جامعة الجزائر- 2- أبو القاسم سعد الله-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مطبوعة بيداغوجية في مقياس

علم النفس المرضي للطفل والمراهق

Child and Adolescent Psychopathology

موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

إعداد الدكتورة:

عبيب غنية

السنة الجامعية: 2024- 2025

جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله

كلية: العلوم الاجتماعية

القسم: علم النفس

عنوان الليسانس: علم النفس العيادي

الوحدة: علم النفس المرضي للطفل والمراهق

وحدة التعليم: أساسية

الميدان / الشعبة: علوم اجتماعية / علم النفس

السداسي الخامس

الرصيد: 5 / المعامل: 3

المستوى: السنة الثالثة علم النفس العيادي

السنة الجامعية: 2024 -2025

برنامج المقياس/ محتوى المادة حسب ما جاء في الكانفا (canvas)

- **مدخل:** الفرق بين اضطرابات الطفل واضطرابات الراشد (اضطرابات النمو).

أولا: اضطرابات النمو:

1. الاضطرابات الغذائية: القهم العقلي، الشراهة والسمنة، الشذوذ الغذائي (أكل البراز، مرض بيكا).

2. اضطرابات العضلات السارة القابضة: التبول اللاإرادي ، التبرز اللاإرادي.

3. الاضطرابات الجنسية: الجنسية المثلية، التلبس، التلصص، الاستعراضية ، الفيتيشية.

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

ثانيا: 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).

أهداف المقياس

تهدف الكفاءة الأساسية المستهدفة من هذا المقياس إلى تزويد الطالب الذي يدرس علم النّفس المَرَضِي للطفل والمراهق بمعرفة أساسية كافية حول هذا الفرع الهام من فروع علم النفس، والذي يركز على دراسة الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تصيب الأطفال والمراهقين.

الهدف العام

إكساب الطالب معارف عن الاضطرابات والصعوبات النفسية عند الأطفال وفي مرحلة المراهقة وخصائصها. كذلك أسبابها الأساسية وطرق تشخيصها والعلاجات المقترحة لها.

ويتفرع من هذا الهدف العام الأهداف الجزئية التالية:

- يتعرف على المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي.
- أن يلم الطالب بمادة علمية تمكنه من معرفة الفروق بين السلوك السوي والسلوك غير السوي. وخصوصية السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق.
- إدراك الفرق بين الاتجاهات النظرية المختلفة في تفسير الاضطرابات النفسية.
- إدراك أوجه الشبه والاختلاف بين التصنيفات المختلفة للاضطرابات النفسية.
- فهم الأسباب المتعددة للاضطرابات النفسية.
- التعرف على الأشكال المختلفة للاضطرابات النفسية المتعلقة بالطفولة والمراهقة.
- يصف أعراض وطرق علاج الاضطرابات النفسية والعقلية.

الفهرس

أهداف المقياس..... أ

الفهرس..... ب

قائمة الجداول..... ي

قائمة الأشكال..... ي

مُقدّمة..... 1

المحور الأول: مدخل إلى علم النُفس المرَضِي

المحاضرة الأولى

المفاهيم الأساسية في علم النُفس المرَضِي

تمهيد..... 6

1. تعريف علم النفس المرضي..... 6

2. تعريف الاضطراب النفسي..... 7

خلاصة..... 9

المحاضرة الثانية

السواء واللاسواء في علم النُفس المرَضِي

تمهيد..... 11

1. مفهوم السواء واللاسواء في علم النّفس المَرَضِي..... 11

2. معايير تحديد السلوك السوي واللاسوي..... 16

3. خصوصية السواء واللاسواء عند الطفل والمراهق مقارنة بالراشد..... ..21

خلاصة..... 24

المحاضرة الثالثة

البنية النفسية في علم النفس المرضي

تمهيد..... 26

1. مفهوم البنية النفسية..... 26

2. تكوين بنية الشخصية..... 27

3. مكونات بنية الشخصية..... 28

خلاصة..... 31

المحاضرة الرابعة

النماذج النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية لدى الأطفال

تمهيد..... 33

1. النموذج البيو طبي..... 33

2. النموذج السيكو دينامي (التحليلي النفسي)..... 34

3. النموذج الأسري أو النسقي..... 35

4. النموذج السلوكي..... 37

5. نموذج التعلم الاجتماعي..... 38

6. النموذج الإنساني..... 39

7. نموذج التعلق والحماية (الآمن)..... 39

8. النموذج البيئي..... 40

9. النموذج التكاملي..... 40

خلاصة..... 41

المحور الثاني: اضطرابات النـــمـــو

المحاضرة الخامسة

الاضطرابات الغذائية (الأكل)

تمهيد..... 44

1. تعريف الاضطرابات الغذائية..... 45

2. اضطراب السلوك الغذائي عند الرضيع..... 45

3. فقدان الشهية العصبي.....49

4. الشره العصبي.....52

5. اضطراب الشراهة في الأكل.....55

6. السلوكيات الغذائية الضالة.(PICA)..... 56

7. التوجهات النظرية المفسرة للاضطرابات الغذائية..... 59

8. علاج الاضطرابات الغذائية.....61

خلاصة.....63

المحاضرة السادسة

اضطرابات العضلات السارة (القابضة)

تمهيد..... 65

1. التبول اللاإرادي.....65

1. 1. تعريف التبول اللاإرادي..... 65

2.1. الصورة الإكلينيكية للتبول اللاإرادي..... 66

3.1. معايير التشخيص للتبول اللاإرادي..... 67

4.1. أسباب التبول اللاإرادي.....68

5.1. علاج التبول اللاإرادي..... 70

2. التبرز اللاإرادي..... 74

1.2. تعريف التبرز اللاإرادي..... 74

2.2. الصورة الإكلينيكية للتبرز اللاإرادي..... 74

3.2. معايير التشخيص للتبرز اللاإرادي..... 74

4.2. أسباب التبرز اللاإرادي..... 76

5.2. علاج التبرز اللاإرادي..... 76

خلاصة..... 78

المحاضرة السابعة

الاضطرابات الجنسية عند الطفل والمراهق

تمهيد..... 80

1. مفهوم الاضطرابات الجنسية.....81

2. محكات تشخيص اضطراب الهوية الجنسية..... 81

3. أنواع الاضطرابات الجنسية..... 83

1.3. الجنسية المثلية..... 83

2.3. التلبس..... 85

3.3. التلصص..... 85

4.3. الاستعراض الجنسي..... 85

5.3. الفتيشية..... 87

4. أسباب الاضطرابات الجنسية..... 87

خلاصة..... 87

المحاضرة الثامنة

اضطرابات النوم عند الطفل والمراهق

تمهيد..... 89

1. مفهوم اضطرابات النوم..... 90

2. اضطرابات النوم وتصنيفاتها ومحكاتها التشخيصية..... 91

3. الاضطرابات الأساسية في عملية النوم – اليقظة..... 91

1.3. الأرق.....91

2.3. فرط في النوم..... **94**

3.3. المشيء أثناء النوم..... **95**

4.3. الكوابيس الليلية..... **98**

5.3.الرعب الليلي..... **100**

4. أسباب اضطرابات النوم..... **101**

5. علاج اضطرابات النوم..... **102**

خلاصة..... **102**

المحور الثالث: الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

المحاضرة التاسعة

الفوبيا عند الطفل والمراهق

تمهيد..... **105**

1. مفهوم المخاوف المرضية..... **106**

2. أنواع المخاوف المرضية..... **108**

3. عوامل الخطورة في ظهور المخاوف المرضية عند الأطفال والمراهقين..... **116**

4. علاج المخاوف المرضية..... **117**

خلاصة..... **119**

المحاضرة العاشرة

الوسواس القهري عند الطفل والمراهق

تمهيد..... 121

1. مفهوم اضطراب الوسواس القهري..... 121

2. أعراض الوسواس القهري عند الطفل والمراهق..... 122

3. أسباب اضطراب الوسواس القهري..... 127

4. علاج اضطراب الوسواس القهري..... 129

خلاصة..... 131

المحاضرة الحادية عشرة

الهستيريا عند الطفل والمراهق

تمهيد..... 133

1. مفهوم اضطراب الهستيريا..... 133

2. أعراض الهستيريا عند الطفل والمراهق..... 134

3. الشخصية الهستيرية..... 135

4. أسباب اضطراب الهستيريا..... 135

5. علاج اضطراب الهستيريا..... 136

خلاصة..... 137

المحاضرة الثانية عشرة

اضطراب طيف التوحد

تمهيد..... 139

1. مفهوم اضطراب طيف التوحد..... 140
2. معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد..... 141
3. أعراض اضطراب طيف التوحد..... 143
4. العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد..... 147
5. الأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحد 151
6. البرامج التربوية العلاجية..... 154

خلاصة..... 156

المحاضرة الثالثة عشرة

فصام الطفولة

تمهيد..... 158

1. مفهوم فصام الطفولة..... 158
2. خصائص فصام الطفولة..... 159
3. المعايير التشخيصية للفصام بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس..... 159
4. أسباب فصام الطفولة..... 161
5. علاج فصام الطفولة..... 162

خلاصة..... 164

خاتمة..... 165

قائمة المصادر والمراجع..... 167

قائمـــة الجـــداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	المقارنة بين المكونات الأساسية لبنية الشخصية.	30
02 ، 03	المحكّات التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي حسب (DSM).	52
04	معايير تشخيص الشره العصبي.	54
05	معايير التشخيص لاضطراب الشراهة في الأكل.	55
06	أعراض اضطراب بيكا (PICA).	58
07	حوصلة للاضطرابات الغذائية (الأكل).	62
08	معايير تشخيص التبول اللاإرادي.	68
09	معايير التشخيص للتبرز اللاإرادي.	75
10	معايير التشخيص لاضطراب الأرق.	93
11	معايير التشخيص لاضطراب فرط النوم.	95
12	معايير التشخيص لاضطراب المشي أثناء النوم.	98
13	معايير التشخيص لاضطراب الكوابيس الليلية.	99
14	معايير التشخيص لاضطراب فوبيا الأماكن الواسعة.	109
15	معايير التشخيص لاضطراب الرهاب الاجتماعي.	112
16	الجوانب المميزة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأطفال.	123
17	معايير التشخيص لاضطراب الوسواس القهري.	125
18	معايير التشخيص لاضطراب الفصام.	160

قائمـــة الأشكـــال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	التوزيع الطبيعي.	19
02	التغيرات في التصنيف بين DSM-IV et DSM-V .	140

مقدّمة:

إنّ علم النّفس المَرَضِي هو ذلك الفرع من علم النّفس الذي يهتم بدراسة كلّ أشكال الاضطرابات النّفسية أو السلوك الشاذ، ويهدف إلى التعرّف على أسباب الاضطرابات النّفسية والعقلية وتصنيفها، مع محاولة وضع أسس لعلاجها في الفرد، لحل المشكلات الاجتماعية الناجم عنها (العبيدي، 2013، ص339).

يُعتبر علم النّفس المَرَضِي للطّفل والمراهق من العلوم المهمة، كونه يهتم بدراسة الظواهر والحالات النّفسية المرَضية التي تؤثّر على الطّفل والمراهق، فالطّفل يتألّم نفسيا مثل الكبار ولكن أعراضه تختلف.. ولهذا أصبح هناك تخصّص يُطلَق عليه علم النّفس المَرَضِي للطّفل والمراهق.

تُعدُّ مرحلة الطفولة مرحلة محورية في بناء الشخصية وإحدى مراحل النمو الأساسية التي يجب الاهتمام بها، ويطلق عليها سنوات التكوين، حيث توضع في هذه المرحلة اللبنات الأولى للشخصية وما تتضمّنه من سلوك، وأسلوب تفكير، ومهارات وقدرات مختلفة، فمنذ بدايات علم النّفس الحديث وجدت دراسات الطفولة طريقها إلى النور كمدخل تاريخي لفهم الاضطرابات النّفسية لدى الراشدين، حيث يشكل التاريخ النمائي للفرد القاعدة الأساسية التي يبني عليها علماء النّفس الإكلينيكيون تشخيصهم الحالي للاضطراب وفق ما يُسمى بأسلوب تاريخ الحالة.

إنّ مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الفرد، إذ إنّ الخبرات التي يمر بها الطّفل خلال هذه المرحلة، تؤثّر على تشكيله وتحدّد ملامح شخصيته، وهذا التشكيل يخضع لاعتبارات قد تتصل بالطّفل ذاته، تتمثّل في: العوامل الجينية (الوراثية)، وحاجاته، وقدراته، واستجاباته للمثيرات. بالإضافة إلى المؤثّرات البيئية المحيطة به والتي يتعرّض لها الطّفل، وأساليب التنشئة والرعاية والاهتمام التي يحظى بها الطّفل خلال تلك المرحلة (نصار،2015، ص2).

لذلك تحظى مرحلة الطفولة باهتمام الباحثين والمختصين، بهدف التعرّف على الاضطرابات والمشكلات لدى الأطفال وأساليب وطرق العلاج التي يمكن من خلالها تجنّب الكثير من الأعراض والاضطرابات النّفسية والاجتماعية والتربوية لدى الطّفل والمراهق.

ومنه يُعدُّ مقياس علم النّفس المَرَضِي ركيزة أساسية في علم النّفس العيادي، إذ يساعد الطالب على الفهم العميق والتحليل والتفسير الدقيق لمختلف الاضطرابات النّفسية التي تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة. وبالتالي فعلم النّفس المَرَضِي يُعدُّ جسر عبور بين المقاييس الأخرى المُدرَّسة في التخصّص.

تتناول هذه المطبوعة مواضيع متنوعة في علم النّفس المَرَضِي للأطفال والمراهقين، وتقدم شرحًا تفصيليًا لـ 13 محاضرة حول هذا المجال. تهدف المحاضرات إلى توضيح الاضطرابات النّفسية التي قد تصيب الأطفال والمراهقين، وتفسير أسبابها، وكيفية تشخيصها وعلاجها، مقسمة إلى ثلاثة محاور أساسية، وهي:

المحور الأوّل خصّص لـ **مدخل إلى علم النّفس المَرَضِي، وقد تفرّع إلى عدّة** محاضرات كما يلي:

المحاضرة الأولى: تناولنا فيها مفاهيم أساسية في علم النّفس المَرَضِي.

المحاضرة الثانية: تمحورت حول السواء واللاسواء في علم النّفس المَرَضِي.

المحاضرة الثالثة: تناولنا فيها البنية النّفسية في علم النّفس المَرَضِي.

المحاضرة الرابعة: تطرّقت إلى النماذج الأساسية المفسّرة للاضطراب النّفسي عند الطّفل والمراهق.

أما **المحور الثاني** فقد خصّصناه لاضطرابات النمو، وتوزّع على عدّة محاضرات، على النحو الآتي:

المحاضرة الخامسة: تضمّنت الاضطرابات الغذائية (الأكل).

المحاضرة السّادسة: خصّصت لاضطرابات العضلات السارّة (القابضة).

المحاضرة السابعة: تناولت الاضطرابات الجنسية عند الأطفال والمراهقين.

المحاضرة الثامنة: تطرّقنا فيها إلى اضطرابات النوم عند الأطفال والمراهقين.

في حين خصّص **المحور الثالث** للاضطرابات البنيوية عند الطّفل والمراهق، وتمّت تجزئته إلى عدّة محاضرات كما يلي:

المحاضرة التّاسعة: تناولنا فيها الفوبيا عند الطّفل والمراهق.

المحاضرة العاشرة: خصّصناها لاضطراب الوسواس القهري عند الطّفل والمراهق.

المحاضرة الحادية عشرة: تناولنا فيها اضطراب الهستيريا عند الطّفل والمراهق.

المحاضرة الثانية عشرة: خصّصت لاضطراب طيف التوحّد.

المحاضرة الثالثة عشرة: تناولنا فيها فصام الطفولة.

المحور الأوّل

مدخل إلى علم النّفس المَرَضِي

المحاضرة الأولى

المفاهيم الأساسية في علم النّفس المَرَضِي

تمهيد

1. تعريف علم النّفس المَرَضِي.

2. تعريف الاضطراب النّفسي.

خلاصة.

تمهيد:

يُعتبر علم النّفس المَرَضِي Abnormal Psychologie أحد ميادين علم النّفس النظرية، ويبحث في السلوك المضطرب أو في نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي، كما أنّه يدرس الاضطرابات النّفسية والعقلية، والأشخاص المعنيين بهذا الشذوذ المرضي.

وعليه سوف نتطرّق في هذه المحاضرة إلى المفاهيم الأساسية في علم النّفس المَرَضِي، المتمثّلة في أهم التعريفات التي أعطيت لمفهوم علم النّفس المَرَضِي وأهدافه، ثمّ نتطرّق إلى تعريف الاضطراب النّفسي والعرض النّفسي.

1. تعريف علم النّفس المَرَضِي:

ماذا نعني بالمَرَضِي؟

يعني مصطلح المرَضي أو الشذوذ أو اللاسوية الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي. والمرض أو الشذوذ حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع، تتطلب التدخّل لحمايته وحماية المجتمع. رغم ذلك من الصعب تعريف الشذوذ Abnormal، فعندما نريد وصف السلوك الشاذ، فإن الناس يصفونه بأنه حالة تحدث بشكل نادر، وشاذ أو غريب، ويصفونه بالمعاناة أو الخطر.

يُعرَّف علم النّفس المَرَضِي بأنه دراسة الاضطرابات العقلية التي تُدعى أيضاً بالمرض العقلي والاضطرابات النّفسية أو الباثولوجيا النّفسية. فهذا العلم يهتم بدراسة ما الذي يظهر (الأعراض) وما الذي يُحدثها (الأسباب)، وكيف يتم تحصينها (العلاج)، وما تأثيرها على حياة الناس. كما يُعرَّف على أنّه أحد مجالات علم النّفس الذي يهتم بدراسة أنماط السلوك والانفعالات والأفكار غير العادية أو الطبيعية، والتي تكون مفهومة أو غير مفهومة بوصفها أحداثا ودلائل على الاضطراب النّفسي (صالح،2014، ص26).

✓ ***أهداف علم النّفس المَرَضِي:***

يهدف علم النّفس المَرَضِي إلى:

- تعريف أنواع السلوك الشاذ وتحديده لدى الفرد.
- معرفة الأسباب التي تكمن وراء السلوك الشاذ أو المضطرب ومحاولة التخفيف منها.
- تصنيف السلوكيات الشاذة من أجل تسهيل التعرّف عليها، وعلى الأعراض المسبّبة لها.
- محاولة معرفة كيف تطوّر هذا السلوك، والعوامل ذات الصلة به، مثل شخصية الفرد وطبيعة مزاجه... الخ.
- محاولة إيجاد الوسائل العلاجية النّفسية التي يمكن من خلالها التخلّص أو التخفيف من حدّة هذه الاضطرابات (صالح، 2014، ص28).

2. تعريف الاضطراب النّفسي Psychological Disorder:

ما دامت النّفس هي إحدى مركبات الأطفال، فإنها معرّضة للاضطرابات النّفسية التي هي وليدة مؤثّرات خارجية وعوامل مختلفة؛ والاضطراب النّفسي هو ذلك النوع من العلّة الذي يصيب الفرد نفسه، وما دام الاضطراب النّفسي يصيب النّفس، فهو يظهر الشخص في صورة شاذة غير مألوفة، تتغيّر معها طباعه وعاداته، فيصيبه قلق أو حزن أو خوف شديد (محمود،2022، ص323).

ونعني بالاضطراب النّفسي الضعف والخلل، وهو لفظ يُستخدم في مجال علم النّفس بصفة عامّة، وفي مجال علم النّفس الإكلينيكي بصفة خاصّة، وكذلك في الطب النّفسي، وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الجوانب المختلفة للشخصية، من ناحية التفكير، أو الانفعال أو السلوك، ويعني سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه (عبد الواحد،2013، ص21).

الاضطراب النّفسي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويُستدل على الاضطراب النّفسي عندما يتصرّف الفرد تصرّفا يؤذي نفسه والآخرين (بطرس حافظ، 2008، ص15).

يُعرَّف الاضطراب النّفسي بأنه عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن اختلال بدني، أو عضوي، أو تلف في تركيب المخ؛ وتأخذ هذه الانحرافات مظاهر متنوّعة.

كما تُعرَّف بأنّها "تلك الاضطرابات التي تحدث عند الأطفال وتتخذ شكلا مستمراً ومقاوماً للعلاج". وهي تفوق التفاعلات العابرة والموقفية، ولكنها لا تصل إلى درجة العصاب أو الذهان، أو اضطرابات الشخصية. وهذه الدرجة المتوسطة من الرسوخ ترجع إلى الطبيعة المرنة للسلوك في هذه المرحلة من العمر. ومنها (القلق – الخوف – الاكتئاب– السلوك الانسحابي– الكذب– السلوك العدواني– النشاط الزائد– السلوك النمطي– إيذاء الذات) (السحيم،2021، ص313).

- ✓ ***العرض النّفسي Symptoms:***

هو تعبير عن الاضطرابات، وعلامة من علامات الاضطراب النّفسي، وكل الاضطرابات النّفسية تلاحَظ وتصنَّف على أساس الأعراض (الجري،2020، ص124).

- ✓ ***زملة الأعراض:***

تتنوّع الأعراض وتشترك الأمراض النّفسية فيها، وتظهر أعراض المرض النّفسي في شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين. وهذه المجموعة المتآلفة من الأعراض هي التي تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر.

- ✓ ***رمزية الأعراض:***

يعتبر المرض رمزاً يشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي. وقد يكون للعرض معنى رمزي ذو

أهمية أكبر من مظهره، فغسل اليدين القهري قد يكون رمزاً لمحو ذنب ارتكبه الفرد.

- ✓ ***وظيفة الأعراض:***

يُعتبر المرض ردّ فعل أو تعبير نفسي حيوي عن الفرد ككل، ويجب دراسته وفهمه من زاوية حيوية نفسية اجتماعية Biopsychosocial، وقد يكون حيلة نفسية تهدف إلى تقدير قيمة الذات.

ومن خلال دراسة الأعراض وأصلها، وأهدافها، ووظائفها نستطيع أن نحل مشكلات المريض الظاهرية والباطنية، وأن نرى شخصيته فيما وراء الأعراض (سري،2000، ص50).

خلاصة:

تأسيساً على ما سبق، حاولنا من خلال هذه المحاضرة التعرّف على مفهوم علم النّفس المَرَضِي، والمفاهيم المتّصلة به. هذا العلم الذي يهتم بالجانب المَرَضي للظاهرة النّفسية.

المحاضرة الثانية:

السواء واللاسواء في علم النّفس المَرَضِي

تمهيد.

1. مفهوم السواء واللاسواء في علم النّفس المَرَضِي.

2. معايير تحديد السلوك السوي واللاسوي.

3. خصوصية السواء واللاسواء عند الطّفل والمراهق مقارنة بالرّاشد.

خلاصة.

تمهيد:

نتطرّق في هذه المحاضرة إلى مفهوم السواء واللاسواء وأهم معايير تحديد السواء واللاسواء، ثمّ نتعرّف على خصوصية السواء واللاسواء عند الطّفل والمراهق، وأخيرا نتطرّق إلى صعوبات تحديد السوي والمَرَضِي عند الطّفل والمراهق.

1.مفهوم السواء واللاسواء Normal and pathological:

إنّ السواء هو ما يتفق ويتطابق مع المعيار (Bonnet & Fernandez, 2016, p19)، واللاسواء يكون منحرفا عن المعيار الطبيعي (فالح،2013، ص13).

كيف نفرّق بين السلوك السوي والسلوك غير السوي؟ للإجابة عن هذا السؤال لابد أن نتناول مفهوم كلّ من السلوك السوي والسلوك غير السوي:

1.1. السلوك السوي:

هو ذلك السلوك الطبيعي العادي الخالي من المغالاة والتهويل، والذي يُجمع عليه معظم أفراد المجتمع، بحيث يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها الفرد في حياته، ويُحقّق توافقه وبالتالي صحّته النّفسية. كما أن السلوك السوي هو الذي يُمكِّن صاحبه من مواجهة مصاعب الحياة ومشاكلها وإشباع حاجاته.

2.1. السلوك غير السوي (الشاذ):

هو ذلك السلوك الذي ينحرف فيه الفرد عن المألوف من المبادئ والقيم والنظم التي حدّدها المجتمع لتنظيم حياة أفراده، ويلجأ إلى المبالغة والتهويل في تصرّفاته وتفاعلاته مع الآخرين. ويُشكّل صاحب هذا السلوك خطراً على نفسه وعلى المحيطين به.

وتأسيسا على ما سبق: إنّ السلوك السوي هو الذي يُمكِّن صاحبه من مواجهة مصاعب الحياة ومشاكلها وإشباع حاجاته، بينما يقف السلوك غير السوي حائلا دون وصول صاحبه إلى أهدافه وإشباع حاجاته (السيد،2015، ص12-13).

❖ **أحد الطرق المختصرة والعملية لتعريف السلوك الشاذ، هو أن هذا السلوك:**

- يسبّب ضرراً أو إعاقة في حياة الفرد.
- يقف كثيراً في طريق عمل الفرد الناجح، مُشوّشا على الأبعاد المهمة من الحياة التي تتضمّن الأبعاد (النّفسية، والشخصية، والإنجاز).
- يحدث بصورة متكرّرة، ويشكّل اضطراباً نفسياً.
- لذا يمكن أن نعرف الشذوذ أو السلوك المَرَضِي بأنه سلوك غير تكيّفي، ويمكن أن يعبر عنه الفرد من خلال ضعف القدرة على التعايش ومواجهة الضغوط البيئية، وحدوث مشكلات ينشغل بها عن أساسيات حياته اليومية.
- في حين يُعرَّف الشخص الشاذ أو اللاسوي بأنه الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي، في تفكيره ومشاعره ونشاطه، ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا.

ومن علامات السلوك الشاذ أو المضطرب، كما حدّدها الباحثون، ما يأتي:

بالنسبة لـ لا مبروز ووورد Lambros & Ward (1988) فقد حدّداها في خمس خصائص هي:

1. عدم القدرة على التعلم، الذي لا يمكن تفسيره بأسباب عقلية أو صحية.
2. عدم القدرة على إقامة علاقات أو دعم العلاقات الاجتماعية الهامة مع الأقران والمعلمين.
3. أنواع غير ملائمة من السلوك في المواقف الطبيعية.

4. مزاج واسع وهام من الاكتئاب والحزن.

5. الميل إلى تطوير أعراض جسدية أو أعراض مرتبطة بالخوف من المشكلات الشخصية والاجتماعية.

كما قام باتل (2008) بتصنيف السلوك الشاذ، اعتماداً على دراساته وملاحظاته السريرية التي أجراها على المضطربين سلوكياً وانفعالياً، إلى:

1. اضطرابات تعليمية، مثل عسر القراءة الذي يظهر في عدم قدرة المتعلم على القراءة.
2. فرط النشاط الذي يظهر في الحركة الزائدة.
3. اضطرابات سلوكية، تظهر في إساءة التصرّف في المواقف الاجتماعية.
4. اضطرابات انفعالية، تظهر في الخوف الحاد أو مشاعر الاكتئاب.
5. اضطرابات اجتماعية، تظهر في عدم رغبة الفرد في التفاعل مع الأقران والانسحاب الاجتماعي.
6. اضطرابات جسمية، مثل التبوّل اللاإرادي أو الشلل أو العمى وغيرها.
7. اضطرابات معرفية، تظهر في ضعف القدرة على التركيز وتشوّه التفكير وإدراك الواقع (صالح، 2014، ص28).

❖ **كما يمكن تحليل أبعاد سلوك الطّفل المضطرب بالاعتماد على ما يلي:**

1. **تكرار السلوك:** ويُقصد بذلك عدد مرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة. لابد للسلوك غير المرغوب أن يتكرّر بوتيرة تزيد بوضوح عن معدّلات ظهوره في الحالات العادية عند الأطفال الأسوياء. فلا نحكم على سلوك ما: عدواني، أو قلق، أو مخرّب... الخ من مجرّد حدوثه بشكل عابر، أو كرد فعل على مثيرات تستدعي فعلا هذا السلوك. كلّ الأطفال يظهرون عدوانية أو خوفا، يكذبون، أو يسرقون. إنما لابد أن يتكرّر هذا السلوك بمعدّلات تفوق المألوف وفي غياب المثيرات التي تثيره في

العادة. فمثلا: كلّ الأطفال يتشتّت انتباههم خلال الدرس أو يظهرون نشاطاً زائداً إذا كان هناك ما يثير هذه السلوكيات، إلا أن الطّفل الذي يتكرّر تشتّت انتباهه عدّة مرات، أو يُظهر سلوكيات عدم استقرار في مكانه عدّة مرات خلال الدرس الواحد يلفت النظر إلى احتمال وجود اضطراب سلوكي لديه على هذا الصعيد، وكل الأطفال يتشاجرون من حين إلى آخر، لكن البعض يتشاجر بشكل متكرّر. وهنا يتعيّن أن يخضع لفترة ملاحظة تمتد إلى عدّة أيام، وفي وضعيات مختلفة. فإذا تكرّر هذا السلوك بشكل واضح كنّا بإزاء حالة لا سواء، حينها نقول إنّ تلك السلوكيات غير عادية أو شاذة بسبب معدّل حدوثها.

وفي المقابل فإن غياب الاستجابات المألوفة لبعض المثيرات يُشكّل مؤشراً على سلوك لا سوي أيضاً، والطّفل الذي لا يبدر عنه أي سلوك عدواني، أو أي هياج أو تشتّت للانتباه رغم أن الموقف قد يستدعي مثل هذه الاستجابات هو أيضا يعاني من سلوك لا سوي: قد يعاني من ضبط مفرط.

2. مدة استمرار السلوك: ويُقصد بها المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.

لا يكفي استمرار السلوك للحكم اليقيني على لا سوائه. بل لابد من ملاحظة وقياس مدة استمرار السلوك. فكل الأطفال يخافون، أو يثورون، أو يتشتّت انتباههم، إلا أن سلوكهم يبقى متناسباً مع الموقف. أما إذا استمرت الاستجابة بالخوف أو الهياج لفترة طويلة، حتّى بعد زوال الموقف فإننا نكون بصدد سلوك لا سوي. فالطّفل قد يستجيب بالبكاء للتوبيخ مثلاً، إلا أنه سرعان ما يهدأ ويعاود نشاطه بعد فترة معقولة. أما إذا استمر في البكاء لساعات واستعصى على الاسترضاء وتطييب الخاطر فإننا نكون بصدد سلوك غير سوي. كذلك قد يتشاجر طفلان لأمر ما، إلا أنهما يتصالحان بعد ذلك تلقائياً أو نتيجة لإصلاح ذات البين. أمّا إذا استمر الطّفل على عدائه، ولم يقبل الصفح والمصالحة أو النسيان فإننا نكون بصدد سلوك غير سوي. كذلك هو الحال بالنسبة لبلل الفراش مثلاً، فإذا لم يتوصل الطّفل إلى حالة الجفاف رغم بلوغه السن الملائمة لذلك، أو عاد إلى بلل الفراش تحت تأثير ظروف ضاغطة إنما عابرة، واستمر على ذلك

بعد زوال تلك الظروف فإننا نكون بصدد سلوك غير سوي (حجازي، 2004، ص71).

وتُعدّ حدّة السلوك واستمرارها Frequency and Intensity بمثابة أحد أهم تلك الملامح أو الخصائص الأساسية التي يتحدّد في ضوئها ما إذا كان الطّفل يُعدُّ حالة إكلينيكية أم لا (كازدين،2003، ص33).

3. شدّة السلوك: ويُقصد بها التطرف في شدّة سلوك غير مرغوب فيه.

في الحالات السوية تتناسب شدّة الاستجابة مع قوة المثير بشكل عام، على تفاوت في ذلك ضمن حدود من حالة إلى أخرى.

أما إذا لم يكن هناك تناسب مطلقاً ما بين المثير والاستجابة فإننا نكون بصدد سلوك غير سوي. من الطبيعي أن يستجيب المرء بالخوف، أو الضيق، أو القلق لمثير يحمل شيئاً من الإزعاج أو التهديد. أمّا الاستجابة بالذعر لأمر تافه فهو سلوك لا سوي. كذلك الحال بالنسبة للسلوك العدواني، ففي الحالات العادية تكون الاستجابة العدوانية متناسبة في شدتها مع المثير، أما أن يستجيب الإنسان برد فعل عدواني خطير أو شديد جداً كالاعتداء الجسدي الشديد على استفزاز لفظي بسيط فذلك سلوك غير سوي. وبالمقابل فإن انعدام الاستجابة كلياً لمثير يستدعي ردّ فعل معيّن هو سلوك لا سوي.

4. تلاؤم الاستجابة: يُقصد بالتلاؤم أحد أمرين: إما الاستجابة لمثير ما بسلوك من نفس نوعه، أو الكفاءة التكيّفية للوضعية. فالضحك لدعابة أو نكتة، والحزن لخبر مؤلم، والقلق لأمر مهدّد استجابات سوية. أما انعدام الاستجابة لهذه المثيرات في حالة من التبلد فهي سلوكيات غير سوية، كذلك الاستجابة بالسلوك النقيض كالغضب الشديد لدعابة أو نكتة وجهت للشخص في حالة مزاح. ويشير هذا النوع من انعدام التلاؤم إلى حالة مرضية ملفتة للنظر عموماً؛ كذلك الأمر في حالة صدور استجابات فجائية (خوف، قلق، عدوان...) بدون مثير يستدعي صدورها، تعبّر عن سلوك لا سوي ذي طابع مرَضي عموماً.

أما الكفاءة التكيّفية فيُقصد بها مهارات التعامل مع الوضعيات الحياتية التي يُفترض أن تكون المرحلة العمرية التي وصل إليها الطّفل تؤهله للقيام بها بنجاح، مثل ظهور الكلام بعد سنّ الثانية والقدرة الواضحة على التعبير المترابط والواضح بعد الرابعة، والوصول إلى النظافة وضبط وظائف الإخراج بعد سنّ الثالثة، والقدرة على الاستقلال النسبي في القيام بالشؤون الذاتية من مأكل ومشرب وملبس بعد سنّ الخامسة وهكذا.. فإذا لم يتمكّن الطّفل من المهارات السلوكية الخاصة بسنّه وجنسه نكون بصدد سلوكيات لا سوية.

وبالتالي لابد في تحديد السلوك السوي واللاسوي من أخذ هذه المحكات الأربعة بعين الاعتبار، فكلما كنّا بصدد أكثر من محك واحد منها في حالة سلوك معين تكون درجة اللاسواء أشد. فمثلاً إذا اتّسم سلوك ما بالتكرار والاستمرارية وكانت الاستجابات على درجة من الشدة تفوق ما يقتضيه المثير من ردّ فعل نكون بإزاء سلوك أكثر اضطراباً (حجازي،2004، ص71- 73).

2. معايير تحديد السلوك السوي واللاسوي:

لكي نتمكن من التمييز بين الشخص السوي وغير السوي لابد من ملاحظة ستة معايير، هي:

1.2. المحك الذاتي أو الفردي:

أي كيف يرى الإنسان ذاته وكيف يرى نفسه ويقيم ذاته، حيث يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على سلوكه في السواء واللاسواء.

ويرجع هذا المحك من الناحية التاريخية إلى الفيلسوف اليوناني "بروتاجوراس" الذي ذهب إلى أن الإنسان مقياس لكل شيء، وفي الوقت الحاضر يمكن القول إنّ هذا المحك هو الشائع الآن بين الأفراد حين يريدون أن يحكموا على سلوك ما بأنه سوي أو شاذ، أن يعودوا إلى إطاره المرجعي (أي كلّ العوامل الذاتية والموضوعية التي تحدّد إدراك الفرد لموضوع ما) (خوج،2010، ص78).

ويرى كلّ من موس Moss وهانت Hunt أننا ننظر إلى الناس ونلاحظ تصرّفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، وغير سوية إذا كانت تختلف عن أفكارنا وآرائنا، وأن أكثر ما يكون السلوك سويا بالنسبة لنا هو ما كان يتلاءم مع ما نرغب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه (ملحم،2015، ص57).

ويؤخذ على هذا المحك:

– أنه لا يترك مجالاً للكشف عن معيار عام وغير شخصي نميّز به بين ما هو سوي وما هو غير سوي (شاذ).

– أنه لا يمكن تسيير الناس عامّة حسب رأي شخصي واحد وأن نطلق عليهم الأحكام جزافاً ووفقاً لرأينا الذاتي.

أنّ الأحكام التي تصدر على أساس المحك الذاتي تتعرض في الكثير من الحالات للتشويه والتحريف، وذلك بحكم دوافع الفرد واتجاهاته وعلاقاته بالآخرين، خاصّة في الوضعيات التي لا يكون فيها الفرد في موقف حيادي، ولذلك فإن هذا المحك إذا كان يصل لإصدار أحكام السواء والشذوذ في بعض مواقف الحياة العامّة، فإنه لا يمكن الركون إليه باعتباره محكاً علمياً دقيقاً.

2.2. المحك الاجتماعي:

والمقصود به هو مدى قدرة ومواءمة الفرد على التوافق والتأقلم في بيئته الاجتماعية وكيف يرى الآخرون ذلك الشخص، وأيّ تعارض في النظرة للذات بين المعيارين الأوّل والثاني ينتج عنه تناقض نفسي اجتماعي، وهو ما يؤدّي إلى نوع من القلق النّفسي، وبالتالي الإرباك وسوء الصّحة النّفسية.

يعتمد هذا المحك على المعايير السلوكية السائدة في المجتمع كمحدّدات للسلوك السوي، فكل فرد يلتزم بالمعايير السلوكية التي ارتضاها أفراد المجتمع واتفقوا عليها، ينعم بقدر مناسب من الصّحة النّفسية، وكل من يخرج عن هذه المعايير يبتعد عن حالة السواء، ووقفاً لهذا المعيار فإن التوافق بين سلوك الفرد وقيم المجتمع ومعاييره الاجتماعية يُعدُّ استواءً، ويكون عدم التوافق شذوذاً، ولذلك يُعتبر أساساً للحكم على سلوكه بالسواء أو الشذوذ، وعليه يُعدُّ القبول الاجتماعي المحك الاجتماعي للحكم على السلوك بالسواء واللاسواء (خوج،2010، ص79).

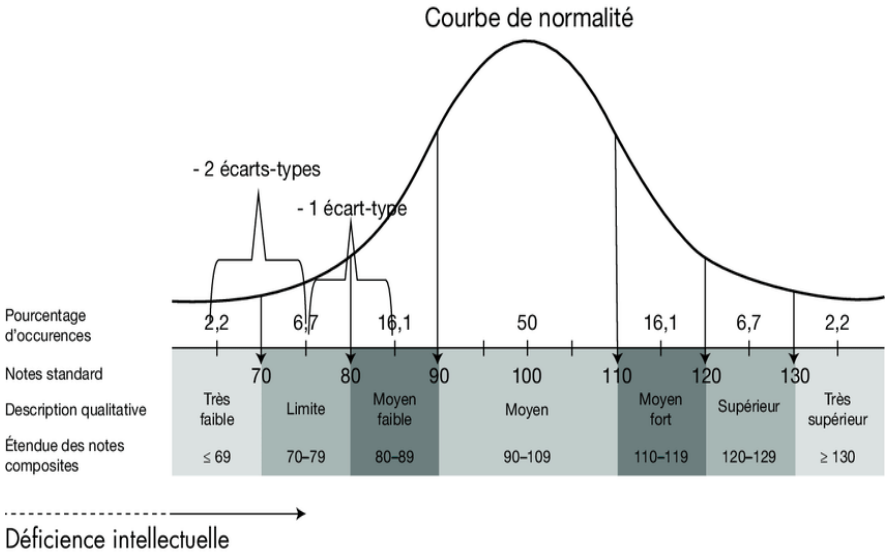
وبالتالي فالسلوك الشاذ حسب المعيار الاجتماعي هو السلوك الذي يخالف ثقافة المجتمع السائدة بما تتضمّنه من قيم ومعايير اجتماعية متّفق عليها.

