

محاضرات في مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق
للسنة الثالثة علم النفس المدرسي - السداسي الخامس -
د. أسماء سعادو

مدخل

أولاً: اضطرابات النمو لدى الطفل والمراهق

ثانياً: اضطرابات السلوك

ثالثاً: الاضطرابات المعرفية

رابعاً: العصاب عند الطفل

خامساً: الذهان عند الطفل

سادساً: الحالات البينية

● **مشكلة السوي والمرضي عند الطفل والمراهق:**

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

يرى Ajuriaguerra أنه « إذا كانت مسألة السواء والمرض عسيرة الحسم عند الراشد فإنها أكثر تعقيدا عند الطفل لأنه ينمو وبالتالي فهو في حالة تغير للأعراض أو اختفائها والمهم هنا ليست الأعراض أو اختفائها وإنما تنظيم الشخصية (بنية الشخصية) الذي يعد بمثابة محك للتشخيص والتنبؤ، ونعرف تنظيم الشخصية من خلال دراسة معمقة ومن خلال تاريخ الفرد. فهناك العديد من العوامل المولدة للاضطراب عند الطفل لكن هذا لا يعني بالضرورة أنها تؤدي إلى عصاب أو ذهان، كما أن بعض حالات العصاب قد تتغير ويصحح مسارها خلال عملية النمو بشكل تلقائي أو بفضل تغيير ملائم (مثال عند دخول الطفل للروضة تظهر له أعراض وعند توقيفه تختفي الأعراض وهذا ناتج عن دخوله لعالم مختلف) أو بفضل تغيير ملائم في الظروف فكل مرحلة من مراحل النضج تحمل إمكانية صراع محتمل ولكنها تتضمن في الوقت نفسه إمكانية تجاوزه وبالتالي من العسير القول ما إذا كان الصراع سويا أو مرضيا إذا ما لم يدرج ضمن مرحلة نمو معينة وتأسيسا على هذا فإنه لا يمكن التمييز بين الصراع العابر والصراع المرضي إلا من خلال تاريخ الفرد الشخصي والنمط العام للوجود. فالمرض من منظور Ajuriaguerra " هو تلك الحالة التي يعجز فيها الطفل عن تجاوز صراعه أو التكيف مع العالم الخارجي ومطالبه وحاجاته الشخصية." ويقول Ajuriaguerra "الطفل يكون مرضي عاديا أو عادي مرضيا".

مرض عادي: هناك بعض السلوكيات تظهر عند الطفل تبدو متأزمة (مرضية) ولكنها عادية للنمو (العناد، قلق الشهر 8، أزمة المراهقة).

عادي مرضيا: سلوك وتصرف الطفل كالراشد في كل المواقف (لا يعيش مرحلة الطفل في اللعب).

مقياس السواء لدى الطفل هو مدى التقدم نحو النضج.

وتعتبر مسألة تحديد السوي من المرضي في مرحلة المراهقة صعبة وغامضة لتعدد السلوكيات المنحرفة أو الانفعالية وأخرى من الحياة تعتبر فاشلة

في مرحلة المراهقة، فلو اعتمدنا المقياس الإحصائي لاعتبرت سلوكيات المراهق سوية في حين تكون مرضية لو اعتمدنا المقياس الاجتماعي.

إن التساؤلات التي تطرح حول السلوكيات الصراعية لا تغير شيئا في تحديد السوي من المرضي عند المراهق لأن هذا الأخير هو راشد نسبي

ومؤقت. وأمام الطلب العائلي يتجه الأخصائيون إلى اتجاهين :

- علم نفس مرضي مرتبط بجداول عيادية خاصة تشخص الأعراض وفقها، غير أن الدراسات أكدت بأن أغلب هذه الأعراض ما هي إلا

تظاهرات نفسية مرحلية عابرة.

- إتجاهها يأخذ بعين الاعتبار معاش المراهق في المحيط الاجتماعي

فهل العرض عند المراهق ناتج عن مرض نفسي أو هو انعكاس لوضعية أسرية؟

يمكن الحديث هنا عن أزمة المراهقة التي هي مرحلة عابرة لكنها ليست مرضية، غير أن البعض يتكلم

عن أزمة مراهقة بطابع مرضي مما ألغى الحدود بين السوي أو المرضي.

● **معايير تحديد السواء:**

- **المعيار الذاتي** : يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسواء أو نقيضه.

- **المعيار الاجتماعي** : يتخذ من المجتمع (القيم والنظم الاجتماعية) أساسا للحكم، فالسوي المتوافق اجتماعيا والنقيض بالنقيض.

- **المعيار الإحصائي** : يتخذ المتوسط أو الشائع معيارا للحكم ، والا سوي هو المنحرف عن هذا المتوسط بالزيادة أو بالنقصان (منحني

قوس)

- **المعيار المثالي** : يتخذ من المثل العليا معياره واللاسواء هو الخروج عنها .



- المعيار الوظيفي : يعتبر مرضيا ما يؤلم الفرد او المجتمع .

- معيار التكيف : لا يعني تقبل قوانين وقيم المجتمع والإمثال لها بل يقصد به النشاط الذي يجعل الفرد مرنا قادرا على تحمل التغيرات والإجباطات وقادرا على الابتكار في حياته.

يمكن تحليل أبعاد سلوك الطفل المضطرب بالاعتماد على ما يأتي:

1- المعدل أو التكرار: ويعني عدد مرات وقوع السلوك عند الطفل.

2- الشدة: شدة السلوك الصادر من الطفل المضطرب، حيث تعتبر مهمة للتشخيص.

3- فترة بقاء السلوك: الفترة الزمنية التي يقع فيها السلوك عند الطفل.

لكن يجب الإشارة إلى أنه:

1- لكل مرحلة عمرية مجموعة من المشكلات الخاصة بها والتي من المفروض أن تزول تدريجيا في المراحل اللاحقة .

2- ينظر الناس الى أن مشكلات الأطفال طبيعية تزول عند الكبر، لذلك فهي لا تحتاج الى علاج، إلا أن هذا يعتبر خطأ شائعا، فترك هذه المشكلات دون تقويم قد يستمر إلى الكبر وبعضها يتطور إلى الأسوأ، وبعضها قد يزول تاركا وراءه جروح نفسية، لذلك لا يجب أن ننظر إلى مشكلات الأطفال باستخفاف خاصة إذا بلغت مستوى عال من الشدة.

أولا: اضطرابات النمو لدى الطفل والمراهق

1- اضطراب السيرة الغذائية عند الطفل والمراهق:

إن مكانة الاضطرابات الغذائية في علم النفس المرضي جد هامة لما لها من آثار متفاوتة على نفسية الشخص وعلاقته الخاصة مع الفضاء الخارجي، فالاضطرابات في حد ذاتها من قهيم عقلي (Anorexie) mentale ، نهام، شراهة وسمنة (Boulimie) وغيرهم أصبحت في الوقت الحاضر وحتى في الماضي مسألة أثارت فضول الكثير من الباحثين كل حسب اختصاصه، ولا تزال الى حد الآن تطرح التساؤلات حول نوعية التشخيص وأسباب ظهور هذه الاضطرابات، الذي يلمس بصورة خاصة الجسد وصورة الذات وللسلوكات الغذائية ثلاثة أبعاد:

✓ بعد بيولوجي: يتعلق بعلاقة الطاقة بالتغذية.

✓ بعد سيكولوجي: يتعلق بارتباط الضغط بالجوع وانخفاضه أثناء الأكل واللذة والتفاعلات أثناء التغذية.

✓ بعد اجتماعي-ثقافي: يتمثل في الممارسات العائلية الثقافية لسلوك التغذية.

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

1.1- تعريف عام:

إن اضطراب السلوك الغذائي يخص نوع من السلوك يتمحور حول الإدمان المرضى حيث الفرد يعطي وقتا هاما في أفكاره وأعماله للأكل والجسم لحد أن يصبح ذا طابع هاجسي لا يتحكم فيه مع ظهور نزوات مختلفة تجعل الفرد يقوم بتبليتها باستخدام الجسم كأداة تفرغ لما يعتبر حسبه كمضرم ومقلق.

2.1- أنواع اضطرابات السيرة الغذائية:

1.2.1- الإمتناع عن الأكل عند الرضيع :

يظهر بين الشهر 5 و8 في الوقت الذي يأتي فيه الفطام تميز بين نوعين من الإمتناع عن الأكل حسب سلوك الطفل أمام التغذية .
ففقدان الشهية عند الرضيع يعتبر حسب عدد كبير من الدراسات كغدية الرضاعة الاصطناعية ولا يظهر الا نادرا عند الاطفال الذين يرضعون الثدي فالام تتمسك بالكميات المسجلة في كوب الحليب دون مراعاة شهية الطفل وترغمه على اتمام الكمية.



الطفل يرفض والام تلح وترغمه بالقوة او الخداع مما يؤدي الى القيء عند الطفل . شيئا فشيئا يصبح صراع بين قوتين وارادتين تتجهان كل واحد يريد فرض ارداته على الاخر .

ان كل طفل له شهيته الخاصة عند الميلاد اطفال ياكلون بشراهة واخرون قليلي الشهية هذا النصف الاخير مؤهل الى اضطراب الشهية واذا كانت الام قلقة مهتمة كثيرا بهذه الوظيفة (الشهية الكبيرة تعتبر كمؤشر لصحة جيدة) فيضطرب الطفل .

ومن أنواع الامتناع عن الأكل عند الرضيع:

أ. **الإمتناع عن الأكل الجامد:** نلاحظ هنا نقص في الحيوية وسلوك سلبي من طرف الطفل اتجاه الوجبة المقدمة إليه ، أحيانا لا ييلع الأكل ، أو يتقيأ الجزء الأكبر منها .

ب. **الإمتناع عن الأكل الاعتراضي:** وهنا للرضيع رد فعل نشيط يتمثل في رفض الأكل والصراخ أو الإضطرابات والقيء يمكن أن يكون الامتناع عن الأكل هنا اضطراب بسيط كرد فعل للفطام ويظهر هنا كسلوك سلبي بالنسبة للتغذية فقط .

ج. **الامتناع عن الأكل الحقيقي:** يتميز بقوة العرض وهذا العرض ممكن أن يتمثل في رفض كلي للأكل والامتناع عن الأكل في كثير من الأحيان يكون مصحوب باضطرابات أخرى كاضطرابات النوم ، اضطرابات العضلات السارة، واضطرابات في السلوك.

ومن أسباب الامتناع عن الأكل عند الرضيع:

نجد أسباب الامتناع عن الأكل في مواقف الأم والبيئة بالنسبة للتغذية إذا كانت الأم في قلق أو متصلبة أو ملكية أو بالعكس متساهمة او رافضة يأخذ الامتناع عن الأكل معناه الحقيقي تجري العلاقات بين الأم والطفل على الطابع الفمي والتعبير الأساسي بين الأم والطفل في هذا السن هو قبول أو رفض الأكل .

و المواقف السلبية عند الأكل هي المواقف الفردية الوحيدة التي يأخذها الطفل أمام الراشد ،ورفضه أو سلبته في عندما يحدث تثبيت في المرحلة الفمية تكون بنية فصامية صراع راجع إلى مرحلة فمية مع الأم : الامتناع عن الأكل عند الفتاة .

البداية تكون متطابقة مع مواقف خاصة للأم فالأشكال العنيفة للامتناع عن الأكل تأتي في أغلب الأحيان كرد فعل واضح (حالة صراع في العلاقة مع الأم. وبالفعل فالأنماط الأولى للعلاقات بين الأم والطفل مرتبطة بالنشاطات الأكلية فالرضاعة الأولى للعلاقات بين الام والطفل مرتبطة بالنشاطات الأكلية فالرضاعة وسلوك الأم المتعلقة بما هي منبع لذة اشباع نرجسي ضروري لمكانتها كأم ولهذا يتكثف مجهوداتها كي يأكل الطفل أكثر وهذا الموقف ممكن أن يعيشه الطفل كعداوة وكقلق وفي هذا الحين يستعمل الطفل الامتناع عن الأكل كرد فعل عن ذلك وفي هذا الإطار يمكن أن تتكون شخصية الطفل على نمط مرضي .

