

République algérienne démocratique
et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche scientifique
Université 8 mai 1945, Guelma
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de Psychologie



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945، قلمسة
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علم النفس

محاضرات علم النفس المرضي للطفل و المراهق ليسانس 3 علم النفس الاكلينيكي

من إعداد الدكتور : نجم الدين بودودة

2018/2019

فهرس المحتويات

4.....	مقدمة
6.....	1. العلاقة مع الموضوع.....
7.....	2. نمو الحياة النفسية عند الرضيع.....
9.....	3. أهم القواعد النظرية المفسرة لعلم النفس المرضي للطفل و المراهق.....
9.....	1.3. النظرية المعرفية السلوكية.....
9.....	2.3. المدرسة النسقية.....
10.....	3.3. المدرسة التحليلية.....
11.....	ا. اضطرابات النمو عند الطفل و المراهق.....
12.....	1. اضطراب التبول والتبرز اللاإرادي.....
13.....	1.1. التبول اللاإرادي.....
14.....	1.2. التبرز اللاإرادي.....
15.....	2. الاضطرابات الغذائية.....
17.....	1.2. القهم العقلي.....
18.....	2.2. الشراهة والسمنة ،النهام.....
18.....	3.2. اضطراب بيكا.....
20.....	3. الاضطرابات الجنسية.....
23.....	1.3. التلصص.....
24.....	2.3. الاستعراضية.....
24.....	3.3. الفيتيشية.....
24.....	4.3. التلبس.....
26.....	4. اضطرابات النوم.....

27.....	1.4	الحلم، الخوف والنوم.....
28.....	2.4	الأرق.....
29.....	3.4	الرعب الليلي.....
30.....	4.4	الكوابيس.....
30.....	5.4	المشي أثناء النوم.....
31.....	II	الاضطرابات البنيوية عند الطفل و المراهق.....
33.....	1	الخوف عند الطفل والمراهق.....
37.....	2	الوسواس عند الطفل والمراهق.....
42.....	3	الهستيريا عند الطفل والمراهق.....
44.....	4	الذهانات عند الطفل والمراهق.....
46.....	5	اضطراب طيف التوحد.....
50.....		خاتمة.....
52.....		المراجع.....

يعتبر علم النفس المرضي للطفل والمراهق من العلوم الحديثة التي اقترحتها علم النفس الإكلينيكي لأن هذا التخصص كان ولمدة طويلة يعتبر فرعياً بالنظر إلى علم النفس المرضي للراشد. هذا يعود إلى طبيعة البحوث التي كانت تنجز آنذاك و تثير اهتمام مختلف المختصين الذين ساهموا في ابتكار افكار جديدة سمحت لعلم النفس المرضي ان يحضى بمكانته الحالية. نلاحظ على سبيل المثال، أن فرويد الذي عمل على تطوير فكرة الحياة النفسية معتمدا على دراساته حول العلاقات الاولية و عقدة اوديب لم يلتقي بالطفل هانس (Hans) إلا مرتين وترك العمل العلاجي بيد والده. فقد كان هدفه آنذاك مرافقة أمه في إطار علاج تحليلي ، وكان يلتقي بأبيه في الجلسات التكوينية التي كان يحضرها، والتي سمحت لفرويد بمتابعة نمو الطفل عن بعد والتعرف على مشاكله (فوبيا الحصان) و علاقاالأربعاء (Blum,2007).

إن عدم اهتمام فرويد بهذه الفئة فسح المجال لجملة من المختصين، خاصة النساء منهم، كابنته آنا فرويد(1895-1982) و المختصة التحليلية الانجليزية ميلاني كلاين (1882-1960) اللتان كانتا في الصدرية آنذاك، تعملان على انجاز جملة من البحوث والأعمال العلمية، سمحت بالتعمق في هذه المسألة، وتقدم البحث حول الفكر التحليلي للطفل خصوصا. في هذا المسار كان عمل المختصين في مجالات متعددة يتمحور حول تقنية البحث والفعل (Recherche-action) منتهجين مسار تعدد التخصصات (Fernandez & Pedinielli, 2006) مبتكرين أفكار مأخوذة من علوم مثل : علم النفس الاجتماعي أو الجماعة وغيرها لأن هذا الفكر لم يكن مرغوبا فيه و منبوذا آنذاك من طرف التحليليين.