وبالرغم من أن هذا المعيار يُعدُّ الأكثر شيوعاً بين المعايير المختلفة إلا أن له نواقصه، ولعل أهمها أنّ أفراد المجتمع عليهم الامتثال للتقاليد السائدة بغض النظر عن كونها صحيحة أو خاطئة، ومن لا يمتثل فهو شاذ. واعتمادا على هذا المعيار فإن هناك أشكالاً من السلوك تعتبر شاذة في بيئة اجتماعية ولا تعتبر كذلك في بيئة اجتماعية أخرى، وبالمقابل هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات. وبناءً على ذلك فإن هذا المعيار رغم أهميته، فإنّه غير كاف وحده كأساس لتحديد السلوك غير السوي.

3.2. المحك الإحصائي:

يعتمد المحك الإحصائي على درجة تكرار السلوك وشيوعه بين أفراد الجماعة، والسلوك الصادر عن أكبر مجموعة من الأفراد يكون سلوكاً سوياً، والسلوك الصادر عن مجموعة صغيرة من الأفراد يكون سلوكاً غير سوي؛ ويضع هذا المعيار خطاً فاصلاً بين السواء وعدمه، يُحدّد بنقطتين فوق الوسط وتحته بمقدار انحراف معياري واحد.

وعند قياس صفة من الصفات ثمّ رسم العلاقة بين درجات هؤلاء الأفراد فإننا سنجد أن الدرجات تميل إلى توزيع معين (التوزيع الاعتدالي)، بحيث تقع معظم الدرجات في الوسط، وتقلّ الدرجات كلما اتجهنا نحو الأطراف، فالأفراد الذين يحصلون على درجات متوسّطة يمثلون غالبية الأفراد (أخرس وناصر، 2015، ص91). أُنظر الشكل التالي:



شكل (1) يبيّن التوزيع الطبيعي

إذن حسب المعيار الإحصائي فإن السلوك النادر الحدوث هو السلوك الشاذ وهو الذي يقع على طرفي المنحى الاعتدالي الطبيعي.

غير أن هذا المعيار لا يصلح لكل السمات وبالذات النّفسية منها، ففي صفة الذكاء مثلاً فإننا لا نستطيع أن نعتبر فئة مرتفعي الذكاء شواذ لأنها من الصفات المرغوبة والمحببة في المجتمع، كما أن كلمات من مثل يغلب حدوثه أو عادية لا معنى لها إلا في إطار اجتماعي معيّن، لذا فلا بد من إلحاق السلوك المراد الحكم عليه بمجتمع ما.

4.2. المحك المثالي:

حيث تُعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه، واللاسوية هي الانحراف عن المثل العليا والكمال (الخواجة،2010، ص30).

5.2. المحك الباثولوجي (الطبي):

يعتبر الشخص شاذاً في ضوء هذا المعيار إذا وُجدت لديه أعراض وشكاوى مَرَضية، كالقلق والاكتئاب والتوتر والصراعات النّفسية المختلفة، ويعتبر الشخص سوياً إذا خلا من هذه الأعراض، إذ إنّ الشخص السوي هو شخص بلا أعراض؛ إلا أن الخلو من الأعراض لا نجده لدى أحد، فمن الصعوبة بمكان أن نجد شخصاً خالياً من الأعراض المَرَضِية، ومع هذا فإنه عندما يغلب وجود تلك الأعراض المَرَضِية في شخص ما فإنه يعتبر "شاذاً" (أبو النيل،2014، ص36).

ولهذا المعيار العديد من المساوئ، منها عدم تحديد الدرجة التي ينبغي أن يصل إليها الانحراف في السلوك أو الاضطرابات النّفسية والعقلية حتّى يمكن اعتبارها حالات غير سوية (شاذة)، إذ لا يمكن في بعض الأحيان التمييز بين حالات السواء وغير السواء كونها متداخلة مع بعضها. أي أنّ هذا المحك يعتمد على الأعراض المَرَضِية للاضطرابات النّفسية والعقلية كأساس لتصنيف الناس إلى اعتياديين وشواذ. كما أن حالة الفرد النّفسية تكون على شكل خط متصل يبدأ بالسواء وينتهي باللاسواء، أي أن الفرق بين السوي واللاسوي هو فرق في الدرجة وليس في النوع (الجبوري،2013، ص80-81).

6.2. المعيار الإكلينيكي:

يركّز هذا المعيار على فاعلية التنظيم الوظيفي للشخصية، ويهدف إلى تقييم الشخصية وأبعادها المتعددة، ويركز على الخلو من مظاهر العجز والقصور، كما يركز أيضا على الصّحة النّفسية للفرد

(أخرس وناصر،2015، ص93). ويأخذ هذا المعيار صوراً وأسماء متعددة، فهو تارة يحدد اللاسواء في ضوء المفاهيم الطبية والبيولوجية، وتارة أخرى يركز على الأعراض المَرَضِية symptômes أو تجمعات زملة الأعراض syndrome، وتارة ثالثة يرى أن الشخص الشاذ هو الذي حصل على بطاقة تشخيصية، على أن الفئات التشخيصة المعروفة كالعصاب والذهان تشير إلى درجة من اللاسواء (أبوليلة،2002، ص59).

3. خصوصية السواء واللاسواء عند الطّفل والمراهق مقارنة بالراشد:

من السهل دائما الحكم على البالغين بالاضطراب وعدم النضج عندما نلاحظ تقاربا بين ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطّفل، ففي مثل هذه الحالات قد نصف سلوك البالغين هذا بعدم النضج ونقرّر بأنهم يعانون اختلالا بسبب صفاتهم الطّفلية هذه، لكن عندما تصدر تصرّفات مثل هذه عن طفل فإنها قد تكون شيئا مقبولا لتناسبها مع عمره والمتطلبات الفكرية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يمر بها؛ لهذا يحذّرنا علماء العلاج النّفسي- السلوكي من الاندفاع والعجلة في وصف طفل معين بالاضطراب. ويترتّب عن هذا التحذير أنه يجب على المعالج النّفسي أن يكون مُلمّاً بخصائص مراحل النمو وتطوّر الطفولة ليميز في سلوك الطّفل بين ذلك الذي يحتاج منه إلى التدخل المهني (الطبّي أو النّفسي) بسبب شذوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو، وبين ذلك الذي لا يحتاج إلى التدخل العلاجي، بل قد يكون المطلوب منه تشجيعه، بسبب انسجامه مع المتطلبات التي تفترضها خصائص مرحلة معيّنة من النمو (إبراهيم وآخرون،1993، ص19- 20).

إن كثيرا مما يعتبر اضطرابات سلوكية، كالعدوان والحركة الزائدة والتحطيم والبكاء والتبول اللاإرادي واضطرابات النوم، وهي المشكلات التي تسبب عادة إزعاجا للأسرة، قد تعكس لدى كثير من الأطفال خصائص المرحلة الزمنية التي يمرون بها، ومن ثمّ فإنّه من غير الملائم وصفها بالشذوذ أو المرض.

وفي المقابل يمكن– اعتمادا على البحوث التي تدرس مراحل النمو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة – أن نقرّر أن هناك كثيرا من التصرّفات التي تصدر عن الأطفال لا تمثل جزءاً من مقتضيات النمو الانفعالية أو العقلية أو الاجتماعية، ويصح بالتالي تشخيصها بأنها شاذة وتتطلّب التدخل العلاجي (إبراهيم وآخرون،1993، ص20).

✓ **صعوبات تحديد السوي والمَرَضِي عند الطّفل والمراهق:**

إنّ مسألة السوي واللاسوي هي أكثر تعقيداً بالنسبة للطّفل والمراهق بحكم كونهما في حالة نمو وتغيّر، حيث إنّ بناء مورفولوجيته ووظيفته في حالة حركته وتظاهراته السلوكية غير ثابتة بعد. فالفرد قبل الرشد ليست له بنية ثابتة لكونه مازال ينمو، وظهور بعض أعراض الراشد لا يعني بالضرورة حالة مَرَضِية، لذلك ينبغي الحذر من استخدام التصنيفات والتشخيصات والأحكام الخاصة بالراشد على الطّفل والمراهق (خياط وحوحو،2019، ص80).

إن تحديد السواء على العموم صعب، إذ لا توجد حدود بارزة بين السوي والمَرَضِي، وهذه الصعوبة تظهر بوضوح عند الطّفل، نظراً للأسباب التالية:

1. متغيّر النمو في علم نفس الأطفال المَرَضِي: Growth variable in pediatric psychopathology

باعتبار أن الطّفل مازال ينمو، فليس له بنية ثابتة نسبياً مثل ما هو الحال عند الراشد، فإنّ ظهور بعض الأعراض التي تشبه أعراض الراشد لا يعني بالضرورة أن هناك باثولوجية:

- ✓ حسب السن تظهر " أعراض" ليست كلها مَرَضِية بل منظّمة للنمو مثل حصر الشهر الثامن.
- ✓ بعض الأعراض مرتبطة بالظروف المعيشية، وهي انعكاس لهذه الظروف، وتزول مع تحسّن الوضع.

- ✓ النمو يمر بمراحل وكل مرحلة تأتي بإمكانيات جديدة تساعد على التخلّص من صراعات المرحلة السابقة، وفي هذا الصدد ركّز فرويد على دينامية النمو وإمكانياته العلاجية.
- ✓ النمو ليس متساويا في كلّ جوانبه؛ هناك وظائف تتطوّر بسرعة وأخرى ببطء. يظهر أيضاً نكوصا ولكنه ليس دائماً سلبي، بل يساعد على تجاوز صعوبات المرحلة، كأنّ الطّفل يرجع إلى الوراء كي يستجمع قواه لاجتياز المرحلة.
- ✓ العديد من الباحثين، وخاصّة H. Wallon، ركّز على أهمية الأزمة: إنها مؤقتة ومنظمة. بالنسبة لـ Wallon الأزمة تساعد على القفزة النوعية التي تسمح بالتطوّر السريع (ميموني،2011، ص37-38).

وبالتالي فإن الفرق بين الطّفل والراشد في علم النّفس المَرَضِي، هو أن الطّفل كائنٌ ينمو ويرتقي باستمرار. ويعني هذا أنّ متغيّر النمو له أهمية كبيرة في علم نفس الأطفال المَرَضِي. فالأطفال يتغيّرون باستمرار، وقد تكون هذه التغيّرات نظامية أو شاذة ولكنها قد تكون مستعصية صعبة. إن أغلب الأطفال يوصفون بأنهم يمرون بمرحلة نمو خاصّة. مثلا نظريتا فرويد في الشخصية وبياجيه في النمو المعرفي تستعملان فكرة المراحل للإشارة إلى التغيّرات الهامة التي تحدث في السلوك كوظيفة ودالة للنمو. إن هذه المراحل مهمة عندما تكون غير متواصلة، بحيث تختلف بصفاتها من حيث ما قبل وما بعد (عبد الله، 2009، ص40).

- ✓ نظراً لكون المراهق في تطوّر سريع وفي كلّ الجوانب، فإنّه يعيش أزمة بيولوجية نفسية واجتماعية هامّة، وهذا ما يجعله يقوم بسلوك غريب يأخذ أشكالا مَرَضِية في بعض الحالات، مثل البحث عن التطرف، الانطواء، الخجل، العدوان... الخ، كلّ هذا لا يعني بالضرورة باثولوجيا بل غالبا ما يدخل في خصائص المرحلة والبحث عن الهوية وإثبات الذات، ويزول هذا السلوك مع زوال الأزمة؛ وهذا الوضع يتطلب من المختص الدقة والحذر وعدم التسرّع في التشخيص.

2. الفوارق الفردية Individual differences:

تحديد معدّلات ومراحل لا يعني أن كلّ الأطفال يكتسبون المهارات أو المعارف في نفس السن، لكن هذا التحديد يعطي مؤشرا، أي معدّلا إحصائيا؛ ولذا يجب الأخذ بعين الاعتبار الفوارق الفردية. كلّ طفل له إيقاعاته البيولوجية والنّفسية، والمهم هو الانسجام الذاتي، وتوازن الوظائف النّفس ـ اجتماعية الحركية.

3. وضع الطّفل في قوالب الراشد Place the Child in the adult's molds:

لنحذر من سهولة استعمال التصنيفات الخاصة بالراشد وتطبيقها على الطّفل، وهذا لأهمية متغيّر (عامل) النمو في فهم اضطرابات الأطفال النّفسية، وأن الطّفل له خصائصه (ميموني، 2011، ص38).

وهكذا فإن تحديد ما هو سوي أو غير سوي لدى الطّفل والمراهق يُعدُّ عملية أكثر تعقيدا مقارنة بالراشد، لأن الطّفل لم يتم تنشئته اجتماعياً بشكل كامل ولا نتوقّع منه نفس الدرجة من التوافق، ومن ثمّ من الضروري الأخذ في الاعتبار عمره ومستوى نموه وجنسه. كما أن الطّفل لا يعمل بشكل مستقل مثل الراشد. ولهذا يجب النظر إلى اضطراباته النّفسية بشكل أكبر في ضوء ظروفه المعيشية، وخاصّة الظروف الأسرية (Miljkovitch& de Lajudie, 2009, p10).

خلاصة:

يتّضح لنا مما سبق أنه من الصعب جدا ضبط، وبإحكام، مسألة السواء واللاسواء عند الطّفل والمراهق؛ وهذا يتوقف على مراعاتنا للاختلافات الموجودة بينه وبين الراشد، حيث يجب أن يُراعَى أن الطّفل في تطوّر، والأخذ بعين الاعتبار الفوارق الفردية بين الأطفال، فكلّ طفل له من مميزاته وخصوصياته ومكتسباته النّفسية والبيولوجية والاجتماعية والثقافية ما يُحدّد درجة انسجامه أو إخفاقه مع ذاته ومحيطه.

المحاضرة الثالثة:

البنية النّفسية في علم النّفس المَرَضِي

تمهيد

1. مفهوم البنية النّفسية.

2. تكوين بنية الشخصية.

3. مكونات بنية الشخصية

خلاصة

تمهيد:

يُعتبر موضوع البنية النّفسية في علم النّفس المَرَضِي من أهم المواضيع الذي شغلت الباحثين والأخصائيين النّفسيين، فالديناميكية التي توجّه السوي والمَرَضِي من أهم انشغالات الباحثين في علم النّفس المَرَضِي. وتلعب البنية النّفسية دوراً محورياً في فهم وتشخيص الاضطرابات النّفسية في علم النّفس المَرَضِي. وسوف نتطرّق في هذه المحاضرة إلى مفهوم البنية النّفسية، ثمّ تكوين بنية الشخصية، ثمّ بعد ذلك يتمّ التطرّق إلى مكونات بنية الشخصية.

1. مفهوم البنية النّفسية La structure psychologique:

حدّد برجوري Bergeret في كتابه " الشخصية السوية والمرضية " مفهوم البنية في علم النّفس المَرَضِي، حيث وصفها بأنها حالة نفسية مرَضية أو غير مرَضية، تتكون من عناصر بارا سيكولوجية، أساسية في الشخصية ثابتة، البنية عندما تتكوّن غير قابلة للتغيير، ولا تظهر إلا من خلال بعض ميكانيزمات الدفاع وبعض سمات الشخصية أو عند الوقوع في المرض النّفسي، أو في حالة مواجهة صعوبات داخلية ترتبط أحيانا بسوء التكيّف أو التغيير أو الصدمة (بوغندوسة،2017، ص14).

وكان فرويد قد أشار إلى البنية من خلال قوله: "إذا سقط بلور من الكريستال، فإنه لا ينكسر بأي حال من الأحوال، بل حسب خطوط الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه، وهي خاصّة بكل جسم، وهذه الخطوط تبقى خفية حتّى ينكسر البلور، أو يوضع تحت جهاز خاص؛ وبالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المدرج.

وقد ربط برجوري Bergeret مفهوم البنية في إطار علم النّفس المَرَضِي التحليلي بمسألة السوا واللاسواء، واللاسواء، مركّزاً على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما، إذ إنّ الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي

لحظة لا سويا وينتكس (ميسوم،2017، ص468).

2. تكوين بنية الشخصية:

يحدد برجوري Bergeret ثلاثة مراحل لتكوين بنية الشخصية نلخصها فيما يلي:

أ) المرحلة الأولى: تبدأ من الولادة، ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفسي جسمي، ولكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجيا مع خروجه من الهو، وهذا تحت تأثير النضج، والعناية، والعلاقة مع الأم، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت كما يقول فرويد.

ب) المرحلة الثانية: يتطوّر اللبيدو ويتقدم في سيرورته، وتتطوّر العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية، والأنا يتطوّر ويستعين بالآليات الدفاعية، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية؛ وهنا يتطوّر اللبيدو ويتقدم، تبعا لـ:

- العلاقات مع الوالدين، وخصوصا الأم، ثمّ العلاقات مع أفراد المحيط.
- تسقط كلّ التجارب النّفسية على شكل صراعات وصدمات وتقمصات إيجابية.
- تبدأ ميكانيزمات الدفاع النّفسي تنتظم بطريقة تفاعلية.
- تنتظم تدريجيا نفسية الفرد، وتصنف حسب العناصر الأولية، فتنتج منظمة داخلية ذات خطوط انشطار وتلاحم، والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد.

ج) المرحلة الثالثة: مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة، ولا تتغيّر في توجهها الأساسي، ما دام صاحبها لم يتعرّض إلى صدمات نفسية هامّة (إحباط أساسي أو صراعات قوية...إلخ)، فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخا في البنية، وذلك حسب خطوط القوة

والضعف الموجودة فيها، بحيث يتمركز الصراع في البينة العصابية بين الأنا والنزوات، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرت الدفاعات القديمة، وتوجد ما بين هاتين البنيتين، ما يعرف بالتنظيمات الحدية أو البينية، وتضم الأمراض السيكوسوماتية والسيكوباتية والانحرافات، وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشّة، أي تنظيمات "organisation " قابلة للتغيّر، وليس كبنية ثابتة، لأنها يمكن أن تتطوّر إلى مسار الذهان أو العصاب (ميسوم،2018، ص53).

3. مكونات بنية الشخصية:

تتحدّد المكوّنات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية حسب برجوري Bergeret بخمسة أبعاد، ويكون التشخيص على أساس هذه المكوّنات، وهي كالتالي:

أ) مستوى نكوص الليبيدو والأنا (التثبيت):

- **البنية الذهانية:** النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة لاتمايز أو تمايز بدائي، مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور الوسيط، فيقع تحت سيطرة الهو.
- **البنية العصابية:** يرجع نكوص الليبيدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، مثل ما هو في (العصاب الاستحواذي)، وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية؛ الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.
- **التنظيم البيني أو الحدّي:** يرجع النكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تمايز لكن مازال اتكاليا، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي "intégrité "، مما يؤدّي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

ب) نوع القلق:

- **البنية الذهانية:** هي قلق التجزؤ، والتفكك، واليأس، والتلاشي، والموت؛ لأن الأنا تفكك وانشطر بعدما

كانت وحدة الأنا متماسكة.

- **البنية العصابية:** مهما كان نوع العصاب، فإن قلق الإخصاء "Castration" هو المسيطر على هذه البنية، أو قلق الإثم والخطأ، ويعاش في الحاضر، وهو مركّز على ماضي شهواني "Erotisé".
- **التنظيم البيني أو الحدّي:** هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيار.

ج) العلاقة بالموضوع:

- **البنية الذهانية:** نجد علاقة نرجسية كاملة، لأنها مدمجة في نرجسية الألم، وتؤدي إلى التوحّد "L'autisme"، والانطواء والتخلي عن الموضوع، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد من خلال الهذيان والهلوسة، فهي إذن علاقة أحادية، حيث يعتقد أنه وأمه شخص واحد.
- **البنية العصابية:** علاقة ثلاثية تناسلية: "طفل ـ أم ـ أب"
- **التنظيم البيني أو الحدّي:** علاقة ثنائية اتكالية: "طفل ـ أم"، وليست اندماجية.

د) طبيعة الصراع:

- **البنية الذهانية:** يكون الصراع بين الهو والواقع، ولا يكون بين الأنا والواقع، لأن أنا الذهاني غير موجود أو بدائي، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يرفض سيطرته.
- **البنية العصابية:** يكون الصراع جنسيا بين الأنا الأعلى والدوافع "رغبات ونزوات"، مما يؤدّي إلى الشعور بالذنب وقلق الإخصاء.
- **التنظيم البيني أو الحدّي:** يكون الصراع بين مثال الأنا والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي، أما الأوديب فلم يلعب دوره المنظم، ويبقى ذا طابع نرجسي، مع قلق فقدان الموضوع والتهديد بالانهيار.

هـ) الآليات الدفاعية الأساسية:

- **البنية الذهانية:** الإنكار "Deni" أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.
- **البنية العصابية:** هنا الآليات متطوّرة، أهمها: الكبت والتحويل.
- **التنظيم البيني أو الحدّي:** ازدواج الصورة الهوامية "dédoublement des imagos" مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزئين:

الأول: تقدير وفهم صحيح للواقع، ويعني ذلك تكيّفا صحيحا.

الثاني: تقدير مثالي للواقع، وفي نفس الوقت نفي له (ميسوم، 2018، ص53- 55).

جدول (1): يبيّن المقارنة بين المكوّنات الأساسية لبنية الشخصية

	الأعراض	البُعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانيزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوى نكوص الليبيدو والأنا
العصابية	علامات الوسواس والهستيريا	الأنا الأعلى	الأنا الأعلى مع الهو	الخصاء	الكبت	تناسلية	المرحلة الأوديبية
الذهانية	الانفصال عن الواقع الهذيان	الهو	الهو مع الواقع	التفكّك، التجزئة	الرفض، الإسقاط، الإنكار	اندماجية	المرحلة الفمية
الحالات الحدية	الاكتئاب	مثالية الأنا	مثالية الأنا مع الهو والواقع	فقدان الموضوع	الانشطار، المثالية	اتكالية	المرحلة الشرجية

(Bergeret, 2012).

خلاصة:

لقد حاولنا في هذه المحاضرة توضيح مفهوم البنية النّفسية في علم النّفس المَرَضِي، من خلال استعراض مراحل تكوّنها الثلاث ومكوّناتها الأساسية. يشمل ذلك مستوى النكوص، الليبيدو والأنا (التثبيت)، نوع القلق، العلاقة بالموضوع، طبيعة الصراع، والآليات الدفاعية. فهم هذه البنية يساعد في فهم الاضطرابات النفسية التي قد تندرج ضمن كلّ بنية من البنيات الأساسية للشخصية.

إنّ فهم البنية النفسية يُعتبر أداة أساسية لفهم التحدّيات النّفسية التي يواجهها الأفراد في حياتهم اليومية، حيث يسمح بتحليل منهجي لديناميكيات الاضطرابات النفسية وتطوير تدخلات علاجية فعالة. البنية النفسية جزء لا يتجزأ من الصحة النفسية والتوازن. ببساطة، البنية النفسية هي بمثابة خريطة لفهم وتعزيز الصحة النفسية.

المحاضرة الرابعة

النماذج النظرية المفسّرة للاضطرابات النّفسية عند الأطفال والمراهقين

تمهيد.

1. النموذج البيو طبي.

2. النموذج السيكو دينامي (التحليلي النّفسي).

3. النموذج الأسري أو النسقي.

4. النموذج السلوكي.

5. نموذج التعلم الاجتماعي.

6. النموذج الإنساني.

7. نموذج التعلق والحماية (الآمن).

8. النموذج البيئي.

9. النموذج التكاملي.

خلاصة.

تمهيد

تعدّدت النماذج النظرية المفسّرة لاضطرابات الأطفال، وهذه النماذج لا تعبر عن أصحابها بقدر ما تعبر عن النظريات والتوجّهات التي ينتمون إليها، كما أن معظم هذه النماذج تفسّر جوانب محدّدة من السلوك وقد لا تنطبق على جوانب أخرى، مما يستدعي أن تكون هناك نظرة تكاملية شاملة لها، حيث تعطي النماذج تصورا واضحا وإلماما شاملا بالأسباب التي تكمن وراء تلك الاضطرابات؛ ومن هذه النماذج:

1. النموذج البيوطبي: Le Model biologique/ biomédical

النموذج البيوطبي يسمّى أيضاً النموذج البيولوجي أو الفسيولوجي أو المَرَضِي. وطبقاً للنموذج الطبي فإن السلوك اللاسوي مثله مثل المرض، له سبب محدّد ومجموعة خاصّة به من الأعراض، ويؤكد هذا النموذج أن السلوك المضطرب بيولوجي المنشأ، بمعنى أنه ناتج عن بعض أوجه القصور الجسمي أو الأمراض الجسمية. لذلك اعتقد البيولوجيون أن الفهم المتكامل للوظائف والعمليات النّفسية لابد أن يتضمّن فهم الأساس البيولوجي للأفكار والانفعالات والسلوك.

كما أن سلوك الطّفل وخبراته ومشاعره قد تتغيّر نتيجة للتغيّرات الجسمية أو الكيميائية في المخ. ومنذ القِدم لوحظ أن الاضطراب النّفسي الشديد غالبا ما يعقب إصابة الرأس (كما في الحوادث).

وبالتالي فإن أصحاب النموذج البيو طبي يعتقدون أن الاضطرابات النّفسية للأطفال مرض ناتج عن الخلل الوظيفي في بعض أجزاء الكائن الحي، وبخاصة وظائف المخ، كسبب أساسي لاضطراب السلوك. حيث يرون أن الاضطرابات النّفسية ترتبط بمشكلات في وظائف المخ؛ هذه المشكلات قد تكون تشريحية أو بيوكيميائية؛ ومثل هذه المشكلات قد تكون نتيجة لأسباب متعدّدة مثل الضغوط الشديدة، والعدوى والأورام أو الأورام الخبيثة، والإصابة الجسمية. ومعظم أو كلّ الاضطرابات النّفسية لها على الأقل أساس

جسمي (إسماعيل، 2005، ص21- 22).

ويركّز هذا النموذج على أن هناك متغيّرات محدّدة تؤدّي إلى نشأة الاضطرابات العقلية والنّفسية، منها تعرّض الأم أثناء الحمل إلى نقص التغذية ونقص الرعاية، وتعرّضها للإشعاعات (أشعة إكس)، وتناولها لبعض العقاقير دون إشراف طبي، وحالتها الانفعالية... كلّها تعتبر عوامل خطورة على الطّفل. كذلك تؤدّي إصابات الولادة والولادة غير المكتملة إلى خلل عضوي ووظيفي وسلوكي مستقبلا، كما يؤثّر أيضا اضطراب وظائف المخ والأورام الخبيثة والتعرّض للضغوط النّفسية الشديدة (مخيمر ومحمد علي، 2006، ص5).

ومن هنا نرى أن أصحاب النموذج البيو طبي يركزون على أنّ الاضطراب النّفسي ناتج عن خلل بيولوجي أو كيميائي، ورغم أن لهذا النموذج وجهته إلا أنه غير كافٍ بمفرده لتفسير التنوّع الهائل في الاضطرابات النّفسية.

2.النموذج السيكو دينامي (التحليلي النّفسي): *Le model psychodynamique*

نشأت المفاهيم السيكودينامية لتفسير الاضطرابات النّفسية أساسا من كتابات فرويد Freud، ثمّ تبعه آخرون مثل كاميرون Cameron عام (1973) وفينجل Fenichel عام (1945)، حيث كان فرويد يعتقد أن السلوك، السوي واللاسوي، هو نتاج للتفاعل بين قوى الشخصية الثلاث: الهو، والأنا، والأنا الأعلى، فالهو تدفع الفرد إلى الأشياء الغريزية البدائية غير المقبولة اجتماعيا، ويظل الأنا الأعلى يجذب الفرد إلى القيام بأدوار وأعمال قد تكون مضادة للهو، ويظل الأنا يوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع. غير أنه في حالة عدم التوازن بين هذه القوى، وضعف الأنا يصبح الفرد غير مستقر، مما يؤدّي إلى السلوك المضطرب.

كما أن عدم حلّ الصراع في كلّ مرحلة من مراحل النمو النّفسي الجنسي يؤدّي إلى القلق الحاد أو العصاب، الذي يحاول الأنا التخفيف منه عن طريق الاستخدام اللاشعوري لميكانيزمات الدفاع.

كما يركّز النموذج السيكوديناميي في تفسيره للسلوك المضطرب على الخبرات الأولى في المهد والطفولة، وما لها من تأثير على التفاعل الحالي القائم بين الهو والأنا والأنا الأعلى. كذلك يلعب كبت الخبرات الصدمية دورا بالغا في الاضطرابات النّفسية (محمود،2016، ص174).

تركّز هذه النظرية على ضرورة تحليل ديناميات الشخصية للتعرّف على الخبرات اللاشعورية، لأن هذه النظرية تمثل الاندفاعات اللاشعورية للسلوك، وتشير إلى أن الاضطرابات النّفسية والسلوكية ترتبط بمجموعة من الأزمات والصدمات النّفسية والعلاقات السلبية مع الوالدين، زيادة على عدم إشباع الحاجات والتعرّض إلى العقاب والنبذ من قبل الآخرين، وخاصّة الوالدين (مصطفى،2011، ص86-87).

وهكذا فإن النموذج السيكوديناميي، بالرغم من جوانب القصور التي اشتمل عليها إلا أنه استطاع أن يوجّه الأنظار إلى دور التفاعل والعلاقات الاجتماعية المبكّرة في فهم بعض الظواهر المرتبطة بالاضطرابات النّفسية والوقاية المبكّرة منها.

3. النموذج الأسري أو النسقي (Model systémique):

يعتبر النموذج الأسري أن رفاهية الشخص تعتمد على نوعية التفاعلات الأسرية، ولهذا السبب فإن الاضطراب النّفسي هو جزء من ديناميكية الأسرة وليس ديناميكية شخصية (حالة الطّفل المعتمد على والديه، والذي لا يستطيع تحرير نفسه من المشاكل الأسرية).

إذا درسنا هذه التفاعلات العائلية بشكل منفصل: الأم – الطّفل، الأب – الأم، الأب – الطّفل، فإننا لا نعرف شيئا عن تأثير كلّ من هذه العلاقات على العلاقات الأخرى.

وفي الواقع، فإن اختلال عمل هذه التفاعلات من شأنه أن يؤدّي إلى ظهور الأعراض لدى الطّفل. بدلاً من التركيز على مسبّبات الأعراض، سيحاول المُعالجون الأسريون فهم ما يساهم في استمرارها.

وفقًا لموري بوين (طبيب نفسي أمريكي: 1913–1990) فإنّ الطّفل الذي تظهر عليه الأعراض هو الطّفل الأكثر تورطاً في الصراع الأسري. لذا فإن الأعراض هي رسالة غير مباشرة للتعبير عن اختلال العلاقات الأسرية (Mahir, 2018, p47).

تلعب نوعية الخبرات والتفاعلات التي يعيشها الفرد في الأسرة دوراً في درجة تكيّفه النّفسي والاجتماعي، وقد تنشأ الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطّفل كنتاج لنوعية الخبرات التي يتعرّض لها وأنواع التفاعلات السائدة في الأسرة. إن وجود الخلافات الزوجية أو التشدد في أساليب التربية والتدريب أو التساهل والإهمال واضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة سوف ينعكس سلبا على نمو الطّفل وبناء شخصيته، ما يؤدّي إلى نشوء بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (الزغول،2006، ص78). فلا يمكن فهم الأطفال خارج محيط أسرهم. وأيّ وصف لطفل لابد أن يأخذ في الاعتبار نموذج التفاعل ثنائي الاتجاه داخل الأسرة، وبين الأسرة وبيئتها الاجتماعية. كما أن كلّ جزء في النسق يؤثّر في الآخرين، حيث تؤثّر سلوكيات أي فرد داخل الأسرة على الأفراد الآخرين، وإصابة فرد من الأسرة بخلل وظيفي يؤدّي إلى نسق أسري غير مستقر (رضوان وغزي،2023، ص567).

لا شكّ، سواء من الناحية العلمية أو من الناحية الواقعية، في أن معظم الانحرافات السلوكية والاضطرابات النّفسية تنبت في بيئة أسرية مضطربة، ذلك لأن الأسرة تحتل موقعاً استراتيجياً داخل مجموعة المتغيّرات التي تؤثّر في عملية التنشئة الاجتماعية، نظراً لكونها المحيط المبدئي الذي يتواجد فيه الطّفل (نوفل،2014، ص104).

تأسيساً على ما سبق: إن السياق الأسري غير السوي بيئة نفسية سلبية للنمو، فهو بمثابة مصدر للانحرافات السلوكية والاضطرابات النّفسية.

4. النموذج السلوكي Le model comportementale:

يعتمد هذا النموذج على نتائج الأبحاث التي توصّل إليها علماء نفس التعلم المحدثين. أصحاب هذا النموذج يعتبرون أن معظم السلوك هو نتيجة لتعلم سابق، ولهذا فإنهم مهتمون بمعرفة كيف ولماذا يحدث التعلم.

ينظر أصحاب هذا النموذج إلى السلوك اللاسوي أو الشاذ بأنه سلوك متعلم، لذا يجب فحص بيئة الطّفل عن كثب. العوامل في البيئة لا تثير الاستجابات فقط، ولكنها أيضا تحافظ على إدامة هذه الاستجابات عن طريق تعزيزها. إن الأطفال غالبا ما يتعلمون سلوكاً غير مرغوب فيه، وذلك بسبب أن الوالدين أو المعلمين يعززون مثل هذا السلوك، أو أن الأطفال يفشلون في تطوير سلوكيات مناسبة لأعمارهم بسبب أن هذه السلوكيات كانت قد عزّزت. كذلك يمكن أن يقوم الأطفال بسلوك غير سوي أو شاذ بسبب عدم معرفتهم بالذي يجب عليهم القيام به، نتيجة المعاملة غير الثابتة أو غير المتوازنة (الفخراني،2015، ص107- 108).

ينظر السلوكيون إلى الإنسان كتنظيم معين من العادات، اكتسبها أو تعلمها. ويؤكدون أهمية العوامل البيئية التي يتعرّض لها الفرد أثناء نموه. والاضطراب النّفسي هو نتيجة لعامل من العوامل التالية:

- الفشل في تعلم أو اكتساب سلوك معين.

- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مَرَضِية.

– مواجهة الفرد مواقف صراعية تستدعي منه القيام بعملية تمييز واتخاذ قرارات يشعر بأنه لا يستطيع القيام بها.

وبالتالي إن الطّفل عندما يتعلم السلوكيات السلبية الخاطئة، يتعلمها من بيئته الاجتماعية، وذلك عن طريق التعزيز، النمذجة وتشكيل السلوكيات غير المناسبة، ويشير السلوكيون إلى أنّ استراتيجيات المحو والعزل والإطفاء والنمذجة، وغيرها، تُعدُّ من أهم أساليب تعديل السلوك.

وهكذا يؤكد هذا النموذج أن السلوك السوي أو غير السوي أو المَرَضِي هو نتاج عملية التعلم، ويمكن تغيير هذا السلوك غير السوي بواسطة تدريب الأفراد وتعليمهم استجابات جديدة للمثيرات البيئية والمحيطية، أو بتعديل البيئة المحيطة بالشخص نفسه.

5. نموذج التعلم الاجتماعي:

يرى أصحاب هذا النموذج أن الاضطرابات النّفسية تنشأ من خلال تعلم الأطفال الصراعات الانفعالية في سنّ مبكر في الحياة، من خلال أساليب معاملة الوالدين في مجالات التغذية، الإخراج، وغير ذلك. بالنسبة لهذا النموذج: الاضطراب النّفسي ينشأ من تعلم خاطئ غير توافقي، بمعنى فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة، أو نجاح الفرد في اكتساب سلوكيات وعادات خاطئة لا تؤدّي إلى التوافق (تفاحة،2004، ص97). ويؤكد باندورا Bandura أن هناك طريقتين يمكن من خلالهما اكتساب السلوك، هما الخبرة المباشرة، أو مشاهدة سلوك الآخرين؛ والخبرة المباشرة تحكمها نواتج الثواب والعقاب، بمعنى أن الأفراد يواجهون مواقف مختلفة يتصرّفون حيالها، تصرّفات مختلفة، فإذا نتج عن سلوكهم نواتج طيبة فإنهم يميلون إلى تكرار السلوك، وإذا نتج عنها عواقب غير طيبة فإنهم سيتجنّبون مثل هذا السلوك. على سبيل المثال: إن الطّفل الذي يلاحظ والديه أو آخرين في الأسرة يُظهرون مخاوف معيّنة أو يتجنّبون الاستجابة لمثيرات معيّنة، فإنّه سيخاف هذه المثيرات والمواقف عن طريق التعلم المتبادل (عبد الله،

2009، ص228). وبالتالي يرتكز هذا النموذج على ثلاثة أسس هي: الملاحظة Observation، والتقليد Imitation، والتعزيز Reinforcement.

6. النموذج الإنساني Le model humaniste:

ظهر هذا النموذج على يد كل من إبراهام ماسلو Ibraham Maslow وكارل روجرز Carl Rogers.

يعتقد ماسلو Maslow أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجنّب الإحباطات أو إعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته حول هرم الحاجات التي تضمن الحاجات (البيولوجية والنّفسية).

إنّ عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدّي إلى أحداث تهدّد وجود الإنسان أو تهدّد إنسانيته، ولهذا فإن عدم إشباع هذه الحاجات يولد لدى الفرد الاضطراب والشعور بالقلق. في حين شدّد كارل روجرز على أهمية التطابق بين الذات والخبرة. والذات تشير إلى الصورة التي يُكوّنها الإنسان عن نفسه، أما الخبرة فهي التي تنشأ من تقدير وتعامل الآخرين معه، فإنْ تناغمتا – الذات والخبرة– أصبح الشخص متحرراً من التوتّر الداخلي. ويقول روجرز Rogers إنّ الإنسان يشعر بالاضطراب حين يجد التعارض بين إمكاناته وطموحاته أو بين الذات الواقعية والذات المثالية، وهو تعارض ينشأ في أثناء سعي الإنسان إلى تحقيق ذاته، وإنّ القابلية للشعور بالقلق والعصاب تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات.

7. نموذج التعلق والحماية (الآمن):

طُوّر (نموذج التعلق) الباثولوجي المرَضي من طرف جون بولبي John Bowlby عام (1969)، إذ أكد هذا النموذج على العلاقات المبكّرة بين الوالد والطّفل، وكيف أن العلاقة بين الذات والآخرين تنتج وتوجّه

النمو النّفسي. وترى نظرية التعلق أن سلوك الوالدين عندما يفشل في جعل الأطفال يشعرون بالأمان والارتياح، فإن الأطفال سيكونون غير قادرين على تنظيم انفعالاتهم وتكييف حاجاتهم وسيتطوّرون بسلبية، وستكون نظرتهم إلى أنفسهم والآخرين غير آمنة، وهو ما يضع الأطفال في خطر بالنسبة لتطوير الاضطرابات النّفسية. وتمّ تأكيد ذلك في عدّة دراسات وجدت أن التعلق غير الآمن للطّفل والراشد يُظهر ويُطوّر الاضطراب أكثر من التعلق الآمن (صالح،2014، ص101- 104).

8.النموذج البيئي Environmentalism Model:

تفسّر هذه النظرية الاضطرابات النّفسية وِفق مبدأ أن الاضطرابات التي تحدث للأطفال لا تحدث من العدم أو من الطّفل وحده، بل هي التفاعل الذي يحدث بين الطّفل والبيئة المحيطة به؛ لذا يؤكد هذا النموذج أن حدوث الاضطراب النّفسي يعتمد على نوع البيئة التي ينمو فيها الطّفل.

