، مثل اضطرابات طيف التوحد. لذا يعد استبعاد اضطرابات النمو هذه من أولى خطوات التشخيص.

أعراض الفصام لدى المراهقين:

تتشابه أعراض فصام الشخصية لدى المراهقين مع الأعراض التي يشهدها البالغون، لكن قد يصعب تمييز بعضها لدى المراهقين كونها تشبه أعراض النمو العادي في سنوات المراهقة، والتي منها:

- الانسحاب عن الأصدقاء والأسرة.
- تراجع الأداء الدراسي.
- اضطراب النوم.
- الهياج أو الاكتئاب.
- الافتقار إلى الدافع.
- السلوك الغريب.
- احتمال الإصابة بالأوهام أقل من البالغين.
- احتمال الإصابة بهلوسات بصرية أكثر من البالغين.

علامات وأعراض لاحقة :

كلما كبر الأطفال المصابون بفصام الشخصية زادت علامات الاضطراب وأعراضه، والتي

تتضمن ما يلي:

•الهوسات:

يمكن للهوسات أن تنطوي على أي مشاعر، ولكنها عادة ما تتضمن رؤية أو سماع

أشياء غير موجودة. إلا أنه بالنسبة للشخص المصاب بفصام الشخصية، فهذه الهوسات

يكون لها كامل القوة والتأثير على حياته، مثلها مثل خبرات الحياة العادية.

•الأوهام :

هي معتقدات خاطئة لا تستند إلى الواقع. على سبيل المثال، التوهم بأن شخصاً يؤذيك

أو يضايك أو يوجه إليك إشارات أو تعليقات معينة، أو أن لديك قدرة أو شهرة استثنائية، أو

أن هناك شخصاً آخر مغرم بك، أو أن هناك كارثة كبيرة على وشك الحدوث، أو أن جسدك

لا يؤدي وظائفه بشكل جيد.

•عدم انتظام التفكير والكلام:

يُستدل على عدم انتظام التفكير من خلال عدم انتظام الكلام. ومن الممكن أن يحدث

خلل في التواصل الفعال، وقد تكون الأجوبة غير متصلة بالأسئلة جزئياً أو كلياً. نادراً ما قد

يتضمن الكلام مجموعة كلمات لا معنى لها ولا يمكن فهمها، والتي يُطلق عليها في بعض الأحيان الكلام المختلط.

• عدم انتظام السلوك الحركي أو شذوذه:

قد يكون سلوك المريض غير موجه نحو تحقيق هدف محدد، ما يجعل من الصعب عليه تأدية المهام. وقد يتضمن شذوذ السلوك الحركي مقاومة التوجيهات، أو اتخاذ وضع غير ملائم أو شاذ، أو الافتقار الكامل لأي استجابة، أو الحركة الزائدة عديمة الفائدة (الجمود العضلي).

أعراض سلبية

يشير هذا التعبير إلى فقدان أو نقص القدرة على أداء الوظائف بصورة طبيعية. على سبيل المثال، يظهر على المريض أنه يفتقر إلى العاطفة، مثل عدم إجراء تواصل بصري مع الآخرين، أو عدم تغيير تعبيرات الوجه، أو التحدث بنبرة ثابتة من دون تغيير في نبرة الصوت. علاوة على ذلك، قلما تجد الطفل المريض يتحدث أو قد تلاحظ عليه تجاهله لنظافته الشخصية، أو عدم الاكتراث بالأنشطة اليومية، أو ينسحب اجتماعياً عن حوله.

أعراض قد يصعب تفسيرها:

قد تتسم العلامات والأعراض المبكرة بالغموض الشديد، لدرجة أنك قد لا تدرك ما الخطأ، أو قد تساهم في تطورها من دون أن تدري. ومع مرور الوقت، قد تصبح الأعراض

أكثر حدة وأكثر وضوحاً. وقد تظهر على الطفل المريض أعراض الذهان، بما في ذلك الهلوسات والأوهام وصعوبة تنظيم الأفكار. كلما أصبحت الأفكار أقل تنظيماً أفاد هذا في الغالب بوجود حالة من "الانفصال عن الواقع"، والتي تؤدي في كثير من الحالات إلى دخول المريض إلى المستشفى والعلاج بالأدوية.