لكن التجارب و الملاحظة الإكلينيكية في الوسط المؤسساتي و الاعتماد على العمل العيادي الخاص والجماعي عبر الجهد المبذول في المؤسسات التربوية، والصحية أو في الحضانات ومراكز

الأمومة وحتى في المحاكم، جعل البحث العلمي في مجال علم النفس المرضي للطفل (Clinique Infantile) يبني أدوات جديدة ومقننة علميا، ما سمح بإعطاء حجج متينة لظهور هذا الاختصاص و افاق أساسية نظرية لتطویر هذا الميدان، منتهجا عدة طرق تسمح بفهم الطفل و المراهق و خصوصياتهم منها:

(1) الطفل بطبيعة الحال هو عميل في حالة نمو وبالتالي فإن كل الملاحظات العيادية تهتم في البداية بما حدث في حياته(الخبرات السابقة).

(2) جسم الطفل في نمو مستمر وله بعد جد هام من جهة البناء النرجسي وبناء الهوية.

(3) الطفل في بنائه السيكوسوماتي (الجسم والنفس) يطور هويته النفسية(Identité psychique) عبر علاقته مع المحيط الأسرة الأقران الاساتذة...الخ.

(4) الاضطرابات النفسية تبقى متفاوتة حسب عمر الطفل وظروف البناء النفسي و الدفاعات.

(5) يعتبر العرض في هذا السياق مؤشرا و رمزا (Signe) خاصا لإشكال نفسي أكثر عمقا و ذلك ما أظهره التحليل النفسي، الذي يعتبر بأن العرض وحده لا يسمح بفهم الاضطراب الخاص بالطفل(Gueniche, 2016).

فأمثلا فالون (WALLON) أظهر في بحوثه أهمية الحركة في نمو الطفل ، معتبرا ان هناك علاقة وطيدة بين الجسم والحركة فسحا بذلك المجال لأهمية الاختلاف حسب السن و النمو كخصوصية على علم النفس فهمها و التقرب منها باعتبارهما نموذجا للنمو(Wallon, 1959).

فظهر فكرة الاضطراب عند الطفل، سمح لعلم النفس المرضي التعمق في هذا المفهوم ودراسة صورة الجسم. وهو ما يسميه فرويد بالأنا الجسدي (Moi corporel) وكيفية تمثيله في البناء الحسي الحركي(Freud, 1915). كما أظهر ذلك بياجى -ارتباطا بهذه النقطة- في مقارنته للنمو الخاص

بالطفل والمراهق، واهتمامه بخصوصية كل مرحلة في التركيب النفسي والمعرفي، ما جعل هذه الفكرة (الاضطراب عند الطفل) قاعدة جد هامة في الدراسات الخاصة بالطفل و المراهق.

1. العلاقة مع الموضوع: La relation d'objet

يعتبر مصطلح الموضوع (Objet) جد هام في علم النفس العيادي لما له من دور في النمو النفسي للطفل والتنظيم بين الداخل والخارج. فالموضوع الأولي ألا وهو الأم يسمح للطفل ببناء علاقة عبر تنظيم خاص بين استخدام توظيف وتمثيل للأم (Bergeret, 2012) هناك أيضا العلاقة بين الموضوع والنزوة التي تسطر افق مهمة خاصة بعلم النفس المرضي و أهمية العلاقة بين اللاشعور والجسم.

وبالتالي فإن النضج الجسدي(العصبي، العضلي، والحسي)، له قواعده الخاصة في النمو لكنه لا يسمح وحده بفهم السلوك الخاص بالطفل، ما جعل علم النفس المرضي يهتم بملاحظة مختلف آثار التفاعل بين المحيط والجسم في نمو الطفل وعلاقته مع الموضوع (Vuillat, 2003).

فحركة الجسم تمر أيضا عبر التمثيل الجسدي قريبا من التجسيد السيكوسوماتي الذي طوره محمود سامي علي (2008) للتعبير عن الإشكال الذي تطرحه هذه الفكرة في علم النفس المرضي. وحسب تيسرون (Tisseron) الطفل له مخطط قاعدي يرتكز على:

- التحول : مثلا تحول الجسم
 - الاحتواء :مثلا الطفل باستطاعته احتواء حركة الجسد والإحساس الخاص بها.
- هذان النقطتان تجعلان لكل من الجسد والموضوع، علاقة وطيدة في كيفية و طبيعة ظهور الاضطرابات عند الطفل. فالجسد الذي يتحرك بإفراط يسمح عبر الملاحظة بظهور الفضاء ما يجعله في حركة أيضا ويسجل تحول الموضوع و الجسم في آن واحد. تيسرون عبر خبرته وتفسيره لتلك

النقاط أخذ بعين الاعتبار أن أسس الاضطراب عند الطفل تأتي مبكرا حتى وإن تم تشخيصها في السنة الثانية من عمره (Tisseron, 1998).

