

## **THE EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL DISEASES IN CHILDHOOD PERIOD TO ADOLESCENT PROCESS**

ÇOCUKLUK DÖNEMİ PSİKOLOJİK HASTALIKLARIN ERGENLİK SÜRECİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

الأمراض النفسية في سن الطفولة : ما مصيرها في سن الرشد؟

*Cavide Barhil İbn Osaman<sup>1</sup>*

### **Abstract**

The question of the future of the pathology of childhood to adult is central in psychological disorders. It is renewed by the emergence and increasing use of diagnostic classifications to measure the continuity or discontinuity of diseases on the basis of age. The results of the studies presented contribute to define public health problems and therapeutic efficacy.

**Keywords :** Anxiety disorders ; enuresis; language disorders ; oppositional defiant and conduct disorder ; school bullying ; dysthymic disorder ; decline deficit hyperactivity disorder ; development disorders ; outcome

### **Özet**

Çocukluk dönemi hastalıklarının ergenlik dönemi psikolojik kaygılar üzerindeki etkisi çok önemlidir. Bu dönem psikolojik gerilimler, psikişik hastalıkların yaşa göre tanımlanması ve teşhisi üzerinde önemli ipuçları vermektedir. Hastalığın yaşa bağlı olarak devam edip etmediğini bulgulara imkanı vermektedir. Araştırma bulguları psikolojik hastalıkların erken yaşta teşhis edilmesi ve tedavilerini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler :** Kaygı bozukluğu, Yatak ıslatma, Konuşma kaygısı, Davranış bozukluğu, Okulda şiddet, Kişilik bozukluğu, Hiper aktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu, Gelişim bozukluğu, Çocukluk süreci.

### **المخلص:**

إن مسألة مصير الأمراض في الطفولة إلى سن الرشد مهمة في الاضطرابات النفسية. وهي مسألة متجددة بظهور واستعمال التصنيفات التشخيصية التي تسمح بقياس استمرار أو عدم استمرار الأمراض حسب السن. تساهم نتائج البحوث المقدمة في تعريف بمشاكل الصحة النفسية وفعالية العلاجات. **الكلمات المفتاحية:** اضطرابات القلق، التبول الإرادي، اضطرابات اللغة، اضطراب المعارضة والتصرفات، العنف المدرسي، اضطرابات المزاج، اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه، اضطراب النمو، الطفل، المصير.

<sup>1</sup> Dr., Tilimsan Üniversitesi/Cezair. İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi.

إن الوقاية من أمراض الرشد تبدأ من سن الطفولة ومنه فإن أهم القضايا التي تهتم هذه الشريحة وهي متعلقة بالطفولة، هي مجمل الأمراض النفسية التي تعرض لها الطفل ومآلها في المستقبل. وفي الحقيقة هي أمور يصعب التكهن لها. ولهذا يبقى الكثير عمله لفهم سيرورتها. وهذه المداخلة ستستعرض مجمل البحوث العالمية وأهم النتائج التي توصلت إليها في هذا المجال. وستسلط الضوء على آليات الاستمرار في المرض للتعرف على طبيعة العوامل التي تساهم في خطورة أو تجاوز الأضطراب عند الراشد. وهذه العوامل قد تكون متعلقة بالمحيط أو بالجينات أو الاثنين معا.

ولحد الآن يصعب علينا الإحاطة بأسباب التغيير التي تحدث في سن الرشد كالإصابة بالاكتئاب أو الفصام مثلا إضافة الى اضطرابات القلق ومجموع المخاوف واضطرابات اللغة والاضطرابات المتعلقة بالنمو كالتوحد وفرط الحركة.

وقد أصبحت متجددة مسألة الأمراض النفسية خصوصا بعد ظهور التصنيفات العالمية والتغيرات التي تطرأ عليها كل مرة، وهي تسمح رغم ما يعاب عليها من عدم كفاءتها العالية غير أنها تقيس سيرورة المرض النفسي ومآله وتأخذ بعين الاعتبار سن المصاب وتأثيرات العلاجات المستعملة.

وكمدخل لهذه الدراسات يمكن ذكر دراسة Sourander (1) وفرقتة حول 2256 طفل فنلندي عمرهم 8 سنوات، أعيد تقييمهم في سن 18 و23 سنة كانوا يعانون باضطرابات في التصرفات مع مشاكل نفسية أخرى أظهروا تطورا مقلقا بوجود اضطرابات عقلية مع ارتكاب جنح بنسبة 62% في سن الرشد. أما الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التصرفات وقصور في الانتباه أعراضهم كانت أقل شدة ولكن يعانون من شخصية مضطربة مضادة للمجتمع ومستقبلهم على المدى الطويل أفضل من المجموعة الأولى.