(اعراض فصام الشخصية الطفولي عند الأطفال والمراهقين، 2016،

(www.sehatok.com

-التشخيص الفارقي:

•التأخر العقلي Retard mental

فالتوحد يتميز بكونه سابقاً عن الفصام (اضطراب مبكر مقارنة مع الفصام) وبأعراضه النوعية وتطوره الخاص وبعلاقاته الوجدانية المضطربة. بخلاف الفصام الذي ينتمي لمجموعة الدهانات الطفلية.

والتوحد يختلف جوهرياً عن الفصام في كون الأول لم يؤسس علاقة لكي ينسحب وينعزل مقارنة مع الفصام الذي أسس العلاقة فالانعزال علامة عن فشل هذه العالقة. فالآباء (التوحد) يشعرون أن هذه العزلة موجودة بشكل مبدئي وبشكل دائم.

وتميز "فرنس توستين" من منطلق مقارنة تحليلية بين الفصام والتوحد من خلال

مؤشرات وهي:

النظرة:

نظرة المتوحد نظرة جانبية غير قادرة على المواجهة، نظرة الفصامي نظرة فارغة

ومضطربة وموزعة.

الإحساسات الجسدية:

الفصامي يعي الحدود الجسمية لذلك يستثمر الاستهام الذاتي كطريقة للحماية من

الانفصال الجسدي، يشعر بجسمه ممثلاً، أما المتوحد ينعكف على احساساته الجسدية يشعر

بالفراغ في جسده. جسد الفصامي رخو وثقيل وغير متناسق أما جسد المتوحد فهو غير

حساس مرن وصلب أحيانا ورشيق غالباً ما يكون في صحة جيدة.

التعامل مع الأشياء :

المتوحد يعتبر الأشياء امتداداً لجسده يفتتن بها وبمظاهرها، الفصام يعي الانفصال

بينه وبينها.

اللغة :

لغة المتوحد هي الصمت بينما لغة الفصامي مفككة ومختلطة.

•التأخر العقلي mental Retard والفصام :

تكمن الصعوبة في الفصل بين التأخر العقلي والفصام الطفلي في كونهما يتداخلان

من حيث الأعراض والسمات الإكلينيكية، وتحديدًا في الأعراض السلبية وأعراض التششت،

للفصل بينهما يمكن العودة إلى طريقة الاشتغال الذهني لكل واحد منهما، فالتأخر الذهني هو قصور في الاداء المعرفي، اما بالنسبة للفصام فهو تشوه في الاداء المعرفي.

اضطرابات اللغة والتواصل **langage du troubles** والفصام:

يقع التداخل بين الفصام واضطرابات اللغة والتواصل عند الاطفال في التواصل الاجتماعي وامكانية الانعزال وفقر الخطاب اللفظي، غير ان اصحاب اضطرابات اللغة والتواصل يتميزون بالقدرة على التواصل بواسطة الحركات والإيماءات ولديهم تفاعلات اجتماعية عادية، قد يلعبون العابا مشتركة مع اقرانهم أو مع الراشدين ويظهرون مرتبطين بأبيهم بشكل طبيعي .

وان كان من الممكن أن تظهر على بعضهم اضطرابا على مستوى العلاقة الاجتماعية، غير أن هذا الاضطراب العلائقي الاجتماعي يأتي كنتيجة الاضطراب أولي هو اضطراب اللغة والتواصل.

خاصة في مرحلة تدرس الطفل وإدراكه لصعوباته ومضايقات المحيط وضغطه، لذلك ينبغي الوقوف على زمن ظهور اضطراب العلاقة الاجتماعية، اما في حالة الفصامي فنفسر صعوباته اللغوية والتواصلية بالعودة الى الفصام.