1.2.2- الامتناع عن الأكل في الطفولة الثانية :

يكون في كثير من الأحيان تابع الامتناع عن الأكل في السادسة الثاني وله نفس المعنى أي اعتراضه للسلوك الغذائي المفروض في إطار العائلة :

- متطلبات كمية أو نوعية في الوجبة .
- سلوك الأولياء المتطلب... الخ

و كثيرا ما نرى في هذا السن ظهور تنظيمات سلوكية أخرى (منها التنظيمات الخوفية التي تتدخل مع السلوكيات الغذائية وفي هذه الحالة يظهر الامتناع عن الأكل ككره اختياري لبعض الأطعمة وهذا يؤدي إلى تكوين سلوك غذائي نهائي .

1.2.3- فقدان الشهية عند الفتاة الشابة:

يظهر هذا الاضطراب عند البنت خلال أو بعد بلوغها وهو اضطراب خطير يظهر الامتناع عن الأكل بصفة عامة عند البالغ أعمارهم ما بين (16- 20) سنة يجري التقليل في الأكل بصفة تدريجية وفي بعض الأحيان نتيجة لصدمة ، للفتاة الممتنعة عن الأكل نشاط عادي يزداد في

بعض الأحيان وفي الحقيقة سلوكها غير عادي فهي منزعة منطوية علاقتها مع العائلة تتضرر تدريجيا فنرى من جهة، هزال هائل: وجه شاحب ، هالات سوداء حول العينين ، خدود محفورة ، الوجه مجعد، ثدي مجعد ، ومن جهة أخرى انقطاع العادة الشهرية اضطرابات هضمية ، انخفاض في ضغط الدم .



بداية المرض:

تبدأ البنت في التقليل من الأكل غالبا بعد صدمة نفسية وتارة دون سبب معروف وبطريقة تدريجية، يشير الى ظهور الأعراض بعد اتخاذ حمية غذائية وتتابع الحمية رغم انخفاض الوزن وفي 40 بالمئة يظهر الاضطراب في حالة منافسة شديدة لا تستطيع البنت حلها بعد مرحلة أكل اختياري شيئا فشيئا تنقص الشهية ويتعود الجسم على الكميات القليلة ويحدث اشراط

خصائص المرض:

هناك ثلاث أعراض أساسية

. فقدان الشهية مع أعراض نفسية

. النحافة

. اختفاء الحيض

في الواقع قبل أن تفقد شهيتها البنت تصارع الجوع في تقليل دائم للأكل مع فكرة متسلطة "يجب ان ينقص الوزن" ومهما كانت نحافة الجسم فهي تراه سمين وهذا ما يجعلها تستعمل كل الوسائل للتقليل في الأكل-القيء-الرياضة-الأدوية.

الأعراض والمظاهر الخارجية:

لها رؤية مضطربة لجسمها، الجسم نحيف، الوجه مذبل ومتجعد، الأطراف باردة وزرقاء، سقوط الشعر.

أسباب الامتناع عن الأكل عند الفتاة:

الامتناع عن الأكل مفهوم نوعا ما دقيق عندما يحدث عند مراهقة لها بين (16-20 سنة) لم يتم هذا الامتناع عن الأكل بالضبط ولكن هو في الواقع اضطراب في علاقة الفتاة مع جسمها ويتعلق هذا الاضطراب بصراعات قديمة مع الأم. فهي غير قادرة أن تتقبل دورها الجديد في الميدان الجنسي التناسلي من جهة ومن جهة أخرى أن تندمج التغيرات الجسمانية من جديد فهي ترفض بصفة غير شعورية أنوثتها ورفض الأكل يمثل هنا دفاع ضد الغرائز الفمية وعملية الأكل مرتبطة باهتمامات جنسية وبصفة خاصة بالتلقيح عن طريق الفم والأكل. اذن هوامات الفتاة المصابة بالامتناع عن الأكل هي عبارة عن خوف من التلقيح والسمنة تمثل الحمل .

العلاج:

يستحيل العلاج في البيت وأغلبية المختصين يفضلون الاستشفاء في عيادة خاصة أمام انخفاض كبير للوزن أين يوضع المريض في عزلة وتقدم له حمية ومساعدة بالأدوية

يوصف أنواع من العلاج في حالة الامتناع عن الأكل عند الفتاة:

1 - **العزل isolement**: عموما يكون العزل الصارم ضروري ولا تكون للمريضة أي علاقة لها مع العالم الخارجي (لا زيارات لا مراسلة، لا امكانية هاتفية) ويكون هذا العزل مرفوق باعادة التربية الغذائية .

ب - **العلاج بالأدوية**: بهدف تقوية الجسم وإنعاشه وتنشيط المراكز التنظيمية للجوع .

ج - **العلاج النفسي**: التوصية (هي متابعة نفسية) هي استعمال العلاج النفسي مصاحب بالإسترخاء

د - **الاسترخاء**

و - **علاج المحيط العائلي** لتغيير اسلوب معاملته

ه - **علاج جماعي** لأولياء المصابة

ن - **العلاج السلوكي** مع تعزيز سلوك الغذاء

1.2.4- الإفراط في الأكل الشرهة **boulimie** والبدانة **obésité** :

هو اضطراب في الوظيفة الغذائية وينتج عنه ارتفاع في الوزن ، الطفل المفرط في الأكل يمتاز عموما بالسمنة ، ومن الصعب وصف شخصية نمطية للطفل السمين ولكن من المؤكد أن الغذاء عندما يأخذ معنى رمزي: ويكون القيمة الاستبدالية لعاطفة محبطة كما يكون القيمة للدفاع



ضد القلق أو أحيانا أيضا وسيلة سحرية للتسلط حسب نظرية (ميلاني كلاين) (استبدان الموضوع الخارجي يعطي للشخص سمات هذا الموضوع) وبالفعل عند الطفل المفرط في الأكل لاحظنا أن الأم عادة علاقة متينة مع الطفل فهي تحيطه برعاية مفرطة وتمنح له غذاء كثيرا في هذه الحالة يأخذ الغذاء قيمة انفعالية عند الأم ثم عند الطفل وعن طريق الأكل تعبر الأم عن عاطفتها وأحيانا أخرى يعتبر هذا كتخفيض لإحساسها بالذنب. على كل يظهر الغذاء وكأنه يستبدل الحب الذي لا تستطيع الام أن تعطيه بطريقة أخرى وفي هذه الحالة يصبح الغذاء يعادل الحب ويصح بالنسبة للطفل تعويض وراحة ويكون رد فعل هنا طلب متزايد للغذاء ورغبة في الإشباع .

تصيب الذكور والإناث على حد سواء تنتج البدانة عن المبالغة في الأكل ولا تعرف لها أسباب هرمونية يعتبر البدن أي طفل تجاوز ب 15 بالمئة من وزنه العادي الذي يناسب سنه وقامته وتختلف معايير البدانة حسب المحيط العائلي والثقافي وبعض المجتمعات العربية البدانة تدل على الصحة وإذا كانت الأمهات تشتكين من نحافة طفلهن فليس هناك واحدة تشتكي من سمنته والأم تفتخر لهذا معناها أنها نجحت في دورها كأم مغذية غير مدركة الآثار الصحية للبدانة.

أنواع البدانة:

. بدانة وراثية عضوية غير ناتجة عن ضعف هضم الدسوم

. بدانة لإفراط الشهية والشراهة لأسباب نفسية واجتماعية

. الشراهة بدون بدانة هي رغبة ملححة ومتسلطة تدفع بالفرد إلى الأكل لا لتهدئة الجوع بل لتهدئة القلق وتجد الفرد يتلع كميات غير معقولة من الأكل دون اختيار وبعدها يتقيأ لإفراغ معدته ليستعيد العملية مرة أخرى أو مرات حسب النوبة .

عموما المصاب بالشراهة يكتم السر ولا يطلب العلاج الا بعد أحداث فيزيولوجية خطيرة ينقل على إثرها إلى المستشفى وتكتشف الشراهة.

العلاج:

الحمية الغذائية لمساعدة الطفل والمراهق على التحكم في أكله وهذا دون تجويعه وبمشاركته النشطة يتعرف على المواد الغذائية ونوعيتها وسعرتها الحرارية وبمساعدة مختص في الغذاء يحدد وجباته

العلاج النفسي ويهدف إلى مساعدة الطفل على التعرف على معنى إحساساته وحاجته والا يستجيب لأي مثير بنفس الجواب على محيطه وتكوين علاقات مع أقرانه.

1.2.5- الشذوذ الغذائي: وينقسم إلى قسمين:

أ- الاجترار (القلس): يظهر هذا السلوك عموما خلال العام الأول، ويتعلق الأمر باضطراب هضمي وظيفي ويتميز بابتلاع كمية من الأكل ثم اجترارها بجهد إرادي: يمضغ الطفل الأكل ثم يتلعه ثم يعيده مرة أخرى . . . وهكذا .

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

ب- ابتلاع المواد الغير غذائية: PICA:

هو عبارة عن ابتلاع مواد غذائية مثل التراب - الطباشير- الفحم ، الصابون... الخ من طرف الطفل / في سن مبكر مرضى بيكا يعبر عن حرمان أمومي حقيقي أو خيالي ويعتبر دفاع مرضي ضد فقدان الموضوع، الأطفال اللذين يعانون من مرضى Pica عادة ما يكون لديهم مشاكل فمية أخرى (تثبيت في المرحلة الفمية كرد فعل للحرمان) والتنبؤ عندهم يكون خطير لأن مرضى Pica (يمثل التثبيت في مرحلة جد مبكرة) (عادة ينتمي هذا العرض إلى الحالات الذهانية)

2- اضطرابات النوم:

صعوبات النوم شائعة جدا منذ الميلاد حتى السن الخامسة، وهي ردود فعل طبيعية. ولا تعتبر اضطرابات إلا عند فقدان الطفل للقدرة على النوم أو الشعور باللامن خلال عملية النوم. وأكثر هذه الاضطرابات شيوعا الكوابيس والنوم القلق. تظهر الكوابيس عند ثلث الأطفال ما بين



3-10 سنوات وتبلغ ذروتها في 10 سنوات .يصاحب حرمان الطفل أو المراهق من النوم- إن كان لفترة قصيرة -شعور بالتعب والعياء وفقدان القدرة على التركيز واضطراب في المزاج، وتصاحبه كذلك تغيرات واضطرابات في نبض القلب ويصبح تخطيط المخ غير منتظم .وان طالت مدة الحرمان من النوم يصاب بفرط الاستثارة وسرعة الانفعال والقلق، وقد تظهر حتى الهلاوس والهذيانات .ولأن اضطرابات النوم متباينة كلياً، فإن أعراضها تتباين حسب نوع الاضطراب.

1.2- أنواع اضطرابات النوم:

1.1.2- الأرق:

هو أكثر اضطرابات النوم انتشاراً .وهو صعوبة الدخول في النوم، أو صعوبة الاستمرار فيه والميل نحو الاستيقاظ المبكر في الصباح والشعور بنوم خفيف وغير منعش .ويترتب على الأرق إجهاد وتعب خلال ساعات النهار مما قد يؤثر على أداء الفرد لوظائفه اليومية، ويحد الأرق لأطفال عاديين نتيجة ضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي، وربما لأسباب غير واضحة .وتشير الأبحاث إلى أن الأسباب الرئيسية للأرق تتمثل في الرغبات المكبوتة والشعور بالذنب والخوف والمضايقات.

يظهر الأرق لدى الرضيع ويعتبر كأرق مبكر ويمكن تلخيص أسبابه فيما يلي:

-إفراط النشاط وإثارة عصبية الطفل وإفلاقه يمنعه من النوم، كازعاج الإخوة لأخيهم.