ويمكن معالجة الاضطراب النّفسي من خلال تغيير البيئة التي يعيش فيها الطّفل وسبّبت له هذا الاضطراب، فهو يحتاج لنوع معيّن من البيئات التي تساعده على النمو بشكل طبيعي وتوفّر له خبرات تعلّم أمور حياته العامّة بشكل طبيعي.

لا يَعتبِر النموذج البيئي الاضطراب النّفسي مرضاً للطّفل، بل يعدّه معوقاً يمكن معالجته من خلال تقدير المؤثّرات البيئية في بيئته (المعاضيدي،2010، ص194).

9. النموذج التكاملي Le model intégratif:

يلاحَظ مما سبق أن كلّ نموذج حاول تفسير الاضطراب النّفسي من زاوية خاصّة، وفقا للأساس الذي اعتمد عليه في بناء فكرته، حيث ركز كلّ واحد من النماذج على جانب من جوانب حياة الإنسان وربط بينه وبين الاضطراب النّفسي، ومع أن التفسيرات التي أوردها كلّ نموذج تساهم في تقديم فهم جزئي

للاضطراب النّفسي إلا أنّ الاعتماد على واحدٍ منها ليس كافيا لمعرفة هذا الاضطراب والأسباب الكامنة وراءه، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثية فيه لا يستقل عن التأثير النّفسي أو الاجتماعي، ومن ثمّ كانت الحاجة الملحة إلى إطار نظري أو نموذج متكامل، نموذج بيو نفسي اجتماعي Biopsychosocial يتّسع للعناصر البيولوجية والنّفسية والاجتماعية، ويوضح بالتفصيل العلاقات المحتملة بين العناصر من المستويات المختلفة. وبالتالي فإنّه من الضروري عند محاولة معرفة اضطراب من الاضطرابات النّفسية وعلاجه الاهتمام بكل وجهات النظر السابقة من أجل الحصول على فهم متجانس يساعد في تقديم خدمة أفضل للمصابين به.

خلاصة:

من خلال التراث النظري للنماذج المفسّرة للاضطرابات النّفسية نلاحظ أنها اختلفت في جزئيات واتفقت في عمومها، ويرجع هذا التباين إلى الأسس النظرية التي يتبناها كلّ نموذج. ومن خلال مُعاينة كلّ النماذج التي تمّ تقديمها لتفسير العوامل الكامنة وراء الاضطرابات النّفسية نجد أنّ هذه النماذج تحاول في معظمها إرجاع الاضطرابات النّفسية التي يعاني منها الطّفل والمراهق إلى عدّة عوامل، حيث إنّ الاضطرابات النّفسية لا تنشأ من عامل واحد، بل هي نتاج لمجموعة من العوامل المتشابكة؛ ورغم أنّ سلوك الإنسان مُعقّد فإنّه ذو طابع فسيولوجي ونفسي واجتماعي محكوم بالظروف والخبرات التي يمرّ بها الفرد.

المحور الثّـانـي

اضطـرابات الـنمـو

المحاضرة الخامسة

الاضطرابات الغذائية (الأكل)

Eating Disorders

تمهيد.

1. تعريف الاضطرابات الغذائية (الأكل).

2. اضطراب السلوك الغذائي عند الرضيع.

3. فقدان الشهية العصبي.

4. الشَرَه العصبي.

5. اضطراب الشراهة في الأكل.

6. السلوكيات الغذائية الضالة (PICA).

7. التوجّهات النظرية المفسّرة للاضطرابات الغذائية.

8. علاج الاضطرابات الغذائية.

خلاصة.

تمهيد:

تُعدُّ مرحلة الطفولة مسرحا لظهور الاضطرابات والمشكلات والصعوبات التي تتباين في أشكالها وأعراضها ومستوى شدتها واستمراريتها وآثارها في الشخصية.

يمكن تعريف الاضطرابات النّفسية للطّفل والمراهق بأنّها تلك المعوقات الجسمية والنّفسية والاجتماعية التي تقف كحجرة عثرة في سبيل تحقيق الطّفل لحاجاته ومتطلباته، وتعوقه عن التغلب على تحديات وصراعات مرحلة الطفولة والمراهقة، مما يجعله غير متكيّف مع بيئته، وغير متوافق مع الآخرين، سواء في البيت أو في الصحبة أو في المدرسة، وبالتالي يؤدّي ذلك إلى انعزاله عن المجتمع، ومن ثمّ حاجته إلى الرعاية والتوجيه والعلاج.

تُعتبر اضطرابات الأكل من الاضطرابات الشائعة لدى بعض الأطفال والمراهقين، وقد تلعب الأسرة دوراً أساسياً في ظهور تلك الاضطرابات، إلى جانب العادات غير السليمة التي يكتسبها الطّفل منذ الصغر؛ وأياً كانت المسبّبات فهي تحتاج إلى تدخّل علاجي وحكمة في التعامل.

تمثّل الاضطرابات الغذائية (الأكل) العلاقة بين الحالة النّفسية للفرد وبين الرغبة الملحّة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وقد اعتُبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو سويته، وكان يُنظر إلى اضطرابات الأكل قديما على أنها أحد الاضطرابات السيكوسوماتية حتّى صدور دليل

التشخيص الإحصائي الثالث، ثمّ الدليل الرابع، حيث تمّ وضعها تحت عنوان منفصل: اضطرابات الأكل (الحمدان،2019، ص12).

1. تعريف الاضطرابات الغذائية (الأكل):

يعرّف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس (DSM -5) اضطرابات الأكل على أنها: اضطراب نفسي يُعرّف على بأنه عادات غذائية غير طبيعية، تؤثر سلبًا في الصحة البدنية أو النفسية للفرد(American Psychiatric Association ,2013) .

عرّف Valkyrie & Shelton (2010) اضطرابات الأكل بأنها سلوكيات إلزامية (قهرية)، تنعكس سلبًا في جوانب حياة الفرد الجسدية والنفسية والاجتماعية، وتؤدي إلى تهديد حياته.

ومن جانب آخر عرّف كل من Villancourt & Lee اضطرابات الأكل بأنها: المواقف والسلوكيات غير القابلة للتكيف، التي تتعلق بالأكل والوزن وصورة الجسم (محبوب،2025، ص141).

كما تعرَّف بأنها اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلّبه النمو الطبيعي للفرد (شقير،2002، ص14).

2. اضطراب السلوك الغذائي عند الرضيع:

تُعتبر صعوبات التغذية من الأسباب الشائعة لاستشارة الطبيب عند الرضع والأطفال الصغار. تؤثّر هذه الحالة على ما يقرب من 25% إلى 50% من الأطفال. وقد أظهرت العديد من الدراسات أن مشاكل التغذية المبكّرة تتنبأ باضطرابات سلوكية لاحقا، واضطرابات القلق، واضطرابات الأكل في مرحلة الطفولة والمراهقة. بالإضافة إلى ذلك، يُظهر ما بين 1% و2% من الأطفال الأقل من سنة اضطراب رفض شديد

للطعام وتأخر في النمو. واستمر سبعون بالمائة من هؤلاء الأطفال في إظهار مشاكل غذائية خطيرة في سنّ الرابعة إلى السّادسة.

إنّ اضطرابات الأكل المبكّرة هي أعراض وظيفية، بمعنى أنّ وظيفة التغذية ومكوناتها المختلفة (التناول، المضغ، المصّ، البلع، التهام الطعام) تكون في أفضل الأحوال مضطربة وفي أسوأ الأحوال معوقة. نحن نعلم الآن أن اضطراب التغذية قد تكون له أسباب مختلفة. فقد يكون نفسي المنشأ بطبيعته (اضطراب التفاعل)، أو عضويا بطبيعته (تشوهات الوجه والفم)، أو مختلطا بطبيعته (تشوهات الجهاز الهضمي واضطراب العلاقة بين الوالدين والطّفل). وفي كلّ الأحوال فإن الآثار النّفسية تظلّ حاضرة دائما (Cascales et al, 2014, p700-701).

2.2. تصنيف الاضطرابات الغذائية حسب ايران شاتور Chatoor:

يُعدُّ تصنيف شاتور وزملاؤه Chatoor et al في أمريكا مرجعا عالميا معروفا، حيث ربطت هذه الأخيرة بين الاضطرابات الغذائية عند الرضيع واضطرابات الانفصال (أم– طفل).

1.2.2.اضطراب تنظيم الوظائف:

تتوافق الأشهر الأولى من الحياة مع بناء تنظيم الغذاء والنوم والعواطف. ينتقل الرضع من التغذية المتواصلة في المرحلة الجنينية إلى تأسيس التغذية حسب الطلب بعد الولادة. من الضروري أن ينتبه الآباء إلى الإشارات الدقيقة التي يصدرها الرضع أثناء الجوع، وأن يكونوا قادرين على الاستجابة لها بشكل طارئ. وبالتالي يشارك الرضّع والوالدان في تنظيم التوازن الداخلي بنجاح أثناء أوقات الغذاء. الهدوء والتفاعل يسمحان بإنشاء دورة الجوع/ الشبع، فالرضّع الذين لا يحصلون على ردّ ملائم يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب السلوك الغذائي كرفض الرضاعة وتجنّب رؤية وجه الأم، اعتراض الرضاعة

مع البكاء والصراخ والرغبة في ترك أحضان الوالدين، والبعض يبدون غير نشطين (pypotonique) أثناء الرضاعة الطبيعية. وبالتالي تصبح عملية التغذية معقدة وصعبة جدا، حيث يتم رفض الرضاعة، قلّة عدد مرات الرضاعة أو عدم كفاية الأطعمة المقدّمة لتلبية الاحتياجات من السعرات الحرارية المنتظرة. لذلك يتم تشخيص هذا الاضطراب خلال الأسابيع الأولى من عمر الرضيع (Cascales et al,2014, p 701).

2.2.2. اضطراب غذائي بسبب عدم وجود علاقة تبادلية بين الأم والرضيع:

تدور العديد من تفاعلات الرضيع مع الأم حول التغذية أثناء فترة النمو، يرتبط تنظيم تناول الطعام ارتباطاً وثيقاً بالاستثمار العاطفي المتبادل والمتزامن بين الرضيع والأم. إذا واجهت الأم والطّفل صعوبة في القيام بهذا الاستثمار، فقد تصبح تغذية الطّفل ونموه مشكلة. وبالتالي فإن التزامن المتناغم للتفاعلات بين الطّفل والأم يحدّد نمو الطّفل وتماسك اكتساباته.

معظم الدراسات التي اهتمت بدراسة أمهات هؤلاء الأطفال توصّلت إلى أنّ لديهن شخصيات تجنّبية. كما أن الحوار مع الوالدين غير واضح وغير صريح أثناء تقييم نوعية التفاعلات بين الأم والطّفل، أما بالنسبة للأب فليس لديه حضور ومكانة في علاقته مع الطّفل، وهو يترك للأم اتخاذ جميع القرارات المتعلقة بالطّفل. يتم تشخيص هذا الاضطراب عادة بين سنّ أربعة إلى ثمانية أشهر (Cascales et al, 2014, p 701- 702).

3.2.2. فقدان الشهية عند الرضيع:

تمّ التعرّف على فقدان الشهية عند الأطفال لأول مرّة في الأدبيات العالمية من قبل شاتور وإيجان Egan & Chatoor (1983)، وتمّ تصنيفه في البداية على أنه اضطراب مرتبط بانفصال الأم عن الطّفل. وبشكل أكثر دقّة، في عام (1997) تصور شاتور وزملاؤه Chatoor et al فقدان الشهية عند الرضع

باعتباره اضطرابا في العلاقات يظهر خلال فترة اكتساب الطّفل عملية الاستقلالية في الأكل؛ يتم التعبير عن هذا الاضطراب في العلاقة بشكل عام من خلال زيادة الصراع بين الطّفل ووالديه حول التغذية في أوقات الوجبات. خلال هذا الصراع يمكن أن يؤدّي تناول الطعام إلى توليد ضغوط تتسبّب في تنبيه "الجهاز العصبي السمبتاوي لدى الأطفال الصغار وكبت الإحساس بالجوع. كما تمّت ملاحظة قلّة التفاعلات.

بيّنت دراسات أخرى أن الرضع والأطفال الصغار الذين يعانون من فقدان الشهية يُظهرون في كثير من الأحيان تعلقا غير آمن من طرف الوالدين، كما أفادت أمهات الرضع والأطفال الصغار الذين يعانون من فقدان الشهية الطفولي بوجود ارتباط غير آمن مع والديهم، والمعاناة من اضطرابات الأكل والقلق والاكتئاب والعداء (Cascales et al, 2014, p703).

4.2.2. النفور الحسّي من الطعام Aversions sensorielles alimentaires:

تظهر العلامات الأولى للنفور الحسّي من الطعام في وقت مبكّر، وعادةً في وقت تنويع الطعام. يتميز هذا الاضطراب بانتقائية الطعام، التي تشير إلى رفض الطعام وانخفاض التنوع، وتناول عدد قليل من الأطعمة التي يتم تناولها بشكل متكرّر. ويتم تشخيص هذا الاضطراب فقط إذا كان النفور الحسّي يؤدّي إلى تأخر نمائي وتأخر في المهارات الحركية الفموية. أما لدى الأطفال الأكبر سنا فيكون التشخيص مهمّا بشرط وجود تجنّب للمواقف الاجتماعية المرتبطة بالطعام؛ وهكذا فإن الأطفال في منتصف العمر الذين يُظهرون انتقائية عالية في اختيار الطعام غالبا ما يعانون من القلق والخوف من تناول الطعام مع الآخرين، وأعراض الوسواس القهري (Cascales et al, 2014, p704).

3. فقدان الشهية العصبي: *Anorexia Nervosa*

هو اضطراب في الأكل يصيب الإناث بشكل أساسي ويظهر غالبا في مرحلة المراهقة. يتضمّن الحرمان من الطعام بشكل صارم وطوعي لعدة أشهر أو حتّى سنوات. غالبا ما يرتبط اضطراب فقدان الشهية العصبي بالاضطرابات النّفسية، كما أنّه غالبا ما يرتبط بمضاعفات جسدية. وهو بالتالي يقع على الحدود بين الطب النّفسي والطب الجسدي (Scheen,2023, p369).

إن أول من كتب عن فقدان الشهية هو العالم ريتشارد مورتون Richard Morton، وذلك في عام (1664)، حين وصف حالة فتاة عمرها (18) سنة، وشاب عمره (16) سنة، يعانيان مما سماه الضمور العصبي المتّصف بفقدان الوزن بدرجة مفرطة، وتبدو النحافة الزائدة على الشخص بسبب ذلك، حيث يغطي عظامه الجلد. وفي عام (1868) استخدم جول Gull مصطلح القهم العصبي، مركّزاً على أن الاضطراب يحدث عند الفتيات الشابات أكثر من الذكور، وأنه يتصف بفقدان سريع للوزن، وأنه ينتج عن عوامل نفسية (العاسمي وسلطان،2020، ص296).

يُعرَّف فقدان الشهية العصبي على أنه اضطراب يضع الفرد لنفسه، بسببه، نظاما غذائيا معينا مع وجود أساليب معينة وشاذة في التعامل مع الطعام وفقد كبير في الوزن، مع الخوف من البدانة، بالإضافة لوجود اضطراب بصورة الجسم، بحيث يرى هؤلاء المرضى أنفسهم بدينين، على الرغم من النحافة الشديدة التي يعانون منها، مع رفض الاحتفاظ بوزن فوق الحد الطبيعي لهم، بحيث يتبعون نظاما غذائيا معينا ويتظاهرون بتناول الطعام وهم بالحقيقة لم يأكلوا إلا القليل أو حتّى أنهم لم يتناولوا الطعام من الأساس أو حتّى أنه حتّى القدر القليل الذي تمّ تناوله يتخلّصون منه من خلال التقيؤ بشكل متعمد.

إن فقدان الشهية العصبي يظهر بوضوح في مرحلة المراهقة، وهو أكثر شيوعا لدى المراهقات عنه لدى

المراهقين، ويتطوّر في سنّ يتراوح بين (12–18) عاماً، ويبقى واضحا حتّى سن 35 عاماً (الجروس،2024، ص71).

ويُعرَّف اضطراب فقدان الشهية العصبي بأنه اضطراب يؤدّي إلى عدم تناول كميات كبيرة من الطعام، وعدم الشبع، مع الشعور بزيادة في الوزن، وضيق نفسي وجسدي كبير بسبب صورة الجسم المشوهة. إنّ الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي لا يعتبرون أنفسهم نحيفين، وبالتالي يواصلون تقييد نظامهم الغذائي بطريقة ممنهجة (Vilela et al, 2004).

1.3. تصنيف فقدان الشهية العصبي:

يُصنَّف فقدان الشهية إلى نوعين:

1.1.3. فقدان الشهية العضوي: ويُعرَّف بأنه فقد جزئي أو كلّي للشهية، ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول، كما يُعدُّ مصاحبا للأمراض العضوية ـ النّفسية.

2.1.3. فقدان الشهية العصبي: يُعرَّف بأنه رفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة، ما ينتج عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمّى أحيانا بالتجويع الذاتي المَرَضِي Abnormal self-starvation وهو أحد اضطرابات الأكل (عشعش،2011، ص405–406).

تنقسم العوامل التي تؤدّي إلى اضطراب فقدان الشهية العصبي إلى ثلاث فئات رئيسية: العوامل المهيِّئة، والعوامل المحفّزة، والعوامل المولّدة. قد يكون للعوامل المهيّئة عنصر وراثي، ولكنها غالباً ما توجد في سمات شخصية المريض (على سبيل المثال: السعي إلى الكمال إلى جانب انخفاض تقدير الذات) و/أو في التاريخ العائلي من الناحية الكلاسيكية، هناك ذكر لأب غائب (جسدياً و/أو أخلاقياً، وأحياناً في سياق إدمان الكحول)، وأم شديدة الحماية إلى حد ما، مع حالة اندماج الأم وابنتها. يمكن أن تكون العوامل

المحفّزة متغيّرة للغاية، ولكن يمكننا أن نجد صدمة جسدية أو نفسية، بما في ذلك الاعتداء الجنسي، والتي قد تؤدّي إلى تحفيز العملية (أحياناً مع بعض التأخير)، ولكن نادراً ما يتم الكشف عنها من قبل المريض، على الأقل في بداية العلاج. ومن بين عوامل الخطورة يمكننا أن نذكر عوامل نفسية وبيولوجية وعصبية معرفية مختلفة. في الواقع بعد تقييد الطعام لفترة طويلة، ينتهي الأمر بالجسم إلى التكيّف عن طريق تعديل نظامه لتنظيم التمثيل الغذائي والشهية والمزاج، بما في ذلك تغيير دوائر المكافأة (scheen, 2023, p373).

2.3. معايير التشخيص لفقدان الشهية العصبي:

يُشخَّص اضطراب فقدان الشهية العصبي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(DSM-IV-TR -2000)** والخامس **(DSM-V- 2013)**، من خلال المحكّات التالية: ـ الجدولان التاليان يوضحان ذلك

الجدولان(2 و3): المحكّات التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي حسب (DSM).

DSM-IV-TR (2000)

4 معايير	
A	الفشل في الحفاظ على وزن الجسم عند الحد الأدنى الطبيعي للوزن بالنسبة للعمر والطول أو أعلى منه: أي فقدان الوزن مما يؤدّي إلى الحفاظ على الوزن عند أقل من 85% من وزن الجسم الطبيعي (مُتوقع).
B	الخوف الشديد من زيادة الوزن أو السمنة، على الرغم من أن الوزن أقل من الطبيعي.
C	تغيّر في إدراك الشخص لوزن الجسم أو شكله، أو التأثير المفرط لوزن الجسم أو شكله على تقدير الذات، أو إنكار خطورة النحافة الحالية.
D	عند الإناث بعد سنّ البلوغ، انقطاع الطمث أي غياب ما لا يقل عن 3 دورات شهرية متتالية.

DSM-V (2013)

3 معايير	
A	التقييد الغذائي، مما يؤدّي إلى انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، اعتماداً على العمر والجنس ومسار النمو، بالإضافة إلى الصّحة البدنية.
B	الخوف الشديد من زيادة الوزن أو السمنة، أو السلوكيات المستمرة التي تعمل على منع زيادة الوزن، على الرغم من انخفاض الوزن بشكل ملحوظ.
C	تغيّر إدراك الشخص لوزن الجسم أو شكله، أو التأثير المفرط لوزن الجسم أو شكله على احترام الذات، أو الفشل المستمر في إدراك الخطورة النسبية للنحافة الحالية.

(American Association Psychiatric, 2000 et2013)

ويظهر من معايير الدليل التشخيصي لتصنيف الاضطرابات النّفسية والعقلية ـ النسخة الخامسة أنه تمّ حذف المعيار الخاص بحدوث الاضطراب لدى النساء بعد بدء الطمث، وانعدام الطمث.

4. الشَرَه العصبي Bulimia Nervosa:

يتميّز مرض الشَرَه العصبي بفرط الأكل، وهو تناول الطعام بشكل مفرط، يتبعه القيء الذاتي. إذا كان

وزن الجسم طبيعياً بشكل عام، فقد يحدث فقدان للوزن أيضاً، ولكن بدرجة أقل من الحالات المصابة بفقدان الشهية العصبي (Colafrancesco-Sauthier, 2024, p17).

يعرّف المعطي (2003) الشَرَه العصبي بكونه نوبات نهَم وفقدان السيطرة على النّفس في تناول الطعام، والإفراط في تناول كميات كبيرة منه في فترة زمنية قصيرة، ينتج عنها آلام شديدة بالبطن قد تصل إلى حد الإصابة بالسمنة الزائدة (عبادي،2015، ص366).

ويُعدُّ اضطراب الشَرَه العصبي من اضطرابات الأكل النّفسية، وهو يتميز بنوبات متكرّرة من الإفراط في تناول الطعام يثيرها: الضغط النّفسي، الجوع الشديد والمُدرَكات غير الطبيعية حول صورة الجسم والطعام. والشَرَه العصبي هو اضطراب الأكل متعدّد الأوجه، يتميز بالمبالغة في تقدير شكل الجسم أو الوزن على الصورة الذاتية، مصحوبة بنوبات متكرّرة بنَهَم الأكل وسلوكيات تعويضية في محاولات لإنقاص الوزن (فرج وآخرون،2023، ص160).

1.4 معايير التشخيص للشَرَه العصبي:

إنّ الشَرَه العصبي من أكثر الاضطرابات التي تُشخّص في مرحلة المراهقة، وأكثرها انتشارا، ويتم تشخيصه وفقا لعدة معايير هي: ـ الجدول التالي يوضّح ذلك ـ

جدول (4): معايير التشخيص للشَرَه العصبي

	DSM-V (2013)
A	1. تناول كمية من الطعام، خلال فترة زمنية محدودة (على سبيل المثال، أقل من ساعتين)، أكبر بكثير مما يستهلكه معظم الناس في فترة زمنية مماثلة وتحت نفس الظروف. 2. الشعور بفقدان السيطرة على سلوك الأكل أثناء الأزمة (على سبيل المثال، الشعور بعدم القدرة على التوقّف عن الأكل، أو الحد من نوع أو كمية الطعام الذي يتم تناوله).
B	سلوكيات تعويضية غير مناسبة ومتكرّرة تهدف إلى منع زيادة الوزن مثل القيء الذاتي، سوء استخدام الملينات أو مدرات للبول وغيرها من الأدوية، إضافة إلى الصوم، ممارسة الرياضة البدنية المفرطة.
C	حدوث الإفراط في تناول الطعام والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، في المتوسط، مرّة واحدة على الأقل في الأسبوع، لمدة 3 أشهر.
D	التقييم الذاتي يتأثر بشكل غير مبرّر بوزن وشكل الجسم.
E	لا يظهر الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي.

. (American Psychiatric Association (APA ,2013)

يرتبط اضطراب الشَرَه العصبي بشكل وثيق بالسمنة، حيث إنّ معظم المصابين بالشَرَه يعانون من زيادة الوزن والسمنة. إنّ ترافق السمنة مع اضطراب الشَرَه يزيد من خطورة ما يصاحب السمنة من مشاكل صحية ونفسية واجتماعية؛ كأمراض القلب، والأوعية الدموية، وأمراض الغدد الصماء، ومشكلات ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وارتفاع مستوى الكوليسترول، وغيرها من المشكلات الصحية، وانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، والشعور بالذنب، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات المزاج، والوسواس القهري، والشخصية التجنّبية، وغيرها من المشكلات النفسية (العيدة،2019، ص12).

5.اضطراب الشراهة في الأكل:

يتضمّن اضطراب الشراهة في الأكل نوبات متكرّرة من الشراهة في الأكل (مرّة كلّ أسبوع لمدة 3 شهور على الأقل) وفقدان السيطرة، وفقدان السيطرة والتحكم أثناء نوبات الشراهة في الأكل، والشعور بالكرب بعد الشراهة في الأكل. كما أنه يتضمّن خصائص أخرى كالأكل بسرعة، والأكل منفردا؛ ويتميّز عن فقدان الشهية العصبي بأنه لا يصاحبه فقدان في الوزن؛ ويختلف عن الشَرَه العصبي في عدم وجود وسائل تعويضية للتخلّص من الطعام، كالقيء أو الملينات أو الصوم أو التدريبات الرياضية الشاقة. وفي معظم الأحيان يتّصف أفراد هذا الاضطراب بالسمنة.

1.5. معايير التشخيص لاضطراب الشراهة في الأكل:

تشخيص اضطراب الشراهة في الأكل حسب (DSM-V)، **يوضّحه الجدول الموالي:**

جدول (5): معايير التشخيص لاضطراب الشراهة في الأكل.

DSM-V (2013)	
يُعدُّ هذا الاضطراب فئة تشخيصية جديدة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس	
نوبات متكرّرة من الشراهة في الأكل.	A
تتضمّن نوبات الشراهة في الأكل على الأقل ثلاثة مما يأتي: 1. الأكل بسرعة مقارنة بالمعتاد حتّى يشعر بالشبع. 2. أكل كميات كبيرة حتّى لو لم يكن هناك إحساس بالجوع. 3. الأكل بشكل منفرد حتّى يتجنّب إحراج كميات الأكل الكبيرة. 4. مشاعر سيئة (مثل الشعور بالذنب، أو الاكتئاب) بعد الشراهة في الأكل. 5. لا يوجد سلوك تعويضي.	B

(عزت، 2015، ص13-15).

6. السلوكيات الغذائية الضالة (اضطراب بيكا PICA Pica Disorder):

أول من وصف هذه الحالة أبقراط Hippocrate. ويشتق المصطلح الإنجليزي (Pica) من المصطلح اللاتيني (picave) الذي يعني طائر العَقْعَق، وهو طائر يشتهر بسلوكياته الغذائية غير الطبيعية، حيث يشتهر بأكل أي شيء. أما في اللغة العربية فتُعرف هذه الحالة بعدة أسماء؛ ويُسميها المعجم الطبي الموحد بشهوة الغرائب أو القطاَ أو الوحم (عبد ربه وعبد العزيز،2024، ص581).

تمّ الاهتمام بتشخيص اضطراب بيكا من خلال الأدلة التشخيصية الرئيسية، فبعد أن كان يصنف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النّفسية (الطبعة الثالثة) (DSM III) عام (1980) ضمن فئة اضطرابات المهد أو الطفولة المبكّرة، أصبح يُصنّف في الدليل التشخيصي والإحصائي ـ الطبعة الخامسة المعدّلة (DSM-V-TR) عام (2023) ضمن فئة اضطرابات التغذية والأكل (عبد ربه وعبد العزيز،2024، ص579).

تمّ تعريف البيكا (PICA) على أنها الحاجة التي لا يمكن كبتها لاستهلاك مواد غير صالحة للأكل، مثل الورق والطباشير والتراب والصابون والفحم والجص وما إلى ذلك. عند الأطفال الصغار، يُعدُّ هذا سلوكاً طبيعياً ومؤقتاً حول عمر الستة أشهر، نظرا لرغبة الطّفل في استكشاف العالم المحيط به عن طريق الفم Oral. وهو يُعدُّ سلوكا مَرَضِيا إذا أصبح شديدا ومستداما ومستمرا بعد سنّ سنتين أو ثلاث سنوات. وهو يتميّز بتناول متكرّر لمدة شهر على الأقل لمواد غير غذائية و/أو غير صالحة للأكل، قادرة على الإضرار بالنمو الطبيعي للفرد، أو كان تناول هذه المواد غير مناسب لنمو الفرد، أو لا يتوافق مع ممارسة ثقافية أو اجتماعية مقبولة في محيط الفرد. يحدث السلوك مع اضطراب صحّي آخر، مثل الإعاقة الذهنية، أو التوحّد، أو حالة طبية (مثل نقص الحديد) (Mottrie et al, 2022, p38).

اضطراب بيكا هو اضطراب غذائي، ونوع من أنواع اضطرابات الأكل التي تظهر غالبًا عند الأطفال وخاصة الذين يعانون من إعاقاتٍ ذهنية، ويستمر طويلاً مع الأطفال الذين يعانون من إعاقاتٍ شديدةً في النمو، حيث يجعل المصاب به يتناول موادً ضارّة ولا تحتوي على أية قيمة غذائية، حيث تمثل خطرًا جسيمًا على صحتهم، التي تسبب الكثير من حالات التسَّمُّم التي تُودي بحياتهم(محمد، 2023، ص51-52).

البيكا اضطراب نفسي ـ وظيفي وسلوكي يؤدّي إلى مشاكل في العمليات الحيوية، ولا تكون له حلول طبية. ويتمثّل السلوك في أنه يقوم بأكل أشياء لا تؤكل، كالشعر والجلد؛ ويجب أن يستمر هذا السلوك مدة لا تقل عن شهر، وتختلف درجة البيكا وفقا لنوع الأشياء التي يقوم الطّفل بأكلها.

يوجد اختلاف بين فقدان الأكل وشراهة الأكل وبين البيكا ففقدان الشهية هي عدم قدرة الفرد على تناول الطعام، أما شراهة الأكل هي عدم القدرة على التوقف عن الأكل، أما البيكا فهي قدرة الفرد على أكل مواد غير غذائية أي غير صالحة للأكل ولكن وجب أن يكون الفرد تخطى المرحلة الفمية أي تجاوز عمره (18) شهرًا، حيث أنه من سمات هذه المرحلة التعرف على جميع الأشياء من خلال الفم(أبو العطا،2024، ص196).

1.6. معايير التشخيص لاضطراب بيكا (PICA) :

قبل تشخيص المريض بمرض بيكا يقوم الطبيب بدراسة وجود أمراض أخرى، مثل التخلف العقلي أو اضطرابات النمو أو مرض الوسواس القهري، والتي قد تكون سببا وراء هذا السلوك الغريب. هذا النمط السلوكي يجب أن يستمر لمدة شهر على الأقل لتشخيص الشخص بمرض بيكا (خليل،2015، ص211).

الكشف المبكر عن سلوكيات البيكا يساعد في الحد من الأضرار التي قد تصيب الإنسان نتيجة هذا السلوك لذا وجب التعرف على علامات وأعراض البيكا. وطبقا للتشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-V) قد لخص أعراضها في الآتي:

جدول (6): معايير التشخيص لاضطراب بيكا (PICA)

	DSM-V (2013)
A	الأكل المستمر للمواد غير الغذائية لمدة شهر واحد على الأقل.
B	تناول المواد غير الغذائية التي لا تتناسب مع المستوى النمائي للمرحلة العمرية، حيث لا يمكن تشخيص الأطفال دون عمر السنتين بهذا الاضطراب، لأن وضع المواد غير الغذائية في الفم في هذا العمر يعتبر سلوكاً طبيعياً وجزءاً من تطوّرهم النمائي.
C	سلوك تناول المواد غير الغذائية ليس جزءاً من الثقافة أو الممارسة الاجتماعية السائدة.
D	يرتبط هذا الاضطراب باعتلالات عقلية، مثل: التخلف العقلي، التوحّد، الفصام... إذا كانت شديدة بما يكفي لتبرير إضافي للاهتمام السريري.

(American Psychiatric Association (APA, 2013).

تختلف أعراض الإصابة باضطراب البيكا وفقا للمادة التي يتم تناولها، وهي كالتالي:

- تناول الرمل والتربة يصاحبه ألم في المعدة، وأحياناً قد يصل إلى حد النزيف.
- مضغ الجليد قد يسبّب ذوبانا غير طبيعي للأسنان.
- تناول الطين قد يسبّب الإمساك.
- ابتلاع الأجسام المعدنية قد يؤدّي إلى ثقب الأمعاء.

- تناول المواد البرازية أو أكل البراز غالباً ما يؤدّي إلى الأمراض المعدية مثل داء السهميات Toxocariasis، داء المقوسات Toxoplasmosis وداء المسلكات Trichuriasis.
- استهلاك الرصاص يمكن أن يؤدّي إلى تلف الكلى والتخلف العقلي (الزهراني،2020، ص151).

فيما يخص أسباب هذا الاضطراب توصّل الباحثون إلى نقص الحديد والزنك إضافة إلى الإهمال والحرمان من الوالدين واضطراب التعلق، كما أرجعوا هذا الاضطراب إلى تأخر النمو، وكذلك إلى الاضطرابات النّفسية، كالتوحّد والفصام (Borde et al, 2014, p399).

من بين أسباب اضطراب بيكا الحرمان النّفسي والسيكولوجي، حيث فُسّر هذا الاضطراب على أن تناول الطّفل المحروم من العطف والحب والاحتياجات النّفسية، المواد غير المفيدة غذائياً وغير المناسبة للمرحلة التطوّرية يُعدُّ عملية تعويضية (جودة،2014، ص112).

7. التوجّهات النظرية المفسّرة للاضطرابات الغذائية:

1.7. النظرية التحليلية:

ينظر أصحاب التحليل النّفسي إلى الشَرَه على أنه تثبيت لمرحلة اللذة الذاتية المرتبطة بالفم وغالباً ما يرجع في أصله إلى مشكلات مرتبطة بعملية الرضاعة (الجبالي،2006، ص19).

2.7. النظرية المعرفية السلوكية:

تركز النظرية السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل على فهم الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تساهم في تشوّه صورة الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان التحكّم في الأكل. فالأفراد ذوو اضطراب الأكل يعانون من وصمة سوء تكيّف، لأنهم عادة ما يكون انتباههم موجّها للأفكار والصور المرتبطة بالوزن، وشكل الجسم، والطعام (عزت،2015، ص17).

يرى جارنر (Garner, 1986) أن الأفراد الذين لديهم اضطرابات الأكل يملكون معارف خاطئة عن الأكل، ويحافظون على نماذج الأكل غير السليمة، وهؤلاء الأفراد تكون لديهم نماذج تفكير خاطئة؛ والمعارف الخاطئة تجعل لدى الفرد معايير غير واقعية ـ كمالية عن سلوكيات الأكل، وتجعل الفرد يفشل كلما كان الوصول إلى الكمالية مستحيلاً (عبد النبي،2009، ص7).

وفقا للجمعية الوطنية لاضطرابات الأكل (NEDA) (2022) تظل اضطرابات الأكل اضطرابات نفسية معقدة ومتعدّدة الأسباب، وقد حددت الأبحاث في هذا المجال العوامل الوراثية والبيولوجية والنّفسية والاجتماعية والثقافية والبيئية المرتبطة بتطوّر هذه الاضطرابات (Lessard, 2024 ,p7-8).

بعضها يرجع اضطرابات الأكل إلى عوامل بيولوجية، سواء كانت استعدادات في العوامل الوراثية، أو اضطرابات هرمونية، أو خلل في عمل بعض الغدد، كالغدة الدرقية؛ ويرجع بعضها ذلك إلى عوامل ثقافية، ترتبط بمعايير اجتماعية ذات علاقة بالرشاقة والنحافة وأهمية المظهر الخارجي للفرد، والبعض الآخر من هذه العوامل يرجع إلى أسباب نفسية تتعلق بالفرد نفسه، وخاصّة ما يتعلق بالنظرة إلى الذات، من حيث مدى احترام وتقدير الذات (الحديبي وآخرون،2023، ص32).

وكل هذه العوامل مجتمعة تؤدّي إلى أن يصبح نمط الأكل غير الطبيعي سائداً وثابتاً بدرجة كبيرة، وبالتالي يصعب التخلّص منه، فيؤدي ذلك إلى الإصابة بالشَرَه العصبي أو فقدان الشهية العصبي.

3.7. تفسير نموذج ما وراء المعرفة لاضطرابات الأكل: (نموذج فان وآخرون 2014 ،Vann et al)

يُعدُّ هذا النموذج من النماذج الحديثة في تفسيره لاضطرابات الأكل، حيث ترجع اضطرابات الأكل إلى خلل في معتقدات ما وراء المعرفة، إذْ يبدأ الاضطراب بالتعرض لمحفز؛ قد يكون هذا المحفز خارجيا مثل التعرض لأي حدث أو داخلي، مثل فكرة مؤلمة أو مشاعر سلبية قوية، هذا المحفز ينشط الأفكار السلبية

القوية وغير العقلانية التي يُعتقد بأنها أفكار لا يمكن السيطرة عليها، مثل: "أنا بدين جداً" أو "نحيف جداً"، "أنا فاشل"؛ تتدخل معتقدات ما وراء المعرفة لمعالجة ومواجهة هذه الأفكار السلبية وغير العقلانية، فتؤدي المعالجة الخطأ والمختلة إلى استحواذ الأفكار السلبية وغير العقلانية على ذهن الفرد وتسيطر عليه، فتزداد الانفعالات السلبية وغير السارّة، كالقلق والتوتر والخوف، ومن هنا يلجأ الفرد إلى سلوكيات لخفض حدّة هذه الانفعالات، منها سلوكيات الأكل كاستراتيجية مواجهة سلوكية" مثل تحديد وتقييد الأكل، أو عدم الأكل أو الإفراط فيه أو التطهير، مثل القيء واستخدام الملينات أو ممارسة الرياضة أو الصوم أو استخدام مدرّات البول للتحكم في الوزن، والتي تؤدّي إلى مزيد من القلق والتوتر، وبالتالي تؤدّي إلى المعاناة من اضطرابي فقدان الشهية والشَرَه العصبي (حنور،2017، ص262).

8. علاج الاضطرابات الغذائية:

يكون علاج فقدان الشهية العصبي من خلال مرحلتين متداخلتين جزئياً: تطبيع نمط الأكل لتحسين استعادة الوزن والعلاج النّفسي للمشاكل العاطفية الأساسية. يُعدُّ العلاج الأسري فعالاً للمرضى الذين تقل أعمارهم عن (18) عاماً، والذين يعانون من مدة مرض قصيرة. يُعدُّ العلاج السلوكي المعرفي هو الشكل الأكثر أهمية لعلاج الشَرَه العصبي.

فيما يلي سوف نعرض جدولاً يبيّن نوع الاضطراب وأعراضه وأساليب علاجه كحوصلة للاضطرابات الغذائية (الأكل):

جدول (7): حوصلة للاضطرابات الغذائية (الأكل)

الاضطراب	الأعراض	أساليب العلاج
فقدان الشهية العصبي	– خوف غير مبرر من زيادة الوزن. – اضطراب في صورة الجسم. – وضع نفسي غير مستقر. – اكتئاب.	– المزاوجة بين العلاج السلوكي والمعرفي. – العلاج بواسطة تقديم النماذج الإيجابية والمحببة للمريض للاقتداء بها.
الشَرَه العصبي	– تناول قدر كبير من الطعام. – التخلّص من كميات الطعام التي أكلها. – تناول المليّنات. – استخدام القيء وتزايد نهم المريض للطعام.	– العلاجات الدوائية. – علاجات دوائية مضادة للقيء. – علاجات مضادة للقلق والاكتئاب.
البدانة	– الإفراط في تناول الطعام. – عادات أكل خاطئة. – طعام مرتفع الدهون. – غذاء غير متوازن. – شراهة ونَهَم. – بدانة. – عدم الرضا عن الذات "الجسم". – أمراض بيولوجية.	– أساليب العلاج السلوكي واستخدام برامج التعزيز. – استخدام أساليب العلاج المعرفي المستند إلى إعادة تنظيم البناء المعرفي.