ودراسة أخرى (2) ألفت الضوء على استقرار التشخيص عند 151 طفلا عند اكتسابهم للغة ثم أعيد تقييمهم 4 سنوات فيما بعد: وجد الباحثون استقرار وعدم تغير التشخيص في ثلاث اضطرابات وهي التوحد وفرط الحركة واضطرابات الرض. ومن المدهش وجد استقرار ضعيف لاضطرابات التصرفات عكس ما تكهن إليه الباحثون. وكان المآل سيئا للمشاكل المتعلقة بالعلاقات بين الوالدين والطفل واضطرابات التكيف.

#### اضطرابات القلق (anxiety disorders) :

لا زال تطور اضطرابات القلق في الطفولة والمراهقة غير معروف. ويمكننا ملاحظة بعض الخصائص العامة للتعبير عن القلق من خلال سيطرة الأعراض الجسدية والشكاوي الجسمية. وهي أعراض أكثر تقبلا بالنسبة للمراهق من الأعراض النفسية التي تعبر عن التبعية وهي محور التنظيم النفسي في هذه المرحلة. حسب Thyier (3) لا يوجد إلا 20% من الراشدين يعترفون ببداية اضطرابات القلق في سن الطفولة أو المراهقة. وتشير الدراسات كذلك أن اضطرابات القلق لا تتطور بصفة متجانسة وإنما تتطور حسب العمر كما يشير إليه الجدول 1:

العمر	قدرات واهتمامات نفسية عند الفرد وتطور القلق	مصادر القلق	أهم الاضطرابات المقابلة

الرضيع 2 - 4 سنوات	تفكير قبل العمليات القدرة على التخيل لا يفرق بين الواقع والخيال	مخلوقات خيالية	قلق الانفصال.
5 - 7 سنوات	التفكير العملي القدرة على التفكير المجرد	الكوارث الطبيعية حوادث تخص الجسد الحيوانات خوف سببه وسائل اعلام.	الرهاب من الحيوانات والدم وسواس قهري شكاوي جسمية.
8 - 11 سنة	يتركز تقدير الذات على النجاح في الدراسة والرياضة.	القدرات التعليمية والرياضية.	قلق قبل الامتحان. رهاب مدرسي.
12 - 18 سنة	تفكير مجرد القدرة على توقع الأخطار يتركز تقدير الذات على العلاقات بين الأقران.	الرفض من الأقران	الخوف من الأماكن الواسعة اضطرابات الهلع رهاب مدرسي

جدول رقم 1 مظاهر القلق حسب العمر.

وقارنت دراسة ألمانية 906 طفلا ذوي 9 و 11 و 13 سنة حتى بلوغهم 19 سنة فوجدت أن قلق الانفصال في الطفولة مآله نفس الاضطراب في المراهقة. أما القلق مآله اضطراب الهلع والاكتئاب واضطراب التصرف. ويرتبط القلق العام باضطراب التصرف. أما الرهاب المدرسي فيشترك مع اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي وفرط الحركة (4).

وقيم Last (5) أطفالا متوسط عمرهم 12 سنة لمدة أربع سنوات يعانون من اضطرابات قلق قورنوا بمجموعة أولى تضم 58 طفلا يعانون من فرط حركة ومجموعة أخرى تضم 87 طفلا لا يعانون من اضطرابات نفسية. فوجدوا أن أغلبية الأطفال 82% شفوا من اضطرابهم وقدرت نسبة الانتكاسة ب 8% فقط. في حين طور الأطفال القلقون اضطرابات نفسية أخرى بنسبة 30% خصوصا اضطرابات القلق بالمقارنة مع فوج الأطفال بدون أمراض نفسية مرافقة. وعلى العموم يبدو أن بعض مظاهر القلق تدوم لمرحلة المراهقة وهي الرهابات البسيطة كالخوف من الدم (6) وقلق الانفصال الذي يتحول مع العمر الى رهاب مدرسي.