-أخطاء الرعاية كالتغذية غير الكافية أو عدم تغيير الأفرشة والبطنيات وعدم احترام إيقاع نومه.

-حدث طارئ يتعلق بنمو الرضيع مثل ظهور الأسنان.

-خلل في العلاقة " أم - رضيع " ناجم عن عجز الأم عن فهم حاجات ونداءات الرضيع، أو ناجم عن

حالات قلق لدى الأم، أو استحوذها، أو الأم المهملة التي لا تحمي رضيعها من المثيرات المؤرقة مثل الضجيج والملل والإثارات.

بين سنة وثلاث سنوات صعوبة الدخول في النوم تكون كثيرة بسبب الخوفات وطقوس التنويمحيث انه في هذا السن يبرز أنا الطفل وتبرز اهتماماته وانفعالاته.

ملاحظات حول الطفل الذي يعاني من الأرق:

. سرعة التهيج

. الانفعال الشديد

. القلق الواضح

. شدة التوتر وكثرة البكاء

2.1.2- فرط النوم:

يعرف فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديد خلال النهار ومع نوبات من النوم أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة . عند الاستيقاظ لا يظهر على الطفل حالة الانتعاش أو الحيوية لما بعد النوم بل يبدو عليه نوم وخمول مع عدم القدرة على مقاومة العودة إلى النوم مرة أخرى.

وقد ترافق هذه الحالة عند الطفل حالة سمنة أو اضطراب.

3.1.2- الكوابيس الليلية: هي أحداث انفعالية تدور في أحلام النائم أي أنه حلم مخيف مرعب يراه الطفل أثناء نومه فيؤدي به إلى الانزعاج الشديد مع اليقظة وانقطاع النوم في اللحظة التي يبلغ فيها الخوف قمته ويبلغ الانفعال والهلع ذروته .يبدأ الأطفال بتذكر الأحلام المزعجة بدرجة بسيطة من عمر ثلاث سنوات، لكنها لا تكون مزعجة في تكرارها وحدتها .ويستطيع طفل الخامسة وصف محتوى الحلم المخيف بشكل تفصيلي شديد.

يصبح الكابوس مثيراً للاهتمام إن كان يتكرر وبفترات متفاوتة تؤدي إلى اضطرابات نوم الطفل.



4.1.2- الفرع الليلي: هو اضطراب في النوم يحدث فجأة في الجزء الأول من الليل بعد ساعة إلى ثلاث ساعات من النوم أي في المرحلة النوم العميق، وهو أكثر انتشارا عند الأولاد بين ثلاثة إلى ستة سنوات، فالطفل يستيقظ وهو يصرخ يجلس في سريره تبدو علامات القلق والخوف والرعب، مضطرب بادية على وجهه، عيناه مفتوحتان يتصبب عرقا، قلبه يخفق بسرعة، تنفسه شديد، ويبدو كأنه في حالة دفاع، كما لو انه يرى مشهدا مرعبا ولا يعرف الأشخاص من حوله ولا يستجيب لمحاولات تهدئته.

وقد يدوم هذا من خمسة الى عشرة دقائق و بمجرد انتهاء الرعب يعود تلقائيا للنوم وفي الصباح لا يتذكر اي شيء. ان الاسباب خاصة فيزيولوجية فهي ظاهرة افلات مخي أثناء المرور السريع من مرحلة النوم العميق إلى مرحلة النوم المتناقض حتى سن ستة سنوات، هو اضطراب شائع جدا وترجمته ترجع لمرحلة نضج مخي اين المخ قد بنى دورات النوم ولكن المرحلة الرابعة من النوم البطيء هي عميقة جدا أكثر منها عند الراشد والانتقال الى النوم المتناقض يكون غير ممكن او غير كامل الطفل لا يتمكن من الخروج من سيطرة المرحلة الرابعة ويفلت المرور بالنوم المتناقض

إذا دامت الأعراض للمراقبة قد تكون المشكلات النفسية تلعب دورا في ذلك ويلزم علاج خاص و من بينها الانفصال عن الأم وبعض المخاوف النهارية سواء من الحيوانات أشياء او أشخاص، الغيرة وولادة اخ جديد، بعد ست سنوات يتناقص الرعب الليلي واستمراره دليل على مشاكل نفسية خطيرة.

5.1.2- المشي أثناء النوم: الروبسة - السرمنة - التجوال الليلي:

يعاني العديد من الأشخاص من مشكلات متعددة تتعلق بالنوم من بينها الروبسة والمقصود بها ان الشخص يأتي أفعالا وهو نائم حيث يقوم الشخص بالتجول أثناء النوم ولا يدري ماذا كان يفعل وهو نائم بعد استيقاظه، تكون العينان مفتوحتان، التركيز والانتباه معدومان، تسودهما الوعي النسبي (لان الطفل يكون قادر على المشي والشرب ويعود مجددا الى النوم ما ان يطلب منه ذلك)، تصيب أطفال بين عمر (3،7) سنوات ولذلك قد تحدث في الطفولة وتختفي مع البلوغ او تقل في عمر 12،13،14، سنة تبدأ بالزوال. يعاني الأولاد لاسيما الفتيان بشكل خاص لأسباب مجهولة من الروبسة من سن اربعة سنوات حتى فترة النضج، تبدأ هذه المرحلة باكرا في الليل (بعد النوم بساعتين) تقريبا وقد يتجدد مرات عديدة.

. ترافق فترات الروبسة مخاوف ليلية وهي ظاهرة تختفي من تلقاء نفسها ولا تتطلب علاجا، الذعر الكلام خلال النوم، الصراخ، الضغط على الاسنان، وتستمر النوبة من 30 ثانية الى 30 دقيقة وتميز بيقظة الجسد دون العقل او فقدان القدرة على تهدئة اعضاء الجسم أثناء النوم .

صاحب هذه المشكلة لا يؤدي نفسه عادة ولا يخرج نفسه قد يخرج يطبخ ويقود السيارة ولا يصيبه مكروه الا نادرا، لانه أثناء النوم العميق اجزاء كبيرة من الدماغ تشتغل ويستطيع ان يرى ويسمع، لكن الذاكرة لا تسجل أي شيء لذلك عندما يصحو لا يتذكر شيء. وبين علماء النفس ان : الكلام أثناء النوم يعتبر حالة من التنفيس الانفعالي يعكس مشكلات مكتومة لدى الشخص وسيلة للهروب من مواجهة الواقع والأطفال أكثر تعرضا لذلك لأنهم لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم أثناء اليقظة قد يرتبط بعدم النوم العميق، كما ان المشي والكلام أثناء النوم يتعرض لها الناس الأكثر تحفظا على المستوى الشعوري. على الرغم من ذلك الكلام أثناء النوم لا يعتبر مرضا أو اضطرابا، قد يرتبط عند الأطفال بعدم النوم العميق (ليس مرضا)، أما الشباب أو الكبار بشكل عام فالمشي لديهم حالة مرضية.

6.1.2- صفير الأسنان: يتعلق الأمر بسلوك حكّ الأسنان في بعضها أثناء النوم، يبدو الأمر بسيطا لكنه يحدث إزعاجا للمحيط ويصبح خطيرا لأنه يؤدي إلى إصابات على مستوى الأسنان.

2- أسباب اضطرابات النوم:

يمكن تقسيم أسباب اضطرابات النوم إلى قسمين :القسم الأول خاص بالعوامل العابرة أو المؤقتة، والقسم الثاني خاص بالعوامل المزمنة أو المستمرة.



- الأسباب العابرة : تضم ما يلي:

- تعاطي المواد المنبهة أو المنومة، لأي سبب من الأسباب، يسبب عسر استحضار (الأرق) أو مقاومة النوم (الإفراط)، مثل المنشطات والأدوية المنشطة أو المنبهات كالكهوه والشاي والتبغ، والأدوية المنومة أو المخدرات والخمور، خاصة لدى الأطفال والمراهقين غير المعتادين عليها. وتزداد احتمالات مشكلات النوم خاصة إذا حدث ذلك في المساء، أو قبل النوم بقليل، أو في توقيته.

- بعض الأمراض الجسمية الأليمة العارضة كآلام الأسنان أو الغازات أو المعدة، أو أمراض الأطفال التي تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة. وقد تؤدي إلى كثرة الاستيقاظ أو النوم غير المريح.

- تعاطي أدوية علاجية (لأمراض معينة) ذات آثار جانبية تخل بوظيفة النوم، تؤدي إما إلى الأرق أو فرط النوم كما في بعض أدوية الحساسية.

- بعض الصعوبات اليومية العابرة، وضغوط الدراسة، خاصة الامتحانات.

- في حالة ولادة مولود جديد، أو تغيرات في الظروف المعيشية للأسرة عموماً.

- عوامل خارجية كالضوضاء، والسفر من مكان إلى مكان خاصة عند وجود فروق في التوقيت.

- أساليب تربية خاطئة مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة نحو وقت مدة النوم واجبار الطفل على النوم حسب ظروف محددة ومتصلبة، أو استخدام النوم كتهديد وعقاب.

- العوامل المزمنة :تضم ما يلي:

- أسباب عصبية : كأمراض المخ و الجهاز العصبي المزمنة مثل مرض باركنسون أو الشلل الرعاش، أو أورام المخ التي تؤدي إلى فرط النوم (الغيبوبة).

- الأمراض الجسمية : الشديدة والمزمنة كأمراض القلب، والجهاز التنفسي والجهاز البولي، والجهاز الهضمي، الآلام الروماتيزمية... إلخ. وهي تؤدي في الغالب إلى الأرق وعدم الاستقرار في النوم، واضطراب مواعيد النوم، وفرط النوم كنوع من التعويض في بعض الأوقات.

- الأمراض النفسية والعقلية : كالإكتئاب الذي يؤدي إلى اضطراب النوم ويكون غالباً على هيئة أرق، والهوس الذي يؤدي إلى استمرار الأرق لمدة طويلة، والفصام الذي يؤدي إلى فرط النوم (الغيبوبة .) او القلق والخوف الذين عادة ما يؤديان إلى الأرق واضطراب موعد النوم واليقظة.

3.2- علاج اضطرابات النوم:

يختلف العلاج باختلاف نوع الاضطراب (تفريط أم إفراط النوم) وباختلاف درجة الاضطراب (مؤقت أم مزمن ومستمر) وباختلاف العوامل المسؤولة عنه (عضوية أم نفسية أم بيئية) وباختلاف العمر (رضيع أم طفل أم مراهق).

- العلاج العضوي : في الحالات التي يوجد فيها سبب عضوي يقف خلف اضطرابات النوم . يتم علاج المرض العضوي لكي تخف مشكلات النوم أو تختفي، كعلاج الأمراض الأليمة.

- العلاج الدوائي : باستخدام الأدوية النفسية لعلاج القلق أو علاج الاكتئاب، أو الأدوية المنومة (الأرق) أو الأدوية المنشطة (الغفوات). لكن هذه الأدوية خطيرة على سلامة الوظائف العقلية للطفل وعليه لا ينبغي اللجوء إلى مثل هذه الأدوية إلا في حالات الضرورة القصوى، ولفترة قصيرة.

- العلاج النفسي : يتم من خلال عملية التفريغ الانفعالي والتعرف على الصراعات والاستبصار بها، وهو ما يساعده على استعادة استقراره النفسي واستعادة نموه الطبيعي.

- العلاج السلوكي : التعديل السلوكي ناجع، خاصة في حالة الأطفال الصغار الذين لم تترسخ عاداتهم السلوكية السيئة المرتبطة بالنوم بدرجة كبيرة. ومن الإجراءات السلوكية المفيدة في هذا الصدد التدريب على تمرينات الاسترخاء سواء كان الاسترخاء عضلياً أو عقلياً. وتمرنات



التنفس البطني العميق لمن يجدون صعوبة في النوم. وكذلك إخماد السلوك غير المرغوب فيه من خلال الدعم السلبي. كما يستخدم السلوكيون أسلوب المكافأة الذاتية عندما ينجح الفرد في إحداث تغيرات مؤثرة في حياته والتغلب على مشكلات النوم.