(زيادة،2014، ص339).

خلاصة:

اضطرابات الأكل تصيب في الغالب الإناث، وتبدأ عادة لدى المراهقين والشباب. إنّ أصل هذه الاضطرابات متعدّد العوامل (الوراثية، البيولوجية، النّفسية، الاجتماعية... إلخ)، والاضطرابات النّفسية المصاحِبة لها عديدة، ويجب البحث عنها بشكل دقيق. يتميز فقدان الشهية بالثالوث العرَضي المتمثّل في فقدان الشهية وفقدان الوزن وانقطاع الطمث، على الرغم من اختفاء هذا المعيار الأخير من التصنيفات الحديثة (بسبب تأثير تناول حبوب الأستروجين والبروجستين). يمكن ربط العديد من استراتيجيات التحكّم في الوزن بالقيود الغذائية (التقيؤ، والمليّنات، ومدرّات البول، وفرط النشاط البدني، وما إلى ذلك). إنّ التأثيرات النّفسية عديدة وقد تهدّد الحياة. يجب أن يكون العلاج طبياً شاملاً ـ طبّي ونفسي ـ وغالبًا ما يكون طويل الأمد، ويستند إلى العقد العلاجي وإعادة التغذية وإعادة التثقيف الغذائي، بالإضافة إلى العلاج النّفسي. يتميّز الشَرَه المرضي بتكرار نوبات الأكل (امتصاص الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية في وقت محدود، مما يسبّب الشعور بالراحة ثمّ الشعور بالذنب)، غالباً ما يكون الوزن طبيعياً (القيء الناجم عن نوبات الطعام). أما اضطرابات الأكل الأخرى فهي معروفة بكونها أقل ولكنّها مع ذلك متكرّرة نسبياً ويجب فحصها وعلاجها مبكراً.

المحاضرة السّادسة

اضطرابات العضلات السارّة (القابضة)

Sphincter Control Disorders

تمهيد.

1. التبوّل اللاإرادي.

1.1. تعريف التبوّل اللاإرادي.

2.1. الصورة الإكلينيكية للتبوّل اللاإرادي.

3.1. معايير التشخيص للتبوّل اللاإرادي.

4.1. أسباب التبوّل اللاإرادي.

5.1. علاج التبوّل اللاإرادي.

2. التبرّز اللاإرادي.

1.2. تعريف التبرّز اللاإرادي.

2.2. الصورة الإكلينيكية للتبرّز اللاإرادي.

3.2. معايير التشخيص للتبرّز اللاإرادي.

4.2. أسباب التبرّز اللاإرادي.

5.2.علاج التبرّز اللاإرادي.

خلاصة.

تمهيد:

تُعدُّ عملية ضبط الإخراج خطوة هامّة في تاريخ النمو النّفسي للفرد؛ تؤثّر على شخصيته وعلى توافقه النّفسي والاجتماعي فيما بعد، ويتوقّف هذا التأثير على عمر الطّفل ومدى نضج جهازه العصبي والعضلي وعلى طريقة معاملة والديه له، وخاصّة الطرق المتّبعة في ضبط الإخراج، ويمكن تعريف اضطرابات العضلات السارّة على أنها خروج البول أو البراز في أوقات وأماكن غير مناسبة لذلك، ولا يتناسب ذلك مع مستوى نضج الطّفل (مخيمر ومحمد علي،2006، ص123).

1. التبوّل اللاإرادي:

في الوقت الذي يتحكّم فيه معظم الأطفال في عملية التبوّل، يستمر بعض الأطفال في تبليل فراشهم ليلاً أو ملابسهم نهاراً أو الحالتين معاً، غير قادرين على ضبط عملية التبوّل. إنّ تبليل الفراش أو أي تبوّل يظهر أنه اضطراري بشكل واضح بعد سنّ معيّنة، بعد أن يكون التبوّل أمراً متوقعاً، يعرف بالتبول اللاإرادي(Enurésie).

تُعتبر اضطرابات العضلات القابضة من أكثر الأعراض البولية شيوعاً عند الأطفال. إنّ التبوّل اللاإرادي، والذي يصعب التعامل معه في بعض الأحيان، له تأثير نفسي خطير. تعتمد إدارته الأساسية على القواعد التعليمية والصحية والغذائية، والتي ترتبط أحياناً بالعلاج الدوائي في مرحلة لاحقة (Malbos, 2023).

1.1. تعريف التبوّل اللاإرادي:

التبوّل اللاإرادي هو عدم القدرة على التحكّم في البول ليلاً أو نهاراً، يحدث دون إرادة الطّفل، كما يحدث على نحو متكرّر، وذلك بعد السن التي يسود فيها الطّفل السوي وظيفة التحكّم في البول ويكون عادة في سنّ الثالثة. يمكن أن يكون التبوّل اللاإرادي أولياً أو ثانوياً (Ferrari, 1993, p 75).

1.1.1. التعريف النّفسي:

يشير التبوّل اللاإرادي كاضطراب إلى أن الطّفل لا يتحكم في زمن ومكان تبوله ليلاً أو نهاراً، رغم سلامة جهازه البولي، كما أن عمر الطّفل الزمني والعقلي يزيدان عن خمس سنوات.

2.1.1. التعريف الطبي:

التبوّل اللاإرادي عبارة عن حالة انسكاب البول من المثانة بشكل لا إرادي، وبصورة تكاد تكون مستمرة، وذلك لدى طفل تجاوز في عمره الأربع سنوات واستمر في تبوله اللاإرادي إلى مرحلة متقدّمة في العمر، ويرجع ذلك إلى اضطرابات عضوية وراثية وغير وراثية، مثل التشوّهات الخلقية في الجهاز العصبي والعمود الفقري، أو الحساسية الزائدة للجهاز العصبي الذي يشرف على عمل المثانة البولية (الفكي،2023، ص61).

2.1. الصورة الإكلينيكية للتبوّل اللاإرادي:

تقسّم حالات التبوّل اللاإرادي من حيث زمن وجودها إلى قسمين رئيسيين:

1.2.1. التبوّل اللاإرادي الأوّلي Primary enuresis:

وهو عدم التحكّم في عملية التبوّل وضبط المثانة بالنهار أو بالليل في أي فترة سابقة.

2.2.1. التبوّل اللاإرادي الثانوي Secondary enuresis:

يحدث بعد فترة تحكم في المثانة لمدة عام على الأقل ثمّ عاد التبوّل وبلل الفراش ثانية لأسباب معيّنة، وغالبا ما يكون هذا النوع ليلاً.

ويتّخذ التبوّل اللاإرادي شكلين أساسيين:

3.2.1. التبوّل النهاري اللاإرادي Diurnal Enuresis:

وهو الذي يحدث نهارا بمعنى إفراغ البول خلال ساعات اليقظة، وهو أقل انتشارا من البول الليلي. وهو حالة مرضية ذات طبيعة طبية ونفسية معاً، حيث يعاني بعض الأطفال من العجز عن السيطرة على التبوّل اللاإرادي النهاري أثناء اليقظة.

4.2.1. التبوّل الليلي اللاإرادي Nocturnal Enuresis:

التبوّل الليلي اللاإرادي هو أكثر الأشكال حدوثا، وعادة ما يحدث مرّة في أثناء الليل. وهو حالة مرَضية ذات طبيعة نفسية يعجز فيها الطّفل عن ضبط التبوّل الليلي منذ ولادته حتّى عمر الخامسة فأكثر، ويحدث البلَل مرتين –على الأقل– أسبوعياً لمدة ستة شهور، وهو مرتبط بظروف أسرية وسوء معاملة (محجوب،2022، ص393 –394).

3.1. معايير التشخيص للتبوّل اللاإرادي:

يُشخَّص اضطراب التبوّل اللاإرادي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(DSM-V- 2013)** من خلال المحكّات التالية ـ الجدول التالي يبيّن ذلك ـ

جدول (8): معايير تشخيص التبوّل اللاإرادي

DSM-V (2013)	
A	تكرار إفراغ البول نهارا أو ليلا في الفراش أو الملابس، سواء كان لاإراديا أو مقصودا.
B	أن يتكرّر ذلك مرتين في الأسبوع لمدة 3 أشهر على الأقل ويسبّب كربا وخللا اجتماعيا أو وظيفيا.
C	أن يكون عمر الطّفل الزمني 5 سنوات على الأقل.
D	لا يُعزى هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة مدرّات البول، أو مضادات الذهان، أو اضطراب عضوي مثل مرض السكّري والصرع والتهاب مجرى البول. ويحدّد الاضطراب ما إذا كان: 1. التبول الليلي فقط: التبوّل الذي يحدث أثناء النوم ليلا فقط. 2. التبول النهاري فقط: التبوّل الذي يحدث أثناء ساعات الاستيقاظ. 3. ليلي ونهاري: مزيج من النوعين الفرعيين السابقين.

.(American Psychiatric Association (APA, 2013)

4.1. أسباب التبوّل اللاإرادي:

إنّ التأخر في القدرة على ضبط التبوّل ينتج عن عوامل عديدة، منها ما هو عضوي ومنها ما هو نفسي؛ وقد وضعت عدّة تفسيرات حول أسبابه. هذا وقد يتفاعل أكثر من عامل واحد في تطوّر هذا الاضطراب، ويمكن إبراز هذه الأسباب على النحو التالي:

1.4.1. الأسباب الوراثية:

توجد بعض الأدلة على أن استمرار التبوّل اللاإرادي إلى ما بعد الخامسة يرجع لعوامل وراثية، حيث إنّ وجود نوع من التأخر في نمو الجهاز العصبي الذي يسيطر على حركات المثانة قد يعود للوراثة، فقد

لوحظ حدوث التبوّل اللاإرادي عند أطفال يكثر في عائلاتهم التأخّر في نمو الجهاز العصبي.

2.4.1. الأسباب العضوية:

تتمثّل الأسباب العضوية في صغر حجم المثانة وعدم اكتمال نموها، فقر الدم وزيادة تركيز مادة التوكسين في الجسم والإصابة ببعض الأمراض، كالسكّري، ووجود التهابات معيّنة في المسالك البولية، والإصابة ببعض الاضطرابات والأمراض العصبية، مثل حالات الصرع، أو تشوهات بالعمود الفقري والحبل الشوكي، والخلل أو النقص في إفراز بعض الهرمونات مثل الأنسولين والهرمون المعروف باسم Anti Diurtic الذي يتحكم بعملية التبوّل (الشافعي ومتولي،2011، ص90؛ الزغول، 2006، ص128).

3.4.1.أسباب نفسية واجتماعية:

أوضح الكثير من المحللين النّفسيين أن مشكلة التبوّل اللاإرادي ما هي إلا شكل غير ناضج من أشكال التعبير عن إشباع الذات، حيث النكوص لمراحل عمرية سابقة، وأنها عرض من أعراض القلق، وأنها تعبير غير مباشر عن غضب مكبوت لاشعوري تجاه الوالدين، وأنها وسيلة لعقابهما (الشافعي ومتولي، 2011، ص91).

– عدم انتظار النضج العضوي العصبي والعضلي والإدراكي للطّفل والصبر عليه من خلال التدريب المبكّر على ضبط وظائف الإخراج، مما يؤدّي إلى خوف وتوتّر الطّفل.

– اتباع أساليب متفاوتة لتدريب الطّفل على ضبط وظائف الإخراج، تتراوح بين القسوة كالضرب والصراخ والشدة في العقاب واللفظ، أو التدليل الزائد.

– عدم شعور الطّفل بالأمان النّفسي وكفاية حاجته من الحب والاحتضان والاهتمام.

– كما أن اضطراب العلاقات الأسرية والتذبذب في المعاملة وتعرّض الطّفل للصدمات نتيجة الانفصال والطلاق يزيد من مشكلة التبوّل اللاإرادي، أو وجود مشكلات أسرية بين نبذ وتفرقة من شأنه أن يجعله طفلاً خائفاً وقلقاً (الجري،2020، ص205). كما وجد أن انفصال الوالدين أو ولادة شقيق من العوامل المسبّبة، وخاصّة لدى المصابين بالتبول الليلي(Jarvelin, et al).

4.4.1. التفسيرات السلوكية – الفيزيولوجية:

تعتبر النظريات السلوكية – الفيزيولوجية التبوّل اللاإرادي ناتجا عن فشل في التحكّم بالإخراج بصورة فعالة، ويبدو على شكل ضعف في العادة. بينما ركز البعض الآخر على الفشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية، حيث تميل النظريات الحديثة لاعتبار التبوّل اللاإرادي علامة على عدم نضج الجهاز العصبي، وفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الناضج، وهو اليقظة عند امتلاء المثانة. ونظراً لفشل تكوين هذا الفعل المنعكس، تفرغ المثانة محتوياتها كلما امتلأت دون الحاجة لليقظة، ويتجه بالطبع العلاج لإقامة وبناء هذا الفعل المنعكس (عكاشة،2010، ص816–817). إنّ من الممكن الاعتقاد بأن كلا العاملين يتسببان في الاضطراب، لأن التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيزيولوجي. إنّ العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة، وربما يكون التفسير المستند إلى النضج هاماً جداً، خاصّة في التبوّل اللاإرادي الأولي حيث لم يكتسب الطّفل التحكّم بعد، إلا أنه غير كافٍ بالنسبة للتبوّل اللاإرادي الثانوي الذي يكون فيه الطّفل قد اكتسب التحكّم من قبل، فإذا افترضنا أنّ عامل النضج يلعب دورا هاما في التبوّل اللاإرادي الأوّلي، فإنّ عامل التدريب والتعلم يلعب الدور الهام في التبوّل اللاإرادي الثانوي (عبد الله،2009، ص286–287).

5.1. علاج التبوّل اللاإرادي:

تتمثّل الخطوة الأولى في حالة ظهور التبوّل اللاإرادي في فحص الحالة الجسمية، ثمّ التيقن من سلامة

الجسم من كلّ ما يكون عاملاً فعالاً أو مساعداً على عملية التبوّل ليلاً، أما إذا استمر التبوّل بعد العلاج الجسمي، أو إذا تبيّن بعد الفحوص اللازمة أنه لا يوجد أي مرض عضوي، في هذه الحالة يكون التبوّل اللاإرادي وظيفياً أو نفسياً؛ ونظراً لتعدّد أسباب التبوّل اللاإرادي تتعدّد أيضا الطرق العلاجية المستخدمة معه:

1.5.1. العلاج الأسري:

حيث يتم إرشاد الوالدين إلى تهيئة جو أسري آمن للطّفل، تقل فيه المشاجرات والتفرقة في المعاملة بين الإخوة، وعقاب وتأنيب الطّفل. ويحاول الوالدان العمل على استعادة ثقته بنفسه والسعي إلى أن يعي الطّفل أن هذه العادة بسيطة وأن له دوراً مهماً في التخلّص منها.

وللأسرة دور وقائي وعلاجي في حالات التبوّل اللاإرادي من خلال بعض القواعد البسيطة، مثل:

- اتّباع نظام دقيق لمواعيد التبوّل.
- تعويد الطّفل نهاراً على ضبط نفسه لمدة كافية، وذلك بالمباعدة بين أوقات ذهابه للتبوّل نهاراً حتّى يستطيع بعد تمرنه أن يتبوّل مرّة كلّ 4 إلى 5 ساعات.
- تعويد الطّفل على الاستيقاظ ليلاً بعد ذهابه للنوم بساعتين، ثمّ بعد 3 ساعات؛ ويمكن للأم أن تكتشف الوقت المناسب لإيقاظ الطّفل وتعويده على ذلك.
- منع السوائل والأكلات التي تتطلب شرب كميات من الماء قبل النوم (المواد شديدة الملوحة- الحلاوة... الخ).
- أن تكون دورة المياه والطرق المؤدية إليها مضاءة.
- إبعاد الضغوط النّفسية عن الطّفل وعدم معايرته أو عقابه وإجباره على محاولة أن يقوم من

الفراش غير مبلل حتّى يغيّر من مفهومه لذاته ويقلّل من الشعور بالقلق والذنب (مخيمر ومحمد علي، 2006، ص128).

2.5.1. العلاج السلوكي:

يعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبوّل اللاإرادي. وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطّفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه السليم على عمليات الإخراج. ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة التدريب على الإخراج بطريقة صحيحة وسليمة. وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبوّل اللاإرادي تتمثّل في:

1.2.5.1. التعلم الإجرائي:

وهذه الطريقة ترتبط باسم العالم سكينر في التعليم الإجرائي، والتي استخدمت في علاج حالات التبوّل اللاإرادي، كما سمّيت هذه الطريقة بطريقة التعزيز الإيجابي، وتقوم على أساس تدريب الطّفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه، حتّى يتعلّم الاستجابة الصحيحة وتختفي المشكلة؛ ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي:

- ***جدول النجوم وأنظمة الجائزة:***

ويكون بالطلب من الطّفل الاحتفاظ في غرفته بسجل يعلّق أمامه على لوحة، يتضمّن جدولا يسجل فيه أيام الأسبوع ليتم تحديد الليالي المبللة والليالي الجافة من طرف الوالدين. ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبية، وأن يكافئ الأبوان الطّفل على الليالي الجافة ويتجاهلان الليالي المبللة. فالمكافأة تضع أمام الطّفل هدفاً يسعى لتحقيقه فيتقدم نحو الأمام، وهذه اللوحات أثبتت جدواها.

- ***الاحتفاظ بالبول:***

لقد دلّت الدراسات على أن عدداً من المتبوّلين لاإراديا غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة لفترة من الزمن، علما أنّ ذلك يمكن أن يؤدّي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب، ويكون ذلك إما بتعليم الطّفل التحكّم بالمثانة نهاراً على شكل لعبة شيّقة، حيث يستمر الطّفل في إطالة فترة تحكمه بالمثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها (الزعبي،2013، ص117-118).

2.2.5.1. العلاج الطبي للتبوّل اللاإرادي:

يساعد العلاج الدوائي في حال فشل العلاج السلوكي أو وجود ضغط مستمر على الطّفل، أو عندما تستفحل المشكلة بدرجة تثير القلق وتعيق الطّفل عن القيام بوظائفه. من بين الأدوية نجد Desmopressine acetate (ADH)، حيث لاحظ الألمانيان Norgaard و Rittig من خلال تجربتهما أن معظم حالات التبوّل مرتبطة بدورة النوم، وذلك مرتبط بإفراز مادة (ADH) التي ترتفع مستوياتها عند المجموعة الضابطة خلال الليل، بينما عند المتبولين يبقى مستوى إفراز هذه المادة ثابتاً. من هذا المنطلق تمّ استعمال (ADH) كعلاج هرموني تعويضي عن نقص إفرازه طبيعيا عند بعض حالات التبوّل اللاإرادي الليلي (نيكية،2017، ص89).

كذلك تستعمل أدوية Imipramine Hydrochloride، وهي أدوية مضاد للاكتئاب، وتعمل هذه الأدوية من خلال عدّة تأثيرات فيزيولوجية، أهمها أنها مضادة للأعصاب الباراسمبتاوية، ومن ثمّ تقوّي الأعصاب السمبتاوية، ومن خلال ذلك تحتفظ المثانة بكميات أكبر من البول، وكذلك تقلل هذه الأدوية من درجة القلق والاكتئاب التي يعاني منها الطّفل، وتساعد على تشكيل المنعكس الشرطي الجديد وهو اليقظة عند امتلاء المثانة، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن ستة شهور، حتّى نتأكّد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (عكاشة،2010، ص818).

2. التبرّز اللاإرادي:

1.2. تعريف التبرّز اللاإرادي:

إن مصطلح التبرّز اللاإرادي Encopresis يُعزى إلى صعوبة التحكّم في عملية التبرّز بعد سنّ الثالثة والرابعة من العمر. ففي هذه السن، يوجد (70%) من الأطفال الأسوياء الذين اكتسبوا قدرتهم على ضبط التحكّم بالتبرز. أما إذا استمر الفشل في ذلك لما بعد سنّ الرابعة، فتعتبر الحالة مرَضية، وانحرافاً عن النمو السوي.

2.2. الصورة الإكلينيكية للتبرّز اللاإرادي:

تقسّم حالات التبرّز اللاإرادي إلى نوعين:

- ✓ **التبرز اللاإرادي المستمر:**

وهو الذي لم يكتسب أو يتعلم فيه الطّفل إطلاقاً القدرة على التحكّم والسيطرة على عضلاته العاصرة.

- ✓ **التبرّز اللاإرادي غير المستمر:**

وهو الذي يكون فيه الطّفل قد تعلّم ومرّ بمرحلة تدرّب فيها على التحكم، إلا أنه يعاني بعد ذلك من فقدان القدرة على السيطرة وضبط عضلاته العاصرة. ونلاحظ هنا أن هذين النوعين يماثلان ويقابلان التبوّل اللاإرادي الأوّلي والثانوي (عبد الله، 2009، ص288– 289).

3.2. معايير التشخيص للتبرّز اللاإرادي:

يُشخَّص اضطراب التبرّز اللاإرادي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي (DSM-V- 2013) من خلال المحكّات التالية: ـ الجدول التالي يبيّن ذلك ـ

جدول (9): معايير التشخيص للتبرّز اللاإرادي

DSM-V (2013)	
A	إفراغ متكرّر أو على فترات متقاربة جداً للبراز في أماكن غير مناسبة (مثل الملابس أو الأرضية)، سواء كان عمداً أو لاإراديا.
B	واحد على الأقل من مثل هذا الحدث كلّ شهر لمدة (3 أشهر) على الأقل.
C	العمر الزمني هو سنّ 4 سنوات على الأقل (أو ما يعادل مستوى النمو).
D	سلوك لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية للمادة مثل (المليّنات) أو حالة طبية أخرى، إلا من خلال آلية تشمل الإمساك.

(American Psychiatric Association (APA, 2013)

أمّا عن نسبة حدوث الاضطراب وانتشاره، فإنّ ما يقرب من (1%) من الذين بلغوا سن الخامسة لديهم اضطراب التبرز، ويُعدُّ هذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الذكور مقارنة بالإناث.

وللتبرز اللاإرادي آثار خطيرة على أولئك الذين يعانون منه، فالطّفل الذي يتبرّز لاإراديا غالباً ما يتدنى مفهوم الذات لديه بشكل متزايد، وقد يدافع ضد فقدانه احترام الذات بتبنّي اتجاه "أنا لا يهمني"، كما أن العلاقات الاجتماعية للطّفل المتبرز لاإراديا غالباً ما تتأثر بشكل حاد، فقد يصبح الطّفل عرضة لسخرية رفاقه (الزعبي، 2013، ص122). يمكن أن يرتبط التبرّز اللاإرادي بصعوبات نفسية وعلائقية بالغة. تعتبر صعوبة العلاقة بين الوالدين والطّفل أمرا شائعا، وتصبح أكثر وضوحا لمّا تكون المشكلة مزمنة، وهذه الأخيرة لها أثر عميق على الحياة المدرسية والاجتماعية، ويمكن أن تسبّب عزلة الطّفل ونقص تقدير الذات. ويمكن أن تكون هذه المعاناة جزءاً من سياق أسري مختل (هش أو جامد)، حيث ينشغل الوالدان بمعاناتهما وصراعاتهما الخاصّة (Facchi & Fournier, 2023, p 720-721).

4.2. أسباب التبرّز اللاإرادي:

يعود التبرّز اللاإرادي للعديد من الأسباب الفسيولوجية والنّفسية، حيث تشير العوامل النّفسية إلى قصور التدريب الكافي على تنظيم الإخراج أو عدم الاستجابة المناسبة للتدريب، مع وجود تاريخ من الفشل في ضبط الإخراج. قد يكون للتوتّر الشديد والاضطراب الانفعالي عند الطّفل أثر في عدم استطاعته السيطرة على حركة أمعائه. ومن الشائع اعتبار التدريب القاسي على ضبط الإخراج هو السبب. زيادة على التنافس بين الأشقاء أو ولادة أخ أو/ أخت، ومشاكل تمسّ ديناميكية الأسرة تتمثّل في الهشاشة النّفسية للوالدين، وأنماط التواصل بين الوالدين والطّفل، زيادة على الإهمال وسوء المعاملة والاعتداء الجنسي، وكذلك اضطراب التعلق، مع الحرمان العاطفي المبكّر (Facchi & Fournier,2023,p 720-721).

وقد يعود سبب التبرّز اللاإرادي إلى عدوانية الطّفل وتثبيته على المرحلة الشرجية أو إرجاعه إلى الفصام الطفولي، وقد تكون أساليب التنشئة كالقسوة والحماية الزائدة سببا في التبرّز اللاإرادي.

ومن العوامل العضوية معاناة الطّفل من مرض هرشبرنج Hirschsprung Disease الذي يصيب الأمعاء الغليظة ويسبّب الإمساك ومن ثمّ خروج الغائط لاإرادياً (ملحم، 2013، ص553). وقد يعود سبب التبرّز اللاإرادي إلى الإمساك لفترة زمنية طويلة تتزايد فيها كمية من البراز المدفوع عن قدرة العضلة القابضة للتحمل، مما يدفع الطّفل لإفراغ برازه في أيّ مكان (الزعبي،2013، ص123).

5.2. علاج التبرّز اللاإرادي:

1.5.2. العلاج الطبي:

في حالة الأطفال الذين ليست لديهم القدرة على التحكّم في العضلات القابضة: لابد من علاجهم أولاً عن طريق الأدوية والمسكّنات، وبعض الأدوية المليّنة.

2.5.2. العلاج النّفسي التحليلي:

وذلك بمعرفة الصراعات والمشكلات التي يعاني منها الطّفل، ومساعدته على التعبير التلقائي عن الانفعالات والمشاعر وحلّ الصراعات.

3.5.2.العلاج السلوكي:

يمكن استخدام العلاج السلوكي التدعيمي من خلال إثابة الطّفل عندما يستطيع التحكّم في عملية التبرّز، ومع تطوّر الأساليب العلاجية أمكن استخدام أسلوب التغذية المرتدة أو البيوفيدباك من خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والعضلة الشرجية القابضة، حيث يمكن لهذا الأسلوب التدريبي مع التدريب على الاسترخاء أن يحقق نتائج إيجابية في سيطرة القدرات المعرفية على الاضطرابات الفسيولوجية. وفي أحيان كثيرة تكون هذه الحالة مجرّد عرض لاضطراب نفسي أو لصراع نفسي قد يزول بزوال أسبابه النّفسية.

4.5.2. العلاج الأسري:

وذلك باتّباع فنيات العلاج الأسري التي تساعد الوالدين على تقبل وتفهم اضطراب ابنهم، وتعلم أساليب معاملته الصحيحة وعدم اللجوء إلى تخويفه وعقابه أو تأنيبه، وأن توفر له جواً من الحب ومن الأمان، وذلك بتجنّب الصراعات بين الوالدين أو بين الإخوة وعدم التفرقة بينه وبين إخوته في المعاملة (مخيمر ومحمد علي،2006، ص132).

خلاصة:

من خلال ما تقدّم يُعتبر التبوّل والتبرز اللاإرادي من المشكلات النّفسية التي تؤثّر على شخصية الطّفل، والتي تحتاج إلى المزيد من الاهتمام والرعاية من طرف الوالدين والمختصين، حتّى نَقِي الطّفل من مشاكل نفسية أخرى في المستقبل. فقدان الطفل للتحكم في التبول والتبرز يمكن أن يؤدي إلى تدهور احترام الذات، والشعور بالخجل، والقلق، وحتى العزلة الاجتماعية.

المحاضرة السابعة

الاضـطرابات الجـنسيـة

Sexual Disorders

تمهيد.

1. مفهوم الاضطرابات الجنسية.

2. محكات تشخيص اضطراب الهوية الجنسية.

3. أنواع الاضطرابات الجنسية:

1.3. الجنسية المثلية.

2.3. التلبس.

3.3. التلصّص.

4.3. الاستعراضية.

5.3. الفتيشية.

4. أسباب الاضطرابات الجنسية عند الطّفل والمراهق.

خلاصة.

تمهيد:

يُعدُّ تكوين الهوية الجنسية أحد أهم مطالب النمو في مرحلتي الطفولة والمراهقة، والتي تُبنى من خلال التنميط الجنسي، وهي العملية التي يكتسب الطّفل من خلالها القيم والاتجاهات والمعتقدات، وأنماط السلوك المناسبة للجنس الذي ينتمي إليه، ومعظم الآباء يؤيّدون السلوك الذي يرونه مناسباً لجنس طفلهم، ويعاقبون على السلوك الذي يرونه مخالفاً لجنسه (القحطاني،2022، ص587).

وتتحقق الهوية الجنسية للطّفل من خلال معرفة الطّفل بأجزاء جسمه وخصائصها وقبوله للتغيّرات التي تطرأ عليها، لذا فإن تحديد الهوية الجنسية يرتبط بتحديد نوع الجنس الذي ينتمي إليه الطّفل (ذكراً كان أم أنثى)، وتتحدد سلوكياته المستقبلية في ضوء امتداد خبرات الماضي والحاضر، لذا فإن اضطراب الهوية الجنسية وعدم تحديدها يرتبط بخبرات الفرد وأنماط سلوكه الماضية ويؤثر على مستقبله (السيد،2022، ص63).

ويوضّح الناجي (2001) أن الغريزة الجنسية تصاحب الطّفل منذ ميلاده، وخير مثال على ذلك: عملية التبرّز والتحكم فيها، ومصّ الثدي للرضاعة، وهما من المظاهر الجنسية في مرحلة الطفولة. إنّ الإنسان ينمو ويتطوّر في كلّ مرحلة من مراحل عمره، ويبلغ أقصى درجات نموّه ونضجه عندما تتوافر لديه القدرة على ممارسة نمط جنسي عادي. إلا أن هناك أفراداً ينحرفون إلى نمط جنسي آخر أو آخر، بعد أن

يكونوا قد بلغوا قمة تطوّرهم، أو ينحرفون منذ البداية نحو الأنماط الشاذة. ولا يبلغون النمط السوي الذي يقرّه المجتمع وتؤكّده القيم الدينية والأخلاقية (علي،2017، ص259).

1. مفهوم اضطراب الهوية الجنسية:

هو تشخيص يطلقه الأطباء وعلماء النّفس والبيولوجيون على الأشخاص الذين يعانون من صراع بين جنسهم المادي الفعلي وبين الجنس الذي يريدونه (محمد الشاطر،2020، ص191).

2. محكات تشخيص اضطراب الهوية الجنسية:

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النّفسية ـ الطبعة الخامسة **(DSM-V- 2013)**

1.2. عند الأطفال:

– استمرار الأعراض لمدة 6 أشهر على الأقل؛ مع وجود رغبة قوية في أن يكون من الجنس الآخر أو الإصرار على أن الفرد من الجنس الآخر أو أي نوع اجتماعي آخر مختلف لجنسه.

– عند الذكور تفضيل قوي لارتداء ملابس الإناث، والفتيات تفضيل قوي لارتداء الملابس الذكورية وعدم الرغبة القوية في ارتداء الملابس النسائية.

– وجود تفضيل قوي للعب أدوار النوع المعاكس لجنسه من خلال اللعب التخيّلي أو المسرحي.

– رغبه قوية للعب مع أفراد من الجنس الآخر.

– لدى الذكور رفض قوي للألعاب الخشنة أو الذكورية، وعند الفتيات رفض شديد للألعاب والأنشطة الأنثوية.

– النفور الشديد من التشريح الجنسي الخاص به، ورغبته الشديدة في الخصائص الجنسية الأولية والثانوية للجنس الآخر.

– يصاحب الاضطراب ضائقة سريرية كبيرة أو ضعف في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المجالات المهمة الأخرى.

2.2. لدى المراهقين والبالغين:

– استمرار الأعراض لمدة 6 أشهر على الأقل.

– تناقض ملحوظ بين النوع المعبّر والمرغوب به والخصائص الجنسية الأولية أو الثانوية لدى النوع المحدّد له، وخاصّة الخصائص الجنسية الثانوية المتوقعة.

– رغبه قوية في التخلّص من آثار الخصائص الجنسية الثانوية للفرد، لأنها تتعارض مع النوع المعبّر عنه من جهة نظر الفرد، ولاسيما المراهقين الصغار.

– رغبة قوية في أن يصبح من الجنس الآخر.

– رغبة قوية في أن تصبح لديه الخصائص الجنسية للجنس الآخر.

– وجود اقتناع وثقه تامة أنه يملك مشاعر ورد فعل يشبه الجنس الآخر.

– رغبة قوية في أن يعامَل كما يعامَل النوع المعاكس لجنسه.

– يصاحب الاضطراب ضائقة سريرية كبيرة أو ضعف في الأداء الاجتماعي أو المهني أو المجالات المهمة الأخرى (العشماوي،2022، ص1535).

3. أنواع الاضطرابات الجنسية:

فيما يلي أهم أنواع الاضطرابات الجنسية:

1.3. الجنسية المثلية Homosexuality:

مصطلح الجنسية المثلية هو ترجمة لمصطلح Homosexuality، وهى كلمة مركّبة من اليونانية واللاتينية.

وتُعرّف الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(APA)** مصطلح الجنسية المثلية بنمط ثابت من الانجذاب العاطفي أو الرومانسي تجاه الأفراد من الجنس المماثل (خطاب،2021، ص356).

ويصاحب هذا الاضطراب أعراض الخجل والشعور بالذنب والعزلة الاجتماعية والقلق، ويبدأ في مرحلة المراهقة.

وترجع أسباب اضطراب الجنسية المثلية إلى:

- ✓ **عوامل بيولوجية:**

تشير الدراسات البيولوجية إلى وجود نقص في معدّل الهرمونات الجنسية الذكرية في الدم، كما كشفت دراسات التوائم عن زيادة معدّل تطابق الجنسية المثلية بين التوائم المتماثلة عنها، قياسا إلى التوائم غير المتماثلة، مما يشير إلى أن هناك تهيئة جينية غير معروفة.

- ✓ **عوامل نفسية:**

اعتبر فرويد أنّ الجنسية المثلية هي توقفٌ في النمو النّفسي الجنسي عند مرحلة حب نفس الجنس (ما يشبه الذات) وعدم الانتقال إلى حب الآخر، فالإنسان ينتقل من نرجسية حب الذات إلى حب الشبيه، ثم

ينتقل إلى حب الجنسية المغايرة.

تُرجع النظرية التحليلية سبب السلوك الجنسي المثلي إلى الظروف النّفسية المبكّرة في الطفولة، وأهمها ارتباط الطّفل الشديد بالأم والتوحّد بها، وغياب دور الأب الفعال في حياة الطّفل، وعدم تشجيع الأم للدور (الرجولي لدى الولد) والدور (الأنثوي لدى البنت)، أو النكوص إلى المراحل المبكّرة من النمو النرجسي.

يرى العالم النّفسي الألماني Bert Hel linger أن المشاعر الموروثة المتراكمة، مثل الطّفل غير المرغوب فيه لدى أفراد الأسرة، الحاليين أو من الأجيال السابقة، تجعل الطّفل مستعداً أكثر من غيره لاستقبال الرفض من أبويه؛ وهذا الرفض، محوري جداً في نمو الميول الجنسية المثلية (الميزر،2013، ص2452).

والطّفل الذي ينشأ في بيئة يحيطها الإهمال وسوء التنشئة وعدم الإحساس بالأمان والعطف والرعاية، يكون كلّ ذلك بمثابة الوسط الملائم لنمو الاضطرابات النّفسية والمشكلات الجنسية بكل أنواعها، وخاصّة مشكلة الجنسية المثلية، على اعتبار أنها من المشكلات التي لها أبعاد نفسية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بسوء التربية وإهمال التنشئة الاجتماعية.

ويتم علاج هذا الاضطراب بواسطة العلاج النّفسي، فهناك العلاج التحليلي النّفسي الذي يفيد بتغيير التوجّه الجنسي داخلياً وتحقيق نضج النمو النّفسي الجنسي الذي قد يكون سبباً في الاضطراب، وإعادة ترتيب البناء النّفسي للمضطرب مما يدعم الميول الجنسية المغايرة، إلا أن هذا العلاج يحتاج إلى الوقت الكافي.

بالإضافة إلى العلاج السلوكي الذي ينمّي تشريطاً تجنّبياً للجنسية المثلية، إلا أن في هذا العلاج قد يكون التغيّر سطحياً فقط، كما قد يحدث تجنّباً لكل الإثارات الجنسية المثلية والغيرية (عواد،2011، ص94).

2.3. التلبس: **Le travestisme:** هو استخدام لباس الجنس الآخر لإشباع النزوة الجنسية وبناء صورة خاصّة، وذلك عبر توهّم القدرة على التوصّل إلى إنشاء علاقات جنسية ممنوعة عند الطّفل والمراهق. هو الشعور باللذة عند لبس ملابس الجنس الآخر المعاكس. عند الراشد يندرج في إطار الشذوذ الجنسي، لكن عند الطّفل الاهتمام بملابس الراشد أو الجنس الآخر طبيعي، يطرح مشكلة عندما يصبح تغيير الملابس حاجة أو عادة حين يرفض الطّفل ارتداء لباس جنسه وحسب؛ أمّا عند فرويد فقد يكون له معاني كثيرة.

3.3. التلصّص الجنسي أو البصبصة voyeurism:

يُعرّف التلصّص الجنسي بأنه: ميل متكرّر أو دائم إلى مشاهدة الآخرين، وهم يمارسون سلوكا جنسياً أو خاصاً مثل خلع الملابس؛ ويؤدي ذلك عادة إلى إثارة جنسية وممارسة العادة السرية (خطاب،2022، ص4). ويبدأ اضطراب التلصّص عادة بعد سنّ الخامسة عشر، ثمّ يصبح مزمناً بعد ذلك (عواد،2011، ص204).

ويُعرف التلصّص الجنسي باختلاس النظر، حيث يميل الفرد بصورة ملحة للنظر إلى المناطق الجنسية للآخرين، أو مشاهدتهم في فعل جنسي. ويُعدُّ هذا مثيراً جنسياً له، ويحصل على لذته الجنسية، ويتخذ أحياناً شكل مشاهدة الأفلام الإباحية، وحضور حفلات التعري في النوادي الليلية؛ وقد يكون أساس التلصّص فضولا جنسيا مكبوتا بفعل القمع الشديد له، كما قد يكون في أساسه تلك الرغبة الطّفلية في مشاهدة الجماع بين الوالدين أو ما يُسمّى بالمشهد الأوّلي (بن سايح،2017، ص95-96).

4.3. الاستعراض الجنسي Exhibitionism:

هو ميل متكرّر أو دائم نحو كشف الأعضاء الجنسية الذاتية للغرباء، غالباً من الجنس الآخر، أو للناس في الأماكن العامّة، ولا تحدث دائماً حالة من الإثارة الجنسية وقت الاستعراض، وقد يكشف عن نفسه بسلوك علني في أوقات الكرب العاطفي أو الأزمات فقط (محمد وشلبي،2021، ص9).

وفقاً للجمعية الأمريكية للطب النّفسي (APA) يُصنّف اضطراب الاستعراض كاضطراب نفسي يتميز بكشف الفرد لأعضائه التناسلية أو أعضائه الجنسية لأشخاص غرباء. كما يصنَّف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات الشذوذ الجنسي، إذ يستمد الفرد المتعة الجنسية من هذا السلوك، ولذلك يندرج تحت فئة اضطرابات الشذوذ الجنسي.