ومن جهة أخرى وجد أن الاضطراب التالي للصدمة (post traumatic stress disorder) يغيب بعد 3 أشهر في 50% من الحالات ويبقى أكثر من 12 شهرا في الحالات الأخرى، مع بقاء تجنب العلاقات مع الآخرين أو ظروف تذكر المصاب بصدمة. وقد يستمر الاضطراب الى سن الرشد في 5% الى 30%. ويعترف المصابون باضطرابات القلق العام (7) أن بداية مرضهم يعود لسن الطفولة. وترتبط نوبات الهلع بسن المراهقة ومرتبطة كذلك بالبلوغ والمصابون سواء أطفالا أو مراهقين تقل نسبة شفائهم من هذا الاضطراب بالمقارنة مع اضطرابات القلق الأخرى.

إن تطور اضطراب قلق الانفصال (separation anxiety) غير معروف نسبياً. فتطوره يمتد الى عدة سنوات مع تخلله بفترات شفاء. ويغيب الاضطراب في ثلثي الحالات. وتشير الدراسات الى امتداد هذا الاضطراب من سن الطفولة الى سن المراهقة. وقد يكون هذا الاضطراب مآلاً لاضطرابات عقلية في المستقبل مثل اضطراب الهلع وفرط الحركة ولكن دراسة أخرى تنفي هذا المآل. يميل الرهاب الاجتماعي عادة الى المزمنا ولكن قد تختلف أعراضه حسب العمر وتبين البحوث أن ظهور المرض قبل 11 سنة مؤشر كبير لبقائه في سن الرشد (8).

لا يوجد تصنيف تشخيصي للرهاب المدرسي (school phobia) في الدليل الاحصائي لتشخيص الأمراض العقلية DSM IV وهو مصنف إما كقلق انفصال أو كرهاب اجتماعي. ويعني صعوبة الذهاب الى المدرسة مع ذعر انفعالي وقلق واكتئاب. وتقدر الإصابة بهذا الاضطراب 5% من المتدربين بصفة مماثلة عند الذكور والإناث. ويزداد شدة بين 5 و6 سنوات و10 و11 سنة. يغلب عليه الشكاوي الجسمية. يتأثر المحيط الأسري من هذا الاضطراب ويعود الرهاب المدرسي الى اشكالية الانفصال وإدارة الصراعات على مستوى النفسي المرضي. ونميز بين الرهاب المدرسي الحاد الذي ينتج من الرهاب المدرسي المزمنا ويتضمن رهابات تحدث من قلق الوالدين ورهابات تحدث تحت تأثير الصدمات. وعلى العموم يعتبر العلاج المتعدد كالعلاج الفردي والطبي والعائلي من أهم المقاربات العلاجية لهذا النوع من الاضطراب، وتطوره مرتبط بالبنية النفسية المرضية للحالات ومدى مرافقته باضطرابات أخرى ودينامية الصراعات العائلية. وبصفة موجزة:

- يتطور 30% الى 50% الأحسن.
  - 30% يعانون من اعراض عصابية وبقاء الرهاب المدرسي لكن مع اندماج اجتماعي مقبول.
  - 20 الى 30% يسوء تطوره مع بقاء الرهاب المدرسي وخصوصاً صعوبات في التكيف.
- للأسف رغم خطورة هذا الاضطراب ومعوقاته إلا أن دراسات تتبعية قليلة جداً اهتمت بالموضوع حيث أشارت دراسة Flakierska- Praquin (9) الى ضرورة المتابعة الطويلة للاضطراب واستمراره الى سن الرشد.

أما فيما يخص اضطراب الوسواس القهري (obsessive-compulsive disorder) فبينت الدراسات استمراره من الطفولة الى المراهقة في نصف الحالات، رغم استعمال العلاج الطبي. ويعتبر اضطراب القلق والمزاج الصيغة التطورية الناتجة عن هذا الاضطراب. وفيما يلي مجمل الاضطرابات الناتجة عن اضطراب الوسواس القهري في الطفولة:

- يعاني 43% من الأطفال في سن الرشد من نفس الاضطراب.
  - يصاب 22% منهم باضطراب المزاج.
  - يصاب 30% باضطراب القلق بالإضافة الى اضطراب الوسواس القهري.
  - يصاب 30% منهم بنتنجات عضلية من نوع tics .
  - يصاب 31% منهم باضطرابات سلوكية.
  - 4% منهم يدمنون على مواد سامة.
  - 2% يصابون بالذهان.
  - 4% لا يوجد تشخيص.
- وقد تمكن الباحثون من تحديد أهم العوامل المؤثرة في تطور هذا الاضطراب وه ظهوره مبكراً ومدة الإصابة به وترافقه باضطراب آخر وضعف الاستجابة للعلاج. من جهة أخرى لا تتفق الدراسات