أما بارجي Berger فإنه يوضح في أعماله أن هذه الحركة التي ينتجها الطفل لها آثار على الآخر و على المحيط وهذا ما نلاحظه مثلا عند الأطفال الذين لهم اضطرابات خاصة فهم يجندون طاقة الآخر مهما كان المركز الذي يشغله (العائلة، المدرسة، الطبيب، الأخصائي...) ما يتطلب من المختص النفسي فهم طبيعة الاضطراب واللغة المستخدمة حوله (Berger, 2013).

2. نمو الحياة النفسية عند الرضيع:

يعتبر الباحثون في علم النفس بأن مرحلة الأمومة، تعبر عن المرور من مرحلة الطفولة إلى الكبر، ما يجبر الأم على إيجاد مكانها عبر الأجيال وتقبل التغيير في حياتها بمرورها من مكان بنت لوالديها إلى والدة. فالمرأة الحامل في مرحلة التسع أشهر تقترب بكثير من اللاشعور ما يشار إليه بالشفافية النفسية عند الحمل (Bydlowski, 1997).

وحسب لبوفيتشي (2004) فالطفل الذي يأتي إلى العالم هو حامل صورة ثلاث أطفال:

- **الطفل الوهمي:** وهو الطفل الذي يظهر في مرحلة عقدة أوديب في الأربع سنوات.
- **الطفل الخيالي:** وهو الطفل الذي تتخيله المرأة عند اقترابها من الإنجاب وهي تسقط الكثير من الأشياء على الطفل مثل: الاسم لون الشعر مستقبله سلوكه... الخ.
- **الطفل الحقيقي:** وهو الذي يأتي عند الولادة وهو يختلف عن الآخرين ما يسمى بتجربة الحقيقة.

فإذا ولد الطفل قبل الوقت أو خلق مشوها مريضا أو معاقا فإن هذا قد يثير نوع من الوهم الذي

نجده عند كل الأمهات وهو الإحساس بأنها أم سيئة. ليأتي بعد ذلك تطور في العلاقة أين تجد الأم قدرات

جديدة في إطعام ابنها و الاعتناء به مع اكتساب نوع من الثقة في النفس. ومن جانبه الطفل الذي كان في حالة عدم صراع في بطن أمه يصبح بعد الولادة في صراع مع الحاجيات وقدرة إشباعها. وهو أيضا يحفز عبر الأصوات التي يجهل معناها بين أصوات معروفة وغريبة في آن واحد مثلا: الروائح الضوء...الخ.

فحالة عدم الصراع مصطلح يشير إلى أهمية الأم كأساس توازن الاقتصاد النفسي للطفل الذي لا يمتلك بعد القدرة على المواجهة او التحكم في المثيرات باختلافها. ففي هذا العمر الرضيع ليس لديه قدرات نفسية ولا يمتلك ميكانيزمات دفاعية تسمح له بالتحكم في كل هذه الضغوطات ما يجعله يبحث عن حالة عدم الصراع معبرا عنها عبر الجسد " الصراخ، البكاء، الضحك" (Grunberger, 2003) وبالتالي فإن الرضيع يمر بمراحل تخص النمو النفس وجداني التي تبدأ من الولادة إلى غاية المراهقة بين النمو العادي أو المرضي. وحسب فينيكوت فإن نفسية الأم جد مرتبطة مع نفسية ومتطلبات الرضيع مما يجعلها تفرق بين أنواع الصراخ ما يسميه بالانشغالات الأولية للأم (Winnicott, 1996).

وحسب ميشال فان (1974) فهي تلعب دور الوسيط بين المحيط الخارجي والرضيع أخذة بعين الاعتبار الأشياء التي قد تؤثر سلبا على نفسية الرضيع ما يسميه بعنصر ألفا وتوصلها إليه في إطار مقبول وهو العنصر بيتا. تلك العلاقة الخاصة تجعل الطفل يدخل في صدى مع محيط الأم ما يسميه فينيكوت بالأم المحيط. ولكنها حسبه يجب أن تعمل على إحباطه بطريقة تدريجية حتى تستطيع أن تعود إلى علاقتها مع الأب والعالم الخارجي (Winnicott, 1989). هذا الإحباط التدريجي هو الذي يسمح للطفل ببناء منظم وبناء جهاز نفسي ما يسميه بالأم الحسنة. أما إذا كان هناك تشويه للعلاقة الأولية (أم رضيع) ومستقبلا في العلاقة الثلاثية (أم أب رضيع) فإن هذا قد يؤثر على نفسية الرضيع وهذا ما قد يثير اضطرابات في التفاعل تترجم في معظم الأحيان عبر الجسد. و حتى يتسنى لنا فهم كل اضطراب و

خصوصياته سنتعرض لبعض الاضطرابات الخاصة بالطفل و المراهق و ذلك بالتطرق اليها حسب التصنيفات و النظريات المختلفة.