تساهم عدّة عوامل في حدوث هذا الاضطراب، منها تجارب الطفولة المؤلمة: مثل الاعتداء الجنسي أو مشاهدة سلوك جنسي غير لائق، التي تسهم في تطوّر اضطراب الاستعراض الجنسي. كما قد تزيد مشاعر الوحدة أو العزلة الاجتماعية، أو انعدام الروابط الاجتماعية السليمة من احتمالية الانخراط في سلوكيات استعراضية كوسيلة لجذب الانتباه والتقدير. يمكن أيضا أن تؤثّر العوامل الثقافية أو المجتمعية التي تعزز المعتقدات المشوهة حول الجنس، كاعتبار الاستعراض أمراً مقبولاً، على تطوّر اضطراب الاستعراض.

المراهقة هي الفترة التي تتطوّر فيها عادة حالات الشذوذ الجنسي؛ يمكن أن تحدث هذه الحالات نتيجة لتفاعلات أو أحداث مُبكّرة، مثل الإساءة العاطفية في الطفولة والتفكك الأسري والمشاكل السلوكية في الطفولة، والإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة. على الرغم من أن الدراسات أظهرت أن هذه السلوكيات تقل مع تقدم الفرد في السن، إلا أن الشذوذ الجنسي يميل إلى أن يظلّ مزمناً بعد تطوّره.

قد يكون لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاستعراض تخيّلات مستمرة تتضمّن تعريض أنفسهم للآخرين. وقد يعاني بعض الأفراد من صعوبة التحكّم في الانفعالات، ويجدون صعوبة في مقاومة الرغبة في الانخراط في سلوكيات استعراضية (Bhambhani ,et al ,2024, p2557- 2558) .

5.3. الفيتشيَّة Fetishism:

وهو التعلق الجنسي بإحدى الأدوات التي تخصّ الجنس الآخر إلى درجة بلوغ النشوة من جراء لمسها أو رؤيتها (صالح،2014، ص534). وقد جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النّفسية **(DSM-V)** أن هذا الاضطراب يبدأ غالباً مع بداية البلوغ، أو في حالات نادرة قبل المراهقة. يمكن أن تتزايد شدّة الاضطراب وتتناقص على مدار العمر، ويُلاحَظ ظهوره بشكلٍ حصري تقريباً لدى الذكور (Cristian, 2019, p74).

4. أسباب الاضطرابات الجنسية عند الطّفل والمراهق:

من بين الأسباب المؤدّية إلى الاضطراب الجنسي نجد الاضطرابات الفسيولوجية، ونقص التربية الجنسية أو انعدامها، التي من أدوارها أن تحمي الأبناء من المشكلات والانحرافات المرتبطة بالجنس؛ زيادة على ذلك نجد الاضطرابات النّفسية التي تُعدُّ من أسباب الاضطراب.

خلاصة:

حدّدت هذه المحاضرة مفهوم الاضطرابات الجنسية لدى الأطفال والمراهقين، حيث تتعدّد الأسباب والعوامل المؤدية لهذه الاضطرابات، فقد ترجع إلى متغيّرات بيئية أو قد يكون مصدرها الفرد نفسه، أو طريقة إدراكه للظروف الاجتماعية والنّفسية من حوله، ويمكن إرجاعها أيضا إلى نقص أو انعدام التربية الجنسية للأطفال التي تمثل حجر الأساس لتقليل السلوكيات الخطرة الجنسية المنتشرة، كما أن لها تأثيرا إيجابيا على السلوكيات الجنسية المبكّرة للأطفال. وكذلك قد تكمن جذورها في علاقة الطّفل بأسرته؛ وهناك العديد من النظريات التي تحاول تفسيرها، كما أنّ هناك العديد من طرق علاج الاضطرابات الجنسية لدى الطّفل والمراهق.

المحاضرة الثّامنة

اضطرابات النـوم Sleep Disorders

تمهيد.

1. مفهوم اضطرابات النوم.

2. اضطرابات النوم وتصنيفاتها والمحكات التشخيصية لها.

3. الاضطرابات الأساسية في عملية النوم – اليقظة:

1.3. الأرق

2.3. فرط النوم

3.3. المشي أثناء النوم

4.3. الكوابيس الليلية

5.3. الرعب الليلي

4. أسباب اضطرابات النوم.

5. علاج اضطرابات النوم.

خلاصة.

تمهيد:

يُعتبر النوم ذا قيمة حيوية في حياة الإنسان، لأنه يعتبر صمام الأمان للصّحة الجسمية والصّحة النّفسية في آن معاً. وتزداد قيمة النوم بشكل أكبر في مرحلة الطفولة، ليس فقط من أجل قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها، وإنما لتحقيق التوازن النّفسي للطّفل أيضاً. واضطرابات النوم البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة، خاصّة في عمر السنتين، وكذلك عند الأطفال ما بين ثلاث وخمس سنوات. وهذه الاضطرابات تعبّر عن ردود فعل طبيعية، كما أنها تعبر عن عدم الشعور بالأمان. واضطرابات النوم المؤقتة والمعتدلة في شدتها شائعة الظهور، إلا أن اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة تُعتبر أولى الدلائل على وجود الاضطراب النّفسي لدى الأطفال. إنّ الفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرَضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع (الزعبي،2013، ص98 – 99).

ويشير كارلسون وكوردوفا (1999) Calson & Cordova إلى انتشار اضطرابات النوم بين الأطفال والمراهقين، حيث إنّ 25% من الأطفال يعانون من أحد أشكال اضطرابات النوم خلال مرحلة الطفولة (مخيمر ومحمد علي،2006، ص204).

وقد أثبتت الدراسات أنّ الحرمان من النوم في مرحلة الطفولة المبكّرة يشكل عامل خطورة للإصابة

بالمشاكل المعرفية والعاطفية والسلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة. وعلى العكس من ذلك، فإنّ النوم الجيد والكمية الكافية منه يعززان الأداء المعرفي الجيد والنجاح الأكاديمي. ولا تُعدّ هذه الارتباطات مفاجئة، نظرا لأن النوم يشكل عنصرا أساسيا في التطوّر المعرفي ونضج الدماغ، وهذا خاصّة عند الأطفال (EL Khatib et al , 2018, p34).

كما أظهرت دراسة Gregory & Sadeh (2012) أنّ لاضطرابات النوم آثاراً سيئة وخطيرة على نمو الأطفال، سواء على المستوى الشخصي أو الأسري. كما وُجد أن هناك ارتباط بين المشاكل الانفعالية (مثل القلق والاكتئاب) والسلوكية (كاضطراب نقص الانتباه، واضطراب السلوك) عند الأطفال والمراهقين (Gregory & Sadeh, 2011).

1. مفهوم اضطرابات النوم:

الاضطراب يعني لغوياً عدم الانتظام وفقدان الاتساق، وقد يعني الخلل والاختلال.

أما النوم فيعني لغة النعاس والسبات والاستسلام للسكون.

وعلى هذا فإن اضطرابات النوم لغةً تعني عدم انتظام واختلال حالة النعاس والسبات عند الفرد (عزب وعبد الخالق،2003، ص105).

اضطراب النوم تعرّفه جمعية علم النّفس الأمريكية بأنّه اضطراب مستمر في أنماط النوم النموذجية، بما في ذلك مدة النوم وجودته وتوقيته، أو الحدوث المزمن لأحداث أو سلوك غير طبيعي أثناء النوم. وجاء تعريف الدليل الخامس للاضطرابات النّفسية، بأنها مجموعة من المتلازمات التي تتميز بخلل أو اضطراب في عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان، أو خلل في جودة النوم أو خلل في الظروف الفسيولوجية المرتبطة بالنوم أو الناتجة عن الضغوط الانفعالية، أي أنها حالة من عدم انتظام النوم، التي تدل على

عدم تحقيق النوم بالشكل المناسب (عبد الحميد وعرابي،2024، ص656).

2. اضطرابات النوم وتصنيفاتها والمحكات التشخيصية لها:

تُصنّف اضطرابات النوم وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع **(DSM IV– TR 2000)** إلى ثلاثة أقسام رئيسية، كالتالي:

القسم الأول: يشمل اضطرابات النوم الأوّلية Primary Sleep Disorders وتضم: الأرق، فرط النوم، غفوات النوم المفاجئة، اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس، اضطرابات النوم غير المصنّفة.

القسم الثاني: يتضمّن اضطرابات النوم الثانوية Parasmnias، وتضم الكوابيس الليلية والفزع الليلي، والمشي أثناء النوم، واضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة، كما يضم القسم الثاني اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي آخر، سواء كانت هذه الاضطرابات في صورة أرق أو فرط النوم.

أما القسم الثالث من اضطرابات النوم فيشمل اضطرابات النوم الأخرى التي ترجع إلى حالة طبية، سواء كانت في صورة أرق، أو فرط نوم، أو اضطراب فرط ثانوي، أو نوع مختلط، أو تلك المرتبطة بتناول أدوية معيّنة (غانم،2006، ص274–275).

3. الاضطرابات الأساسية في عملية النوم – اليقظة:

تتنوّع وتتعدد أشكال اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين، ولعلّ من أهمها:

1.3.الأرق Insomnia:

يرى الريماوي أن الأرق يظهر عند بعض الأطفال في سنوات الروضة وما بعدها، وترتفع نسبته في مرحلة الطفولة المبكّرة، وقد ظهرت مشكلة الأرق كمشكلة صحية لدى المراهقين المتمدرسين في كلّ من

مصر والكويت والجزائر (الريماوي،1995).

يمثّل اضطراب الأرق مشكلة جسيمة لدى المراهقين، فهو يؤدّي إلى قلّة الطاقة، وسرعة الغضب، وضعف في بعض الوظائف المعرفية، مثل الذاكرة والانتباه (محمد،2023، ص914).

ويُعرَّف الأرق على أنه صعوبة البدء في النوم، أو صعوبة الاستمرار في النوم، أو النوم الذي لا يؤدّي إلى الشعور بالراحة (Matsumoto, 2009, 496).

ويمكن تقسيم اضطراب الأرق إلى ثلاثة أنواع:

أ- **أرق البداية:** الصعوبة في بدء النوم، والبقاء في حالة يقظة، لمدة تزيد عن نصف ساعة.

ب- **أرق الإبقاء:** أي صعوبة الاستمرار أو الاستغراق في النوم، وكثرة الاستيقاظ ليلاً، أو النوم المتقطع، كما أن النوم يكون سطحياً تتبعه العودة إلى النعاس مرّة بعد أخرى، مما يؤدّي إلى عدم حصول الشخص على فترة كافية من النوم.

ج- **أرق الانتهاء:** وهو الاستيقاظ المبكّر عن الميعاد المرغوب فيه، وصعوبة العودة إلى النوم ثانية (محمد،2023، ص914-915).

يُشخّص **اضطراب الأرق** حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(DSM-V- 2013)** من خلال المحكّات التالية: ـ الجدول التالي يبيّن ذلك ـ

جدول (10): معايير التشخيص لاضطراب الأرق

	DSM-V (2013)
A	الشكوى المسيطرة هي عدم الرضا عن كمية أو نوعية النوم، المرتبطة بأحد أو أكثر من الأعراض الآتية: – صعوبة البدء في النوم. – صعوبة مواصلة النوم، تتميز بالاستيقاظ المتكرّر أو بمشاكل العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ. – الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة للنوم مرّة أخرى.
B	يؤدي الأرق إلى كرب دال إكلينيكياً أو اختلال في الأداء الاجتماعي والمهني والأكاديمي والسلوكي والوظائف المهمة الأخرى.
C	تحدث صعوبة النوم ثلاث ليالي في الأسبوع على الأقل.
D	تستمر صعوبة النوم لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.
E	تحدث صعوبة النوم على الرغم من وجود الفرصة الملائمة للنوم.
F	لا يتزامن الأرق مع أيّ من اضطرابات النوم الأخرى.
G	لا يرجع الأرق إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة للأدوية النّفسية.
H	الاضطرابات النّفسية والحالات الطبية لا تفسّر الشكوى السائدة من الأرق.

(American Psychiatric Association (APA, 2013).

والأعراض المَرَضِية للأرق عند الأطفال تتضمّن نوماً زائداً عن الحد خلال وقت النهار، وتدهور الأداء أو التحصيل الدراسي.

ومن الأسباب النّفسية والتربوية التي تؤدّي إلى الأرق المشكلات الأسرية والخلافات داخل الأسرة، إضافة إلى عامل القسوة في ضبط نوم الطّفل أو الحرمان من إشباع حاجاته الأساسية، مما يؤدّي إلى نمو رغبات وحاجات مكبوتة أو غير مكبوتة تؤثّر في عملية النوم. إن الأرق يرمز إلى عوامل نفسية انفعالية

مكبوتة أو غير مكبوتة تؤثّر في الجهاز العصبي الذاتي وتؤدّي إلى اضطراب الفرد (استبرق، 2020، ص194). أحد أسباب الأرق هو القلق الذي يثير أحلام ورعب الليل وكوابيس، يستيقظ الطّفل بعد صرخة ويتخبط كأنه يصارع ولا يتعرفّ على أشخاص من حوله، كما أنه قد يصبح خائفاً من النوم فيؤجله إلى وقت متأخّر من الليل (ميموني،2011).

2.3. فرط النوم Hypersomnia:

يُعرف بأنه حالة من النعاس الشديد أثناء النهار مع نوبات من النوم قد تستمر من 16 إلى 17 ساعة، أو الاستغراق مدة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة. والنوم المفرط نقيض الأرق. اتفق كلّ من عبد المعطي وبليارد Billiard في تعريف الإفراط في النوم على أنه زيادة عدد ساعات النوم عن معدّلها الطبيعي بالنسبة لعمر الشخص، أو تعرضه طوال اليوم لنوبات من النوم لا يمكن مقاومتها، وفي هذه الحالة يصعب على الشخص أن يستيقظ بشكل تلقائي، وقد تصل تلك الساعات إلى (إحدى عشرة ساعة)، حيث يميل هؤلاء الأفراد للنوم المبكّر قبل المواعيد المعتادة للنوم، وغالبا ما يُظهرون الشعور بالإجهاد رغم نومهم لساعات طويلة (عبد العاطي، 2020، ص191؛ محمد، 2023، ص916).

يشخّص اضطراب **فرط النوم** حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(DSM-V- 2013)** من خلال المحكّات التالية: ـ الجدول التالي يبيّن ذلك ـ

جدول (11): معايير التشخيص لاضطراب فرط النوم

DSM-V (2013)	
A	الشكوى من النعاس المفرط (فرط النوم) الذي لا يقل دائماً عن 7 ساعات يومياً، مع وجود واحد على الأقل من الأعراض التالية: – نوبات متكرّرة من النوم أو الغفوات المتكرّرة في نفس اليوم. – نوبات طويلة من النوم تزيد على 9 ساعات يومياً، وتتميز بأنها غير مجدّدة للطاقة. – صعوبة الاستيقاظ التام بعد الاستيقاظ المفاجئ.
B	يحدث فرط النعاس ثلاث مرات 3 مرات على الأقل في الأسبوع، لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.
C	يصاحب فرط النعاس ضائقة ملحوظة أو اختلال في الأداء الإدراكي والاجتماعي والمهني والوظائف المهمة الأخرى.
D	لا يحدث فرط النعاس على وجه الحصر أثناء المسار المرضي لأيّ من اضطرابات الأخرى.
E	لا يمكن إرجاع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (كالمخدرات والأدوية).
F	الاضطرابات النّفسية والحالات الطبية لا تفسّر الشكوى السائدة لفرط النعاس.

(American Psychiatric Association (APA, 2013).

وقد تكون كثرة النوم تعبيرا عن وجود صراعات نفسية لاشعورية عميقة تؤدّي بالطّفل إلى الهروب من الواقع كوسيلة دفاعية، كما قد تكون كثرة النوم تعبيراً عن حالة اكتئاب وقلق، وفي هذه الحالة يكون الإفراط في النوم نوعاً من النكوص بعيداً عن ألم الحياة (استبرق،2020، ص194).

3.3. المشي أثناء النوم Somnambulism:

يتميّز بوجود نوبات من سلوكيات متتابعة تصل إلى ترك الفراش، والتجول أثناء النوم وفعل الأشياء دون أن يكون الشخص واعياً بما يفعله. وهذا الاضطراب يشيع لدى الأطفال، ويشخّص وفقا للعديد من المحكات، مثل وجود نوبات متكرّرة من النهوض من السرير أثناء النوم الليلي، ويكون وجه المريض أثناء

النوبة شاحباً دون تعبير، لا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة، وعندما يستيقظ تكون هناك مدة قصيرة من الاختلاط وعدم الانتباه (عبد العاطي،2020، ص210).

إن هذا الاضطراب شائع لدى الأطفال، وخاصّة لدى الذكور؛ وفي مثل هذا الاضطراب نجد أنّ الطّفل ينام في مكان ثمّ نجده صباحا في مكان آخر (استبرق،2020، ص196).

يصيب هذا الاضطراب الأطفال ما بين 4 و8 سنوات، حيث يمشي الطّفل وهو نائم، ويندفع بنشاط بدني بصورة لاشعورية.

وتعود حالة المشي أثناء النوم إلى العديد من العوامل، أهمها معاناة الطّفل من القلق نتيجة للحرمان المتزايد وعدم إشباع حاجته إلى الأمن، أو معاناته من ضغوط انفعالية شديدة لا يستطيع تحملها مما يجعله يُخرج أفعاله أثناء النوم.

ويُعدُّ المشي أثناء النوم من الاضطرابات التي قد تُسبّب مشاكل كبرى، مثل أن يجرح الطّفل نفسه أو يؤذيها بشكل بالغ أو إشعال النار أو القفز من مكان مرتفع (عسكر،2005، ص102- 103).

يُعتبر المشي أثناء النوم في شكله البسيط شائعاً جداً عند الأطفال: حيث عانى ما بين 10 إلى 15% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 3 إلى 10 سنوات من نوبة واحدة على الأقل من المشي أثناء النوم، وفي دراسة كلاكينبيرج: 40% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 16 عاماً؛ لكن 1 إلى 6% من هؤلاء الأطفال هم في الواقع من مرضى السير أثناء النوم، حيث يصابون بنوبات عديدة شهريا. يمكن أن يبدأ المشي أثناء النوم في وقت مبكر من سنّ المشي. وهو شائع بشكل خاص في الأطفال من سنّ 6 إلى 12 عاماً (Challamel et al, 2009, p80).

تحدث نوبة المشي أثناء النوم بعد مرور ساعة إلى 3 ساعات من النوم. يمكن أن تتكرّر الهجمات

مرّتين في نفس الليلة. يستيقظ الطّفل، ويفتح عينيه، لكنه لا يبدو أنه يرى؛ الوجه بلا تعبير، والمشي بطيء. يمكن للسائر أثناء النوم أن يقوم بأفعال معقدة نسبياً، مثل تجنّب الأثاث، والنزول على الدرج، ولكنه أخرق. يمكن أن يتعرّض للأذى، خاصّة في منزل غير مألوف. الطّفل الذي يمشي أثناء نومه يكون هادئاً بشكل عام، وسيسمح بسهولة بإعادته إلى سريره إذا لم تتم محاولة إيقاظه. تستمر هذه النوبات عادة أقل من عشر دقائق.

تمّ وصف حالة المشي الحاد أثناء النوم، مع بعض الأعراض المشابهة للكوابيس الليلية. يُعتبر هذا النوع من "المشي أثناء النوم بسبب الرعب" نادراً ويقال إنه حكر على المراهقين. أثناء النوبات، يمشي المريض بسرعة أكبر، ويبدو قلقاً للغاية، ويتحدث بطريقة غير مترابطة. يلتف حول نفسه عند لمسه، والتحفيز يزيد من انفعاله. إن خطر وقوع حادث أو عنف أعلى بكثير من النموذج الكلاسيكي (Challamel et al, 2009, p80).

يشخّص المشي أثناء النوم حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(DSM IV- TR 2000)** من خلال المحكّات التالية: ـ الجدول التالي يبيّن ذلك ـ

جدول (12): معايير التشخيص لاضطراب المشي أثناء النوم

DSM IV- TR (2000)	
A	نوبات متكرّرة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدّة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي.
B	يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحباً وبدون تعبير، مع عدم استجابته لمحاولات من حوله للحديث معه وصعوبة إيقاظه.
C	عند الاستيقاظ لا يتذكر الفرد شيئاً عن النوبة، سواء كان بعدها مباشرة أو في الصباح.
D	عند الاستيقاظ تكون هناك فترة بسيطة من التشوش وعدم التوجه أو (الاستجابة لتوجيهات الآخرين).
E	غياب أي دليل على وجود اضطراب عقلي أو عضوي.
F	يسبّب اضطراب المشي أثناء النوم ضغطاً إكلينيكياً جوهرياً وقصوراً في الأداء الاجتماعي والمهني وغيره من المجالات.
G	لا يفسر الاضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن تعاطي مخدر أو دواء نفسي، أو أيّ حالة طبية عامّة.

(American Psychiatric Association, APA, 2000).

ويرجع أصحاب النظرية التحليلية حالة المشي أثناء النوم إلى وجود توتر وانفعالات ومواقف حادّة، مما أدى بها إلى الكبت، ونظراً إلى قوة الحيل الدفاعية اللاشعورية أثناء النوم وضعف الأنا، يُباشر الفرد التعبير عن انفعالاته المكبوتة أثناء النوم (استبرق،2020، ص196).

4.3. الكوابيس الليلية:

تُستخدم مصطلحات عديدة من قبل الباحثين للإشارة إلى الكوابيس، مثل الأحلام السيئة وقلق الأحلام، والأحلام المخيفة والأحلام المزعجة. فالكوابيس هي أحلام مخيفة أو مزعجة تعرقل نوم الفرد وتجعله يستيقظ في حالة من الذهول.

يعرّف كلّ من البهنساوي وعبد الخالق الكوابيس بأنها أحد اضطرابات النوم التي تتصف بوجود أحلام مزعجة تحدث أثناء نوم حركة العين السريعة، وتتضمّن تهديداً لسلامة وأمن الفرد الجسدي والاجتماعي أو غيرها من التهديدات، التي من شأنها إيقاظ النائم بسرعة، وهو في حالة فزع مع تذكر الأحداث المرئية التي شاهدها أثناء الحلم، تاركةً آثاراً سلبية من الناحية النّفسية والجسدية والاجتماعية (البهنساوي وعبد الخالق، 2023، ص619-620).

وغالباً ما تبدأ الكوابيس مع الذين تتراوح أعمارهم بين (3 و6) سنوات، ولكن الوصول إلى ذروة معدّل الانتشار وشدته تكون في أواخر مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكّر. وتظهر الكوابيس على الأرجح لدى الأطفال عندما يتعرّضون لضغوطات نفسية حادّة أو مزمنة، والتي قد لا تزول عفويا لدى الأقلية منهم، حيث إنّ تلك الكوابيس قد تستمر بصورة متكرّرة حتّى سنّ البلوغ (American Psychiatric Association, 2013).

تُشخَّص الكوابيس الليلية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النّفسي **(DSM-V- 2013)** من خلال المحكّات التالية: ـ الجدول التالي يبيّن ذلك ـ

جدول (13): معايير التشخيص لاضطراب الكوابيس الليلية

DSM-V (2013)	
A	وقوع متكرّر لأحلام مطوَّلة ومرعبة جداً ويمكن تذكرها جيداً، عادة ما تتضمّن تهديدات للبقاء أو الأمان أو السلامة البدنية، والتي تحدث عادة خلال النصف الثاني من فترة النوم الرئيسية.
B	عند الاستيقاظ من الأحلام المزعجة أو المخيفة، ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعا.
C	تسبّب أحلام واضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الاستيقاظ ويكون الفرد (فور استيقاظه) في حالة ضيق وتوتر شديدين، مع ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والعملية، أو بعض المجالات الهامة الأخرى.

D	أعراض الكابوس لا تُعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (كإدمان العقاقير والأدوية).
E	التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يفسّر بشكل كاف الشكوى المسيطرة للأحلام المزعجة.

(American Psychiatric Association (APA, 2013).

وتتأثر الكوابيس الليلية في مرحلة الطفولة بالتجارب، حيث إنّ نقص الشعور بالأمن عند الطّفل يجعله أكثر انزعاجا من الأطفال الآخرين، ويجسم درجة الخوف المرتبطة بالمثيرات البسيطة، لتكون لديه سببا للرعب والهلع، مما يجعله عرضة لاستمرار الكوابيس (استبرق،2020، ص194).

ويؤدي الكابوس إلى اضطراب الطّفل وعدم قدرته على التلفظ أو إخراج الصوت؛ زيادة على ذلك يمكث الطّفل في الفراش ويسترجع محتويات الحلم عند الاستيقاظ مما يسبّب له الضيق والتوتر (الدسوقي،2006، ص68).

5.3. اضطراب الرعب الليلي Sleep Terror Disorder:

يتمثّل في نوبات من الرعب الشديد والهلع، تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي، وينهض الفرد من نومه جالساً أو واقفاً، وذلك أثناء الثلث الأول من النوم الليلي، ويصرخ صرخة رعب، أو قد يسرع إلى الباب في محاولة للهرب، كما أن استجاباته لتهدئة الآخرين تكون ضعيفة، وترافق هذه الحالة درجة من فقد الوعي، والمعتاد أن يتم نسيان النوبة كاملة في الصباح. تظهر حالات الرعب الليلي عادة في سنوات ما قبل المدرسة (محمد،2016، ص86).

ويحدّد الدليل التشخيصي الرابع المحكات الآتية للتشخيص: العرض الأساسي يتمثّل في نوبات متكرّرة من الاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة خوف حادّة، وتتميّز بقلق شديد وحركة جسدية وفرط النشاط العصبي اللاإرادي، والنوبات تحدث دون اتصال كاف بالعالم المحيط وتستمر من دقيقة إلى عشر دقائق، أو عدم

استجابة الفرد النسبية لجهود الآخرين في محاولة فهم للسيطرة على فزعه، ويكون استرجاع الفرد للنوبة محدودا. وينتج الفزع الليلي غالباً من الكوابيس وما يرافقها من حالة هلع وتصبّب العرق، ويحدث ذلك في الغالب خلال دخول الفرد في مرحلة نوم البطيئة (عبد العاطي،2020، ص210).

4. أسباب اضطرابات النوم:

1.4. الأسباب الفسيولوجية:

أشار بافلوف إلى أنّ النوم يحدث نتيجة قلّة وصول الرسائل العصبية من المؤثّرات الخارجية إلى المخ، وأن مصدر النوم هو جذع الدماغ، ووجود واصلات عصبية متشابكة وتشابك في عدّة مناطق داخل الدماغ، كاللحاء وما تحته والتي تعمل معاً للوصول إلى النوم وتحقيق دور المحافظة على النوم واليقظة؛ والخلل في تلك المنظومة يجعل الفرد لديه اضطرابات النوم.

2.4. الأسباب الكيميائية والحيوية:

من بين أسباب اضطرابات النوم عمل النواقل العصبية ودورها في تنظيم الكثير من العمليات في المخ ومسؤوليتها في إحداث بعض الاضطرابات النّفسية والعقلية، مثل الإستيل كولين والنوراتيفرين، والدوبامين، والتي لها دور في ميكانيزم النوم واليقظة، وقد أظهر أن تلك المواد تسهم في خفض السيروتونين، وتؤدّي إلى خفض مدة النوم، وأن اختلال السيروتونين يؤدّي إلى اختلال النوم ويظهر في صورة كوابيس ووجود اضطراب في إيقاع النوم واليقظة (هاني،2023، ص921).

3.4. الأسباب النّفسية والاجتماعية:

تتمثّل في الاضطراب الانفعالي، والتوتر وعدم الاستقرار، والقصص المخيفة (وخاصة عن العفاريت)، والتخويف وكثرة الهموم، والاكتئاب، وعدم الشعور بالأمن، والخوف، كما في حالات الخوف من الظلام، ومشكلات الحياة والهروب منها إلى النوم، وعدم إشباع الحاجات، وانشغال الوالدين عن الأطفال نهارا

أكثر من اللازم كما في حالة المرأة العاملة.

وتتمثّل أيضا في اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم ومتطلباته وإجبار الطّفل لينام في وقت محدّد حسب ظروف حياتهم، والنوم مدة أقل أو أكثر من اللازم، واستعمال النوم أو التنويم كتهديد أو عقاب، وأساليب المعاملة السيئة، والعوامل الاجتماعية، مثل ضيق المسكن ونوم الأطفال مع الوالدين في نفس الغرفة (صالح،2014، ص552).

5. علاج اضطرابات النوم:

1.5. العلاج النّفسي: يتمثّل العلاج النّفسي في إزالة الأسباب الانفعالية والتقليل من الارتباطات الشرْطية مع النوم التي لا ينام الطّفل إلا بها، وإبعاد الطّفل عن التوتّر والقلق والخوف.

2.5. العلاج البيئي: يتمثّل في تغيير الظروف والضغوط البيئية المسبّبة لاضطراب النوم في الأسرة والمدرسة، وعدم نوم الطّفل مع الوالدين في نفس الغرفة، مع وجود الأم بجوار الطّفل عندما يأوي إلى الفراش، وعدم إجبار الطّفل على النوم (صالح،2014، ص553-554).

خلاصة:

تُعتبر اضطرابات النوم من المتغيّرات الهامّة لصحة الإنسان، خاصّة بالنسبة للأطفال، حيث تساهم في تكوين صحتهم الجسدية وتؤثّر بشكل مباشر على نموهم ومهاراتهم، كما أنّ اضطراب النوم قد يكون عامل خطر في العديد من مشاكل الصّحة النّفسية لدى الأطفال، وتحسين النوم المضطرب قد يكون عاملاً وقائياً من المشاكل التي يتعرّض لها الأطفال.

المحور الثالث

الاضطرابات البنيوية عند الطفل والمراهق

المحاضرة التّاسعة

المخاوف عند الأطفال والمراهقين

Fears in children and adolescents

تمهيد.

1. مفهوم المخاوف المَرَضِية.

2. أنواع المخاوف المَرَضِية.

3. عوامل الخطورة في ظهور المخاوف المَرَضِية عند الأطفال والمراهقين.

4. علاج المخاوف المَرَضِية.

تمهيد:

يُعتبر الخوف من المظاهر الطبيعية لدى جميع الأطفال، وهو من الأمور المستحبة إنْ كان ضمن الحدود الطبيعية، إذ إنّه وسيلة لحماية الطّفل من الأخطار التي تهدده، علاوة على ذلك فإنّ مشكلة الخوف لدى الأطفال والمراهقين ترتبط بالعديد من العوامل، حيث تحتاج إلى يقظة وحسن تعامل من طرف الأولياء، فالخوف من الأشباح مثلاً قد يوجد لدى الكثير من الأطفال، وقد يكون السبب أن هناك علاقة وثيقة بين مخاوف الوالدين ومخاوف الأطفال، لأن الطّفل يتعلم الخوف مما يخافه الكبار في أسرته، فهو يبدي استعداداً قوياً لالتقاط مخاوف والديه، ويبدو هذا واضحاً في مخاوف معيّنة، مثل الخوف من الظلام والعفاريت والعواصف الرعدية؛ ولهذا فإنّ معظم المخاوف مكتسبة، فالطّفل يتعلم ذلك الخوف ويكتسبه في المنزل من أسرته، إلا أن هناك مخاوف غريزية من الأصوات المفاجئة والمرتفعة وفقدان التوازن والحركة المفاجئة، وفقدان السند كالأم وغيرها، كما أن الأطفال يشعرون بالرعب أو الخوف من عدد كبير من الأشياء أو المواقف، وعندما يستمر الخوف غير المنطقي لفترة طويلة ويصبح مؤثّراً على أنشطة الطّفل يصير خوفاً مَرَضياً، وهو يُعدُّ مشكلة نفسية للطّفل ووالديه.

تهدف هذه المحاضرة إلى استعراض المخاوف المَرَضِية لدى الأطفال والمراهقين، مع التركيز على أنواعها، وكيفية تشخيصها وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM)، بالإضافة إلى عوامل الخطورة المرتبطة بظهور هذه المخاوف وعلاجاتها النّفسية للتعامل مع هذه المخاوف.

1. *مفهوم المخاوف المَرَضِية:*

المخاوف المَرَضِية هي خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معيّن لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخطر. وعلى الرغم من إدراك الشخص لعدم معقوليته أو منطقيته إلا أن هذا الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه (الريدي،2018، ص181).

يُعدُّ الخوف بصفة عامّة مثل أي سلوك آخر ينمو من خلال ثلاثة أنواع من الظواهر، هي: الفطرة، ثمّ الاعتماد على النضج، فالتطوّر من خلال التعلم الفردي والخبرة الاجتماعية؛ وهذه الأنواع الثلاثة قد أسهمت بصفة خاصّة في تنوع الاستجابات، وذلك طبقاً لدرجة تطوّر قشرة المخ (المدهون،2015، ص233).

ويمكن تعريف المخاوف العامّة بأنها أحد الاضطرابات العصابية، وهي خوف شاذ من موضوع ما نتيجة رؤيته أو حتّى تصوره والاحتكاك به، ويستجيب الفرد له أما بالهرب أو التجمد (السكون)؛ وهي مخاوف قد لا يجد الفرد سببا ومبررا كافيا لها، وتصاحبها مجموعة من التغيّرات الداخلية، مثل: الفيزيولوجية والكيميائية، أو الخارجية المشاهَدَة من تعبيرات الوجه، ولا يرتد الفرد إلى حالته الطبيعية إلاّ بعد تجنّبه للمثير المسبّب للخوف (الموسوي،2015، ص12).

"خوف مرضي دائم من شيء غير مخيف بطبيعته ولا يتناسب مع التهديد الفعلي الذي يستشعره الآخرون ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطها، وتؤدي بالطفل الذي يعاني منها إلي تجنب وتعميم المواقف المخيفة، ومنها المخاوف الاجتماعية، والخوف من الأماكن، والخوف من الغرباء أو الخوف من التواجد بمفرده، والخوف من الأماكن المرتفعة والمغلقة، والخوف من الحيوانات والظلام" (مصطفى،2025، ص764).

وتُعبّر المخاوف المَرَضِية عن الاستجابة الأولى للأطفال، مما جعل علماء النّفس يعتقدون أن العصاب عند الأفراد هو المخاوف المَرَضِية، بالإضافة إلى أن المخاوف تمثل نقطة البداية في كثير من الحالات العصابية والذهانية (المدهون،2015، ص233).

وبالتالي نجد أن المخاوف المَرَضِية أو الفوبيا هي خوف مرَضي دائم من موقف أو موضوع غير مخيف بطبيعته ولا يمكن ضبطه أو التخلّص منه أو السيطرة عليه.

إنّ الفوبيا خوف لا عقلاني ولا يستند إلى أساس واقعي، أو هي خوف غير متناسب مع التهديد الفعلي الذي يستشعره الآخرون.

إنّ الفوبيا تؤدّي بالفرد الذي يعاني منها إلى تجنّب المواقف المخيفة.

تتميّز مخاوف الطفل بالتغيّر وعدم الثبات وفقا للمرحلة العمرية التي يمرّ بها، وتختلف هذه المخاوف، سواء من حيث العدد أو النوع حسب عمر الطّفل، ففي مرحلة الطفولة المبكّرة تكون معظم المخاوف لديه ناتجة عن المنبهات الخارجية في البيئة، مثل الأصوات العالية والمفاجئة، أو الأشخاص الغرباء الذين لم يألف وجوههم، أو شعوره بفقدان شخص يألفه كغياب الأم أو المربية. أما في عمر السنتين إلى خمس سنوات، فتبدأ مخاوف جديدة بالتشكل لدى الطّفل، وترتبط هذه المخاوف بالنمو العقلي لدى الطّفل، حيث تنمو ملَكة الخيال عنده، وتتنوّع نتيجة لذلك أنواع كثيرة من المخاوف لديه، مثل الخوف من القصص والأساطير والأفلام المرعبة، والخوف من الأشباح والجنّ والقصص التي تدور حولهم. كما يبرز لدى الأطفال في هذه المرحلة الخوف من الظلام، لأنهم يربطونه برؤية الأشباح. وفي سنّ السّادسة، وهو العمر الذي يلتحق فيه الطّفل بالمدرسة تبرز لديه مخاوف جديدة، وأبرزها الخوف من الانفصال، حيث يقضي الطّفل ساعات طويلة من يومه في المدرسة بعيدا عن والديه. كما تبرز لديه المخاوف المدرسية مثل الخوف من الفشل، أو الانتقاد، أو الخوف من المعلمة. ومع نهاية مرحلة الطفولة يظهر نوع آخر من

المخاوف هو المخاوف الاجتماعية، حيث يبدأ الطّفل بالحديث الذاتي والذي يقيّم من خلاله آراء الآخرين حول ذاته، كما يبدأ بتجنّب المواقف والمناسبات الاجتماعية التي تضطره إلى المشاركة والحديث عن قرب مع الآخرين (البريدية،2022، ص124-125).

وبشكل عام، يمكن التمييز بين ما إذا كان هذا الخوف متعلقا بخصائص النمو، أو كان خوفا مَرَضيا يتطلب تدخلا علاجيا، من خلال مقارنة مخاوف الطّفل بأقرانه؛ فالطّفل في الثالثة والرابعة من عمره قد يخاف من الظلام ويبدو هذا أمرا مألوفا بالنسبة للمرحلة التي يمر بها، أما إذا كان الطّفل في الثامنة أو التّاسعة من عمره يخاف من الظلام بحيث يرفض البقاء مع نوبات من الغضب والبكاء في غرفته أثناء الليل فذلك يتطلب تدخلا لمعرفة الأسباب وراء شدّة الخوف وبقائه لديه. فالخوف الطبيعي المعقول مفيد لسلامة الفرد أيّاً كان سِنَّه، أما الخوف المبالَغ فيه فإنّه يضرّ بشخصية الفرد وسلوكه.

2. *أنواع المخاوف المَرَضِية:*

1.2. *الفوبيا من الأماكن الواسعة أو العامّة Agoraphobia:*

وهو الخوف غير المحدد من وجود الفرد في أوضاع أو أماكن يكون الخروج أو الهروب منها صعبًا، أو يكون طلب المساعدة صعبًا في حالة حدوث حالة ذعر أو قلق، مثل أن يكون الفرد وحده أو يكون في حشد. ويظهر اضطراب الخوف من الأماكن الواسعة عادة خلال مرحلة النضج المبكّر(الحسن،2008، ص20).

وقد حدّد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-V) معايير تشخيص الفوبيا من الأماكن الواسعة، وهو ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول (14): معايير التشخيص لاضطراب فوبيا الأماكن الواسعة أو العامّة Agoraphobia

DSM-V (2013)	
A	يجب توافر اثنين (أو أكثر) من الأعراض والملامح المرَضية الخمسة الآتية: 1. يجب أن يظهر الذعر ونوبات الهلع عند استخدام وسائل النقل العامّة (على سبيل المثال: السيارات، والحافلات، والقطارات، والسفن، والطائرات). 2. عند الوجود في المساحات المفتوحة (على سبيل المثال: مواقف السيارات، والأسواق والجسور). 3. الوجود في الأماكن المغلقة (على سبيل المثال: المحلات التجارية، والمسارح، ودور السينما). 4. الوجود في أحد الطوابير أو مع حشد من الناس. 5. الوجود خارج المنزل بمفرده.
B	يخاف الشخص من هذه المواقف أو يتجنّبها لأنه يعتقد أنه قد يكون من الصعب الهروب منها أو الحصول على المساعدة إذا ظهرت عليه أعراض الهلع أو أعراض أخرى معوقة أو محرجة (على سبيل المثال، الخوف من التعامل مع كبار السن، والخوف من الإصابة بسلس البول).
C	إن المواقف التي تثير الخوف من الأماكن المفتوحة تسبّب دائماً الخوف أو القلق.
D	يتم تجنّب المواقف التي تثير الخوف في الأماكن المفتوحة بشكل نشط، أو تتطلّب وجود رفيق، أو يتم التعامل معها بخوف شديد أو قلق.
E	الخوف أو القلق غير متناسب مع الخطر الفعلي المرتبط بالمواقف التي تثير الخوف من الأماكن المفتوحة، مع الأخذ في الاعتبار السياق الاجتماعي والثقافي.
F	يعتبر الخوف أو القلق أو التجنّب مستمراً، ويستمر عادةً لمدة 6 أشهر أو أكثر.
G	يُسبّب الخوف أو القلق أو التجنّب ضائقة أو ضعفاً كبيراً سريرياً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من أداء المهام.
H	إذا كانت هناك حالة طبية أخرى (مثل مرض التهاب الأمعاء، أو مرض باركنسون)، فإن الخوف أو القلق أو التجنّب يكون مفرطاً بشكل واضح.