حول استقرار نوع العرض المسيطر. فحسب Rettew (10) لا تستقر نفس الأعراض مع نمو المصاب. في حين وجد Delorme (11) استمرار نفس الأعراض من الطفولة الى سن الرشد في أربع أنواع من الوسواس القهري وهي:

- على شكل وسواس تنظيم وتصنيف.
  - على شكل وسواس عدواني وديني وجنسي وجسمي وخاص بالعد.
  - على شكل وسواس العدوى والتنظيف.
  - على شكل جمع الأشياء.
- أما التطور الذي لاحظته في السنوات الأربع التالية هو اشتداد الأعراض في كل نوع وليس الانتقال من نوع لآخر.

#### **التبول الإرادي (enuresis)**

يعتبر التبول الإرادي إذا تبول الطفل أقل من 5 سنوات مرتين خلال الأسبوع في الثلاث اشهر الفارطة. وتقدر نسبة الإصابة حسب اختلاف الأعمار والتعاريف المستعملة وعينة الدراسة. فهو يصيب 1 الى 10% من الأطفال عمرهم 8 سنوات و 2 الى 3% من الأطفال عمرهم 12 سنة و 1 الى 3% عند المراهقين. وهذا الاضطراب يستوجب القيام بفحوصات طبية ونفسية وأسبابه غير محددة، غير أن 15% من المصابين عانى أحد الوالدين من نفس المشكل. ويزيد احتمال الإصابة بنفس المشكل إذا عانى كلا الوالدين وهذا ما يوجهنا الى السبب الجيني في الإصابة به. من جهة اخرى يعاني 30% من مفرطي الحركة من التبول الإرادي. وفي دراسة تركية (12) بلغت نسبة الشفاء 69.5% باستعمال نظام المنبه عند 62 حالة في دراسة مدتها سنتين. في حين تشير دراسة فرنسية (13) حول 744 حالة من اربع دول مختلفة أن 41% من الحالات شفيت باستعمال الدواء الطبي.

#### **اضطرابات اللغة (langage disorders)**

من أكثر اضطرابات النمو انتشارا عند الأطفال والمراهقين نجد اضطرابات اللغة والتعلم حيث يصاب 10 الى 20% فهو اضطراب يتكرر ويصيب الذكور أكثر من الإناث. واستمرار هذا الاضطراب يؤثر على التعلم. حتى ولو عدد كبير من الأطفال يتجاوزون هذا المشكل يبقى عدد منهم عاجزا عن التحكم في القراءة (14). ومرافقة هذا الاضطراب بفرط الحركة يؤول للإصابة باضطراب في المحور الأول. ويتنوع مستقبله حسب الحالات حيث يستمر الإصابة به في 75% من أطفال خمس سنوات حتى سبع سنوات مع الشعور بضيق وانزعاج فهو يؤثر على تقدير الذات والعلاقات الاجتماعية (15).

#### **اضطراب التصرفات و اضطراب المعارضة (oppositional defiant and conduct disorder)**

يعتبر اضطراب التصرف والمعارضة من أكثر الاضطرابات استقرارا في أمراض الطفولة والمراهقة ويمكن وصف مسارين لتطور اضطراب التصرفات:

- الاضطرابات التي تحدث في بداية المراهقة وأخطرها تترافق باضطراب المعارضة وفرط الحركة (16) وتتميز بسلوكات مضادة للمجتمع ولكنها تختفي في سن المراهقة.

- اضطرابات تبدأ مبكرا خصوصا عند الذكور. وتتميز بظهور سلوكيات عدوانية مسؤولة عن الجنوح العنيف والغير عنيف في سن المراهقة (17). وترتقب دراسات كثيرة أن هؤلاء الأطفال قد يطورون في سن الرشد شخصية مرضية مضادة للمجتمع. وتدعم هذه الفكرة دراسة أقيمت على 2700 طفل حول اضطراب التصرفات في سن الثامنة الذين أصبحوا مدمنين على مواد سامة مع اضطراب في الشخصية مضادة للمجتمع واضطرابات ذهانية. إذن يعتبر اضطراب المعارضة عامل خطير عندما يرافق اضطراب التصرفات. وإذا اعتبر فرط الحركة عامل إضافي في اضطراب التصرفات غير أنه قابل للعلاج ولا يمكن اعتباره عامل خطير يساهم في الجنوح في المستقبل. وعلى العموم يلاحظ ارتفاع سريع للسلوكيات المضادة للمجتمع في بداية سن المراهقة عند الذكور والإناث ولكنها سرعان ما تتخفف وتختفي في نهاية سن المراهقة وبداية سن الرشد.