3- اضطرابات الإخراج:

1.3- التبول اللاإرادي:

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

✓ حسب ظهور التبول اللاإرادي نميز:

-التبول اللاإرادي الليلي وهو الأكثر انتشارا

-التبول اللاإرادي النهاري

-التبول اللاإرادي المزوج (ليلي / نهارى)

✓ حسب السيورة التطورية نميز:

-التبول اللاإرادي اليومي (الطفل يتبول كل يوم)

-التبول اللاإرادي غير المنتظم

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

-التبول اللاإرادي العرضي (يكون بعد حدث معين)

✚ **تبول أولي**: وهو يشكل ما يقارب 80% من حالات التبول. سمي أوليا لأن الطفل لم يتحكم في البول منذ ميلاده. أرجع **دوشى**

Duché سببه إلى تماون الأم التي عودت الطفل على البلل مما جعله لا يبرز منه ولا يستيقظ حين يبلل بطنائه. يظهر التبول الأولي أيضا عند الطفل المدلل الذي يبقى طفوليا و يفضل أن يبقى " الصغير الأبدى " يمكن أن يعزى أيضا في بعض الحالات إلى التعلم المبكر و المتصلب للنظافة مع استحواد الأم ، حيث يظهر التبول الاعتراضي والانتقامي ، كما يظهر لدى الأطفال عميقي النوم ، و يقول كثير من الأشخاص أنهم حلموا بذهابهم إلى المراض و قضاء حاجتهم فيه.

ويكون العلاج النفسي للمساعدة والذي يحتوي على نصائح تربية هو الأحسن، إذا كانت الحالة غير خطيرة يجب قبل كل شيء زوال الشعور بالذنب عند الوالدين و الأطفال و بعد ذلك نعلم الطفل التحكم في عضلاته الصارة وهذا في حالة تبول لإرادي أولي .

و في حالة تبول لإرادي ثانوي العلاج السلوكي له حظوظ للقضاء على الاضطراب .

و إذا كانت الحالة راجعة إلى نكوص مهم جدا علاج التحليل النفسي يصبح ضروري .

✚ **التبول الثانوي**: يعاني منه 10% من الأطفال الأقل من 15 سنة ، 1% منه فقط يبقى إلى الرشد. يظهر عند الطفل بعد اكتسابه

التام للنظافة .وهو- عموما -نتاج صدمات (أمراض أصابت الطفل، مرض الأم، ميلاد أخ، دخول المدرسة... إلخ) يزول هذا التبول عادة بعد زوال الظروف المنتجة له، خاصة إذا كان المحيط متفهما ومرنا كما يزول مع النضج الوجداني للطفل.

و يمكن أن نجد التبول كعرض لبعض الاضطرابات العصابية والذهانية والتخلف العقلي أيضا. مهما كان نوع التبول فإنه يتدعم دوما بعوامل نفسية تختلف معانيها حسب الحالة وخصائصها الداخلية والخارجية، لذلك يتطلب فهم ظاهرة التبول دراسة معمقة تغوص في الظروف الخاصة و الظروف المشتركة بين الحالات .عموما ، يمكن أن يعبر التبول عن قلق أو صراعات داخلية أو محاولة يائسة لجلب اهتمام الوالدين، و تارة يعبر عن عدوان (شعوري)أو نكوص إلى مرحلة مبكرة لإعادة الاهتمام والانتباه إليه خاصة عقب ولادة أخ أو عقب صدمة (نفسية، اجتماعية...).



2.3- التبرز اللاإرادي: اضطراب وظيفي يصيب الإخراج الشرجي، يشخص عند الأطفال ذوي عمر عقلي يفوق الأربع سنين. يحدث التبرز أثناء اليقظة (نهاراً) وهو لإرادي وغير مضبوط .يكون في الملابس أو على الأرض. يحدث على الأقل مرة كل شهر خلال عدة أشهر . أما في الليل فيبقى الطفل نظيفاً.

يظهر التبرز لدى 1% من الأطفال البالغين 05 سنين، وهو عند 3 إلى 4 ذكور مقابل فتاة واحدة. ويرافقه التبول عند 21% من .تتباين أماكن التبرز من الانفراد في الغرفة إلى التبرز في القسم إلى التبرز بمجرد العودة إلى البيت .هناك تبرز أولي يخص الأطفال الذين لم يكتسبوا أبداً القدرة على التحكم في فضلاتهم بصفة ثابتة، وهناك تبرز ثانوي يخص الذين تحكّموا سابقاً في عملية الطرح لعدة أشهر . في أغلب الأحيان نجد ردود فعل المحيط متمثلة في التخلي عن الطفل المتبرز من قبل العائلة والأزواج .وسخ الفضلات وتنتانتها التي لا يتقبلها المحيطون تعيق إمكانية التسامح النفسي وتقوده إلى سلوكيات إنكارية للأثار الملموسة لاضطرابه (إخفاء الملابس المتسخة)... بالنسبة للتبرز ذي الأسباب النفسية، يقدم عمل علاجي على الطفل والعائلة أيضاً، يعمل على تحسين وتقوية العلاقات الأسرية الودية الإيجابية، والعمل على اكتساب الطفل استقلالية في تسيير اضطرابه (الذهاب إلى المحبسة أو المرحاض) ، والرفع من قيمة اتجاهاته الاجتماعية والرياضية والمدرسية .بالإضافة إلى إجراءات تمس التغذية.

ثانياً: اضطرابات السلوك:

الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً- بصورة واضحة -عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه. وهو حسب هويت ينحرف عما هو متوقع بالنسبة للعمر الزمني والجنس والوضع الاجتماعي، بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته.

1- الكذب:

يعرف الكذب بأنه القول الذي لا يطابق الواقع، يتعمده الشخص بقصد تضليل الغير وخداعه، أو إخفاء الحقيقة لأي سبب من الأسباب . وغالباً ما يستخدمها الطفل أو المراهق بهدف التخلص من العقاب. يؤدي هذا السلوك إلى العديد من المشكلات الاجتماعية مثل السرقة و الخيانة، والكذب يشمل القول والسلوك .وهو ليس فطرياً، بل هو مكتسب بالتعلم من البيئة المحيطة. ويعتبر أساساً أو رفيقاً أو حامياً أغلب السلوكيات المضطربة أو المنحرفة أو غير السوية .رغم أن الكذب سلوك غير سوي إلا أنه يعد ظاهرة طبيعية في السنوات الأولى من عمر الطفل.

1.1- أنواع الكذب:

- الكذب الخيالي: وهو شائع في الطفولة الأولى، إذ نجد الطفل ينس قصصاً حول مواقف أو أحداث خيالية لا وجود لها في الواقع .ويعزى هذا الكذب للأسباب الآتية:

-عدم قدرة الطفل في السن قبل الخامسة على التمييز بين الحقيقة والخيال.

-عدم إدراك الطفل لماهية الكذب، وسماعه للحكايات الخرافية وتعبيره عن الأحلام والأمنيات.

لا تصنف هذه التخيلات الطفولية ككذب ولا يخشى على الطفل منها، ولكن على المرء أن يربط الطفل من حين لآخر.

- الكذب التعويضي والإدعائي: يلجأ إليه الطفل حين يشعر بالنقص وبأنه أقل ممن حوله، أو لكسب الإعجاب والإطراء من والديه، خاصة حين يفشل في الوصول إلى توقعاتهما في عمل معين.

- كذب الاستحواذ: يظهر لدى الطفل الذي يعاني من قسوة والديه ومن انعدام الثقة بينه وبينهما، ومن حرمانه من أشياء كثيرة يرغب في امتلاكها، لذلك يلجأ إلى الكذب للحصول على هذه الأشياء .حين يفقد الطفل الثقة في البيئة المحيطة به ويشعر بالحرمان ربما يميل إلى هذا النوع من الكذب لامتلاك أكبر قدر من الأشياء التي يرغب به.



- وهذا النوع يحتاج للاقترب وجدانيا من الطفل وإشعاره بالثقة والأمان وتفهم احتياجاته حتى لا يضطر للاحتيال للحصول عليها.
- **كذب المحاكاة أو التقليد** : حيث يقلد الطفل أحد أبويه في المبالغة عند الحدي . وقد يكذب الأطفال لأنهم اعتادوا أن الكذب سلوك مقبول في الأسرة إذ يكذب البالغ في حضور الطفل أو عليه أو يطلبون منه النياية عنهم في الكذب.
 - **الكذب للفت الانتباه**: يستخدمه الطفل الأناني المدلل أو الطفل المنبوذ.
 - **كذب الكراهية والانتقام**: الدافع وراء هذا النوع من الكذب مشاعر الحقد والغيرة والكراهية وهو شائع بين الاخوة. وفي المدارس.
 - **الكذب الدفاعي**: هذا النوع من الكذب يشكل حوالي 70 % من الكذب عند الأطفال خاصة فوق سن السادسة، وهو بذلك يعتبر أكثر أنواع الكذب شيوعا. يهدف الطفل من خلاله إلى دفع الأذى ومنع عقوبة متوقعة قد تسلط عليه هو أو على أشخاص آخرين.
 - **الكذب المرضي المزمن**: وهو الكذب المتعمد المزمن حي يجد الطفل نفسه مدفوعا إلى الكذب لا شعوريا. يكذب في أغلب المواقف حتى يصبح الكذب أحد سماته التي يشتهر بها. هذا الكذب عنصر ضمن منظومة سلوكية مضطربة مثل السرقة والعدوان. وهذه الحالة تحتاج إلى العلاج النفسي والاجتماعي المتخصص.

2.1- أسباب الكذب: توجد أسباب عديدة لكذب الأطفال:

- عدم إشباع الحاجات الأساسية.
- التنفيس عن المكبوتات، والإنكار كطريقة لتجنب الذكريات المؤلمة والمشاعر والخيالات.
- تقليد سلوك الراشدين.
- التفاخر أو التباهي كي يحصل على الإعجاب و الاهتمام.
- العدوانية تجاه الآخرين.
- تشويه صورة الذات
- عدم الثقة
- الدفاع عن النفس هربا من النتائج المؤلمة نتيجة عمل غير مرضي قد قام به حتى يتجنب للعقاب.
- عدم مراقبة الوالدين لسلوك الأبناء والتدقيق هل هو صادق أم كاذب.

2- السرقة:

هي أن يأخذ الطفل شيئا ليس من حقه، ولكن لا يوصف السلوك عند الطفل بأنه سرقة إلا إذا عرف أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه وأنه سوف يعاقب عليه. تشيع حوادث السرقة البسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة، وتبلغ ذروتها بين ال 05 و 08 سنوات من العمر ثم تبدأ بالتناقص. وينمو الضمير عند الأطفال بشكل بطيء كلما ابتعدوا تدريجيا عن اتجاه التمرکز حول الذات والإشباع الفوري لدوافعهم. ومن بين جميع المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة تعد السرقة أكثرها إثارة لقلق الآباء حي يرونها نموذجا للسلوك الإجرامي مما يولد الخوف لديهم من مستقبل أبنائهم ومكانتهم الاجتماعية.

1.2- دوافع السرقة:

- هناك أسباب كثيرة تؤدي إلى السرقة منها:
- قد تكون نتيجة حاجة مادية بسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها.
 - التنشئة الاجتماعية الغير سوية وأساليب معاملة الوالدين غير المناسبة فيلجأ إلى السرقة نتيجة القسوة والعقاب.
 - غياب التوجيه في الأسرة وعدم وجود معايير أخلاقية.
 - الرغبة في الامتلاك،
 - تغطية الشعور بالنقص والتعويض عن غياب أحد الوالدين أو كليهما.
 - جذب الاهتمام الوالدين حتى لو كان عن طريق العقاب فهو يريد أن يكون في دائرة وعيها.