ا	لا يمكن تفسير الخوف أو القلق أو التجنّب بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر؛ على سبيل المثال، لا تقتصر الأعراض على رهاب موقف محدّد، ولا تظهر فقط في المواقف الاجتماعية (كما هو الحال في الرهاب الاجتماعي)، ولا ترتبط حصرياً بالهواجس (كما هو الحال في اضطراب الوسواس القهري)، وإدراك العيوب أو النواقص في المظهر الجسدي (كما هو الحال في اضطراب تشوّه الجسم)، والذكريات المؤلمة (كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة)، أو الخوف من الانفصال (كما هو الحال في قلق الانفصال).

(American Psychiatric Association (APA, 2013)

أما عن العلاقة بين الخوف الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة والتمييز بينهما قد يكون صعبًا، خاصة لما يكون هناك تجنب للمواقف الاجتماعية فقط، فعلى سبيل المثال فإن المصابين بالخوف من الأماكن الواسعة، والمصابين بالرهاب الاجتماعي قد يتجنبون معًا المواقف المزدحمة كمراكز التسوق الكبير، والحفلات المزدحمة. وفي السياق نفسه نجد أن المصابين بالمخاوف الاجتماعية يصبحون قلقين من احتمال أن يحكم الآخرون عليهم بشكل سلبي، أما المصابون باضطراب الخوف من الأماكن الواسعة أو العّامة، فإن قلقهم غالبا ما يكون ناتجًا عن الخوف من حدوث نوبات هلع (الحسن،2008، ص21).

2.2. *الرهاب الاجتماعي Social Phobia:*

وفقا لمورين- سيموني وآخرين (1993) Mouren-Siméoni et al: يتراوح ظهور اضطراب الرهاب الاجتماعي بين الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة. إنه الخوف من أن يبدو الشخص سخيفاً، أو أن يسخر منه الأطفال الآخرون، أو أن لا يكون قادراً على القيام بذلك. الأطفال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم سلوكيات مثبطة، ويشعرون بالحرج أمام الآخرين، سواء في المدرسة أو في الأماكن العامّة. إنهم يتجنّبون التواصل البصري، ويخافون من التحدث إلى الآخرين، ولديهم عدد قليل من الأصدقاء ويواجهون صعوبة في تأكيد الذات أثناء التواصل مع الآخرين، والدفاع عن أنفسهم Tible, (2008, p45).

إنّ الفوبيا الاجتماعية أو ما يُعرف بالرهاب الاجتماعي هو اضطراب نفسي يتمثّل في القلق الشديد عند التعرّض لمواقف اجتماعية تتضمّن أشخاصا ويشعر فيها الفرد أنه مُراقَب وقابل للنقد، وخاصّة عند التحدث أمام جمع أو الدخول إلى أماكن عامّة مثل المطاعم، أو قاعات أندية واجتماعات، وحتى الوقوف في الصف للإجابة عن سؤال، وتبدأ عادة في فترة الطفولة المتأخرة. ويُعدُّ الرهاب الاجتماعي من المشكلات الطبية النّفسية المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، وبخاصّة الذين يعانون من القلق الشديد والاضطرابات المزاجية (Mancini, 2005).

يشير الرهاب الاجتماعي إلى شعور الفرد بأنه محط أنظار الآخرين عند قيامه بأي عمل، والخوف من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والتحدث معهم. ويمكن تعريفه أيضا بأنه الخوف والقلق الشديد من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتجنّب للمواقف الاجتماعية والاتجاه نحو العزلة (مونس،2023، ص698).

وفي التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية والسلوكية الصادر عن منظمة الصّحة العالمية عُرِّفت المخاوف الاجتماعية بأنها "الخوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لتصرّفات الفرد من مثل الأكل أو التحدث أمام الآخرين، مما يؤدّي إلى تجنّب المواقف الاجتماعية". خوف أو انزعاج ملحوظ من التعرض للتفحص الاجتماعي أو الحملقة وإطالة النظر إلى الفرد، والتعرض إلى مسبّبات القلق الذي يؤدّي إلى التقييم السلبي وتجنّب المواقف المزعجة أو تحمّلها بقلق شديد، على أن تستمر الأعراض لمدة ستّة شهور على الأقل (الموسوي،2015، ص14).

في حين تعرّف منظمة الصّحة العالمية (OMS) الرهاب الاجتماعي بأنه اضطراب يبدأ غالباً في مرحلة المراهقة، ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين، ويؤدي إلى تجنّب المواقف الاجتماعية، ويبدو الرهاب

الاجتماعي في أعراض نفسية أو سلوكية أو فسيولوجية، تظهر في مواقف اجتماعية معيّنة (حمودة، 2022، ص265-266).

وقد حدّد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM- V) معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي، وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول (15): معايير التشخيص لاضطراب الرهاب الاجتماعي

DSM-V (2013)	
A	يجب أن يكون هناك ما يدل على وجود القدرة لدى الطّفل على إقامة علاقات اجتماعية مع من يعرفهم، مُناسِبة لمرحلته العمرية، وأن يحدث القلق الاجتماعي في المواقف التي تجمعه بأقرانه وليس فقط من خلال التفاعلات مع الراشدين.
B	التعرّض للموقف الاجتماعي المرهوب يثير القلق بصفة دائمة تقريبا، وقد يأخذ هذا القلق شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو متوقفة عليه. قد يعبر الأطفال عن الخوف أو القلق بالصراخ والرجفة والتجمد، وبالبكاء، أو بنوبات الغضب، أو الانكماش والانسحاب من المواقف الاجتماعية التي تجمع الطّفل مع الناس الغرباء.
C	يدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول. بالنسبة للطّفل قد لا يتوفّر على هذا الشرط.
D	يتجنّب الشخص المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء المرهوبة، وإلا فهو يتحمّلها على مضض.
F	يؤدّي التجنّب أو التوقع القلق أو الكرب في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء إلى إعاقة ملحوظة للوتيرة الحياتية الطبيعية للفرد، أو لأدائه المهني أو (الدراسي)، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو يعاني الفرد ضيقا شديدا لوجود هذا الخوف فيه.
G	بالنسبة للأفراد تحت سنّ الثامنة عشر، يجب ألا تقل مدة الاضطراب عن ستة أشهر.

H	ليس الخوف أو التجنّب ناتجا عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار إدماني، تناول دواء) أو لمرض جسمي عام، ولا يمكن تعليله أفضل بوصفه اضطرابا نفسيا آخر (مثل: اضطراب الهلع المصاحب أو غير المصاحب بأجورافوبيا (Agoraphobia)، أو اضطراب تشوّه شكل الجسم، أو اضطراب طيف التوحّد، أو اضطراب الشخصية الفصامية.
I	تُشخّص الحالة على أنها خوف اجتماعي في حالة عدم وجود اضطراب عضوي (كالارتعاش، أو السمنة، أو التشوه الثانوي الناتج عن حرق أو إصابة)، أما إذا وُجدت مثل هذه الاضطرابات فلا تشخّص الحالة على أنها خوف اجتماعي.

American Psychiatric Association (APA, 2013)

يتكوّن الرهاب الاجتماعي من نوعين فرعيين، يسمى النوع الأول الرهاب الاجتماعي المعمّم (social phobia – generalised) وهو الأكثر ضرراً، ويتكوّن من مخاوف مثيرة ومتنوعة، ويتضمّن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية التجنّبية (avoidant personality disorder)، وله نتائج مستقبلية سيئة. أما النوع الثاني فيسمى الرهاب الاجتماعي غير المعمّم (Non-generalised social phobia) ويتضمّن هذا النوع تجنّباً لعدد محدود من المواقف أو التفاعلات (مثل الخوف من التحدث أمام مجموعة من الناس)، يعتبر هذا النوع من الرهاب الاجتماعي أقل تأثيرًا من الرهاب الاجتماعي المعمّم، وأسهل في العلاج (Veale, 2003).

1.2.2. *مكونات الرهاب الاجتماعي:*

يظهر الرهاب الاجتماعي لدى كافة الأفراد، وينعكس على الجوانب المعرفية والنّفسية والسلوكية والفسيولوجية. وبالتالي فإن الرهاب الاجتماعي يتضمّن أربعة مكونات، وهي على النحو التالي:

- **المكوّن المعرفي:** يكمن هذا البعد في اعتقاد الفرد أنه محط أنظار الآخرين، ومحط انتقاداتهم، وينشأ الرهاب الاجتماعي عندما يقيّم الفرد نفسه سلبياً ويتوقّع أي يكون تقييم الآخرين اتجاهه سلبياً، والانشغال بما يعتقده الفرد عن أفكار الآخرين اتجاهه.
- **المكوّن النّفسي:** حيث يشعر المصاب بالرهاب الاجتماعي بالتوتر المستمر في معظم المواقف الاجتماعية التي يشارك فيها، ويفقد الشعور بالأمان، ويتأثر كثيراً بآراء الآخرين، ويندم كثيراً إذا تعرّف بأصدقاء جدد، ويميل للوحدة والانعزال.
- **المكوّن السلوكي:** يظهر الرهاب الاجتماعي في مظاهر سلوكية متعددة، أهمها محاولة الفرد تجنّب المواقف الاجتماعية، والهرب منها، كالابتعاد عن الحفلات العامّة والتقليل من العلاقات والصلات الاجتماعية، وعدم حضور المناسبات الاجتماعية.

المكون الفسيولوجي: ويظهر من خلال معاناة الفرد **من** أعراض جسدية مرتبطة بمواقف اجتماعية مؤثّرة، ويرى بأنها مزعجة من حيث توقع التقييم السلبي من الآخرين فينعكس ذلك أعراضاً جسدية، كالتعرق واحمرار الوجه، والارتجاف، والشعور بالغثيان والأرق وغيرها... (مونس،2023، ص692-693).

3.2. *فوبيا المدرسة School Phobia:*

إنّ المخاوف الشائعة بين الأطفال في سنّ المدرسة تتمركز أساساً حول الخوف من الانفصال عن الأسرة والخوف من المدرسة أو من المطالب والتوقعات الكبيرة المرتبطة بها، حيث إن فوبيا المدرسة ترتبط بدرجة كبيرة بخوف الطّفل من المدرسة نفسها.

تعرّف هيبة وآخرون (2022) رهاب المدرسة بأنه الرفض الشديد من جانب الطّفل للذهاب إلى المدرسة، نتيجة لعدة أسباب جسمية ومعرفية ووجدانية واجتماعية، وتظهر لدى الطّفل اضطرابات انفعالية حادّة تكون في صورة أعراض مرضية وشكاوى جسدية تظهر في الصباح عند وقت الذهاب إلى المدرسة

وتختفي عندما يبقى الطّفل في المنزل، مما ينتج عنه انقطاع كلي أو جزئي عن المدرسة (هيبة وآخرون، 2022، ص98-102).

ويُعرّف Ajuriaguerra رهاب المدرسة: "الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة لأسباب غير منطقية ويقاومون بقلق شديد أو بالهلع عندما يحاول شخص ما إجبارهم على القيام بذلك" (Doucet, 2011, p6).

ولهذا يستخدم مصطلح رهاب المدرسة للإشارة إلى تعريف الأطفال والمراهقين الذين يواجهون صعوبة في الذهاب إلى المدرسة لأنهم خائفون من البيئة المدرسية. ويؤدي هذا إلى آلام في المعدة، أو شكاوى أخرى تتعلق بمظاهر الخوف الجسدية. نتحدّث عن "رهاب المدرسة" عندما يكون هذا الخوف شديداً لدرجة أنه يسبّب آثاراً سلبية على التعلم وعلى الوقت الذي يقضيه الطّفل في الفصل مع الغياب المتكرّر.

السمة المميزة لاضطراب الخوف المَرَضِي من المدرسة (رهاب المدرسة) هي التردد وعدم الرغبة ورفض الذهاب للمدرسة، حيث تظهر على الطّفل بعض الأعراض الجسمية كالتقيؤ العصبي، وألم الرأس والمعدة، والإسهال؛ وقد يبكي الطّفل ويتوسل لوالديه حتّى لا يذهب إليها.

وينتشر هذا الاضطراب بشكل ملحوظ بالمراحل الدراسية الأولى، ويتمثّل في الخوف الشديد من الذهاب للمدرسة أو حتّى ذكر اسمها، فيحتال الطّفل ويختلق الأعذار لعدم الذهاب أو قد يرفض بصراحة وبإصرار، وغالباً لا يكون السبب في المدرسة بل في وجود تلاميذ يخشى عدوانهم أو سخريتهم أو مدرّسين يهددونه بالعقاب، وأحيانا يكون السبب في المنزل الذي تتوافر فيه الحماية الزائدة والتدليل المفرط، فيتمسك الطّفل بالبقاء في المنزل رافضاً للمدرسة التي لا تتوفّر بها هذه المعاملة (العطية،2008، ص52).

3. عوامل الخطورة في ظهور الخوف المَرَضِي عند الأطفال والمراهقين:

1.3. التعرض لخبرات الإساءة:

حيث إنّ تعرّض الطّفل لخبرات الإساءة الجسمية (كالضرب والكي، والكسر) والنّفسية (كالإهمال والسخرية والمقارنات غير المستحبة، والتفريق في المعاملة) والجنسية (كالتعرض للاعتداءات الجنسية) تؤدّي إلى خوف الطّفل من الآخرين ومن المستقبل (مخيمر ومحمد علي،2006، ص152).

2.3. التربية الخاطئة والتعلم الخاطئ في الأسرة والمدرسة:

وقد تنشأ مخاوف الأطفال المَرَضِية من التربية الخاطئة والتعلم الخاطئ في الأسرة والمدرسة، حيث إنّ النقد الزائد للأطفال قد يؤدّي إلى تطوير شعور بالخوف لديهم، بحيث يشعرون أنهم غير قادرين على القيام بسلوك صحيح، ويبدو هؤلاء الأطفال كأنهم يتوقعون النقد دائما، مما يؤدّي إلى أن يفقد الطّفل ثقته بنفسه ويظهر عليه الجبن والخنوع (العين،2015، ص41).

3.3. الصراعات الأسرية:

إن الجو المتوتر في البيت الذي تشوبه الصراعات المستمرة بين الوالدين، أو بين الإخوة، وبين الآباء والأبناء، يؤدّي إلى شعور بعدم الأمن. والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع المخاوف، وتتطوّر هذه المشاعر وتتفاقم عند الطّفل لتصبح على شكل مرَضي.

4.3. التعلّم بالملاحظة:

لقد افترض باندورا Bandura أن أكثر أشكال السلوك متعلّمة عن طريق الخبرة المباشرة وملاحظة آخرين يسلكون هذا السلوك. ومن هذا المنظور يبدو أن الخوف المَرَضِي متعلّم بنفس الطريقة التي يتشكل

فيها بالإشراط الكلاسيكي. ومن المنطقي أن الطّفل الذي يلاحظ والديه أو آخرين في الأسرة يظهرون مخاوف معينة أو يتجنّبون الاستجابة لمثيرات معينة، سيخاف هذه المثيرات والمواقف عن طريق التعلم المتبادل (عبد الله،2009، ص227).

وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر التفسيرية وكثرة الشروح لأسباب المخاوف، فإننا نميل إلى تفسير تكاملي لا نغضّ الطرف فيه عن التفاعل بين استعداد الفرد والخبرات التي مرّ بها ومدى تعرّضه لمثيرات الخوف وإدراكه لها وبين أساليب التنشئة الاجتماعية والتراث الثقافي والحضاري للمجتمع الذي يعيش فيه.

4. علاج المخاوف المَرَضِية:

يختلف نوع العلاج باختلاف أسباب الخوف وأنواعه، ولكن تبقى بعض الإرشادات العلاجية العامّة التي تصلح لمعظم حالات الخوف:

1.4. العلاج بالاستبصار:

وهو نوع من العلاج يقوم على الكشف عن صراعات الطّفل وتبصيره ومساعدته على حلّها وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والديه وإخوته وأصدقائه ومدرّسيه؛ بالإضافة إلى ذلك لابد من تبصير الوالدين والمدرّسين وكل من له علاقة بمخاوف الطّفل بضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف، إذ إنّ علاج المخاوف المَرَضِية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطّفل إلى حد كبير.

2.4.العلاج السلوكي:

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك، ويتم ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك وكذلك تعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب، ويحدث

ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف عند الطّفل الذي يعاني من المخاوف المَرَضِية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلّم الخوف منها؛ وأهم طرق العلاج السلوكي المتّبعة في علاج المخاوف المَرَضِية ما يلي:

1.2.4. خفض الحساسية المنتظم Systematic Desensitization للإحساس بالخوف:

تهدف هذه الطريقة إلى مساعدة الطّفل الذي يعاني من المخاوف المَرَضِية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطّفل تدريجيا من الأشياء التي يخافها، سواء كان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التخيّل (الزعبي،2013، ص66).

2.2.4. ملاحظة النماذج:

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية، فالطّفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الأفراد غير الخائفين في المواقف المخيفة، فالملاحظة تقنع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه.

3.2.4. الاسترخاء:

إن استرخاء عضلات الطّفل الخَّواف يعارض ظهور الشعور بالخوف عنده (إشراط مضاد). حيث إنّ الاسترخاء يساعد الطّفل على التركيز الإيجابي، فالخوف من الظلام مثلا يمكن أن يضاد عن طريق الاسترخاء التام.

خلاصة:

اعتُبرت اضطرابات المخاوف المَرَضِية شائعة عند الأطفال والمراهقين. وغالباً ما تكون عواقب هذه الاضطرابات سلبية للغاية على الجانب الاجتماعي للأطفال والمراهقين المتأثرين بها، مع وجود خطر كبير للإصابة بها في مرحلة الرشد. هذه الاضطرابات التي كانت غير معروفة منذ فترة طويلة لدى الأطفال، أصبحت الآن معروفة بشكل أفضل وتقابلها استراتيجيات علاجية أكثر تحديداً، مع فعالية قوية للعلاج السلوكي المعرفي، وهو العلاج من الخطّ الأول.

المحاضرة العاشرة

الوسواس عند الأطفال والمراهقين

Obsessive–Compulsive Disorder in Children and Adolescents

تمهيد.

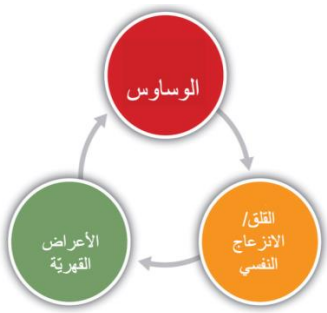
1. مفهوم اضطراب الوسواس القهري.

2. أعراض الوسواس القهري عند الطّفل والمراهق.

3. أسباب اضطراب الوسواس القهري.

4. علاج اضطراب الوسواس القهري.

خلاصة.



تمهيد:

يُعدُّ اضطراب الوسواس القهري اضطراباً شائعاً من الاضطرابات النّفسية لدى الأطفال، يصيب نسبة تقارب (3%). يُعرف هذا الاضطراب بأنه وجود أفكار وسواسية تجعل الفرد يعمل جاهدا من أجل الحدّ من الشعور بالقلق أو الضيق، فنجده يتعامل مع هذا القلق من خلال أداء طقوس متكرّرة معيقة، وتسبّب خللاً في الأداء الأكاديمي والاجتماعي (Vera, 2009).

وبهذا نجد أن اضطراب الوسواس القهري يتكوّن من مكوّنين: الوساوس وهي عبارة عن أفكار أو اندفاعات أو خيالات تقتحم الشعور بشكل مستمر، تصعب مقاومتها، وأفعال قهرية نمطية طقوسية.

1. *مفهوم اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder:*

إنّ اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات العصابية الأكثر شيوعا، حيث يعاني واحد من كلّ أربعين من البالغين، وطفل واحد من بين (200) طفل من هذا الاضطراب في أي مرحلة من مراحل حياتهم، ويتميّز هذا الاضطراب بأفكار متكرّرة مزعجة (وساوس) وأفعال متكرّرة تأخذ شكل الطقوس، ويكون الشخص مجبراً على الإتيان بها (أفعال القهرية)، ويكون مدركاً تماماً أنّ هذه الأفكار والأفعال غير منطقية وغير صحيحة وتافهة ولا معنى لها ولكنه لا يستطيع السيطرة عليها والتحكّم فيها (سالم،2008، ص15).

والوسواس القهري عند الطّفل أكثر ظهوراً في عمر (8–10) سنوات وما فوق، وأكثر تأثيراً في الفرد في مرحلة البلوغ والمراهقة (الزعبي،2013، ص68).

إنّ المظاهر السريرية لاضطراب الوسواس القهري عند الأطفال تشبه بشكل عام تلك الموجودة عند الراشدين. في الأطفال والمراهقين، غالباً ما تكون الوساوس والأفعال القهرية متعدّدة وقد يتغيّر محتواها. بعض الطقوس التي تظهر أثناء النمو ليس لها قيمة مرَضية (على سبيل المثال، طقوس وقت النوم)، ولا ينبغي الخلط بينها وبين اضطراب الوسواس القهري.

في كثير من الأحيان، لا يكون لدى الأطفال والمراهقين وعيٌ كافٍ باضطرابهم. اعتماداً على العمر، قد يكون التعبير اللفظي عن أعراض الوسواس القهري أمراً صعباً، وقد تتجلّى مقاطعة الأفعال القهرية من خلال اضطرابات سلوكية (نوبات الغضب، العدوان، العصبية).

2. أعراض الوسواس القهري عند الأطفال:

تتضمّن الأفكار الوسواسية عند الأطفال والمراهقين ما يلي: الاهتمام الزائد بالقذارة، التنظيم والترتيب، الشكوك الدينية، الانشغال الزائد بالأرقام، أفكار جنسية شاذة أو محرّمة، الخوف من قول أشياء لا يجب قولها؛ بينما تشمل الأفعال القهرية ما يلي: غسل الأيدي أو أي شيء آخر بشكل مبالغ فيه، تكرار طقوس معينة كالدخول أو الخروج من الباب، التحقق المتكرّر من غلق الباب، طقوس معينة للتخلّص من الملوثات، الترتيب أو التنظيم الصارم، العد، التنظيف الزائد عن الحد للأدوات التي يستخدمها، وغيرها من الطقوس (درويش،2021، ص377).

ولخّص أبو هندي (2003) بعد مراجعته عدداً من الدراسات السابقة الجوانب المميزة لكل من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأطفال، والجدول (16) يبيّن ذلك:

جدول (16): الجوانب المميزة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأطفال

م	الأفكار الوسواسية
1	الاهتمام الزائد بالقذارة أو الجراثيم أو ملوثات البيئة.
2	الخوف من حدث مرعب كالحرائق أو الموت أو المرض.
3	التنظيم والترتيب والدقة الصارمة.
4	الشكوك الدينية.
5	الاهتمام الزائد أو الاشمئزاز من مخلفات الجسم، أو إفرازاته المختلفة كالبول أو البراز أو اللعاب.
6	الانشغال الزائد بالأرقام التي تجلب الحظ، والأخرى التي تجلب النحس أيضا.
7	أفكار أو صور أو اندفاعات جنسية شاذة، أو محرمة.
8	الخوف من إيذاء الآخرين أو الذات.
9	الحاجة إلى السؤال المتكرّر، أو الاعتراف المتكرّر.
10	التكرار اللاإرادي لأصوات أو كلمات أو أنغام لا معنى لها، ولكنها تحشر نفسها في وعي الطّفل.
11	الخوف من قول أشياء لا يجب قولها أو أسرار لا يريد الطّفل إفشاءها.

م	الأفعال القهرية
1	غسل الأيدي أو الأسنان أو الوضوء أو الاستحمام بشكل طقسي أو مبالغ فيه.
2	تكرار طقوس معينة كالدخول والخروج من الباب، أو الصعود والهبوط على السلم عددا معينا من المرات.
3	التحقق المتكرّر من غلق الباب أو أنبوب الغاز أو من إتمام الواجب المدرسي.
4	طقوس معينة للتخلّص من الملوثات كالغسل من اليمين إلى اليسار أو من أعلى إلى أسفل.
5	اللمس بطريقة معينة.
6	ممارسة طقوس معينة لمنع الأذى عن النّفس أو عن الآخرين.
7	الترتيب أو التنظيم.
8	العد حتّى رقم معين مثلا.
9	تخزين الأشياء وتجميعها بطريقة طقسية باستثناء الهوايات كجمع الطوابع مثلاً.
10	التنظيف الزائد عن الحد المعقول للأدوات المنزلية أو المدرسية أو قطع الأثاث.
11	الحركة أو الكلام أو الكتابة بشكل معين.

(كاظم وآل سعيد، 2008، ص12).

✓ ***المعايير التشخيصية للوسواس القهري تبعا لـDSM-V:***

منذ إصدار النسخة الأحدث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، تمت إزالة اضطراب الوسواس القهري من فئة اضطرابات القلق وأصبح جزءاً من الفئة الجديدة من اضطرابات

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة. ويندرج أيضاً ضمن هذه الفئة اضطراب الاكتناز القهري، اضطراب قشط الجلد القهري، اضطراب تشوّه صورة الجسم، واضطراب نتف الشعر القهري.

وقد طُرحت حجج مختلفة لتبرير هذا التغيير. يقترح بعض الباحثين أن الاضطرابات في فئة الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة تتميز بعدم القدرة على تأخير أو منع السلوك المتكرّر. وتختلف هذه السلوكيات المتكرّرة في هدفها بين تجنّب العواقب المتوقعة، كما في حالة الشخص الذي يمارس سلوكاً قهرياً، والبحث عن المتعة كما في بعض السلوكيات الخطرة أو الاندفاعية. تتضمّن الاضطرابات المختلفة التي تشكل هذه الفئة التشخيصية الجديدة العديد من العوامل المشتركة، مثل عمر البداية، والاضطرابات المصاحبة بشكل متكرّر، والتأثير على المجال العائلي، فضلاً عن العوامل البيولوجية، مثل النواقل العصبية والدوائر العصبية المعنية. على عكس اضطرابات القلق، يمكن اعتبار القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهري ثانوياً بالنسبة للعواقب المتوقعة. في الواقع بعض الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس القهري لا يشعرون بالقلق بالضرورة إذا لم يؤدّوا طقوسهم القهرية، بل يشعرون بعدم الراحة أو الاشمئزاز أو الشعور بالذنب، وأخيرا قد تساعد الاستجابة الضعيفة للعلاج الدوائي، والعلاجات السلوكية المعرفية المستخدمة في علاج اضطرابات القلق، في التمييز بين اضطراب الوسواس القهري واضطرابات القلق (Dalpé, 2021, p4). والجدول الموالي يبيّن المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس:

جدول (17): معايير التشخيص لاضطراب الوسواس القهري

DSM-V (2013)	
A	ورد اضطراب الوسواس القهري تحت شكلين رئيسيين هما: **أولاً/ الوساوس (Obsessions)**، وهي تتميز بالتالي: 1. الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الذهنية المستمرة والمتكرّرة التي يقوم الشخص بتحديدها كأشياء مقحمة وغير ملائمة وتسبب له قلقاً ظاهراً أو توتراً وكرباً ملحوظاً. 2. يحاول الفرد تجاهل أو إخماد تلك الأفكار أو تلك الاندفاعات أو الصور أو يقوم بمعادلتها بأفكار أو أفعال أخرى. **ثانياً/ الأفعال القهرية (Compulsions)**، وهي تتميز بما يلي: 1. سلوكيات ظاهرة متكرّرة (مثل غسل اليدين، الترتيب)، أو أفعال ذهنية (مثل الصلاة، العد، تكرار الكلمات في صمت)، ويشعر الفرد أنه مدفوع للقيام بها استجابة لوسواس أو اتباعاً لقواعد يتوجب عليه أن يطبقها بحذافيرها. 2. تهدف تلك السلوكيات أو الأفعال إلى منع وقوع الضائقة والتوتر أو تخفيفه، أو منع وقوع موقف أو حدث مخيف، إلا أن تلك السلوكيات أو الأفعال إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصمَّمة لتعطيله، وإما أنها زائدة عن الحد بشكل واضح. **ملاحظة:** قد لا يتمكّن الأطفال الصغار من التعبير عن أغراض هذه السلوكيات أو الأفعال الذهنية.
B	تتسبب الوساوس أو الأفعال القهرية في فقدان كبير للوقت (على سبيل المثال، أخذ أكثر من ساعة واحدة في اليوم) أو ضائقة سريرية كبيرة، وتسبّب ضعفا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة للأداء.
C	لا يمكن إرجاع أعراض الوسواس القهري إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل تعاطي المخدرات أو الأدوية) أو حالة طبية أخرى.

American Psychiatric Association (APA, 2013)

✓ ***كيفية التعرّف على الطّفل المصاب باضطراب الوسواس القهري:***

- دفاتر ملاحظات مشطوب عليها بشدة أو نظيفة ومرتبة بشكل غير طبيعي (تتم إعادة ترتيب الصفحات باستمرار).

- الواجبات المنزلية يتم إنجازها باستخدام قلم الرصاص ليتم مسحها والبدء من جديد.

- الأيدي المتضررة من الغسيل المفرط.

- تأخيرات متكرّرة.

- غير قادر على إكمال الامتحانات في الوقت المحدّد.

- عدم القدرة على تسليم الواجبات المنزلية في الوقت المحدّد.

- طفل مرهق وسريع الانفعال.

- يتميّز الطّفل بالهدوء الزائد (لا ينبغي الخلط بينه وبين التوحّدي أو الانفصامي).

- بطء شديد في قراءة الكتاب (الحاجة إلى فهم كلّ كلمة على سبيل المثال).

- صعوبة استخدام القاموس.

- الذهاب إلى الحمام بشكل متكرّر أو عدم الذهاب على الإطلاق.

- يعمل على تجنّب الرياضة التي تتطلب لمس الأرض والتعرق والسباحة.

- نراه يكرر نفس الأسئلة عدّة مرات ليطمئن.

- نوبات الغضب المفاجئة والعنيفة دون سبب واضح.

- انخفاض هام جداً في النتائج التعليمية دون سبب واضح.

- يستنزف نفسه بالفحص والحذف، فينتج عملاً بطيئاً وغير مكتمل.

- يشعر الطّفل بالخجل من سخافة مخاوفه، فيفعل كلّ ما في وسعه لإخفائها، معتقداً أنه لن يفهمه أحد.

- لا يستطيع إقراض أغراضه خوفا من التلوث (AFTOC, 2024).

3. *أسباب اضطراب الوسواس القهري:*

يُعتبر اضطراب الوسواس القهري أحد الأمراض النّفسية الاجتماعية البيولوجية التي يكون سببها متعدد العوامل. ويمكن توضيح هذه العوامل على النحو التالي:

1.3. *العامل الفسيولوجي الخاص بالجهاز العصبي:*

ينتج اضطراب الوسواس القهري عن خلل كيميائي عصبي في الدماغ، حيث إنّ دائرة الخلايا العصبية تستخدم السيروتونين، وهو ناقل عصبي عبارة عن مادة كيميائية في الدماغ تتمثّل مهمتها في نقل المعلومات من خلية إلى أخرى، وفي هذه الحالة يكون بدرجة غير كافية، بمعنى: يكون هناك نقص في هذه المادة، حيث يساعد هذا الناقل العصبي الكيميائي على التحكّم في الأفكار أو السلوكيات (مثل نظام الفرامل في السيارة). مما يسمح لنا بفهم سبب عدم قدرة الفرد على كبح الأفكار. لقد مكّنت تقنيات التصوير الوظيفي للدماغ من تسليط الضوء على أن مناطق معيّنة من الدماغ تتأثر بشكل خاص باضطراب الوسواس القهري. كما تشير أغلب الدراسات إلى فرضية انتقال وراثي معقّد يشمل العديد من الجينات (AFTOC, 2024).

يشمل النموذج البيولوجي لاضطراب الوسواس القهري عوامل وراثية وعصبية حيوية. وتُظهر الدراسات أن الجينات تلعب دوراً هاماً في تطوّر اضطراب الوسواس القهري، في حين أنّ الخلل الوظيفي في حلقة القشرة المخّية المخطّطية المهادية القشرية (CSTC) يُعدُّ عاملاً عصبياً حيوياً رئيسياً مرتبطاً بأعراض

اضطراب الوسواس القهري (Jordan et al, 2024).

2.3. *نموذج التحليل النّفسي:*

تاريخيًا، يعتبر المفهوم التحليلي النّفسي لعصاب الوسواس القهري أن هذا الاضطراب نتاجٌ للصراع بين أفكار متعارضة؛ إنّه حل وسط بين الرغبة التي لا تطاق والحظر.

يربط فرويد بين اضطراب الوسواس القهري وبين الخبرات الجنسية السيئة، خاصّة في مرحلة الطفولة المبكّرة، ويرجع هذا الاضطراب إلى المرحلة الشرجية (إحدى مراحل النمو الخمس)، حيث تشتد أحكام الوالدين على الطّفل لتدريبه على استخدام المرحاض، وحسب رأي إريكسون يتّصف اضطراب الوسواس القهري في المرحلة الشرجية بالاستقلال الذاتي مقابل الشعور بالخجل والشك في النّفس، مما يساعد على نمو الشخصية الوسواسية القهرية (كاظم وآل سعيد، 2008، ص10).

وقد أجمع المحلّلون النّفسانيون على أن أسلوب التربية الصارمة والملتزمة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقّة والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة، والاستقامة والنظافة والنظام، والسلوك الناهي عن الانحراف، كلّ هذه العوامل تؤدى إلى حدوث حالات الوساوس القهرية.

3.3. *النموذج السلوكي:*

أمّا النماذج السلوكية فقد اهتمت بشكل أساسي بالعوامل المتضمّنة في الحفاظ على الاضطراب من خلال آليتين للتعلم:

- ✓ الاشتراط الكلاسيكي، حيث ترتبط الاستجابة بإشارة، بعد أن ترتبط الأخيرة بمحفز أولي.
- ✓ الاشتراط الإجرائي، الذي يدرس تأثير التعزيز الإيجابي أو السلبي على سلوك الفرد.

وبهذا تعتمد النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري على أن السلوكيات والأفعال القهرية التي يقوم بها ذوو الاضطراب بالوسواس القهري ما هي إلا سلوكيات متعلّمة من البيئة المحيطة، أي أنها مكتسبة وليست فطرية، تمّ اكتسابها من خلال قوانين الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي والتعليم الاجتماعي.

4.3.النموذج المعرفي:

يقترح العلماء المعرفيون نموذجين تفسيريين لاضطراب الوسواس القهري:

- ✓ نموذج ماكفول وفولرشيم Macfall & Wollersheim اللذين ركّزا على الدور الأساسي للمعتقدات (التمثيلات التي يمتلكها الفرد عن بيئته وعواقب هذه الهواجس) في معالجة إشارة الخوف وفي ظهور الأعراض.
- ✓ نموذج سالكوفسكيس salkovskis الذي يقترح وجود فكرة قهرية تطفلية في الأصل. يمكن أن توجد هذه الفكرة في الشخص الطبيعي، ولكنها تستوعب في الشخص المريض تهديداً لأنها تتناقض مع نظام معتقداته، وهذا من شأنه أن يؤدّي بعد ذلك إلى إثارة فكرة آلية واعية محدّدة ومقبولة للشخص.

يمكن التعرّف على هذه الآليات المعرفية في بعض الأحيان عند المراهقين، حيث إنّ التعرّف عليها قد يساعد في إعداد العلاج النّفسي المعرفي أو السلوكي المعرفي (Orejarena & Purper-Ouakil, 2008, p1200).

4. علاج الوسواس القهري:

يُعتبر العلاج بالأدوية والعلاج السلوكي الأكثر فعالية في حالات الوسواس القهري، وعادة ما يكون العلاج في أعلى درجات فاعليته إذا تمّ الدمج بين العلاجين.

1.4. العلاج الكيميائي:

تعتبر الأدوية الأكثر فعالية في علاج حالات الوسواس القهري مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الاختيارية مثل أدوية بروزاك Prozac وكذلك أقراص أنافرانيل Anafranil. وهذه الأدوية الوحيدة التي أثبتت فعالية في علاج اضطراب الوسواس القهري، وعادة ما يتم إضافة أدوية أخرى لتحسين التأثير الطبي وعلاج الأعراض المصاحبة مثل القلق النّفسي. ويتمثّل التأثير الأساسي لهذه الأدوية في زيادة توافر مادة السيروتونين في خلايا المخ، مما يؤدّي إلى تحسن حالة مرضى الوسواس القهري (حجازي،2009، ص193).

2.4. العلاج السلوكي:

من بين الأنواع الأساسية للعلاج السلوكي المستخدم في علاج حالات الوسواس القهري نجد ما يُعرف بالتعرّض ومنع الاستجابة.

فالتحصين التدريجي للأطفال الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري يكون مفيداً حيث يتم تعويد الطّفل على الاسترخاء مع تقليل حساسيته تجاه الأشياء المقلقة، بتعريضه لتلك الأشياء تدريجياً، مبتدئين بأبسط المواقف المقلقة ومنتهين بأعقدها، ويكون ذلك عن طريق الاسترخاء مع تخيل الطّفل للمشهد المثير للقلق، مما يجعله أقل حساسية تجاه أداء الطقوس الوسواسية، ويتمكّن تدريجيا من أن يتصرّف بحريّة. فبعض الأطفال يشعرون بأن عليهم أن يرتبوا الأشياء بدقة وإلا شعروا بالقلق والانزعاج، وعندما يكون هؤلاء الأطفال مسترخين نطلب منهم أن يتخيلوا بأنهم تركوا غرفهم بدون ترتيب، فهم يتصورون أنَّهم غادروا الغرفة ويتعلمون أنّ بوسعهم الشعور بقلق ضعيف دون أن يسيطر عليهم، وفي كلّ يوم يمكن تكرار تصوَّر المشهد نفسه حتّى يتم تخيَّل المشهد دون شعور بالقلق، ثمّ يُطلب منهم ترك الغرفة بدون ترتيب دون أن يكون لديهم أيّ شعور بالقلق (الزعبي،2013، ص73).

خلاصة:

يمكن القول إنّ اضطراب الوسواس القهري لدى الطّفل والمراهق من الاضطرابات النّفسية التي تعكس صعوبة التعامل مع الضغوط التي يواجهها الطّفل بطريقة سليمة وصحية، وبالتالي تظهر على شكل أعراض وسواسية قهرية. إنّ فهم طبيعة هذا الاضطراب يتطلب النظر إلى الجوانب النّفسية والاجتماعية المحيطة بالطّفل، وكذلك إلى العوامل البيولوجية التي لها هي الأخرى دور في نشوء وتطوّر الاضطراب.

كما أن الكشف المبكّر عن الاضطراب والتدخل العلاجي المتكامل الذي يشمل كلّ الجوانب، وخاصّة بيئة الطّفل النّفسية والأسرية، يمكن أن يجعل الطّفل والمراهق يطوّران استراتيجيات فعّالة للتعامل مع تحديات الحياة.