#### **العنف المدرسي (school bullying)**

ويقصد به السلوك العنيف الممارس في علاقة مسيطر / مسيطر عليه مع تكرار هذه السلوكيات. وقد يكون مباشرا (جسديا أو لفظيا) أو غير مباشرا (دم وعزل شخص عن الجماعة). في دراسة أمريكية (18) حول 1500 طالب اعترف 17% منهم أنهم كانوا ضحية عنف و 19% اتسموا بالعنف. ووجدت دراسة أخرى في 25 دولة ارتفاع العنف من 9 إلى 54%. ووضحت دراسات طولية تأثير هذا السلوك على حدوث الاضطرابات العقلية. ويظهر الفرد العنيف والمعنف في نفس الوقت أكثر عرضة لهذه الاضطرابات. ووضحت دراسة فنلندية كل الأولاد العنيفين في سن السادسة عشر كانوا كذلك في سن الثامنة. وقد درس Sourander (19) ارتباط السلوك العنيف والاضطرابات العقلية على عينة من 2540 طفل، جمعت المعلومات في سن الثامنة ثم جمعت البيانات من خلال ملفات الخدمة الوطنية في سن 18 و 23 سنة. بينت النتائج أن 6% لا يزالون عنيفين و 6% ضحايا عنف و 3% عنيفين ومعرضين للعنف كذلك. ووصلت النتائج كذلك أن العنيف يؤول الى شخصية مضطربة مضادة للمجتمع ويفرط في تناول المواد السامة واضطرابات القلق والمزاج. أما الطفل المعرض للعنف فيؤول الى اضطرابات القلق. وأما العنيف والمعرض للعنف معا فيؤول لاضطرابات عقلية بعد 10 او 15 سنة.

#### **اضطرابات المزاج (dysthymic disorders)**

تدعو الدراسات الى الإلتفات بأهمية للمرحلة الاكتئابية (episode depressive) عند الطفل. أولا لأن هذه المرحلة الاكتئابية في حد ذاتها مدتها طويلة (9 أشهر) في المتوسط ونسبة الشفاء 86% من الحالات (20). وفي اضطراب المزاج (dysthymic disorder) تدوم أربع سنوات (يشفى 7% فقط من الحالات).

ثانيا تكثر الانتكاسات في 47% بعد عام و 70% بعد عامين.

ثالثا يرتفع عامل الانتحار بنسبة 3 إلى 11 مرة حسب اختلاف الباحثين وعينات الدراسة. وقد يصبح المكتئب في سن المراهقة ذو شخصية مضطربة مضادة للمجتمع أو يتعاطى موادا سامة. وحسب

Geller (21) يتطور الاكتئاب الى ثنائي القطب في ثلثي الحالات. وهي دراسة قام بها على عينة من 79 طفل من 6 الى 12 سنة تابعهم مدة 2 الى 5 سنوات. ودراسات حديثة عدلت الإحصائيات الى الأقل (5%) . ويرجع السبب الى أن أعراض ثنائي القطب غير مقدره وغير مشخصة جيدا في سن الطفولة بالمقارنة باضطرابات السلوك مثلا. ولهذا في دراسة Weller (22) وصلت الى ان 50% من الأطفال يعانون من اضطرابات سلوكية حادة هم في الحقيقة يتوفرون على شروط تشخيص الهوس.

تشير الدراسات أن مرحلة ثنائي القطب (bipolar disorder) قد تحدث مبكرا أي في سن الطفولة أو المراهقة وغالبا ما تبدأ بمرحلة اكتئابية. والحقيقة يصعب تشخيص ثنائي القطب عند الطفل لأن تغيرات المزاج تكون سريعة ولا تسمح بالاحتفاظ بتشخيص DSM. بالإضافة الى صعوبة التعبير عن الانفعالات عند الطفل ومرافقة اضطرابات أخرى تعرقل عملية التشخيص وتكون موضوعا لاختلافات بين الباحثين. ووصلت نتائج بحوث طويلة أن الطفل المصاب بثنائي القطب قبل البلوغ يطور هذا الاضطراب الى المزمنة في مراحل قصيرة ومتنوعة مع حدة مختلطة.