-الإثارة والفعل الدرامي والمغامرة.

- قد تكون السرقة علامة عن توتر داخلي عند الطفل مثل الاكتئاب أو الغيرة.

- هوس السرقة يعني حالة مرضية يسرق فيها أشياء لا يحتاجها ولا قيمة لها عنده ومع ذلك يسرق. ويسرق في شكل نوبات ، في كل نوبة يشعر بتوتر شديد قبل ارتكاب فعل السرقة ولا يخف هذا التوتر إلا بعد تنفيذ السرقة ربما يشعر بالندم بعد ذلك لكنه مع هذا يعاود هذا الفعل القهري مرات ومرات .هذه الحالات تحتاج للعلاج الطبي والنفسي.

2.2- العلاج:

-إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية بدرجات معقولة.

-حين يقع الطفل في خطأ السرقة على الوالدين أن يجلسا معه ويتفهما ظروف وملايسات هذا الفعل، وتعريفه بأن هذا السلوك غير مقبول دنيا واجتماعيا وأن يطلب المساعدة ممن حوله خصوصا والديه عند تعرضه لمواقف صعبة تواجهه .مع التلميح بالعقاب في حالة تكرار السلوك ويكون العقاب مناسبا للمرحلة العمرية التي يمر بها.

-عدم معايرة الطفل بفعل السرقة أمام إخوته.

- حين تصبح السرقة سلوكا متكررا أو مزمننا وفشلت جهود الوالدين يجب عرض الطفل على طبيب نفسي أو أخصائي نفسي لدراسة الحالة واكتشاف الاضطرابات المرضية أو المشكلات التربوية الكامنة خلف هذا السلوك.

3- العدوانية:

العدوان سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر أو الأذى بالآخرين وقد ينتج عن العدوان أذى يصيب إنسانا أو حيوانا كما ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات ويكون وراء دافع العدوان دافع ذاتي حيث أن سلوك العدوان يظهر غالبا لدى جميع الأطفال، وبدرجات متفاوتة ورغم أن ظهور سلوك العدوان لدى الإنسان يعد عاملا أو دليلا على أنه لم ينضج بعد بالدرجة الكافية التي تجعله ينجح في تنمية الضبط الداخلي اللازم للتوافق المقبول مع نظم المجتمع، لا ينبغي أن ننزعج عندما نشاهد بعض أطفالنا ينزعون نحو السلوك العدواني، ويرى البعض أن وجود العدوان البسيط لدى الناشئين في مرحلة الطفولة والمراهقة دليل النشاط والحيوية، بل أنه أمر سوي ومقبول، وأن السلوك العدواني يأخذ في التضائل والانطفاء كلما كبر الطفل وتوافر له المزيد من جوانب النمو في جوانب شخصيته المختلفة في النواحي الجسمية، حيث يكتسب الثقة في قدراته العضلية وفي النواحي العقلية.

والسلوك العدواني هو تصرف سلبي يصدر من الطفل تجاه الآخرين ويظهر على صورته عنف جسدي أو لغوي أو بشكل إيماءات وتعابير غير مقبولة من قبل الآخرين.

1.3- أسباب العدوانية:

- شعور الطفل بأنه مرفوض اجتماعيا من قبل أسرته أو أصدقائه أو معلميه نتيجة سلوكيات سلبية صادرة من الطفل ولم يتم التعامل معها بالصورة الصحيحة في حينها.

- التشجيع من قبل الأسرة للسلوك العدواني باعتباره دفاعا عن النفس.

- شعور الطفل بالنقص نتيجة وجود عيب خلقي في النطق أو السمع أو أي عضو آخر من جسمه أو نتيجة لتكرار سماعه للآخرين الذين يصفونه بالصفات السلبية كالغباء أو الكسل أو غيرها من الأوصاف السيئة على نفس الطفل

- تقليد الطفل لمن يراه مثله الأعلى وقد يكون من الأسرة أو صديقا له أو من الشخصيات الكرتونية التي يشاهدها ويتعلق بها

- عدم مقدرة الطفل عن التعبير عما بداخله من أحاسيس وعجزه عن التواصل لأسباب قد تكون نفسية كالانطوائية أو لغوية كأن يتحدث الطفل بلغة مختلفة عن من يتعامل معهم خلال وجوده في المدرسة

- شعور الطفل بالإحباط والفشل نتيجة عدم قدرته لإنجاز بعض المهام أو التأخر فيها يجعله يعبر عن تصرفاته بالعدوانية

- كبت الطاقة الكامنة في جسم الطفل من قبل الأسرة أو المدرسة مما يدفع الطفل إلى إفراغ هذه الطاقة بصورة عدوانية على غيره



- تعرض الطفل نفسه للقهر والعدوانية من قبل الآخرين.
- سوء التنشئة الاجتماعية، وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة.

2.3- أشكال العدوان عند الأطفال:

- **العدوان اللفظي:** يتمثل في الصراخ- الكلام البذيء- الإغاضة- الصباح- الشتم- استخدام كلمات وجمل التهديد- وصف الآخرين بالصفات السيئة وإظهار العيوب.
- **العدوان التعبيري:** إدلاع اللسان من الفم- إظهار حركة قبضة اليد- أحيانا البصاق
- **العدوان الجسدي:** استخدام القوة الجسدية- ركل- ضرب بالأيدي- استخدام الأظافر أو الأسنان
- **العدوان العشوائي:** عدوان مباشر ضد الأشياء- إشعال الحرائق- تكسير أشياء وإلقاؤها- رميها- الكتابة على الجدران¹.
- **العدوان نحو الذات:** كأن يمزق الطفل ملابسه أو كتبه أو يشد شعره أو يضرب رأسه بالحائط.. وهذا يدل على اضطراب في السلوك
- **عدوان التخريب:** رغبة الطفل بالتدمير وإتلاف الممتلكات الخاصة بالآخرين. ألعاب- أثاث- كتب- ملابس- ويتفاوت الأطفال في ميلهم نحو التدمير.
- **عدوان الخلاف والمنافسة:** هو بصورة عابرة ووقتيّة نتيجة خلاف ينشأ أثناء اللعب أو المنافسة، مثل هذا ينتهي بإنهاء الحديث أو بالهجر بين الأطفال لعدة أيام.

3.3- العلاج:

- **العلاج الأسري:** يتم في جلسات متعددة يقوم بها معال متخصص في العلاج الأسري.
- **علاج نفسي جمعي** للأطفال أو الوالدين مع آخرين لديهم مشكلات متشابهة مع أبنائهم.
- **العلاج المؤسسي** بانتزاع الطفل من البيئة المضطربة التي تعلم فيها السلوكيات المرضية
- **العلاج بالعقاقير**
- **إرشاد الأسر بطريقة التعامل مع هذا السلوك.**

ثالثا: الاضطرابات المعرفية:

- هو اضطراب على مستوى الوظائف النفسية كالإدراك والتفكير والتذكر والقدرة على السيطرة على دوافع الفرد وتوجيهها وجهة ملائمة وهي نمط غير توافقي لإدراك الفرد وتواصله وتفكيره في بيئته وفي نفسه، وهي أنماط سلوكية تظهر وتعكس انحرافات ذات دلالة ومميزة عن سلوك الشخص العادي، يؤدي الاضطراب المعرفي إلى انخفاض في الأداء العقلي وضعف الذاكرة وصعوبة التعبير عن أفكار الفرد أو فهم خطاب شخص آخر أو ضعف التركيز، وتعتبر الاضطرابات المعرفية من الاضطرابات النفسية التي تسببها مشاكل في الأداء الطبيعي للوظائف المعرفية الأساسية، وتولد مشاكل في الوظائف المعرفية الأخرى، وتنقسم إلى قسمين:
- اضطرابات معرفية تؤدي إلى تشويه الواقع.
 - اضطرابات معرفية لا تؤدي إلى تشويه الواقع.
- 1- اضطرابات معرفية تؤدي إلى تشويه الواقع:** تندرج هذه الاضطرابات تحت ما يعرف باختلالات ذهانية، تتصف بانعدام استبصار الفرد لحالته المرضية واضطراب عميق في القدرة على تقدير الواقع، وبانحلال الشخصية وتفككها ومن بين هذه الاضطرابات في هذه الفئة:
- أ- اختلالات الإدراك: وتتضمن:**

¹أميرة الديدب: أسس بناء القيم الخلقية في مرحلة الطفولة، مكتبة الأسرة: القاهرة 2002م، ص 132



- **الهلاوس:** وهي ادراكات حسية لا يقابلها مثير خارجي، قد تكون سمعية تتضمن الموسيقى، الأصوات التي تتحدث ببذاءة أو بصورة ودية، أو أصوات تصدر أوامر للمريض أو توجه إليه الاتهام أو تتحدث وتشبه بما يفعله، وقد تكون بصرية كأن يرى الشخص أنماط منظمة من الألوان أو كتابة بخط اليد على الحائط، أو هلاوس شمعية، تذوقية أو لمسية.
- **اختلالات للإحساسات السوية:** وتقع في أي قناة من القنوات الحسية فقد تظهر الأشياء أصغر حجما، أو تبدو الأصوات آتية من مسافة بعيدة، أو يشعر الفرد بأن أجزاء من جسمه قد اختلفت في الحجم.
- **ب- اختلالات التفكير:** تتضمن هذه الاختلالات الانشغال المفرط بالأوهام والأخيلة انشغالا لا يصاحبه التفات إلى الواقع، حيث ينغمس الفرد في حياة داخلية خاصة ولا يعنيه ما حوله من الوقائع، وتتضمن:
 - **الهذات:** وهي معتقدات يتشتت بها المريض فلا يتحول عنها وان لم يكن لها أساس من الواقع يتقبلها بشدة ويدافع عنها بقوة في وجه الأدلة المضادة وهي متنوعة، منها الأفكار الشاذة، ومنها هذات الاضطهاد، العظمة وغيرها.
 - **تشوش عملية التفكير:** أين تكون أفكاره غريبة مشوشة وغير مترابطة
- 2- **اضطرابات معرفية لا تؤدي إلى تشويه الواقع:**
 - أ- **التخلف العقلي:** المعتوه، الأبله، بطيء الفهم، الغبي، المتأخر دراسيا.
 - ب- **اضطراب الانتباه:** ضعف الانتباه مع فرط النشاط
 - ج- **صعوبات التعلم:** عسر القراءة، عسر الكتابة، عسر الحساب

رابعاً: العصاب عند الطفل

1- تعريف العصاب:

يعرف العصاب بأنه "إصابة نفسية المنشأ تكون فيها الأعراض تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص ويشكل تسوية بين الرغبة و الدفاع، يتطلب تشخيص العصاب عند الطفل حذراً كبيراً لأن الطفل مازال في نمو متواصل وظهور أعراض ذات شكل عصابي لا يعني بالضرورة وجود عصاب.

لتشخيص العصاب عند الطفل تشتت أنا فرويد مراعاة النقاط التالية (التساؤلات:)

- هل الأعراض زائلة أم طائلة؟ وهل هي انعكاسات لظروف معينة؟

- هل آليات الدفاع مرنة أم صلبة، ودائمة الاستعمال؟ وما مدى تغلب القوى التقدمية على القوى النكوصية؟ وما مستوى عتبة الإحباط؟

- ما مدى تكيف الطفل مع الواقع و المحيط؟

وتعتبر أنا فرويد الطفل عصابياً إذا كون صورة خاطئة عن الواقع لا تناسب سنه و لا ذكاءه، وعندما تصبح انفعالات غريبة عنه ولا يتحكم فيها، وعندما يبدي نسياناً كبيراً، وعموماً، يشير مختصو دراسة الأطفال أن للعصاب الطفلي خصائصه المميزة وهي مرتبطة بالنمو وبالظروف التي يعيش فيها.