اضطراب الوسواس القهري حالة نفسية مُنهِكة، غالباً ما تظهر في مرحلة مبكرة من الحياة، وتميل إلى التفاقم مع مرور الوقت دون أي تدخل. لذا تُمثل دراسة هذه الحالة لدى الشباب وتطوير علاجات فعّالة لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال مسارات عمل مهمة. لحسن الحظ يُظهر العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة (ERP)، إلى جانب التدخلات الدوائية القائمة على مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRI)، فعالية واضحة في علاج الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري. كما أن للأسرة دور في علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال، من حيث عوامل الضعف (أي استيعاب الأسرة)، والمرونة (أي الدعم والتشجيع على ممارسة العلاج بالعرض، مع الاستجابة الضرورية).

المحاضرة الحادية عشرة

الهستيريا عند الأطفال والمراهقين

HYSTERIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

تمهيد.

1. مفهوم اضطراب الهستيريا.

2. أعراض الهستيريا عند الطّفل والمراهق.

3. الشخصية الهستيرية.

4. أسباب اضطراب الهستيريا.

5. علاج اضطراب الهستيريا.

خلاصة.

تمهيد:

يُعدُّ اضطراب الهستيريا من أكثر الاضطرابات النّفسية التي تظهر عند الأطفال والمراهقين، وبالتالي سوف نتطرّق في هذه المحاضرة إلى مفهوم اضطراب الهستيريا ومظاهرها، وكذا أسباب الهستيريا، ثمّ بعد ذلك نتطرّق إلى أهم العلاجات المطبّقة لاضطراب الهستيريا.

1. *مفهوم اضطراب الهستيريا:*

تسمى الهيستيريا حاليا بالاضطراب التحولي Conversion Disorders، وهي مرض نفسي عصابي hysterical neurosis، وقد أطلق على هذا الاضطراب أيضا الهستيريا التحولية، حيث تتحوّل فيه الانفعالات المزمنة والصراعات إلى أعراض جسمانية، دون وجود مرض عضوي، وتظهر الأعراض الجسمانية بصورة تماثل الاضطرابات العصبية، على شكل خلل في الإحساس والحركة، ويحدث ذلك دون إرادة أو شعور بالنسبة للمصابين بهذا الاضطراب، حيث يتم تحويل الاضطرابات النّفسية إلى أعراض جسمية بسبب عوامل ذهنية، ويكون الغرض وراء الحيلة الدفاعية هو الهروب من الصراع النّفسي أو من القلق، أو موقف مؤلم، دون إدراك الدافع وراء ذلك. وعدم إدراك الدافع هو الذي يميّز مريض الهستيريا عن المتمارض (عوض،2015، ص73–74).

ظهر مفهوم الهستيريا في العصر الحديث على يد شاركو Charcot الفرنسي ، وهو أول من درس الحالات العصابية النّفسية، ومنها اضطراب الهستيريا، أما فرويد فقد أعرب عن يقينه بأن الأعراض الهستيرية (التحولية) تتضمّن صدمات أو أنواعا من الصراع، ذات الشحنات الانفعالية، تعرّضت للكبت ثمّ تحوّلت إلى أعراضٍ جسمية تكون بمثابة متنفّس أو مخرج (الزعبي،2013، ص93).

وقد أثبتت الأبحاث الإكلينيكية أن أعضاء جسم الإنسان المصاب بالهستيريا سليمة وأن الاضطراب يرجع

إلى سبب نفسي وظيفي أكثر منه عضوي (مجيد،2015، ص203).

2. *أعراض الهستيريا عند الطّفل والمراهق:*

من الاستجابات الهستيرية التي نلاحظها عند الأطفال حالات الشلل Paralysis والارتعاش Trémor، والعمى، وفقدان الحساسية Anesthésia، واللازمة العصبية Tic (الزعبي،2013، ص93). تزداد الأعراض الهستيرية في الطفولة وفي سنّ البلوغ، نظرا لعدم النضج الكامل للجهاز العصبي.

أعراض الهستيريا عديدة، أهمها:

1.2. الأعراض الحسية للهستيريا: وتشمل العمى الهستيري، الصمم الهستيري، فقدان حاسة الشم، فقدان حاسة الذوق، فقدان الحساسية الجلدية في عضو أو في عدّة أعضاء، الخدر الهستيري، والذي يُقصد به انعدام الإحساس بشكل عام، الألم الهستيري.

2.2. الأعراض الحركية للهستيريا: من أهم الأعراض الحركية للهستيريا فقدان الحركة، التوقف عن الكتابة، وظهور نوبات من التشنجات الهستيرية تشمل الجسم كله، الصمت ويشمل الشلل الهستيري (النصفي أو الطرفي أو في الجانبين أو القعاد)، الرعشة الهستيرية، التشنج الهستيري، والتقلص، واضطراب المشي، فقدان الصوت أو النطق والخرس الهستيري.

3.2. الأعراض العقلية للهستيريا: تشمل هذه الأعراض اضطراب الوعي، الطّفلية الهستيرية (السلوك أو التكلم كالأطفال)، كما تشمل الأعراض فقدان الذاكرة، وحالات الشرود الذهني، أو نوبات الإغماء، أو ازدواج وتعدد الشخصية والتجوال الليلي، و غالبا ما تحدث هذه الحالة في سنّ الطفولة.

4.2. الأعراض الحشوية: وتشمل هذه الأعراض فقدان الشهية أو الشراهة في تناول الطعام (الشهية الزائدة)، أو الإفراط في الشرب والقيء، كما قد تشمل نوبات متكرّرة من الصداع وآلام شديدة في

مختلف أجزاء الجسم (فريح، د. ت، ص7 –8).

3. *الشخصية الهستيرية:*

تلاحظ خصائص معيّنة في شخصية الطّفل والمراهق الهستيري، منها:

القابلية للإيحاء: إذ إنّها تتميّز بضعف الإرادة والثقة بالنّفس، بحيث يمكن إدخال الأفكار والمؤثّرات الانفعالية الخارجية إليها بسهولة، فهي تتميّز بالسذاجة والبساطة.

الانبساطية في المزاج: تتميّز بتعدد المعارف والصداقات، وحب الاختلاط والمرح، حيث تميل شخصية الطّفل والمراهق الهستيري إلى الطباع الانبساطية، فهي مفتوحة للناس، تحب المرح وتكوين علاقات جديدة، لكنها سطحية، وصداقاتها غير مخلصة وغير ثابتة ومتقلبة.

الأنانية مع حب الظهور واستجلاب الاهتمام: يتّضح ذلك من خلال المحاولات الدائمة لتكون محور الارتكاز، والنظرة للأمور بطريقة ذاتية، مع حب الاستعراض، والمبالغة في طريقة التكلم، والملبس، والعمل على لفت الأنظار، مع القيام بمواقف مسرحية، وسلوك ظاهر حتّى إنْ لم يستدع الحال ذلك (مجيد،2015، ص204).

4. *أسباب اضطراب الهستيريا:*

فسّر فرويد اضطراب الهستيريا بأنّه نتيجة صراع بين الذات العليا وبعض النزعات الجنسية التي لا تقبلها الذات، وينتج عن هذا الصراع الكبت، وبما أنّ الكبت لا يكون تاما (كبت جزئي)، فإنّ تلك النزعات تحاول أن تعبّر عن نفسها تعبيراً مباشراً عن طريق تحوّلها إلى صورة مرض جسمي، بمعنى أنّها تهرب من اللاشعور في صورة تنكّرية (صورة العرض الجسمي).

وقد أرجع بافلوف سبب اضطراب الهستيريا إلى ضعف القشرة المخيّة، الأمر الذي يؤدّي إلى سيادة وسيطرة طبقات ما تحت القشرة، والتي تعتبر مسؤولة عن أعراض هذا الاضطراب، لاحتوائها على المراكز العصبية للأفعال المنعكسة التي تسبّب الأعراض التي تحول القشرة دون ظهورها إذا كانت تلك القشرة قوية.

ويعزو البعض الاضطراب إلى أخطاء التربية، وإلى الآثار الضارة لخبرات الطفولة، وإلى التأثيرات البيئية غير المستحبة (مجيد،2015، ص202– 203). كما تعتبر الهستيريا مظاهر صريحة للقلق الذي يكون موجودا عند الطّفل، زيادة على العوامل الثقافية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الفرد (الزعبي،2013، ص94).

5. *علاج اضطراب الهستيريا:*

هناك عدّة طرق علاجية للتخلّص من الاستجابات الهستيرية عند الطّفل، من ضمنها:

1.5. *العلاج التحليلي:*

يُستخدم علاج التحليل النّفسي للكشف عن العوامل التي سبّبت ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية وراءها، ومعرفة هدف الاضطراب (فريح، د.ت، ص9).

2.5. *العلاج السلوكي:*

يُعدُّ العلاج السلوكي ذا فائدة في علاج ردود الفعل التحويلية الهستيرية في الطفولة.

خلاصة:

الهستيريا من الاضطرابات النّفسية التي يعاني منها الأطفال والمراهقون وتظهر بعدّة أعراض، إذ يلزم الانطلاق في دراسة اضطراب الهستيريا عند الأطفال والمراهقين من منطلقات تأخذ في الحسبان تنوّع أعراضها والعوامل المؤدّية إليها.

المحاضرة الثانية عشرة

اضطراب طيف التوحّد

(ASD) Autism spectrum disorder

تمهيد.

1. **مفهوم اضطراب طيف التوحّد.**
2. **معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحّد.**
3. **أعراض اضطراب طيف التوحّد.**
4. **العوامل المسبّبة لاضطراب طيف التوحّد.**
5. **الأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحّد.**
6. **البرامج التربوية العلاجية.**

خلاصة.

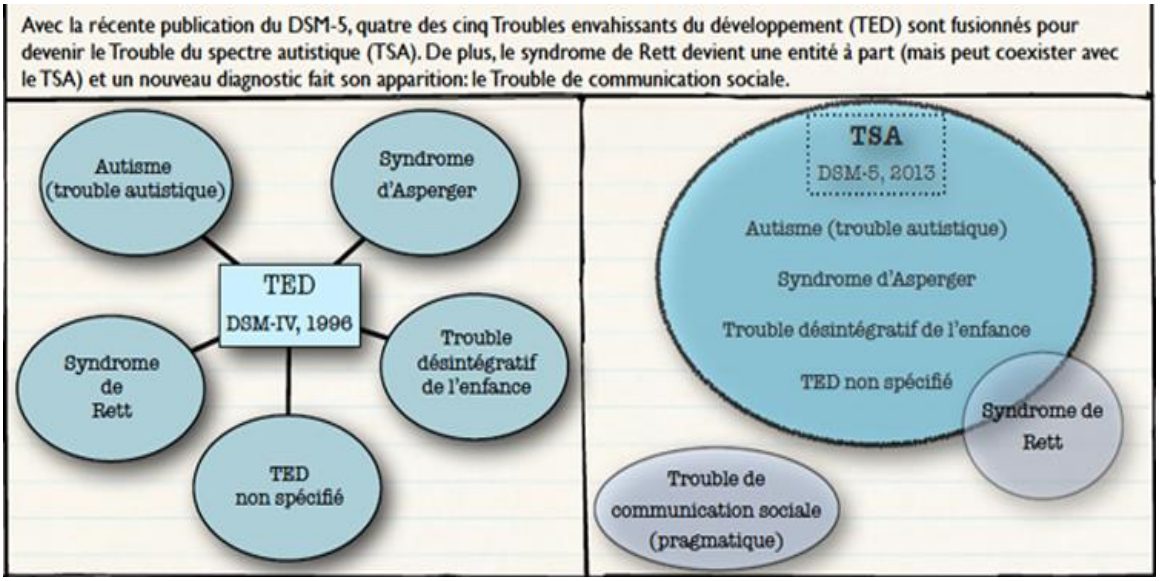
تمهيد:

يُعدُّ اضطراب طيف التوحّد Disorder Spectrum Autism من اضطرابات إعاقات النمو المزمنة التي تنتج عنها اضطرابات واضحة في جوانب النمو المختلفة (الحركي- الاجتماعي- الانفعالي- اللغوي)، والمصحوبة بأنماط سلوكية نمطية شاذة، كما أن هذه الأعراض تظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطّفل. ويكثر حدوث التوحّد بين الذكور عن الإناث (أبو منجل،2019، ص34).

عام (2013) تمّ إصدار نسخة جديدة من دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النّفسية (DSM)، وتمّ تعريفها من قبل الجمعية الأمريكية للأطباء النّفسانيين (APA). في هذه الطبعة الخامسة تمّت إعادة تعريف اضطرابات النمو الشاملة (TED) حيث تمّ توحيد اضطراب التوحّد، اضطراب اسبرجر، واضطراب النمو الشامل غير المحدّد، واضطراب التفكك الطفولي في اضطراب طيف التوحّد (TSA) في (DSM-V) (D'Andrès, 2016).

حيث تمثل أعراض هذه الاضطرابات سلسلة متصلة واحدة. تتدرج في شدتها من خفيفة إلى تدن حاد في اثنين من مجالات التواصل الاجتماعي والسلوكيات/ الاهتمامات المتكرّرة النمطية، عوضا عن أنْ تكون اضطرابات متمايزة. لقد تمّ تصميم هذا التغيير لتحسين حساسية ونوعية المعايير لتشخيص اضطراب طيف التوحّد، وتحديد أهداف أكثر تركيزاً لعلاج التدنيات المحدّدة (الحمادي،2022، ص32).

والشكل البياني الآتي يبيّن التغيّرات في التصنيف:



الشكل(2): يبيّن التغيّرات في التصنيف بين DSM-IV et DSM-V

(D'Andrès, 2016)

1. *مفهوم اضطراب طيف التوحّد:*

إن كلمة التوحّد بالإنجليزية (**Autism**) مشتقة من الكلمة ذات الأصل الإغريقي (**Autse**)، والتي تعني النّفس أو الذات، وكان أول من أطلق هذا المصطلح على اضطراب التوحّد هو الطبيب النّفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner عام (1943)، كما استُخدمت تسميات متعدّدة للإشارة لهذا الاضطراب، مثل: توحد الطفولة المبكّر، وذهان الطفولة، وفصام الطفولة.

وقد وصفه كانر Kanner من خلال أبحاثه بأنه يشمل العديد من السلوكيات غير العادية، والتي تتضمّن الفشل في استعمال الكلام كوسيلة اتصال، وعدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، ورغبة مفرطة في المحافظة على الروتين ومقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة، ومظهر جسمي طبيعي، وقدرات إدراكية جيدة، وقصور واضح في بعض الجوانب المعرفية، ووجود قدرات خاصّة

في بعض المجالات النمائية.

ومن أكثر تعريفات اضطراب طيف التوحّد قبولا لدى المتخصّصين هو تعريف الجمعية الأمريكية للطب النّفسي (APA)، حيث تمّ تعريف التوحّد بأنه اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكّرة، ويؤثر على عدّة مجالات، تشمل قصوراً في التفاعل الاجتماعي، وقصوراً في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور الحركات النمطية، ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، ويظهر بشكل واضح في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطّفل. ويستخدم مصطلح "الطيف" بسبب عدم التجانس في عرض وشدة أعراض اضطراب طيف التوحد، وكذلك في مهارات ومستوى عمل الأطفال الذين لديهم الاضطراب(سمور ،2023، ص164).

2. معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحّد:

وقد صنّف اضطراب طيف التوحّد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ـ الطبعة الرابعة المنقحة كأحد أقسام الاضطرابات النمائية الشاملة الخمسة التي تضمنها، حيث وُضعت لاضطراب التوحّد مجموعة من المعايير التي يتحدّد بها، وهي على النحو التالي:

أ/: يُشترط في تشخيص اضطراب التوحّد أن تنطبق ستة أعراض على الأقل من الفقرات التي تتضمّنها المجموعات الثلاث التالية، بحيث تكون موزعة كما يلي: عرضان على الأقل من المجموعة الأولى، عرض واحد على الأقل من المجموعة الثانية، عرض واحد على الأقل من المجموعة الثالثة.

- **المجموعة الأولى:** وجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر على الأقل في اثنين مما يأتي:

1. قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري مع الآخرين، وتعبيرات الوجه، الأوضاع الجسمية والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.

2. الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران تتناسب مع عمره الزمني.

3. ضعف القدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في أفراحهم، اهتماماتهم، وإنجازاتهم.

4. ضعف القدرة على التبادل الاجتماعي والانفعالي.

- **المجموعة الثانية:** وجود جوانب قصور نوعية في التواصل، كما تظهر في واحد على الأقل ممّا يأتي:

1. تأخر أو قصور كلّي في تطوّر اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني مثل الإشارات أو الإيماءات).
2. ضعف واضح في القدرة على المبادرة أو البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها (عند الأفراد التوحّديين القادرين على الكلام).
3. ضعف القدرة على اللعب التخيلي التلقائي، أو اللعب الاجتماعي المناسب لمستواه التطوّري.
4. استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً.

- **المجموعة الثالثة:** القيام بسلوكيات نمطية بشكل تكراري، والميل إلى ممارسة أنشطة واهتمامات محدّدة تتمثّل في واحدة على الأقل مما يلي:

1. الانشغال المتواصل بأنشطة واهتمامات محدّدة بشكل غير طبيعي من حيث الشدة.
2. تعلق غير طبيعي بأشياء محدّدة أو عادات معيّنة ليس لها أي معنى.
3. حركات جسدية نمطية متكرّرة مثل (ثني أصابع اليد، التصفيق، رفرفة اليدين).
4. التركيز على أجزاء محدّدة من الأشياء والانشغال الزائد بها.

ب/: تأخر أو سلوك غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية، تظهر قبل بلوغ سنّ الثالثة:

1. التفاعل الاجتماعي.

2. استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

3. اللعب الرمزي أو التخيلي.

ج/: أن لا تكون الأعراض السابقة لدى الطّفل ناجمة عن اضطراب ريت أو اضطراب الانتكاس الطفولي (اللالا وآخرون، 2011، ص391-394).

3. *أعراض اضطراب طيف التوحّد:*

يتميز طيف التوحّد بمجموعة من الأعراض التي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص، وتتمثّل هذه الأعراض فيما يلي:

1.3. *ضعف التفاعل الاجتماعي:*

يُعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحّد، حيث إنّ الطّفل التوحّدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، أو تلقّي الحبّ والعطف منهم، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، ومبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظل الطّفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس.

وتشير سوسن الحلبي (2005) إلى أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال طيف التوحّد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

(أ) *التجنّب الاجتماعي Socially Avoidant :*

يتجنّب أطفال التوحّد كلّ أشكال التفاعل الاجتماعي، حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

(ب) *اللامبالاة الاجتماعية Socially in diffèrent:*

يوصَف أطفال التوحّد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

(ج) *الإرباك الاجتماعي Socially awkward:*

يعاني أطفال التوحّد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء؛ ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

2.3. القصور اللغوي:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لاضطراب طيف التوحّد، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كلا من ريتاجوردن، ستيوارت بيول (2007) أنه يوجد لدى الأطفال التوحّديين نقص واضح في اللغة، والاتصال اللفظي وغير اللفظي؛ ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحّديين، فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها، والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا

بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ، والجوانب العملية للمعنى.

يرى ماجد عمارة (2005) أن مشكلات اللغة لدى حالات التوحّد تتمثّل في التأخر في الكلام، وفي نقص النمو اللغوي، دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضا استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية، وترديد ما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي، والصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات، والاتصال اللفظي غير الطبيعي من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية). أيضا تشير سوسن الحلبي (2005) إلى أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحّديين خاصّة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم.

❖ **من هذه المشكلات:**

(أ) المصاداة: Echolalia

تعتبر من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحّديين، وتعرف سوسن الحلبي (2015) المصاداة بأنها ترديد الطّفل ما قد يسمعه تواً وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال (الحلبي، 2015، ص33).

(ب) الاستخدام العكسي للضمائر:

وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحّديين، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة، فيشير الطّفل التوحّدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هي"، ويستعمل "أنا" عندما يود أن يقول "أنت"، ويؤكد عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003) أن الطّفل التوحّدي يستبدل بالضمير "أنت"، الضمير "أنا".

(ج) السلوك النمطي:

السلوكيات النمطية المكرّرة تُعدُّ من المظاهر المميّزة للتوحدية، وتَّعدُّ بمثابة أحد أوجه القصور البارزة. ويمكن لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة، وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة، وذات مدى ضيق، وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكرّرة للجسم، أو حركات غير طبيعية، سواء بالأصابع أو اليدين، أو غير ذلك مما قد يؤدّي إلى استثارة من حولهم، وأحيانا يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم.

(د) عدم القدرة على اللعب التخيلي:

يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى (1995) أن لعب الأطفال التوحّديين يكون يدوياً تناوليا، يفتقر إلى عنصر الإلهام الذي يميز لعب الأطفال العاديين، مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية، تلك الوظيفة التي أوضح جان بياجيه أنها تظهر من خلال السلوك الحسّي الحَرَكي في العام الثاني من الحياة.

(هـ) البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحَظ على أطفال التوحّد عدم استجابتهم لمحاولة الحبّ والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحداً، ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين (بيومي،2008، ص14-18).

4. *العوامل المسبّبة لاضطراب طيف التوحّد:*

1.4. *العوامل النّفسية:*

يشير أنصار العوامل النفسية إلى أن الخبرات المبكّرة في حياة الطفل تلعب دورًا حاسمًا في نموه وتطوره اللاحق. يركز هؤلاء الأنصار على أهمية التفاعلات والعلاقات المبكّرة، خاصة مع مقدمي الرعاية، في تشكيل شخصية الطفل، وقدرته على التكيف، وصحته العقلية على المدى الطويل. بمعنى آخر، يرى أنصار العوامل النفسية أن التجارب التي يمر بها الطفل في سنواته الأولى، مثل الأمان العاطفي، والاستجابة لاحتياجاته، ونوعية التفاعلات الاجتماعية، تؤثر بشكل كبير على نموه وتطوره في جميع المراحل. حيث يرون أن عدم إقامة علاقات والدية مع الطّفل في مرحلة الطفولة المبكّرة، بسبب البرود العاطفي من قبل الوالدين تجاه الطّفل، متجسّداً في الرفض والسلبية تجاه أطفالهم، وخاصّة الأم، يسبّب للطّفل مشكلات انفعالية شديدة، تجعله ينسحب من البيئة الاجتماعية الموجود فيها بدرجة لا تسمح له بالنمو والتفاعل، مما يؤدّي إلى التمركز الذاتي أو الانطواء على نفسه، وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحّد.

ومن الذين تبنّوا هذه النظرية بوتمان وزوريك(1960) Bootman & Zurek. واعتقد كانر بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطّفل التوحّدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كلّ التصرّفات الأخرى غير الطبيعية (الحلبي،2015، ص49).

ويوّضح الثقفي أن التنشئة الأسرية لها ارتباط واضح باضطراب التوحّد، إذْ تعتبر شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية، بالإضافة إلى الانعزالية والميل للنمطية والبرود الانفعالي للوالدين، أسباباً مُؤدّية إلى عدم تمتع الطّفل بالاستثارة اللازمة لمساعدته على النمو بشكل سوي. وهكذا ينشأ التوحّد من الخبرات

المبكّرة غير المُشبعة، وغالبا ما يكون والدا الأطفال من ذوي التوحّد على أحد النقيضين في أسلوب التربية: إما بالحماية الزائدة أو الرفض.

ويشير كلاً من البطاينة والجراح (2009) إلى أهم المؤيدين لهذه النظرية، ومنهم برينو بيتلهايم Bruno Bettelheim (1961)، حيث قام بنقل أطفال من ذوي التوحّد للعيش مع أسر بديلة للتعرض لخبرات ومؤثّرات في بيئة فعالة اعتُبرت جزءاً من العلاج. وقد أثرت هذه النظرية على النظرية البيولوجية المبنية على وجود خلل مسبّب للتوحّد، مثل الكروموسومات، ومشكلات ما قبل الحمل، مثل الإصابات الفيروسية والبكتيرية وغيرها (البار،2016، ص24).

وهكذا يمكن القول إنّ أطفال طيف التوحّد غالباً ما تكون بيئاتهم أقل تفاعلية وأكثر جموداً وانسحابية وغير اجتماعية، مما يجعل الأطفال شديدي الانطوائية، ويؤدي إلى صعوبة أو عدم قدرة أو رغبة هؤلاء الأطفال في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (مجيد،2010، ص58).

2.4. العوامل الوراثية والجينية:

يرى أنصار هذه النظرية أن اضطراب التوحّد ينتقل، مثله مثل الخصائص البشرية، من الوالدين إلى أطفالهم عن طريق الجينات الوراثية؛ مستندين إلى الدراسات التي أجريت على التوائم والأسرة، ونتائج الدراسات التي تشير إلى زيادة احتمالية إنجاب أكثر من طفل مصاب باضطراب التوحّد لوالدين أنجبوا من قبل طفلا ذا اضطراب التوحّد. وهناك عدّة دراسات أشارت إلى أن التشخيصات الطبية، والتشوهات الوراثية الخلوية، والعيوب التي من جين واحد (مثل متلازمة X الهشة، وغيرها من الأمراض النادرة) تمثل أدلة مقنعة على أن "اضطراب التوحّد" وراثي، ومع ذلك يتعذر حتّى الآن عزو اضطراب التوحّد إلى جين وراثي محدّد أو معروف (الديب،2016، ص17-18).

3.4. العوامل البيوكيميائية:

ترجع الإصابة بالتوحّد إلى حدوث خلل في بعض النواقل العصبية، مثل (السيروتنين والدوبامين والببتيدات العصبية)، حيث إنّ الخلل الكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدّي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات، وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم (العواودة،2017، ص27).

وإنّ المستويات المرتفعة للعديد من أجهزة الإرسال في الدم عند الأطفال التوحّديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم، وهذا الخلل الكيميائي يُحتمل أن يؤدّي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر، وأيضا يؤثر على كفاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ، كالمين Myclin الضروري للأفكار المعرفية (عليوه،1999، ص76).

4.4. العوامل المناعية:

يعاني الأفراد المصابون بمتلازمة التوحّد من خلل في الجهاز المناعي، حيث إنّ العوامل الجينية والشذوذات في المنظومة المناعية مقرّرة لدى المصابين بالتوحّد، كما تُشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الجنين والأم قد تسهم في حدوث اضطراب التوحّد، كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحّد تتأثر وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهذه الحقيقة تُثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (العواودة،2017، ص28).

5.4. النظريات المعرفية:

وتفسر هذه النظريات الخلل في التفكير والقدرة على حلّ المشكلات والتّعلم.

ومن أهم تجليات هذه النظريات: **نظرية العقل:**

تعرّف نظرية العقل بأنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين (أفكارهم، مشاعرهم، اعتقاداتهم، نواياهم)، إلى جانب القدرة على استخدام هذه المعلومات في تفسير ما يقولونه، وإعطاء معنى لسلوكياتهم والتنبؤ بما يفعلونه بعد ذلك.

إن معظم الأطفال الصغار يُظهرون إشارات لتطوّر نظرية العقل مع عمر (18) شهراً، من خلال الانشغال بلعب رمزي أو استعمال أشياء أخرى غير الشيء الذّي تمثله، ومع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية، ومع بلوغ عمر أربع إلى خمس سنوات فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة... ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم.

ولكن الأطفال ذوي اضطراب التوحّد غير قادرين على تطوير قدراتهم لمعرفة ما الذي يفكر به الآخرون وبماذا يشعرون، لهذا نجد لديهم قصوراً واضحاً في العديد من الجوانب، منها الاجتماعية والتّواصلية والمهارات التخيلية.

وخلاصة نظرية العقل حسب جوردان Jordan (1999) أن أطفال التوحّد ليسوا فقط لا يفهمون أن الآخرين يفكرون ويشعرون، ولكنهم أيضاً لا يعون أنهم يفكرون ويشعرون (فاضل،2014، ص40-41).

6.4. *وجهات النظر التفاعلية:*

يعتقد البعض أن أسباب التوحّد نفسية عاطفية، والبعض الآخر يعتقد أنها عضوية بيولوجية وراثية، بيوكيميائية، وتعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب التوحّد ترجع إلى النتاج المشترك للاستعدادات الطبيعية، الجسمية منها والوراثية، بالإضافة إلى ما يحدث داخل محيط الأسرة من صدمات وضغوط وعوامل إحباط، وغيرها (عليوه،1999، ص78).

وقد تعددت النظريات المفسّرة لاضطراب طيف التوحّد، واختلفت وجهة نظر الباحثين في السبب الرئيسي لإصابة الطّفل بهذا الاضطراب، وبالتالي لا يمكن عزوه إلى سبب واحد، بل هو نتاج لعدة عوامل ومؤثّرات داخلية وخارجية تعزز أنماطا من الاتجاهات والدوافع لاضطراب طيف التوحّد. وهكذا تبرز نظرية العوامل المتعدّدة في تفسير الاضطراب والتكفل به، أو ما يدعى بالمنظور النظري التكاملي أو الشمولي، ومن أبرز ملامحه نموذج أنجل Angel الذي تمّت تسميته بالنموذج البيولوجي- النّفسي- الاجتماعي Biopsychosocial، والذي يسمح بتفسير الاضطراب كنتيجة للتفاعل بين العوامل العضوية والنّفسية والاجتماعية، وذلك من أجل الوصول إلى الفهم الشامل له.

5. *الأساليب العلاجية* لاضطراب طيف التوحّد:

1.5. *العلاج السلوكي (تعديل السلوك):*

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها للأطفال التوحّديين في سبيل تأهيلهم وتدريبهم ورعايتهم، مثل تقديم برامج لتحسين مهارات العناية بالذات لتحقيق الاستقلالية؛ وغالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحّديين تعتمد على إجراءات تعديل السلوك، وتعتبر هذه الطريقة من أفضل الطرق التي أثبتت فاعلية كبيرة في التعامل مع الأطفال التوحّديين ومحاولة تأهيلهم وعلاجهم.

يشير عمر بن الخطاب خليل (1991) إلى أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك، وذلك للتخلّص من السلوكيات غير المقبولة، والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقى، وكذلك التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحّديين؛ ويعد الثواب والعقاب مبدأ رئيسياً في هذه الفنية، مع هدف تطوير وتعزيز السلوك الإيجابي، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي، وقد تبيّن نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ورعاية الذات، والمهارات المعرفية.

ويرى رمضان القذافى (1994) أن فكرة تعديل السلوك تقوم على مكافأة وإثابة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم، مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطّفل التوحّدي.

كما يشير لويس مليكة (1998) إلى أن العلاج السلوكي يهدف إلى إنقاص الأعراض السلوكية، والارتقاء بالوظائف المختلفة أو الضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة ومهارات رعاية الذات؛ يتطلب التدخل العلاجي في معظم الحالات، على الأقل في البداية، مدرّسا لكل طفل، وقد يتحقق نجاح علاجي مهم في اللغة وفي المجالات المعرفية والاجتماعية للسلوك من خلال تدريب دقيق للوالدين بصورة فردية على مفاهيم ومهارات تعديل السلوك، مع التركيز على المشكلات الفردية للوالدين وهمومهما (بيومي،2008، ص37).

حقق العلاج السلوكي نجاحا مع الكثير من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحّد، وكان الاهتمام الأساسي منصبا على الطرق والتقنيات السلوكية التي تؤدّي إلى تحديد العوامل البيئية، والأحداث التي تؤدّي إلى الحفاظ على السلوك غير المرغوب واستمراريته، وتطبيق التقنيات السلوكية من أجل تحسين الاستقلال الشخصي والسلوك المسؤول، عن طريق التدريب على المهارات الأساسية، وزيادة مخزون السلوك الاجتماعي والأنشطة الاجتماعية (المقابلة،2016، ص215).

2.5. *طريقة التحليل النّفسي:*

تهدف طريقة التحليل النّفسي – كإطار نظري يعتمد عليه المعالج النّفسي– إلى إقامة علاقة مع نموذج كالأم المحبة المتساهلة، على أساس أن أم الطّفل التوحّدي قد عجزت في عملية تنشئتها الاجتماعية، وتعاملها مع طفلها، في تحقيق هذا. ويعتمد المعالج وفق هذه الطريقة على تحقيق إشباع حاجات الطّفل،

مع تجنّب حدوث إحباط له، واستخدام أسلوب التدعيم. بشرط أن يهيئ المعالج المناخ المناسب لتوفير قدر من الاستقرار الانفعالي، لتحقيق قدر معقول من التفهم لحالة الطّفل وحسن التعامل معه.

وهذا الأساس للتعامل مع حالة الاضطراب التوحّدي وفق هذه الطريقة من شأنه أن يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي، وتنمية وتطوير المهارات الاجتماعية، التي تبدو أكثر ما تبدو في تدريبه على إرجاء الإشباع والإرضاء، ويتم هذا عن طريق كلّ من له دور في تنفيذ البرنامج العلاجي، كالوالدين في الأسرة، أو المعلم في الفصل الدراسي (إسماعيل،2009، ص101).

3.5. العلاج الدوائي:

يتم استخدام أدوية متنوعة لعلاج طيف التوحّد، كتلك الأدوية التي تستخدم في علاج الفصام أو الأدوية التي تخفض من نسبة السيروتونين. ويمكن لدى بعض الأطفال تحقيق تحسن في القدرات العقلية والسلوك. غير أنّ للأدوية تأثيرات جانبية غير مرغوبة كالإثارة (رضوان،2007، ص775- 776).

4.5. العلاج باستخدام الحمية الغذائية:

يشير ياسر الفهد، (2000) إلى أن آخر ما توصل إليه العلماء والأطباء، والكيميائيين، بهذا الخصوص، يتمثّل في استخدام النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازين؛ والجلوتين هو البروتين الموجود في المواد النشوية (القمح والشوفان والشعير) والكازين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، وذلك لأن العديد من أطفال التوحّد لديهم أمعاء ومعدة بها خلل أو تلف، وهذه الأمعاء المرشحة تسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئياً بالمرور من خلال مجرى الدم، وهذه البروتينات المهضومة جزئيا تكوّن مادة البيبتيدات التي تكون لها تأثيرات تخديرية، وتُحدث أضراراً مثل أي مخدّر عادي، وهذه المخدرات تستطيع أن تسبب التوحّد، وتؤكد ذلك دراسة ويتلي (2003) Whiteley التي أشارت إلى أن

استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحّد، خاصّة السلوكية (بيومي،2008، ص40).

5.5. *العلاج البيئي:*

يهدف هذا النوع من العلاج لذوي الاضطراب التوحّدي لدى الأطفال إلى تنظيم الواقع الاجتماعي والطبيعي الذي يعيش فيه الطّفل، ويتم هذا عن طريق تهيئة ظروف حياتية وواقع بيئته وفق برنامج معد مسبقا، مع الانتباه لتعزيز كلّ ما يصدر عن الطّفل لتعديل السلوك الاجتماعي لديه، مما يساعد على دفعه للاشتراك في علاقات شخصية مع غيره بشكل تبادلي.

6. *البرامج التربوية العلاجية:*

1.6. *برنامج تيتش TEACCH:*

يُعتبر برنامج تيتش TEACCH من أهم وأقدم البرامج التي أعدت لتعليم واكتساب مختلف مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، ومهارات اللعب مع الآخرين، ومهارات الاعتماد على الذات، والمهارات الإدراكية، والحركية، وبشكل عام المهارات التي من شأنها أن تساعد الطّفل التوحّدي على التوافق مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. فضلا عن تعليمه وإكسابه مهارات العمل وإدارته، ومساعدته على اجتياز بعض المهام التي يمكن أن يقوم بها في فترة زمنية محدّدة (إسماعيل،2009، ص105-107).

2.6. *طريقة لوفاس Lovaas:*

تُعدُّ طريقة لوفاس واحدة من أكثر طرق العلاج السلوكي استخداماً في تدريب الأطفال التوحّديين

وتعديل سلوكهم، وتقوم الفكرة الأساسية لهذه الطريقة على أن أيّ سلوك هو استجابة لمؤثّر ما، ومن ثمّ فمن الممكن التحكّم في السلوك بدراسة البيئة التي يحدث فيها، ثمّ التحديد الدقيق للعوامل المثيرة له، ثمّ التدخل المنهجي المنظم للتحكم فيه وتغييره أو تعديله. ويطلق البعض على هذه الطريقة طريقة المحاولة المنفصلة Discrete Trail، والتي من خلالها يمكن تعليم أنواع كثيرة من السلوك للأطفال التوحّديين، خاصّة إذا كانوا في سنوات عمرهم الأولى، وذلك عن طريق تجزئة المهارة المقدمة للطّفل إلى عدّة أجزاء منفصلة، وتدريبه عليها، إلى أن يصل إلى درجة الإتقان.

وقد ثبت من خلال العديد من الدراسات نجاح طريقة لوفاس في زيادة كفاءة مهارات مساعدة الذات، والمهارات الاجتماعية المختلفة ومهارات الاستعداد الأكاديمي، وكذلك مهارات التحكّم في السلوكيات المزعجة والفوضوية (العسكر،2011، ص109- 110).

وتأسيسيا على ما سبق نجد أن أكثر الطرق العلاجية نجاحا في علاج اضطراب طيف التوحّد هي تلك التي تتضمّن التدخلات العلاجية النّفسية والسلوكية المكثفة، والعمل مع الوالدين. ثمّ استخدام العديد من طرق العلاج بالأدوية، غير أنها أظهرت فاعلية أقل من التدخلات السلوكية.

خلاصة:

اضطراب طيف التوحّد هو مصطلح وراثي يصف اضطراباً يجمع بين ضعف اللغة واضطرابات التواصل المتبادلة والاهتمامات المحدودة وأنماط السلوك المتكرّرة. الأشكال السريرية غير متجانسة تماما، مما قد يؤدّي إلى تأخير التشخيص وبالتالي العلاج.

ويتعلّق الأمر باضطراب في النمو العصبي يرجع أصله بلا شك إلى عوامل متعددة مع مشاركة جينية كبيرة وتفاعل بين العديد من الجينات والعوامل البيئية، وخاصّة البيولوجية.

التشخيص غالبا ما يكون سريريا. يمكن دعمه وقياسه كمياً بواسطة أدوات مقننة، ويمكن أن تساعد هذه الأدوات في الأنواع الحادة أو الخفيفة.

يجب أن يكون التدخل العلاجي والرعاية مبكّرين ومكثّفين. ويعتمد هذا العلاج على تحفيز ودراسة المشاكل الخاصة بالتواصل والأداء المعرفي لدى المصابين بطيف التوحّد.

المحاضرة الثّالثة عشرة

فصام الطفولة

Childhood Schizophrenia

تمهيد.

1. مفهوم فصام الطفولة.

2. خصائص فصام الطفولة.

3. المعايير التشخيصية للفصام بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM- V).

4. أسباب فصام الطفولة.

5. علاج فصام الطفولة.

خلاصة.

تمهيد:

يُعدُّ فصام الطفولة من الاضطرابات الخطيرة التي تهدّد الأطفال والمراهقين، إذ يؤثر على طريقة تعاملهم مع الواقع، كما يكوّن لديهم أفكاراً ومشاعر أو سلوكيات غير عادية، ويسبّب خللا على مستوى التفكير والوجدان، بالتالي يظهر تدهورا على المستويين الاجتماعي والسلوكي، مما يؤثّر على مجرى حياة الفرد في جميع النواحي والمجالات التي يشغلها.

1. *مفهوم فصام الطفولة:*

عُرف الفصام في بدايته باسم الخبل المبكّر؛ كما أطلق عليه Morel (1860)، ثمّ أسماه Hecker (1971) بالهيبيفرينيا. ثمّ استخدم Bleuleer (1911) اسم الفصام Schizophrenia لأول مرّة، ليشير إلى مجموعة أعراض التفكك المعرفي والانفعالي والسلوكي. وفي عام (1980) وصف Craw الفصام بأنه مجموعة من الأعراض الموجبة كالأفكار الذهانية والهلاوس، والأعراض السالبة كالبلادة الانفعالية والتلف العقلي وضعف الحديث وتفكك التفكير. ويفقد المريض في هذا الاضطراب تكيّفه مع الواقع، ويعاني زملة أعراض ذهانية اكتئابية (سالمان،2023، ص13).