يشفى 70% من المصابين أطفالا ومراهقين ولكن بينكسون في 60 الى 80% في الفترة ما بين 2 الى 5 سنوات. وقد درس Jairam (23) مدة اربع سنوات 25 حالة عمرها 9 و 16 سنة يعانون من هوس شفيوا 100% ولكن بانتكاسة في 64% معظمها في الثلاث سنوات، وهذا رغم وضعها تحت الرعاية الدوائية. وفي دراسة طويلة مدتها سنتين على عينة من 263 طفل ومراهق عمرهم في المتوسط 13 سنة يعانون من ثنائي القطب نمط 1 و 2 أو غير محدد، وصلت النتائج الى أن 68% من الحالات تشفى في 18 شهرا بالنسبة للأنواع الثلاثة. وعاود المرض بعد 14 شهرا من الشفاء. يؤثر اضطراب القطب بصفة واضحة على النمو النفسي الاجتماعي للطفل ويرفع خطر الانتحار عند المراهق وتعاطي المواد السامة والمشاكل المنجزة من الاضطرابات السلوكية ويتأثر المردود المدرسي والمهني والأعراض الذهانية المرافقة. ويرتبط مآل هذا المرض باتجاه المريض حول العلاج الذي يستوجب أدوية متنوعة مما يؤثر على الطفل ووالديه وتحمل عبء ومواصلة العلاج. إن استعمال مضادات الاكتئاب يثير كثير من التناقضات فهو يرفع من خطر ارتكاب الانتحار وارتفاع الانتكاسة رغم تناول الأدوية.

#### **اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (decline deficit hyperactivity disorder)**

يستوجب DSM IV وجود على الأقل 6 أعراض من قصور الانتباه و6 أعراض من فرط الحركة والاندفاعية في مدة 6 اشهر على الأقل. ويتطور هذا الاضطراب كالتالي:

- يقل ويختفي هذا الاضطراب في 30% من الأطفال في سن الرشد.
- تبقى الأعراض في سن المراهقة وسن الرشد مع ظهور صعوبات في التعلم والعلاقات الاجتماعية في 40% من الحالات.
- تندهور الأعراض مع إدمان على المخدرات والكحول وشخصية مضادة للمجتمع في 30% من الحالات ويرتبط هذا التطور بوجود ترافق في الطفولة لاضطراب التصرفات واضطراب المعارضة. وفي دراسة نقدية لمجموعة من الدراسات قام بها Faraone (24) بينت أن 15% فقط من الحالات تتوفر

على شروط قياس فرط الحركة وقصور الانتباه عند عمر 25 سنة. وبسبب تناقض النتائج قام Todd بدراسة على التوائم وعاود دراستهم بعد 5 سنوات. وصل الى استقرار أعراض قصور الانتباه بالمقارنة مع أعراض فرط الحركة والاندفاعية. ويرجع سبب تباين النتائج الى طرق استعمال شروط التشخيص واختلاف المعلومات المستقاة من الوالدين والمعلمين والعلاجات المستعملة. ويتفق الباحثون جميعا على عدم استقرار التشخيص من الطفولة الى المراهقة الى سن الرشد ولهذا يقترحون تطوير شروط أكثر مصداقية.

### **اضطرابات النمو (development disorders)**

تتشترك اضطرابات النمو في ثلاث اعراض وهي تدهور في قدرات التواصل وتدهور في العلاقات الاجتماعية وسلوكيات واهتمامات نمطية. وبصفة عامة يستمر تشخيص التوحد (autism) من الطفولة الى المراهقة. وتمتاز مرحلة المراهقة بتنشيط المظاهر الغريزية (25). وعلى هذا الأساس يعاد تنظيم الاضطراب من الناحية النفسية. تتطور الأعراض إما نحو تصرفات معقلنة كالرهاب والوساوس التي تزيد الاضطراب تعقيدا، وهي تترجم كذلك محاولة المصاب مراقبة والتحكم في خطر الانفجار. وإما تظهر اضطرابات في السلوك والطبع أو سيكوباتية تترجم محاولة إسقاطية نحو الخارج للغرائز المهذمة. وقد نلاحظ كذلك إعادة صياغة إيجابية مع انحراف نسبي عن الذهانية، تسمح للمصاب عيش حياة اجتماعية مع غرابة في السلوك غير ظاهرة. وعلى العموم يصف أغلبية الباحثون أربعة أنواع يتطور إليها هذا الاضطراب وهي:

- يتطور الى تخلف عقلي حاد أو عميق ويتميز بتدهور كبير للقدرات المعرفية.
- يتطور الى التمرکز والحفاظ على الحالة الأولية "بدون علاقات"، قد يكتسب اللغة ولكن تبقى غريبة لا تحترم القواعد والصراف، وهي بالتالي تشكل عائقا أمام عملية التمدرس والاندماج الاجتماعي رغم الحفاظ على بعض القدرات المعرفية.
- تتحسن الأعراض جزئيا أو تتطور الى مرض خطير في الشخصية مع قصور معرفي متنوع. ويبقى الاندماج الاجتماعي ناقصا وغالبا ما يتم في وسط محمي ومتخصص.
- يتطور إيجابيا مع تراجع نسبي لأعراض التوحد فيكتسب اللغة ويتكيف اجتماعيا ويتمدرس ويمارس مهنة.

وبالإتفاق مع التطور الذي وصفه Kanner، خلصت 25 دراسة طولية الى أن 10% من الحالات عانت من التوحد، استطاعت فيما بعد اكتساب درجة مقبولة من الاستقلالية والتكيف الاجتماعي.

وفي دراسة سويدية، درست تطور 120 طفلا متوحدا (قبل 10 سنوات)، وأعدت دراستهم في 17 و 40 سنة، وجدت استقرار في التشخيص في 90% من المتوحدين. وقام الباحثون بتصنيف تطورهم الى خمس مجالات حسب مستوى الدراسة والاندماج الاجتماعي والقدرة على الاستقلالية. توصلوا الى أن 21% مستقبلهم فقير، و13% متوسط، و8% مقبول. ولم يجدوا ولا واحدا ذو مستقبل جيد بمعنى له القدرة على العمل والتعليم الجيد حسب العمر وحاصل الذكاء وله صديق. وزيادة على هذا، في نهاية البحث 8 حالات من 108 حالة تطورت الى أعراض ذهانية. وفي الأخير يجب الإشارة الى أهمية نسبة الوفيات بنسبة 5% بسبب الصرع والحوادث المنزلية واسباب غير محدد وأمراض القلب وورم في الدماغ.

وفي دراسة أخرى ظهرت في 2008 (26) وقارنت تطور 70 حالة مصابة بزملة Asperger مع 70 حالة مصابة بتوحد نمطي أو غير نمطي، تم تشخيصهم في الطفولة ثم أعيد تشخيصهم في سن



16 و36 سنة، وصلت النتائج الى تطور مقبول في 74% عند حالات Asperger مقابل 7% في حالات التوحد. وتؤكد دراسات حالية نتائج دراسة Kanner و Eisenberg الأعراض المنبئة لتطور الاضطراب لمأل سلبي وهي ترافقه بأعراض جسدية وغياب اللغة حتى بعد خمس سنوات وعمق التخلف العقلي وظهور الأعراض مبكرا(27). ويمكن الإشارة الى أن نوعية اللعب الحر الذي يقوم به المتوحد في سن الثانية والنصف من العوامل المؤثرة لمأل جيد(28). وبالرغم من التطور السلبي لهذا الاضطراب بصفة عامة، إلا أن التحسن الملحوظ للأعراض وارد عبر الزمن، خصوصا على مستوى التواصل ويعود السبب الى نوعية التكفل وتطور المنظومة التربوية المتخصصة والخدمات التي تقدم للمتوحد(29). ورغم التحسن في مستوى اللغة بينت دراسة على 100 طفل أن 35% يكتسبون لغة عادية و29% يكتسبون فهما مقبولا (30) وبالمقابل تبقى السلوكات النمطية حتى سن المراهقة(31). وقد تتدهور وتسوء الاندفاعية والاعتداء على الذات وفرط الحركة. ويتكرر ظهور سلوكات غريبة وظواهر قلق في سن المراهقة حتى لدى المتوحدين من الدرجة العالية الذين في أحسن الأحوال يشعرون بالوحدة وصعوبة في الاندماج الاجتماعي والمهني. وقد تتطور الاضطرابات الوسواسية القهرية وقد تقترب لغة المتوحد الى لغة حالات الفصام(32).