ويعتبر الصراع اساس العصاب وهو ناتج عن عدم إشباع حاجيات لأسباب داخلية وخارجية مما ينتج الإحباط فعندما يجد الفرد نفسه أمام دافعين متكافئين ومتنافرين ولا يستطيع الاختيار بينهما يقع صراع ثم إحباط فقلق ثم كبت .

بعض الأعراض ولو تظهر مرضية ممكن أن تبقى إجابية فهي مكيفة و تسمح ردود فعل أقل عنها و لكن إذا كان اضطراب الطفل كثيراً أما يكون تسيير جديد جزئي مختار بالنسبة لتاريخه او اكتشفه الطفل كطريقة تعبير جديدة ملائمة فالأعراض البارزة لنا ليست عفوية و بالفعل ولكن عندما تبقى الميكانيزمات العاطفية التي هي وراء سلوك الطفل مضطربة بصفة متتالية و دائمة فالاضطراب في هذه الحالة يؤدي إلى تكوين بنية شخصية مرضية فالشيء الذي كان يظهر عادي ممكن أن يكون تظاهر لإضطرابات خطير للشخصية. كما أن إصابة مهمة لا تؤدي إلى أي خلل إذن في صورة مبسطة الإضطراب [يمثل عدم، التكيف بين، المتطلبات الذاتية و متطلبات العالم الخارجي] و لكن عرض ما أو سلوك لا يمكن اعتباره مرضي إلا بالنسبة للمستوى التطور الطفل و بالنسبة للوضعية الحالية التي يعيش فيها .

في بعض الحالات ستشكل المرض في سن مبكر و لكن في حالات أخرى لا تتكون الاضطرابات إلا في مراحل متأخرة و لا يمكن فهم الاختلاف بين التراكيب المرضية الحقيقية و الاضطرابات العابرة إلا بالرجوع إلى النظام الكلي و الخاصيات العلائقية للطفل.

إن الأعراض العصابية تحدث نتيجة عوامل مركبة هي:

أولاً: الاستعداد الوراثي.

ثانياً: تغيرات في النمو بمرحلة الطفولة.

ثالثاً: التأثيرات البيئية أو العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم بصورة واضحة على ظهور الأعراض المرضية.

رابعاً: الاستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي.

2- أشكال العصاب عند الطفل والمراهق:

1.2- الحصر والقلق عند الطفل والمراهق:

يمكن القول بأن القلق العصابي بمثابة شعور عام مبهم وغامض غير سار بالتوقع والتأهب تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية مثل الشعور بالضيق في التنفس أو الصداع وكثرة الحركة دون أن ترتبط بشكل خاص ومحدد بأي حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تحديد المثير بدرجة كافية.

يكون الحصر والقلق نماذج تعبيرية لآلام الطفل، وهناك وجه جسمي ووجه نفسي للقلق، بالنسبة للمستوى الجسمي يتطابق القلق مع معاش رهيب متعلق بعدم الأمن، تهديد مرتبط بخاطر غير معروف.



قد يرتبط القلق بحدث خطير مؤقت جسمي أو نفسي (انفصال، تدخلات جراحية، امتحان) . . .، يتعلق الحصر بالسجل النفسي فقط والقلق من وجهة نظر عيادية هو مكون سوي أو عادي للتطور.

نادرا ما تكون التظاهرات الحصرية شغوية إذ يتخفى القلق وراء تظاهرات جسمية: اضطرابات النوم، اضطرابات السلوك، والخوف المتعلق بالصحة والموت.

ولقد جاء في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية 1994 DSM-IV وفي المراجعة النصية التي أجريت عليه DSM-IV 2000

يعد اضطراب القلق العصبي، قلق مفرط أو توقع أو ترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر وذلك في عدد من الأحداث أو الأنشطة كالعامل أو الأداء المدرسي، ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه أو انشغاله الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفي توفر عرض واحد فقط، وهذه الأعراض هي:

- الشعور بالتعب والاستياء والضعف، أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.
- سرعة الشعور بالتعب .
- صعوبة التركيز .
- التهيج المفرط .
- التوتر العضلي .

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

ومن المعلوم أن مشاعر الطفل نحو الأمن دقيقة، إن الضجة المفاجئة على سبيل المثال تقلقه وفي سن الثالثة يظهر القلق على الأطفال في شكل خوف من الأذى الجسدي أو فقدان الحب الأبوي، كذلك من عدم قدرتهم على التكيف مع الأحداث، وفي الطفولة المبكرة، يكون مصدر القلق عند الأطفال من أخطار خيالية، ويزداد عند الأطفال من السن 2 حتى السادسة من العمر، ويزداد القلق عندما يفكر الطفل بخطر حقيقي أو خيالي.

ويستثار الشعور بالخوف لدى الأطفال القلقين بسهولة وهم يبذلون وكأهم يبحثون عن أشياء تثير اضطرابهم، كما أنهم فريسة سهلة للمرض والتكدر، ويظهرون قلقا زائدا اتجاه مواقف الحياة اليومية التي تثير عادة اهتمام الآخرين والذين يعانون من قلق مرتفع منهم هو غالبا أقل شعبية لأقل إبداعا ومرونة وأكثر ترددا حذرا ومفهوم الذات لديهم فقير نسبيا ويعتمدون على الراشدين اعتمادا زائدا، ولا يعبرون عن غضبهم من الآخرين، بحرية، ويحصلون على درجات أقل في اختبارات الذكاء، ذلك لتدخل عامل القلق في قدراتهم على الأداء بفاعلية، كما أن الأطفال الصغار ينظرون إلى آبائهم كمصدر للأمن والحماية من الخطر، ومن خلال هذه الخبرة تنمو قدرة الطفل على التعامل مع القلق وتحمله.

1.1.2- أنواع القلق:

القلق عند فرويد: يميز فرويد بين نوعين من القلق:

- **القلق الموضوعي:** وهذا النوع أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الفرد.

- **القلق العصبي:** وهو الخوف من خطر غير معروف المصدر، حيث لا يدرك صاحبه مصدره وسببه.

وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر والعام الغير المحدد.

أما القلق عند شيمان ميز بين نوعين من القلق:

القلق الخارجي المنشأ: إذا يتهدد أمن الفرد بشيء ما .



القلق الداخلي المنشأ: وذلك هو الاضطراب وإن ضحاياه ذوا استعداد وراثي للإصابة به وه ينبع من مصدر داخلي عند الفرد ويدهم المصابين فجأة.

القلق عند كاتل وسيلبرجر

القلق كحالة: الذي هو عبارة عن حالة انفعالية يشعر بها الفرد في موقف وتزول بزوال التهديد، وإنها تتغير من موقف لآخر حسب شدة التهديد.

القلق كسمة: الذي هو عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب له خاصية الثبات النسبي، تنشطه منبهات داخلية أو خارجية ولا يختلف مستواه عند الشخص من وقت لآخر

تصنيف آخر: **قلق طبيعي:** ناتج عن متاعب خارجية واضحة، يزول بزوالها.

-عصاب القلق: راجع إلى الصراع النفسي ويحتاج إلى العلاج النفسي.

وهناك القلق الثانوي: وهو الذي يصاحب بعض الأمراض العقلية المبتدئة كالفصام، وهذه الحالات تحتاج إلى (علاج المرض الأصلي، وسبب القلق فيها هو مقاومة بعض الأعراض كالوسواس .

يأخذ القلق العصبي شكلين سريرين هما:

حالة القلق الدائمة: حيث يكون المريض بشكل دائم مشغول البال بأمر لا يعرف مصدرها، كما أنه يخشى الموت ويبحث عن الأمن العاطفي.

نوبة القلق الحاد: تحدث بشكل مفاجئ دون سبب منطقي وقد يكون المريض وحيد أو مع الآخرين في مكان ما، وغالبا تحدث النوبة في الليل.

2.1.2- أسباب القلق العصبي عند الطفل والمراهق:

-الافتقار للأمن: إن السبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن والشكوك حول الذات.

-عدم الثبات: يؤدي تقلب الآباء والمدرسين في معاملة الطفل إلى التشويش وقلق لدى الطفل.

-الكمال والمثالية: إن توقعات الكبار من الأطفال أن تكون إنجازاتهم تامة وغير ناقصة تشكل مصدرا من القلق وذلك بسبب عدم القيام بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.

-الإهمال: يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة، وفقدانهم الثقة والخبرة تشعرهم بالضيق والتراجع فهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم لتصبح تسر الآخرين وتسرههم، فهم يبحثون عن حدود يحددها لهم الكبار.

-النقد: يؤدي النقد الزائد من الراشدين والرفاق إلى حالة من الاضطراب والتوتر والشك في الذات.

-الثقة الزائدة من الراشدين: يقوم بعض الكبار بمعاملة أولادهم معاملة الكبار وإتمائهم على أسرارهم وهمومهم وهذا يؤدي إلى القلق.

-الذنب: يشعر الأطفال بالقلق الشديد عندما يعتقدون أنهم قد تصرفوا على نحو سيء، وتزداد المشكلة تعقيدا عندما يكون لدى الطفل إحساس عام بأنه لا يتصرف بالطريقة الصحيحة.

-تقليد الوالدين: يراقب الأطفال سلوك آبائهم وبذلك ينتقل قلق الوالدين إلى الطفل، فإذا كان أحد الأبوين مصابا بالقلق ينتقل هذا القلق إلى الطفل نتيجة لتصرفات الأب أو الأم المضطربة.

-التهديد المستمر للطفل كلما أتى بأمر لا يرضي الوالدين.

-تكرار تعرض الطفل لمواقف الخوف والخطر والقسوة والعنف.

من مكونات الشخصية، ويحدث ذلك عندما يكون أحد الأبوين قاسيا أو كارها للطفل، يعاقبه ويهدده كثيرا.

-إذا تعرض الطفل إلى صعوبات كثيرة ومتكررة في الحياة، أو فشل فشلا متكررا دون أن يجد من يساعده ويوجهه أو يشجعه.

-يحدث القلق من مواقف الصراع.



-الإحباط المتزايد: إن الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق، والأطفال لا يستطيعون التعبير عن غضبهم بسبب اعتمادهم على الراشدين، ولذلك فهم يعانون من قلق مرتفع.

3.1.2- الأعراض الإكلينيكية للقلق العصابي عند الطفل والمراهق:

- أعراض فسيولوجية: برود الأطراف، تصبب العرق، اضطرابات معدية، سرعة ضربات القلب، اضطراب في النوم، الصداع فقدان الشهية، اضطرابات في التنفس، اتساع حدقة العينين، اضطرابات في عملية الإخراج والتبول.

- أعراض نفسية: مثل الخوف الشديد، توقع الأذى والمصائب، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكتئاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، فقدان الطمأنينة، الرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، الخوف من الإصابة بأحد الأمراض على أن يكون خوفه عام غامض غير متعلق بشيء معين.

كما يظهر القلق عند الطفل على هيئة مخاوف على صورة الخوف من الظلام والغرباء والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون وحيدا في المنزل، أو يظهر على هيئة أحلام مزعجة أو فرغ ليلي، وهي مخاوف غير محددة وتختلف من يوم لآخر ويصحبها إنطواء وخجل وعدم نضوج انفعالي، ويزداد الطفل في اعتماده على والديه ويتجنب الاحتلاط مع باقي الأطفال.

أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهرا آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار والحرج الاجتماعي وخصوصا عند مقابلة الجنس الآخر، والإحساس الذاتي بشكل الوجه والجسم والحركات والتصرفات، ومحاسبة النفس على كل شيء، والقلق على حجم العضو التناسلي، مع الخجل والحياء الشديد مع ممارسة العادة السرية والشكوى من علل بدنية مختلفة

4.1.2- علاج القلق العصابي عند الطفل والمراهق:

يختلف علاج القلق العصابي تبعا للفرد المصاب وشدة القلق، ومن طرق العلاج:

- العلاج النفسي: ويستخدم أكثر العلاج النفسي المباشر الذي يعتمد على التفسير والتوجيه والتشجيع والاستماع إلى صراعات المريض محاولة حلها ويقتصر استخدامه على الحالات المزمنة الشديدة التي تتطلب التضحية بالوقت والمال والجهد.

-العلاج البيئي والاجتماعي: ويعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة النفسية التي سببت القلق، وأحيانا تتطلب تغير الوضع الاجتماعي.

-العلاج الكيميائي: ويستخدم في حالات القلق الشديد وذلك باستخدام عقاقير تخفف من حدة القلق.

-العلاج بالكهرباء: لا يستخدم إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية.

-العلاج السلوكي: وذلك باستخدام تقنية الاسترخاء لتخلص من الفعل المرضي واكتساب فعل سوي.

2.2- الرهاب أو الخوف (الفوبيا):

خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو السيطرة أو مكان) غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطه منه أو السيطرة عليه، مع علم المريض ومعرفته بأن الخوف غير منطقي، ورغم هذا فإن الخوف يعتريه، ويحكم بسلوكه وتصرفاته في الموقف أو المكان أو الشيء أو الشخص.

الخوف الحقيقي هو مرتبط بموضوع محدد (حيوان ، انسان...الخ) غير هجومي موضوعيا و يظهر هذا الخوف حوالي السن 4 أو 5 من العمر يختفي تدريجيا خلال النمو العادي وهو يعتبر كنتيجة استعمال ميكانيزمات الإسقاط و الإزاحة المرتبطة بصراعات النمو الضروري و خاصة الصراعات الأوديبية ومن المهم معرفة الجو العائلي و سلوك الأولياء موجة لهذا الخوف و هذا السلوك في غالب الأحيان يكون سلمي (و يندرج تحت) التهديد بالمقابلة الواقعية مع الموضوع الخوافي .

أيضا التربية التي تركز على التخويف الدائم للطفل للتحكم فيه تجعله تارة يطور مخاوفه يحدث أيضا عن طريق التقليد

بما ان الرهاب خوف ضخم فهو يترافق بعلامات (دقات القلب .عرق.ارتجاف...ثم هروب نحو أي اتجاه أو نحو موضوع مطمئن) يعرقل الرهاب الحياة اليومية للطفل خاصة إذا كان موضوع الخوف قريبا مثلا الخوف من كلب الجيران يمنعه هذا من الخروج واللعب وحتى



الذهاب إلى المدرسة ويلجا دائما إلى المرافق في أحيان أخرى يتخذ الطفل سلوكا سحريا (قراءة القرآن. أو أنشودة ...). وفي حالات أخرى ينكر الطفل معلوفه ويتصنع الشجاعة وهذا يجعل اكتشاف الرهاب صعبا على المحيط العائلي او حتى الفاحص وهنا يجب البحث عن الرهاب وراء الفشل المدرسي أو سلوك الانطواء والخجل أو وراء اضطرابات الطبع والانضباط.

السلوك الرهابي تقريبا حتمي عند الطفل الصغير لأنه لا يتحكم في دوافعه واستيهاماته ولا في محيطه كما يختلط عليه الواقع والخيال لذا يجب مراعاة السن والمرحلة التي يحدث فيها لان الرهابات عديدة ومنتشرة.

ومن أنواع الفوبيا نجد ما يلي:

✚ فوبيا الموضوع :

-الخوف من الحيوانات، الشخصيات مثل الطبيب، الوحش، الشرطي ما يميز هاته المخاوف أنها قد تجاوزت السن الطبيعي السوي لها .أين يكون الطفل قد اكتسب القدرات المعرفية اللازمة وبالرغم من ذلك فإن التحكم في القلق المصاحب يكون فوق إرادته .حيث يكون هذا الأخير جد قوي ويعرقل الطفل على ممارسة نشاطاته وحتى اللعب.

✚ الفوبيا من الموضوعات:

-من الظلام، الميكروبات، الأم ارض، من عوامل طبيعية مثل المطر والرعد ومن المدرسة، تكون مربوطة بقلق الخضاء أو قلق الموت.

✚ الفوبيا المدرسية:

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

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

✚ الفوبيا الاجتماعية:

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

-نادرا ما نجدها في مرحلة الطفولة بحدّة.

-في بعض الأحيان ندمجها في الجدول العيادي للذهان.

-تميز الفوبيا الاجتماعية بخوف حاد ومتواصل عندما يكون الطفل في وضعيات إجتماعية أي وضعيات جماعة وتفاعلات ما بين الأقران.

✚ الفوبيا في المراهقة:

كل الفوبيات التي نجدها في سن الرشد يمكن ملاحظتها في المراهقة ولكن هناك بعض الفوبيات خاصة

بالمراهقة وهي الخوف من التشوه الجسمي، وهي انشغالات كثيفة حول مظهر الجسم.

يمكن أن نميز:

-انشغالات واهتمامات مفرطة بشكل الجسم.

-سمين (الخصر، البطن، الفخذين) . . .

-نحيف

-القد (هل هو مفرط أو صغير).

-الاهتمامات المفرطة حول جزء من الجسم :كلها قد يتم التركيز عليها ولكن الوجه بصفة خاصة.

-الاهتمامات المفرطة المتعلقة بالطبع الجنسي: الصدر ، الأعضاء التناسلية، نبرة الصوت.

-الطبع غير الاعتيادي لخواف التشوه الجسمي يمكن أن يطرح قضية الدخول في الذهان.



■ علاج الخوف:

يرتبط العلاج في أغلب الحالات على الجمع بين العلاج الكيميائي والتكفل النفسي وغالبا ما يفضل استعمال مقارنة سلوكية في بداية العلاج وتكون متبوعة بعلاج مستوحى من التحليل النفسي.

العلاج النفسي بالتحليل النفسي للكشف عن الدوافع المكبوتة والأسباب الحقيقية وفهم الفوبيا عن طريق محتواها الرمزي، ويتم حاليا الاعتماد على العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي (نفس مبادئ التحليل النفسي ومدة زمنية مختصرة).

العلاج السلوكي سواء كان بالغمر أو نزع الحساسية التدريجي.

العلاج الافتراضي والذي جاءت نتائجه مبهرة في مجال علاجات الفوبيا.

3.2- الوسواس القهري:

العصاب القهري أو الوسواس القهري، يمكن أن يكون فكرة أو صورة أو شعور أو دافع أو حركة يحس المريض أنها مفروضة عليه، وأنه مضطر للقيام بها بشكل متكرر بالرغم من مقاومته لها، ومعرفته تمام المعرفة أن ما يقو به لا داعي له، وأن دوافعه سخرية وغير عقلانية.

ينتشر السلوك الوسواسي بين الأطفال وكذلك في سنّ الكبر إذا كانت الشخصية أقل قابلية للتكيف، ويظهر الوسواس العصابي بعد سن المراهقة وبداية مرحلة النضج لكن بعض الوسواس الطائفة يمكن أن تظهر في أي وقت عند معظم الناس، كدوافع القفز من الأماكن العالية أو الاندفاع نحو سيارة مسرعة أو قطار.

العصاب الاستحوادي(الوسواس) أساسه صراع يتجسد في:

-افكار تسلطية

-ارغام في القيام بأفعال وسلوك غير مرغوب فيه

-اجترار الأفكار

الاليات الدفاعية تعمل على ازاحة الشحنة العاطفية عن تصورها الحقيقي بواسطة العزل الانكار التشكل الضدي.

من الناحية البنيوية النكوص يكون في ثاني المرحلة الشرجية علاقة صعبة بين الانا والانا الاعلى

ان الطفل مرغم عن طريق التربية الى استعمال السلوك الاستحوادي

ففي الشهور الاولى يكرر الرضيع نفس الحركات والسلوكيات للذة وللتحكم في جسمه ومحيطه في السنة الاولى والثانية تظهر طقوس في اللعب او ان يأكل دائما في نفس الصحن، في ثلاث سنوات يريد ان تعطى له نفس اللعبة وان توضع الاشياء من حوله في نفس المكان، لكن عموما

هذه الطقوس عادية وتزول مع التطور عندما يتحكم الطفل في محيطه ودوافعه لكن عندما تترسخ هذه الطقوس وتتوسع يجب تشخيصها

وعلاجها قبل ان تعرقل نمو الطفل او تكيفه، والطفل الاستحوادي يتصف بـ أنه: مفرط السواء ، منظم، نظيف، غارق في اعمال تنظيمية،

يجب المجادلة، والجانب المرضي يتجلى في القلق عند تغيير هذا النظام ومحاوله منع الطفل من القيام بالطقوس وهذا يدل على صلابه في الاليات

الدفاعية.

"برجري" يقول أننا لا نستطيع الكلام عن عصاب استحوادي منظم قبل عشر سنوات لان البيت والمدرسة تعززان الطابع التكراري بهدف

التعلم.

في البلوغ او المراهقة يأخذ العصاب طابعه الخاص والنهائي اي القلق الارغام والتبصر بالمرض ويأخذ شكله مثل عند الراشد

■ التطور والعلاج: علاج استحواد الطفل أكثر نجاحا من علاج الراشد.

-شفاء تلقائي بفضل آلية النمو

-تحسين الظروف التربوية والعلائقية في العائلة يكفي لعلاج البعض

-في عدد من الحالات ينتج الاستحواد عن تربية صارمة وصلبة لذا يتطلب علاج الطفل مقابلات مع العائلة ونصحها باستعمال طرق تربوية

لينة.



-العلاج النفسي يرمي إلى التخفيف من الارغام والقلق والشعور بالذنب المخفي وراء الأعراض.
-في حالات نظام استحواذي صلب غالبا ما تختفي اضطرابات اضخم واحظر يستحسن حسب "برجري" عدم علاجها كي لا يجرد الفرد من دفاعاته ضد التفكك.

-العلاج السلوكي يفيد في العديد من الحالات التي يطغى عليها الاشارات باستعمال إزالة التحسس.
-العلاج الكيماوي حيث أثبتت دراسات أهمية بعض الأدوية التي جرت على عدد من الاستحواذيين وأعطت نتائج جد مرضية وتستعمل الأدوية المضادة للاكتئاب Antidépresseurs للتخفيف من القلق.

4.2- الهستيريا:

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

تعتبر التظاهرات من النمط الهستيري عند الطفل مظاهر سوية خلال تطوره فكل طفل بحاجة إلى جلب الانتباه، ما يسمح له بمواجهة القلق الخاص بالتطور السيكو-عاطفي أو التغيرات في النسق الأسري فهذه السلوكيات تضمن له عاطفة وحب المحيط.
يمكن أن تظهر التظاهرات الهستيرية خلال فترات حادة كالتحوال الليلي ونوبات الغضب وفقد للذاكرة والتي يقال عنها هستيرية مقارنة بعرضية الراشد، إذ تمس الأعراض في الطفولة إن وجدت الجهاز الحركي والجهاز الحسي.

والهستيريا مرض عصابي ذو أسباب نفسية تظهر الأعراض كتعبير رمزي عن صراع داخلي وهستريا الاقلاب تختص بالتحسيد أي استعمال الجسم للتعبير لان الجسم ظاهر للأخر العرض هنا يعبر عن النزوات المكبوتة اي لغة اللاوعي ويفتح المجال لفوائد ثانوية تخفف من القلق ، التحسيد ليس خاصا فقط بالهستيريا بل يظهر في اضطرابات اخرى مثل : الصرع، الامراض السيكوسوماتية (نفس جسدية)، في الذهان الكاتاتوني (التخشب)، لذا يجب دراسة الحالة والقيام بالتشخيص الفارقي لتحديد دقيق للأعراض ونعني بالهستيريا تعبيرا لصراع نفسي - داخلي من خلال تظاهرات جسمية دون أي سبب عضوي، حيث يكون الجسم هو المكان المفضل للتعبير عن مجموع الشخصية، فخلل التوظيف يبين ما لم تستطع الكلمة قوله أو التفكير فيه.