يُعتبر فصام الطفولة حالة ذهانية تظهر بعد سنّ الخامسة، حيث يكون الطّفل الفصامي قد عانى من سوء الصّحة الجسمية منذ الميلاد، مع شيوع مشكلات التنفس والتمثيل الغذائي والهضم. والطّفل الفصامي

تضطرب عنده الاتجاهات الزمانية والمكانية، ويكون مشوشاً وقلقاً بسبب البيئة التي يعيش فيها، كما تحدث عنده هلاوس وهذاءات أحياناً، بالإضافة إلى ظهور سلوك حركي غريب عنده، قد يتضمّن الدوران بالجسم حول محوره، والمشي حول أطراف الأصابع (أصابع القدمين)، كما تحدث عنده اضطرابات النوم، والأكل والإخراج (الزعبي،2013، ص75).

2. خصائص فصام الطفولة:

من أبرز خصائص فصام الطفولة ما يلي:

- النمو اللغوي غير الملائم.
- الكلام الغريب.
- العجز عن التعامل مع المواقف الجديدة.
- نقص في توحد الشخصية.
- الانعزالية.
- الحركات التكرارية.
- السلبية.
- تبلّد الإحساس.
- الاضطرابات الحركية.

3. المعايير التشخيصية للفصام بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM- V):

يُشخَّص الفصام وفقا للإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية **(DSM- V)** في جزئه الثاني ضمن الفئة الثانية من الاضطرابات في مجموعة اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى. وتشمل المحكَّات التشخيصية لهذه الفئة ما يلي:

جدول (18): معايير التشخيص لاضطراب الفصام

DSM-V (2013)	
A	تواجد اثنين أو أكثر مما يلي، على أن يوجد كلّ منها لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون (1)، (2)، (3): (1)أوهام. (2)هلاوس. (3) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرّر أو عدم تماسك). (4)سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ. (5)أعراض سلبية (التعبير العاطفي المتناقص أو فقد الإرادة).
B	خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعمل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية يكون أقل بشكل ملحوظ من المستوى الذي سبق تحقيقه قبل ظهور الاضطراب (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في مرحلة الطفولة أو المراهقة).
C	تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل، وينبغي أن تتضمّن فترة الستة أشهر هذه شهراً من الأعراض (أو أقل في حالة العلاج الفعال) والتي تحقق المعيار A (أي أعراض المرحلة النشطة)، وقد تتضمّن فترات من الأعراض البادرية أو (الأولية) والأعراض المتبقية. قد تتجلى علامات الاضطراب في الأعراض السالبة فقط أو من خلال ظهور اثنين أو أكثر من الأعراض المذكورة في المعيار (A) بشكل مخفف (مثل معتقدات غريبة، خبرات إدراكية غير معتادة).
D	الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية تمّ استبعادها.
E	لا يُعزى الاضطراب لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل تعاطي المخدرات أو الأدوية) أو لحالة طبية أخرى.
F	إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحّد واضطراب التواصل في بداية الطفولة، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام موجودة أيضا لمدة شهر واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح).

.(American Psychiatric Association (APA, 2013)

4.أسباب الإصابة باضطراب الفصام:

فسّر عدد من مدارس علم النّفس كيفية حدوث اضطراب الفصام.

1.4. نظرية التحليل النّفسي:

تفسر نظرية التحليل النّفسي الفصام بأنه عملية نكوص للطاقة النّفسية (القوى الليبيدية) بصورة نرجسية إلى مرحلة مبكرة من مراحل النمو النّفسي الجنسي، إذ تنسحب الطاقة النّفسية إلى داخل الذات، مما يعجز معه الفرد عن الارتباط بالآخرين والتفاعل معهم فينسحب عنهم.

ويفقد المصاب باضطراب الفصام تكيّفه مع الواقع الموضوعي نتيجة لفشل ميكانيزمات الدفاع في حل صراعاته مع الواقع الخارجي، مما يشكل تهديدا يستثير الهلاوس والهذاءات لتحقيق اتزانه كوسيلة دفاعية ضد تشتّت صورة الذات والأنا المحيطة. حيث تمثل الهذاءات والهلاوس عمليات أولية للتفكير لتعويض نقص العلاقات المتبادلة. كما يعجز مرضى الفصام عن تنمية آلية الطرح مما يجعل العلاج بالتحليل النّفسي لا يجدي معهم (سالمان،2023، ص15).

2.4. الصدمات النّفسية والضغوط العصبية الشديدة:

من التفسيرات النّفسية لنشأة الفصام ذلك التفسير الذي يفترض أن الفصامي قد تعرّض لصدمة نفسية عنيفة في الطفولة المبكّرة؛ هذه الصدمة تجعل الفرد حساساً حتّى أنّ الآخرين لا يستطيعون تحمله. فكلما ازداد اضطرابه لجأ إلى الانسحاب التام إلى عالم طفلي لا يتوافق مع عالم الوقع، ولكنه يستطيع أن يجد فيه الإشباع الذي حرمه منه هذا العالم (الفقيري،2016، ص354).

3.4. العوامل النّفسية التي تؤدّي إلى الفصام:

- الظروف المحيطة بطفولة الفرد.

- المعاملة الوالدية التي نشأ عليها الفصامي منذ طفولته، وبصفة خاصّة المعاملة المتسمة بالتسلطية، أو القهرية، أو التي تتسم بالحماية الزائدة، ولكل نمط فيها تأثيراته السلبية.
- اختلال التكوين الأسري، وبصفة خاصّة التعاسة الزوجية للأبوين أو شخصية الأب والأم، أو نمط العلاقات القائمة بين الإخوة (الخالدي،2006، ص365).

وهكذا، لعبت العوامل النّفسية المرتبطة ببيئة الطّفل – وخاصّة اضطراب التواصل، ونقص التعاطف، والصراعات بين الوالدين والأبناء – دوراً أكبر من العوامل الوراثية في ظهور اضطرابات خطيرة لدى الأطفال. وظهر أن السلوك المضطرب يعمل كمتغيّر تابع، بينما يتفاعل الخلل الوظيفي الأسري مع العوامل الوراثية للتأثير على ظهوره. كما تبيّن أن البيئة الأسرية الصحية يمكن أن تحمي من الاضطرابات حتّى الأطفال الذين أصيبت أمهاتهم البيولوجيات بالفصام.

5. علاج فصام الطفولة:

يتطلب تعدّد أشكال المظاهر السريرية وتنوعها البيولوجي تطبيقاً معقداً للعلاجات الدوائية والنّفسية وأشكالًا خاصّة من الدعم الاجتماعي. يجب على طبيب الأطفال النّفسي الذي يقدم رعاية نفسية متخصّصة لطفل مصاب بالفصام أن يأخذ في الاعتبار مرحلة تطوّر الاضطراب، وشدة السلوك التكيّفي وآلياته، ووجود مشاكل تعليمية وفكرية خاصّة، والمشكلة المرتبطة بسياق الأسرة وديناميكياتها.

1.5. العلاج الدوائي والطبي:

تُعتبر آثار الفصام أشد خطورة من الآثار الجانبية لعلاجه. لا يوجد بديل للعلاج بمضادات الذهان Antipsychotic (AT) في علاج الفصام. وقد أثبتت فعاليتها في العديد من التجارب السريرية المُضبطة بالدواء الوهمي. يُمكن أن يُحسّن العلاج بمضادات الذهان حالة المرضى بشكل ملحوظ. يُحسّن التشخيص المبكّر وبدء العلاج بشكل ملحوظ من تشخيص الاضطراب. يكمن الأساس العصبي الحيوي للفعالية

السريرية لمضادات الذهان لدى مرضى الفصام في انخفاض كثافة مستقبلات الدوبامين في البنى الطرفية الوسطى لدماغ المريض، مما يؤدّي إلى التخلّص من الأوهام والهلوسة والسلوك العدواني.

كما تُحسّن مضادات الذهان غير التقليدية عملية انتقال الدوبامين العصبي في الفص الجبهي من الدماغ، وهو ما يرتبط بتقليل الأعراض السلبية للفصام. لا يوجد بديل لأدوية هذه المجموعة في علاج فصام الأطفال. وقد أظهر عدد من الدراسات الخاضعة للرقابة أن مضادات الذهان من الجيل الثاني ليست أقل فعالية في علاج مرض الفصام عند الأطفال من مضادات الذهان التقليدية، إلا أنها تنطوي على مخاطر أقل من الآثار الجانبية، بما في ذلك التأثيرات على الوظيفة الإدراكية (Tsarkov, & Petlovany,2020).

2.5. *العلاج النّفسي:*

يمكن استخدام علاجات نفسية خاصّة لتحسين الأداء الاجتماعي، والالتزام بالبرنامج العلاجي، والسيطرة على الأعراض المتبقية.

العلاج النّفسي للفصام عند الطّفل والمراهق يختلف عن العلاج عند البالغين. يمكن أن يكون العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الأسري والعلاج الداعم فعالاً، مع التركيز على بناء مهارات اجتماعية، وإدارة الأعراض، وتغيير أنماط التفكير السلبية.

خلاصة:

مما سبق يتّضح أنّه يجب تقديم الرعاية النّفسية للأطفال والمراهقين المصابين بالفصام في عيادات خارجية خالية من الوصمة ومقبولة. يجب أن تكون إقامة الطّفل في أجنحة الطب النّفسي الداخلية قصيرة الأجل ومحفّزة.

ينبغي أن يشمل برنامج التدخل المبكّر للفصام الذي يظهر بين سنّ العاشرة والثامنة عشرة، ما يلي: إشراك المعلمين في إعادة التأهيل المبكّر، والعمل النّفسي والاجتماعي، والعلاج الأسري باستخدام إدارة التوتّر والتدريب على المهارات الاجتماعية.

يُعدُّ الدعم النّفسي والاجتماعي المبكّر، إلى جانب العلاج طويل الأمد بمضادات الذهان غير التقليدية، أكثر فعالية في تصحيح الضعف الإدراكي والاضطرابات السلوكية، مقارنةً بالعلاج الأحادي بمضادات الذهان. عند استخدام العلاج بمضادات الذهان غير التقليدية مع التدخلات النّفسية والاجتماعية، تتحسّن نوعية حياة الأطفال المصابين بالفصام وأدائهم الاجتماعي. يُعدُّ الالتزام بالعلاج شرطاً أساسياً لفعاليته.

خاتمة:

يُعدُّ علم النّفس المَرَضِي للطّفل والمراهق من الميادين الحديثة التي تُعنى بدراسة الظاهرة النّفسية المَرَضِية للطّفل والمراهق، فهو أحد الفروع الأساسية لعلم النّفس المَرَضِي. وهو بمثابة المفتاح لفهم مختلف الاضطرابات النّفسية والعقلية التي تظهر في مراحل الطفولة والمراهقة، من الرضاعة وحتى نهاية المراهقة، وتشخيصها، وتحديد أسبابها، وتقديم العلاجات المناسبة لها، والوقاية منها.

يعتبر علم النّفسي المرضي للطّفل والمراهق فرعاً مهماً في علم النّفس العيادي، بل هو في مقدمة اهتمامات هذا الفرع، وذلك لأن هذه المرحلة العمرية تشهد تطوّرات نفسية واضطرابات نوعية تتطلب فهماً متخصّصاً.

و مما سبق نسأل من الله أن يكون وراء هذا الجهد المتواضع بعض العلم الذي ينفع.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- أبو العطا، غادة صابر السيد.(2024). فعالية برنامج تدريبي قائم على بعض المهارات الحسية لخفض حدة أعراض اضطراب البيكا لأطفال اضطراب التوحد. مجلة دراسات في الطفولة والتربية – جامعة أسيوط، (29)ج2، 188– 219.

- أبو منجل، ماجدة علي .(2019). الإرشاد الأسري وأثره في عملية تعديل السلوك لدى الأطفال التوحّديين، مجلة كليات التربية، العدد الخامس عشر، ص33– 52.

- إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل عبد العزيز بن عبد الله؛ إبراهيم رضوان .(1993). العلاج السلوكي للطّفل، أساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة.

- أبو النيل، محمود السيد .(2014). الصّحة النّفسية. دار النهضة العربية.

- أبو ليلة، بشرى عبد الهادي.(2002). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها باضطراب المسلك، لدى طلاب المرحلة الإعدادية بمدارس محافظة غزّة [رسالة ماجستير]، الجامعة الإسلامية غزّة.

- أخرس، نايل محمد عبد الرحمان، وناصر محمود أمين محمود .(2015). تعديل السلوك. مكتبة الرشد.

- استبرق، داود سالم .(2020). اضطرابات النوم لدى أطفال ما قبل المدرسة. مجلة الفنون والآداب وعلوم الإنسانيات والاجتماع، 55، 185–214.

- إسماعيل، نبيه إبراهيم .(2009). إشكالية الاضطرابات النّفسية، الاضطراب التوحّدي، مفهومه وتشخيصه وعلاجه وكيفية التعامل معه، مركز الإسكندرية للكتاب.

- البار، روان عيدروس عبد الله .(2016). فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكّر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحّد في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

- البريدية، فاطمة بنت أحمد .(2022). مستويات المخاوف وأعراضها لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان: دراسة وفق مقياس "سبنس"IJASOS- International E-Journal of

.136- 123 ،Advances in Social Sciences, Vol. VIII, Issue 22

– البهنساوي، أحمد كمال، وعبد الخالق زيد حسانين .(2023). اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب وعلاقتهما بالكوابيس لدى طلاب الجامعة. مجلة الشمال للعلوم الإنسانية 8 (2،ج2)، 615 –643.

– بطرس، حافظ بطرس .(2008). المشكلات النّفسية وعلاجها. دار المسيرة للطباعة والنشر.

– بن سايح، مسعودة .(2017). الانحرافات الجنسية لدى الشباب. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية 10(3)، 84 –105.

– بوغندوسة، سهام .(2017). مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النّفس المَرَضِي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم النّفس.

– بيومي، لمياء عبد الحميد. (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحّديين، أطروحة الدكتوراه، كلية التربية، قسم علم النّفس التربوي، جامعة قناة السويس.

– تفاحة، جمال السيد .(2004). الاضطراب النّفسي وعلاقته بتقدير الشخصية لدى طلاب الجامعة من البدو. المجلّة المصرية للدراسات النّفسية، 14 (42)، 85 –144.

– الجبالي، حمزة. (2006). مشاكل الطّفل والمراهق النّفسية. دار أسامة.

– الجبوري، علي محمود كاظم، والجبوري، كريم فخري هلال. (2013). الصّحة النّفسية (علماً تطبيقياً). دار الرضوان.

– الجروس، ثراء .(2024). اضطرابات الأكل وعلاقتها بوسواس تشوّه الجسد لدى عيّنة من طالبات كلية التربية في جامعة البعث. مجلة جامعة البعث، 46 (8)، 63 – 90.

– الجري، آسيا خليفة طلال. (2020). سيكولوجية الطّفل – الصّحة النّفسية للطّفل. (ط2)، منشورات ذات السلاسل.

– الجلبي، سوسن شاكر .(2015). التوحّد الطفولي– أسبابه –خصائصه – تشخيصه– علاجه، دار ومؤسّسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.

– جودة، جيهان محمود. (2014). أساليب التعامل مع المشكلات السلوكية والنّفسية للأطفال. مكتب التربية العربي لدول الخليج.

– حجازي، مصطفى .(2004). الصّحة النّفسية، منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، الطبعة الثانية، المركز الثقافي العربي، بيروت، لبنان.

– الحديبي، مصطفى عبد المحسن، وجعيص، عفاف محمد، وعمران، فاطمة محمد، ومحمود، آمنة حسانين .(2023). الشَرَه العصبي وعلاقته بالمرونة النّفسية وتنظيم الذات لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات في مجال الإرشاد النّفسي والتربوي، 6 (4)، 28–57.

– الحسن، دلال هاني حسني.(2008). درجة شُيوع المَخاوف المَرَضِية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طُولكرم [رسالة ماجستير]. جامعة القدس.

– الحمادي، أنور .(2022). معايير DSM- 5 TR .

– الحمدان، يسرى علي محمد .(2019). مشكلات الأكل وعلاقتها بوسواس تشوّه صورة الجسد لدى المراهقات في محافظة جرس [رسالة ماجستير]. الجامعة الأردنية.

– حمودة، بسمة علي حامد. (2022). الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال. المجلّة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكّرة، 8 (4)، 659 – 679.

– حنور، قطب عبده خليل .(2017). عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها باضطرابي فقدان الشهية والشَرَه العصبي لدى طالبات الجامعة. المجلّة المصرية للدراسات النّفسية، 27 (96)، 249–285.

– الخالدي، أديب محمد. (2006). مرجع في علم النّفس الإكلينيكي (المرضي)، الفحص والعلاج. دار وائل للنشر.

– خطاب، محمد أحمد .(2021). الديناميات النّفسية لمثلى الجنسية لدى عيّنة من الذكور (دراسة اكلينيكية متعمقة)، مجلة الإرشاد النّفسي (65،ج1)، 336 –736.

– خليل، صمويل تامر بشرى .(2015). أثر برنامج علاجي لتنمية مهارات الشم والتذوق لدى أطفال التأخر العام والتوحّد ذوي اضطراب البيكا. مجلة رابطة التربية الحديثة، 22 (99)، 201–252.

– الخواجة، عبد الفتاح .(2010). مفاهيم أساسية في الصّحة النّفسية والإرشاد النّفسي. دار البداية للنشر والتوزيع.

– خوج، حنان أسعد .(2010). المبادئ العلمية للصّحة النّفسية، منظور تربوي خاص، الطبعة الأولى، مكتبة الرشد.

– خياط، خالد وحوحو، ريان .(2019). النزعة الاجتماعية معيار السواء واللاسواء (المجرم نموذجا)، مجلة أبجديات سيكولوجية، العدد1، ص 79– 88.

– الدسوقي، مجدي محمد .(2006). اضطرابات النوم. مكتبة الأنجلو مصرية.

– الديب، عبير عرفة عبد العزيز.(2016). الضغوط النفسية واحتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعلاقة بينهما في دولة الإمارات العربية المتحدة [رسالة ماجستير]. جامعة الإمارات العربية المتحدة.

– درويش، رمضان محمود .(2021). بعض الاضطرابات النّفسية لدى عيّنة من المراهقين في ضوء بعض المتغيّرات الديموغرافية (دراسة فارقة– تنبؤية). مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النّفس، (140)، 361–441.

– ربه، علي محمد علي عبد الله وعبد العزيز، عفاف حسن. (2024). اضطراب بيكا لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحّد والإعاقة العقلية. مجلة دراسات نفسية، 34، ع4، 573 – 650.

– رضوان، سامر جميل .(2007). الصّحة النّفسية، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

– رضوان، شعبان جاب الله، وغزي هبة الله محمد .(2023). دور أساليب المعاملة الوالدية السلبية وأنماط التفاعل الأسري السلبية في التنبؤ بمظاهر اضطراب الشخصية الحدية لدى عيّنة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية. المجلّة المصرية لعلم النّفس الإكلينيكي والإرشادي،11 (3)، 555 – 614.

– الريدي، هويدة .(2018). التشخيص الفارق في المخاوف المَرَضِية (لدى الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم والأطفال من ذوي متلازمة داون والأطفال من ذوي اضطراب الأوتيزم).

- الريماوي، محمد عودة.(1995). طريقة لعلاج الأرق ذي المنشأ النّفسي. مجلة دراسات العلوم الإنسانية، 22 (1)، 289-334.

- الزعبي، أحمد محمد.(2013). الأمراض النّفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الطّفل. دار زهران للنشر والتوزيع.

- الزغول، عماد عبد الرحيم .(2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. دار الشروق للنشر والتوزيع.

- الزهراني، سعيد بن سعد، والغامدي، حصة بنت مسفر، وخياط، عبير بنت حسن، والكشكي، مجدة السيد علي، والعويشز، موضي بنت صالح، وبوسعيد، نرجس عبد الفتاح .(2020). العلاج النّفسي للأطفال. المركز الوطني لتعزيز الصّحة، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.

- زيادة، أحمد رشيد. (2014). علم النّفس العيادي. مؤسّسة الوراق للنشر والتوزيع.

- سالم، محمد شريف. (2008). الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء. دار العقيدة.

- سالمان، الشيماء محمود. (2023). فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في خفض شدّة أعراض اضطراب الفصام "دراسة حالة لأحد طلاب الجامعة". مجلة الإرشاد النّفسي بكلية التربية، جامعة المنيا، 9(15)، 1- 109.

- السحيم، بدر عبد الله. (2021). الاضطرابات النّفسية وعلاقتها بالسمات الشخصية لدى الدارسين في كلية الحاسب بجامعة القصيم (دراسة ميدانية في جامعة القصيم). المجلّة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، (22)، 306 -328.

- سري، إجلال محمد. (2000). علم النّفس العلاجي، ط2. عالم الكتب.

- سمور، سهير حسني.(2023). الإعاقة الذهنية والتطورية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد عبر الزمن(مراجعة منهجية). المجلة العلمية لكلية التربية – جامعة أسيوط،39(11)، 161-185.

- السيد، حنان سمير. (2015). الصّحة النّفسية (الإرشاد والتوجيه النّفسي). مكتبة بستان المعرفة.

- السيد، رشا سيد أحمد. (2022). فاعلية برنامج قائم على استراتيجية التعلم بالمشروعات في تنمية الوعي بالهوية الجنسية لطفل الروضة، مجلة الطفولة، (40)، 61 - 96.

- الشافعي، إبراهيم، ومتولي، أحمد. (2011). مشكلات الأبناء. مكتبة النهضة المصرية.

- شقير، زينب محمود. (2002). اختبار اضطرابات الأكل. مكتبة النهضة المصرية.

- صالح، علي عبد الرحيم. (2014). علم النّفس الشواذ ـ الاضطرابات النّفسية والعقلية. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- العاسمي، رياض نايل، وسلطان، ربى. (2020). علم النّفس الصّحة. منشورات جامعة دمشق.

- عبادي، عادل سيد. (2015). استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل لدى طالبات الجامعة. مجلة كلية الجامعة- جامعة أسوان، (30)، 358 - 399.

- عبد الحميد، إبراهيم شوقي، وعرابي، كريمة مختار. (2024). اضطرابات النوم وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، دراسة مقارنة بين الجنسين من طلبة الجامعة. مجلة دراسات نفسية، 34 (4)، 651 -703.

- العشماوي، ياسين محمود. (2022). أنماط التنشئة الأسرية وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة كلية التربية- جامعة المنصورة- (120)، 1519- 1550.

- عبد العاطي، منى كمال أمين. (2020). اضطرابات النوم وبعض الاضطرابات الانفعالية لدى المراهقين ذوي الإعاقة العقلية. مجلة كلية التربية- جامعة عين الشمس، (44، ج4)، 1991 - 278.

- عبد الله، محمد قاسم. (2009). أمراض الأطفال النّفسية وعلاجها، الطبعة الثانية، دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع، سورية، دمشق.

- عبد النبي، سامية محمد صابر. (2009). الكمالية العصابية (غير السوية) وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عيّنة من طلاب الجامعة. مجلة شعبة الدراسات النّفسية، جامعة المنوفية، (1)، 1 -37.

- عبد الواحد، هند إبراهيم عبد الرسول. (2013). اضطراب قلق الانفصال (الأم- الطّفل). دار الجامعة الجديدة.

- العبيدي، محمد جاسم. (2013). علم النّفس الإكلينيكي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

- عزب، حسام الدين محمود، وعبد الخالق شادية أحمد. (2003). اضطرابات النوم وعلاقتها بالنمط السلوكي للشخصية لدى عيّنة من طلاب الجامعة. المجلّة المصرية للدراسات النّفسية، 13 (41)، 99 - 184.

- عزت، باشا شيماء. (2015). الأمل وأساليب مواجهة الضغوط كمنبئات باضطرابات الأكل. مجلة حوليات مركز البحوث والدراسات النّفسية، 11 (1)، 1- 88.

- عسكر، عبد الله. (2005). الاضطرابات النّفسية للأطفال. مكتبة الأنجلو مصرية.

- العسكر، عهود بنت بشير بن سعود. (2011). فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحّد البسيط في مدينة الرياض، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النّفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

- عشعش، نورا محمود. (2011). فقدان الشهية العصبي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلبة كلية التربية، مجلة كلية التربية- جامعة بورسعيد، (9، ج2)، 404-437.

- العطية، أسماء عبد الله. (2008). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال. مؤسّسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

- عكاشة، أحمد، وعكاشة، طارق. (2010). الطب النّفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو مصرية.

- علي، أشرف محمد. (2017). الانحرافات الجنسية وسط الشباب الجامعي. مجلة الجامع في الدراسات النّفسية والعلوم التربوي، (7)، 258- 284.

- عليوه، سهام علي عبد الغفار. (1999). فاعلية كلّ من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال، أطروحة الدكتوراه، كلية التربية، قسم علم الصّحة النّفسية، جامعة طنطا.

- عواد، محمود. (2011). معجم الطب النّفسي والعقلي. دار أسامة للنشر والتوزيع.

– العواودة، سونيا يوسف. (2017). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصّحة النّفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحّد في محافظة الخليل، [رسالة ماجستير]، كلية الدراسات العليا، التوجيه والإرشاد النّفسي، جامعة الخليل.

– عوض، أحمد. (2015). الأمراض النّفسية الشائعة، أسبابها وكيفية علاجها. وكالة الصحافة العربية.

– العيدة، نور أحمد بحر. (2019). فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشَرَه العصبي والاندفاعية لدى عيّنة من المراهقات [رسالة ماجستير]. جامعة اليرموك.

– العين، بشيرة حسن ملو. (2015). أسرار الخوف عند الأطفال. دار أمجد للنشر والتوزيع.

– غانم محمد حسن. (2006). الاضطرابات النّفسية والعقلية والسلوكية. مكتبة الأنجلو مصرية.

– فاضل، ريما مالك. (2014). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحّد، [رسالة ماجستير]، كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة دمشق.

– فالح، حسين. (2013). علم النّفس المَرَضِي والعلاج النّفسي. مركز ديبونو لتعليم التفكير.

– الفخراني، خالد إبراهيم. (2015). أسس تشخيص الاضطرابات السلوكية. مكتبة طريق العلم.

– فرج، محمود إبراهيم، وعبد المقصود، أسماء عثمان، وعياط، أسماء سيد أحمد. (2023). اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالشَرَه العصبي لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلّة العلمية– كلية التربية– جامعة الوادي الجديد.

– فريح، فؤاد محمد. (د.ت)، محاضرات مادة علم النّفس السريري، الهستيريا – جامعة الأنبار.

– الفقيري، معتز فؤاد. (2016). فعالية مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض الفصام لدي الشباب. مجلة كلية التربية، (19)، 340 – 384.

– الفكي، أحمد محمد الحسن. (2023). فاعلية برنامج إرشاد نفسي في خفض التبوّل اللاإرادي لدى الأطفال. المجلّة العربية للنشر العلمي، 6 (60)، 58 – 69.

– القحطاني، نوف بنت شديد. (2022). مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية لحماية أطفالهن من اضطراب الهوية الجنسية، المجلّة العربية للنشر العلمي (48)، 586 – 620.

– كازدين، آلان. (2003). الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين (ط2). (محمد عادل عبد الله مترجم). دار الرشاد (العمل الأصلي نشر في 1995).

– كاظم، علي مهدي، وآل سعيد، تغريد بنت تركي. (2008). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين. مجلة الطفولة العربية، 9 (36)، 8–31.

– اللالا، زياد كامل وآخرون. (2011). أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

– مجيد، سوسن شاكر. (2010). التوحّد أسبابه–خصائصه– تشخيصه– علاجه، الطبعة الثانية، دار ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

– مجيد، سوسن شاكر .(2015). اضطرابات الشخصية، أنماطها، قياسها. دار صفاء للنشر والتوزيع.

– محبوب، حنان محمد أمين .(2025). فعالية برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي لتنمية رؤية الذات الإيجابية وخفض بعض أعراض اضطرابات الأكل لطالبات المرحلة الجامعية بالمملكة العربية السعودية. مجلة دراسات: العلوم الإنسانية والاجتماعية،52(2)، 135 – 157.

– محجوب، عماد عبد المقصود. (2022). كفاءة العلاج السلوكي للتبوّل اللاإرادي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة. المجلّة النّفسية لعلم النّفس الإكلينيكي والإرشادي، 10 (3)،431– 385.

– محمد الديب، عبير عرفة عبد العزيز. (2016). الضغوط النّفسية واحتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد والعلاقة بينهما في دولة الإمارات العربية المتحدة، [رسالة ماجستير]، كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

– محمد الشاطر، داليا مجدي محمود. (2020). أساليب المعاملة الوالدية كمتغيّر منبئ باضطراب الهوية الجنسية لعيّنة من الذكور. مجلة كلية الآداب، 51 (1)، 181 –238.

– محمد، أحمد علي بديوي. (2014). الأليكسيثيميا وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عيّنتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحّد والمعاقين عقليا القابلين للتعلم، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، 29، 305 –360.

– محمد، حسين عبد الفتاح. (2016). أنماط اضطرابات النوم لدى الأطفال التوحّديين ذوي نقص الانتباه المصاحَب بالحركة الزائدة ADHD مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، 81 –101.

– محمد، مريم أشرف عبد التواب، وشلبي أشرف محمد علي، وعزت، أحمد عبد العزيز .(2021). انتشار الانحرافات الجنسية والاكتئاب والقلق لدى عيّنة من المراهقين والمراهقات. مجلة الدراسات النّفسية المعاصرة، 3 (5)، 1– 44.

– محمد، هدى جمال.(2023). اضطراب بيكا لدى الأطفال وتشخيصه وعلاجه. مجلة الطفولة والتنمية،(46)، 51 –59.

– محمد، هشام عبد الحميد. (2023). التشوهات المعرفية كمنبئات ببعض اضطرابات النوم لدى عيّنة من المراهقين من الجنسين. مجلة كلية الآداب بقنا، 32 (58)، 900 –957.

– محمود شيماء بدري فكري. (2022). الاضطرابات النّفسية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية لدى أبناء مدمني المخدرات في مرحلة الطفولة المبكّرة. مجلة دراسات في الطفولة والتربية – جامعة أسيوط، (22. ج1)، 311 –371.

– محمود، نهاد عبد الوهاب. (2016). علم النّفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

– مخيمر، عماد محمد، ومحمد علي، هبة. (2006). المشكلات النّفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج. مكتبة الأنجلو مصرية.

– المدهون، عبد الكريم .(2015). فاعلية برنامج إرشادي للحد من المخاوف المَرَضِية وتحسين مستوى تقدير الذات لدى عيّنة من طلاب كلية التربية. مجلة الإرشاد النّفسي، مركز الإرشاد النّفسي، (43). 233 – 267.

– مصطفى، آية إبراهيم عبد الله .(2025). فاعلية برنامج لتنمية الثقة بالنفس في خفض المخاوف المرضية لدى أطفال ما قبل المدرسة. مجلة آفاق بحثية للعلوم الاجتماعية والإنسانية – جامعة بنى سويف، 2(1)، 555 – 794.

– مصطفى، فاروق أسامة. (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

– المعاضيدي، سفيان صائب. (2010). بناء برنامج إرشادي علاجي معرفي لمعالجة الاضطرابات الانفعالية. مجلة البحوث التربوية والنّفسية، (26)، 182 – 200.

– المقابلة، جمال خلف (2016) اضطرابات طيف التوحّد، التشخيص والتدخلات العلاجية. دار يافا العلمية.

– ملحم، سامي محمد. (2013). علم نفس الشواذ. الرضوان للنشر والتوزيع.

– ملحم، سامي محمد. (2015). الإرشاد النّفسي عبر مراحل العمر. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

– الموسوي، حسن السيد عزيز. (2015). الاضطرابات التالية للصدمة وعلاقتها ببعض المخاوف المَرَضِية. مجلة كلية الآداب، جامعة بنها، (40)، 1– 48.

– مونس، خالد عوض. (2023). فاعلية برنامج إرشادي قائم على السيكودراما في خفض درجة الرهاب الاجتماعي لدى عيّنة من طلاب المرحلة الأساسية العليا في محافظة الوسطى. المجلّة الدولية للدراسات التربوية والنّفسية، 12 (4)، 691 – 709.

– الميزر، هند عقيل. (2013). الجنسية المثلية "العوامل والآثار". مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، (34)، 2442 – 2475.

– ميسوم، ليلى. (2017). البنية النّفسية بين السواء والمرض. حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، (22)، 465 –484.

– ميموني، بدرة معتصم. (2011). الاضطرابات النّفسية والعقلية عند الطّفل والمراهق، (ط3، ديوان المطبوعات الجامعية).

– نصار، عصام جمعة. (2015). فاعلية برنامج تعليمي للمعلمات في كيفية تخفيف اضطراب الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة والاتجاه نحوهم، مجلة رسالة التربية وعلم النّفس (50)، 1 –22.

– نوفل، نوفل. (2014). تأثير الأسرة في صحّة الطّفل النّفسية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية – سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية 36 (6)، 89–114.

– نيكية، منال. (2017). التبوّل اللاإرادي: كرونوبيولوجية – نفسية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (12)، 81 –96.

– هاني، أحمد فخري. (2023). التشوهات المعرفية والصور الذهنية كمنبئين ببعض اضطرابات النوم لدى طلاب الجامعة من الجنسين. مجلة كلية الآداب بقنا، 32 (59)، 883–991.

– هيبة، حسام إسماعيل، وعبد الحليم، أشرف محمد، وهيبة، هاجر منير سيد. (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس رهاب المدرسة لتلاميذ المرحلة الابتدائية. مجلة الإرشاد النّفسي، (70 ج4)، 98 – 114.

-American Psychiatric Association .(2000). Diagnostic and statistical manual of mental *disorders* 4 th, ed. Washington.

-American Psychiatric Association .(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington.

-American Psychiatric Association .(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington.

- Association Française de personnes souffrant de Troubles Obsessionnels et Compulsifs. (2024). fiche d'informations sur le Trouble Obsessionnel Compulsif en milieu scolaire. Le TOC chez les enfants expliqué par une pédopsychiatre.

- Bergeret. J et al .(2012). Psychologie pathologique: théorique et clinique, 11éme édition , Elsevier Masson.

- Bhambhani, L. P., Kumari, R. , Tripathi,M .(2024). Exhibitionism Explored: Insights into the Deviant Act. The International Journal of Indian Psychology,12(3),2755 - 2766.

- Bonnet, A., Fernandez, L .(2017). 23 Grandes Notions de Psychopathologie Enfants, Adolescent, Adultes et Personne Âgée, 2e édition . Dunod.

- Borde,P. , Boutreux, C., Jouanneau, B .(2014). Referentiel de Psychiatrie, Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. Edition.fr. (Pufr) Presses Universitaires François-Rabelais.

-Challamel, M.J. , Franco,P., Hardy,M .(2009). Le sommeil de l'enfant. Elsevier Masson.

-Colafrancesco-Sauthier, S. (2024). Troubles du comportement alimentaire: l'approche du chirurgien-dentiste [Thèse de Doctorat en Chirurgie Dentaire]. Université Claude Bernard-Lyon 1.

- Cristian, D .(2019). Fetishist disorder. International Journal of Advanced Studies in Sexology,1(2), 73 - 77.

- Dalpé,C .(2021). Étude Des Processus Cognitifs Liés Au Soi Impliqués Dans Le Trouble Obsessionnel-Compulsif Chez L'adolescent, Doctorat En Psychologie, Université Du Québec à Montréal.

- Doucet,A .(2011). Les Différents Visages de La Phobie Scolaire Chez L'enfant, Doctorat en Psychologie, université du Québec.

- Facchi C, Fournier L .(2023). Comment j'explore... L'encoprésie chez l'enfant, le point de

vue pédopsychiatrique. Rev Médecine Liege 78(12),719 -724.

- Ferrari, P. (1993). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, édition Flammarion, Paris.

- Gregory AM., Sadeh, A .(2011). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. Sleep Medicine Reviews ,16(2), 36 -129.

- Jarvelin, M. R., Moilanen, I., Kangas, P., Moring, K., Vikevainen-Tervonen, L., Huttunen, N.-P, Seppanen, J .(1991). Aetiological and Precipitating Factors for Childhood Enuresis, Acta Paediatrica, *80(3), 361 -369.*

- Khatib, H., Boulet- Craig.A., Gagnon.K. , Godbout.R .(2018). Les troubles du sommeils chez l'enfant et l'adolescent atteints de troubles neurodéveloppementaux: une évaluation nécessaire en neuropsychologie. Neuropsychologie clinique et appliquée, 2, 34 -52.

-Lessard,S .(2024). Les Conséquences d'un Trouble des conduites Alimentaires sur la construction Identitaire des Jeunes, Maitrise en Psychoéducation, Université du Québec À Trois - Rivières.

-Mahir, N .(2018). La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital Ibn Nafis , Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Marrakeche.

-Malbos , D .(2023). L'énurésie de l'enfant. Actualités Pharmaceutiques, La Revue de L'équipe Officinale ,26(624 S)**,** 26-29.

-Mancini C, Van Ameringen M, Bennett M, Patterson B, Watson C.J .(2005). Emerging treatments for child and adolescent social phobia: a review. Journal of Child Adolescent Psychopharmacology.;15(4):589-607. doi: 10.1089/cap.2005.15.58.

-Matsumoto,D .(2009). The Cambridge Dictionary Of Psychology. Cambridge University Press.

-Miljkovitch, R, de Lajudie**,** M .(2009). Psychopathologie de L'enfant et de L'adolescent, 2ème Ed , Editor: Armand Colin.

-Mottrie,C. , Moureau, A., Duret,I., Delvenne,V .(2022). Troubles Des Conduites Alimentaires ET Périnatalité. Périnat,14, 34 - 40.

-Orejarena ,S.J., Purper-Ouakil,D .(2006). Trouble Obsessionnel Compulsif chez l'Adolescent: A Diagnostiquer et Traiter Précocement. Revue du Praticien - Médecine Générale 20(748):1199-1204.

- Petlovanyi,P., Tsarkov,A .(2020). Child Schizophrenia: Theory and Practice. *European Journal of Medical and Health Sciences,2(1),1-5.*

- Scheen, AJ .(2023). L'anorexie mentale: aux confins de la psychiatrie et de la médecine somatique. Rev Med Liege; 78: 5-6 , 369-375.

- Stiede Jordan T., Samuel D. Spencer, Ogechi Onyeka, Katie H. Mangen, Molly J. Church, Wayne K. Goodman, and Eric A. Storch .(2024). Obsessive–Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Annual Review of Clinical Psychology,356 - 380.

-Thomas Cascales, Jean-Pierre Olives , Mathilde Bergeron , Aure´lien Chatagner , Jean-Philippe Raynaud .(2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson: classification, sémiologie et diagnostic, Annales- Médico Psychologiques, 172, 700-707.

-TibleI,O .(2008). Phobie Sociale et Inhibition Comportementale Chez L'enfant et L'adolescent, Diplôme d'Etat de Docteur En Médecine. Université Bordeaux 2 – Victor Segalen.

-Veale, D . (2003). Treatment of social phobia. *Advances in Psychiatric Treatment, 9, 258–264.*

-Vera,L., Vera,L.P .(2010). Trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent. Annales Médico-Psychologiques, 168(2),163 -169.

-Vilela, J., Lamounier, J., Filho, M., Neto, J., & Horta, G .(2004). Eating disorders in school children. Journal Pediatric, 80 (1), 49-54.