نخلص في الأخير أن هذه الجولة تذكرنا أن معظم الاضطرابات النفسية والعقلية تستمر بصفة ملحوظة ولكنها توضح لنا كذلك ضرورة التكفل السريع بها بسبب خطورة تطورها وتؤكد لنا أهمية الوقاية منها في سن مبكرة.

#### **المراجع:**

- Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemela S, Elonheimo H, Ristkari T, al. Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes ? The Finnish From a Boy to a man study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007 ;46 :1148-61.
- Cantwell DP, Baker L. Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989 ;28 :691-700.
- Marcelli D. Enfance et psychopathologie. Collection les ages de la vie. Paris : Masson ;2006.
- Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict ? J Child Psychol Psychiatry 2007 ;48 :1174-83.
- Last CG, Perrin S, Herssen M, Kazdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 ;35 :1502-10.
- Marks I. Blood-injury phobia : a review. Am J Psychiatry 1988 ;145 :1207-13.
- Mouren-Simeoni MC. Troubles anxieux de l'enfance à l'adolescence. Paris : Maloine ; 1993.
- Birriaux A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-216-D-10,1999 :4p.
- Flakierska-Praquin N, Lindstrom M, Gillberg C. School phobia with separation anxiety disorder : a comparative 20 to 29 years follow-up of 35 school

- refusers. *Com Psychiatry* 1997 ;38 :17-22.
- Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992 ;31 :1050-6.
- Delorme R, Bille A, Betancur C, Matheieu F, Chabene N, Mouren-Simeonie MC, and all. Exploratory analysis of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents : a prospective follow-up dimensions in children and adolescents : a prospective follow up study. *BMC Psychiatry* 2006 ;6 :1.
- Tuncel A, Mavituna I, Nalcacioglu V. Long-term Follow-up of enuretic alarm treatment in enuresis nocturna. *Scand J Urol Nephrol* 2008 ;4 :449-54.
- Horreard A-S, d' Autum C., Guedney A. Devenir à l'adolescence de la pathologie psychiatrique. *EMC*,37-216-2010.
- Cohen NJ, Davine M, Horodesky N, Lippsett L, Isaacson L. Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children : prevalence and language characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ;32 :595-603.
- Pearl R, Bryan T. Getting caught in misconduct : conceptions of adolescent with and without learning disabilities. *J Learn Disabil* 1994 ;27 :193-7.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder : a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 ;39 :1468-84.
- Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol* 2001 ;13 :355-5.
- Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ. Health Behavior in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004 ;158 :730-6.
- Sourander A, Helstela H, Piha J. Persistence of bullying from childhood to adolescence : a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse Negl* 2000 ;24 :873-81.
- Kovacs M, Obrosky DS, Gatsonis C, Richards C. First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood : clinical and sociodemographic factors in recovery. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1997 ;36 :777-84.
- Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 12-year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994 ;33 :461-8.
- Weller EB, Weller RA, Fristad MA. Bipolar disorder in children : misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ;34 :709-14.
- Jairam R, Srinath S, Girimaji SC, Seshardi SP. A prospective 4-5 year follow-up of juvenile onset bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004-6 :386-94.
- Faone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder : a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006 ;36 :159-65.
- Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism after adolescence : population-based 13-to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in

- childhood. *J Autism Dev Disord* 2005 ;35 :351-60.
- Cederlund M, Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Asperger syndrome and autism : a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years original diagnosis. *J Autism Dev Disord* 2008 ;38 :72-85.
- Chung SY, Lee PW,. A follow-up study of infantile autism in Hong Kong. *J Autism Dev Disord* 1990 ;20 :221-32.
- Charman T, Taylor E, Drew A, Cockerill H, Brown J, Baird G. Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2 : predictive validity of assessments conducted at age 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time. *J Child Psychol Psychiatry* 2005 ;46 :500-13.
- Eaves LC, Ho HH. Brief report : stability and change in cognitive and behavioral characteristics of autism through childhood. *J Autism Dev Disord* 1999 ;26 :557-69.
- Balladian-Gil K, Rapin I, Tuchman R, Shinnar S. Longitudinal examination of the behavior, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder. *Pediatr Neurol* 1996 ;15 :217-23.
- Rutter M, Greenfield D, Lockyer L. A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *Br J Psychiatry* 1967 ;113 :1183-99.
- Mash E. *Child psychopathology*. New York : Guilford Press ;2003.
- Bowen R. *Harrap's New Shorter. Dictionnaire anglais- français/ français-anglais*. Harrap London. Paris. Stuttgart. 1982.