أعراض الهستيريا: الأعراض عديدة وأهمها:

- أعراض حركية: الشلل الهستيري بكل أنواعه، اضطرابات التوازن والمشي، ارتعاشات
- أعراض حسية: انخفاض السمع، -انخفاض البصر، نقص الاحساس، اضطراب الهضم.
- أعراض لغوية: فقدان جزئي او كلي للكلام،
- أعراض الغذاء: فقدان الشهية، شراهة.

■ العلاج: تجدر الإشارة إلى أهمية التشخيص المبكر كي لا تترسخ الاضطرابات وتتطور إلى اضطرابات عضوية

- العلاج النفسي

-العلاجات السلوكية

-العلاجات المعرفية والتي تهدف إلى تغيير الأنماط الفكرية الخاصة بالذات و المحيط.

خامسا: الذهان عند الطفل:

يعرف الذهان كتنظيم غير موافق للانا ويشير إلى: تلف وتشويه في فهم الواقع وتكوينه مع أن وظائف الإدراك سليمة، تشويه معرفة الطفل لنفسه وللآخر مما يكون اضطرابات سلوكية هامة.

إن الذهان متعدد الأوجاع انه اضطراب خطير يختلف تأثيره حسب سن ظهوره ويصيب الأطفال في كل المجتمعات والثقافات بدون استثناء.
الذهان اضطراب خطير في شخصية الفرد بأسرها ويبدو هذا المرض في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام، كما يتميز باضطراب ملحوظ في الحياة الانفعالية، وعجز شديد عن ضبط النفس يحول دون المريض ورعاية نفسه، ويمنعه من التوافق الاجتماعي في



مختلف صورته، التوافق العائلي والمهني والديني وغير ذلك بالإضافة إلى أن المريض عقليا يجهل الأسباب الكامنة وراء شذوذه وذلك لأنه لا تكون لديه بصيرة بمشكلته.

نوع القلق: قلق التجزئة والتفكك واليأس والتلاشي، وقلق الموت حيث أن الأنا تفكك وانشطرت بعدما كان وحدة متماسكة.

أما العلاقة بالموضوع: علاقة نرجسية كاملة مدججة في نرجسية الألم تؤدي الى التوحد والانطواء والتخلي عن الموضوع، وهي علاقة أحادية حيث يعتقد أنه وامه شخص واحد.

طبيعة الصراع: يكون بين الهو والواقع لأن الأنا عند الذهاني بدائي أو غير موجود ولا يقوم بدور الوسيط.

الآليات الدفاعية: عند الطفل الذهاني نفي الواقع، الإنكار، ازدواجية الأنا..

مستوى النكوص: تثبيت في المرحلة الفمية

1- أنواع الذهان عند الطفل والمراهق

1.1- الذهان المبكر "التوحد": من الاضطرابات النمائية التي يحوطها الكثير من الغموض المرتبط بأسباب الإصابة، وكذلك اساليب

التشخيص والعلاج، فيظهر الطفل سلوكيات لا تتلائم والمرحلة العمرية له، كما تختلف الاعراض من طفل الى آخر، ويعرفه DSM 4 على

انه: "اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة ويؤثر على عدة مجالات للأداء، تشمل قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور سلوك وحركات نمطية، وتنوع محدود في الانشطة والاهتمامات ويظهر بشكل واضح في السنوات الثلاث الأولى.

يتميز التوحد حسب كانار بما يلي:

-الانطواء على الذات

-ضعف الانتماء الى الاخر

-ميل قوي للمحافظة على رتبة الاشياء

-الرابطة الامريكية للطب العقلي قدمت الاعراض الاساسية للتوحد المبكر

-ظهور الاعراض قبل 30 شهرا

-غياب متواصل للاستجابة والانتماء الى الغير

-اضطراب خطير في تطور اللغة

-عند وجود اللغة نلاحظ اضطرابات كشويه في استعمال الضمائر

-غياب الهلوسة والخلط الخاصة بالفصام

هذا النوع من الذهان نادر جدا يظهر عند الذكور أكثر من الاناث ولاحظ كانار انه يوجد في عائلات ذات مستوى ثقافي مرتفع عقلايين

وتظهر اعراضه مبكرا لكن المحيط لا يبالي بالأخرين ولا يتكيف جسمه مع حضن الام ولا يركز نظره على وجه الملاحظ ولا يستجيب الى

الاخر

-لا يجب العلاقة الجسمية

-حركات نمطية

-حركات باليادي كأنها اشياء لا تنتسب الى جسمه

-اضطراب اللغة من الاعراض الاساسية في التوحد

وحسب الباحثين تطور اللغة عند الطفل يعتبر مؤشرا على تنبؤ متفائل بالنسبة لتطور الطفل ومصيره

للأسف تطور متشائم عند اغلبية الحالات المصابة وخاصة عند غياب اللغة حتى اربع سنوات ، بعض الاطفال يتطورون نحن تخلف عقلي هام

البعض الآخر يلتحقون بالمراهقين الفصامين والبعض الاخر نحو السيكوباتية وجزء قليل يمكنه ان يتكيف جزئيا



2.1- الذهان التكافلي:

إنه الشكل الأكثر انتشارا لذهانات الطفل. تظهر العلامات الأولى عموما بين عام ونصف وثلاث سنوات وعموما بعد حدث معين مثل انفصال الوالدين، تغير السكن سقوط بتغير الطفل بسرعة المزاج ويظهر انه يأخذ سلوك نكوصي. حيث يصبح قليل الكلام حائر هائج بلا سبب.

حسب m.mahler تتكون هوية الطفل في ثلاث مراحل نمو العلاقات للموضوع:

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

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

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

الذهان التكافلي حددته "ماهلر" وتعتبر ان الطفل توصل الى المرحلة الثانية وتوقف فيها أعراضه تظهر على أساس استثمار (توظيف) ضخمة ومفرط للام فالام والطفل يعيشان في تكافل جزئي يسمح لبداية التمايز انا/اخر لكنه غير كاف لتشخصية ذاتية تسمح بالاستقلالية مما يجعل الطفل في علاقة اتكالية مما يعطي سلوكا متكافئا تبعية ورفض ونبذ في النفس الوقت نسميه ايضا ذهان ثانوي، يعيش الطفل في وحدة مع امه وفصلهما يعني اثاره قلق لا يطاق، ويظهر في غضب محطم، مخاوف الليل، استحواذ، اضطراب اللغة، احيانا يرفض الاتصال، توقف اللغة وتطور نحو الخرس، نكوص هام عند الطفل واعراض ذهانية تتمثل في: انطواء شذوذ ونكوص لغوي، اضطراب الاكل، اضطراب الصورة الجسمية.

■ **العلاج:** يكون مزدوج بين الدوائي والنفسي وتستخدم أيضا:

- **Le Maternage:** وهو نوع من العلاج المفضل عند الاطفال الذهانيين يستعمل الماء في حوض الحمام او في المسبح وهذا يطمئن

الطفل ويساعده على معرفة جسمه والاحساس وتكوين علاقة مع المعالج.

- العلاج بالحيوانات الطفل المنعزل الذي يرفض العلاقة يفضل الحيوانات التي يكون معها علاقة خاصة تسمح له بالفتح اكثر والاطمئنان

لكن العلاج للأطفال الذهانيين يتطلب شروط اساسية ووجود مؤسسات تعمل فيها فرق متعددة التخصصات مكونة من

-طبيب نفسي للأطفال

-نفساني عيادي (نفساني معالج)

-معالج نفس حركي

-عمال اجتماعيين

يجب توفير إطار منظم ومنسجم لمساعدة الطفل على الاطمئنان و التنظيم كي لا يشتم ويجزء وهذه المراكز تستلزم تجهيزات مختصة ، أيضا المحيط العائلي أساسي في علاج الطفل.

سادسا: الحالات البينية:

هي فئة مرضية تقع بين العصاب والذهان، تشكل حد فاصل بين الاضطراب النفسي الخفيف والاضطراب النفسي الحاد، التنظيم الحدي غير

مستقر، وهو أكثر تطور من البنية الذهانية، لان الأنا لديه متطور مقارنة بالذهاني، ويسير وفق التبعية الاتكالية للموضوع المستدخل، تتجمع

حول هذا المصطلح الاختلالات ذات بناء نفسي غير منتظم وغير متماسك، تتميز بخصائص منها:

- فقدان السيطرة على الانفعالات ويعبر عنها بالفيضان الانفعالي.

- عدم التوازن سواء كان في علاقته مع الآخر كونه يسعى للتكيف مع مزاج الآخر وميزاجه الخاص الذي لا يمكنه التحكم به.

- يحتاج الحدي للآخر وفي نفس الوقت يخشاه.

- يعيش في عالم منضبط إما أسود أو أبيض ويتأرجح من طرف لآخر بسرعة كبيرة.



الجانب العيادي للحالات البيئية:

للجانب العيادي في الحالات الحدية أساسين للتمييز وفقوجهة النظر العيادية: الأساس الأول يكمن في الفئات المرضية العصائية الحادة مثل القلق البيئي الاكتئاب الحدي و الانحرافات السلوكية . و الأساس الثاني يكون في نوع القلق و الصراع و الميكانزمات الدفاعية المستعملة للتخفيف من حدة.

- القلق البيئي:

هنا يختلف عن القلق العصائي بميزة عدم قدرة الشخص على مقاومة القلق إضافة إلى نوبات تشتت الشخصية ، و القلق الحدي لا يكون ناتج عن مشاعر خوف من العقاب - كما الشأن في القلق العصائي في شكل قلق خصاء- و لا هو قلق من فقدان و تجزأ الأنا - كما هو فيالذهان- بل هو قلق الانفصال أو فقدان الموضوع المثالي . و يظهر ذلك في شكل مشاعرالنقص ، الضياع و الفراغ الداخلي الكبير ، إضافة إلى فقدان طعم الحياة.

- الاكتئاب البيئي:

يتشكل جراء تهديد دائم و متناوب للشخصية و في شكل نوبات تختلف في الحدة و المدة و قد تتمازج معها نوبات من الهوس المرضي في شكل قطب مقابل للاكتئاب ، و يكون الشخص الاكتئابي البيئي غير قادر على مقاومة أي نوع من أنواع الاحباطات فينشأ بذلك احتمال القيام بفعل الانتحار كشكل من أشكال حل الصراع.

- الانحرافات السلوكية:

و يكون هنا في عدة أشكال من الاضطرابات السلوكية مثل السلوكات العدوانية الاجتماعية (الشخصية ضد اجتماعية) والسلوكات الإدمانية و يظهر جليا الفرد في عدم تكيف مع المحيط سواء على المستوى الاجتماعي ، المهني و العلائقي . في شكل حالة من القطيعة والصراعات والتغير المفاجئ للعلاقات بدون أي سبب مقنع (التغير المزاجي السريع و المفاجئ) بالرغم من أن الشخص قد يرتبط بأشخاص بصفة سريعة و قوية لكن انفصاله يكون مفاجئ و بعدوانية كبيرة

قائمة المراجع المعتمدة:

- مجموعة من المطبوعات البياجوجية في علم النفس المرضي للطفل والمراهق من إعداد كل من:
- د. ياسمينة منايفي (2017) جامعة ام البواقي.
 - د. بودودة نجم الدين (2019) جامعة قلمة
 - د. اغمين نديرة (2018) جامعة قلمة
 - د. أومليلي حميد (2017) جامعة سطيف
 - د. حافري زهية غنية (2016) جامعة سطيف
 - د. خياط خالد(2014) جامعة بسكرة
 - د. أيت مولود ياسمينة- جامعة ورقلة