ولذلك فان الطفل في البداية يكتسب مستوا ال باس به من اللغة والتواصل لكن
وبمجرد ظهور اعراض الفصام يبدأ في التراجع وفقدان مكتسباته اللغوية والتواصلية، بخالف
اضطرابات اللغة والتواصل فهي تظهر بشكل مبكر. (عليوي عبد العزيز، ص4)

أسنادة بولقدام سهيرة

قائمة المراجع:

-اسامة فاروق مصطفى (2011)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، دار المسيرة، عمان.

-أيت مولود ياسمين، محاضرات في علم النفس المرضي للطفل، جامعة ورقلة، قسم علم النفس، بدون سنة.

-احسن بوبازين (2009) سيكولوجية الطفل والمراهق، دار المعرفة، الاضطرابات الدهانية عند الطفل، تاريخها وتعريفها.

الفرحاتي السيد محمود وآخرون (2015) اضطراب التوحد "دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل، وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث.

- أمل عمر عبد السالم (2015)، فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي، مذكرة ماجستير، جامعة دمشق.

- اومليلي حميد (2016)، علم النفس المرضي للطفل والمراهق، ، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.

- بركات أميرة (2016)، أثر الحرمان العاطفي في ظهور السمنة عند الطفل، جامعة العربي بن مهيدي.

-رغدة مرزوق (2018)، الرعب الليلي صيب الأطفال وطرق العلاج.

- سوسن شاكر مجيد (2010) التوحد: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، ديونو للطباعة والنشر والتوزيع، جامعة بغداد.

- شهيناز حراث (2018)، بعض سمات الشخصية للجنسي المثلي باستخدام اختبار رورشاخ، مذكرة ماستر عيادي.

- رافد صباح التميمي (2017)، الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد، اباحث الندوة العلمية الموسومة باضطراب التوحد " التشخيص - العالج، مركز اباحث الطفولة والأمومة، جامعة ديالى بتاريخ 3-4-20

- صموئيل كورتيس، ترجمة د.هيلين سليمان، بدون سنة، اضطرابات النوم عند الأطفال والمراهقين الدليل العملي.

- علاء إبراهيم جرادة (2012)، بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال دراسة في التدخل الارشادي، مذكرة ماجستير، جامعة الأقصى غزة.

- عبد المجيد الخليدي وكمال حسن وهبي (1997)، الامراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي، بيروت.

- عبد الرحمن العيسوي (1993)، مشكلات الطفولة والمراهقة، أسسها الفسيولوجية والنفسية، دار العلوم العربية، بيروت.

- مصطفى فهمي، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، دار مصر للطباعة، مصر، ط1، بدون سنة.

-كريستين نصار (2015)، الخوف المرضي عند الطفل، مجلة العربي، لبنان.

- محمد حسن غانم (2004)، الأمراض النفسية للشخصية، جامعة حلوان المكتبة المصرية، مصر.

-محمد حسن غانم (2004)، الأمراض النفسية للشخصية، جامعة حلوان المكتبة المصرية، مصر.

- هدى الرفاعي(2017) سلوكيات الأطفال الجنسية: كيف تميز بين الطبيعي وغير الطبيعي.

-هاني رمزي عوض (2019)، اضطراب شراهة الأكل لدى الأطفال والمراهقين، العدد 14857، جريدة

-هند عقيل الميزر(2013)، الجنسية المثلية العوامل والآثار، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية،العدد34.

-الدليل التشخيصي للأمراض النفسية من الجمعية الأمريكية للطب النفسي(1994)، الطبعة الرابعة --DSMIVللعرب الدولية، الشرق الأوسط.

– American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical of mental disorders, 4th ed., (DSM-IV). Washington, DC : Author.

– Blum, H. (2007). Le petit Hans : une critique et remise en cause centenaire. *Topique*, 98(1), 135–148. doi :10.3917/top.098.0135.

Lebovici éd., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4

Volumes (pp. 1091–1103). Paris cedex 14, France : Presses

Universitaires de France

– Vincent, M. & Lebovici, S. (2004). 64. L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. Dans : Serge

أسئلة بولقدام سهيرة