3. أهم القواعد النظرية المفسرة لعلم النفس المرضي للطفل و المراهق:

1.3. النظرية المعرفية السلوكية (Approche cognitivo-comportementale)

من هذا المنظور تأخذ المدرسة المعرفية السلوكية حساباً خاصاً للبعد النفسي المرضي وفقاً لسلوكيات القلق أو الاكتئاب أو سوء التكيف للفرد. و بالتالي فهذه النظرية تجد أسسها في اطار البحث الإكلينيكي التجريبي أخذاً بعين الاعتبار عدة فرضيات تسمح بفهم القواعد المؤسسة للوجهة المعرفية السلوكية. الفرضية الأولى تجد أساسها في صعوبات التعلم التي تسمح بتطور اضطراب معين من خلال السلوكيات المرضية. حسب الفرضية الثانية استمرار السلوكيات المرضية يرجع إلى عوامل معرفية و سلوكية تستمر وتمنع اختفاء الاضطراب. الفرضية الثالثة تتعلق بالمقاربة العلاجية التي تلتزم تعلم سلوكيات إيجابية جديدة تسمح بإلغاء القلق و تثبيط السلوكيات الغير المناسبة... (Vera, 2014).

2.3. المدرسة النسقية (Approche systémique) :

تعتبر المدرسة النسقية بأن الجانب المرضي يخص التواصل داخل النسق في حد ذاته و الذي يؤثر سلباً على سلوك الطفل او المراهق لحد جعله يعيش نوع من المعاناة النفسية التي لا تسمح له ان يكتسب استقلالية نفسية بل يبقى مقيداً جراء بحثه عن مكانه داخل النسق و عدم تفهم حالة عدم العدل السائدة فيه. و بالتالي فإن الإخلاص كان مفهوم نفسي للتناقل بين الأجيال يمهد ظهور الاضطراب و التعرف على ركائزه الخفية داخل تنظيم تحالفي لاشعوري (Ancelin Schützenberger, 2004).

3.3. المدرسة التحليلية (Approche analytique)

فيما يخص المدرسة التحليلية فنجد أعمال أنا فرويد، ميلاني كلاين، سبيتز، فينيكوت، أنزيو، بيون ، سامي علي... و آخرون. وحسب الكثير منهم الجانب المرضي الخاص بالطفل و المراهق يجد جذوره في النظرية الفرويدية في العلاقة الثلاثية و أهمية الجانب النرجسي في بناء الجهاز النفسي و مدى تأثير العلاقة في تطوير الميكانيزمات المناسبة و الدفعات السليمة او المرضية. و عليه فالمرحلة الأولى من الحياة تعتبر الركيزة الأساسية لفهم تركيب الاضطراب و نقاط التثبيت الناجمة عنه و مدى تأثيرها على الحياة النفسية للطفل او المراهق. فطبيعة النزوات و نوعية الاستثمار تؤثر على ترتيب العلاقات المستقبلية و كيفية التوصل إلى استقلالية حقيقية.

اضطرابات النمو عند الطفل

والمراهق

1. اضطراب التبول والتبرز الإرادي:

يعتبر علم النفس أن الزمن جد مهم في حياة الفرد فمرور الطفل من مرحلة عدم التحكم في العضلات السارة إلى النضج والتحكم فيها يعتبر عامة شيء عادي ففي معظم الأحيان التحكم في العضلات الشرجية يحدث قبل العضلات البولية، ولكن هذا يتطلب أن تكون هناك رعاية خاصة وسوية بالطفل من جهة العلاقات مع أفراد العائلة و المحيط والثقافة في آن واحد(Gesell, 2015).

فنوعية العلاقة عامل هام لأن التنظيم النفسي للوالدين يؤثر على التنظيم الخاص بالطفل، فمثلا العلاقة الأولية مع الأم ما بين سنتين ثلاثة وتعلم النظافة يصبح موضوع جد هام في عملية التفاعل ما بينهما. فالفضلات تعبر عند الطفل عن جسمه وهو موضوع يخص هويته، ما يسمح له المرور إلى مرحلة النضج و يجعله المتحكم الوحيد جاعلا تلك التجربة الجديدة تشعره بالسعادة. وبالتالي فإن السلوك الذي تستخدمه الأم في هذه الفترة جد هام ، فهي تمر من السرعة في رمي الفضلات و ترتيب النظافة الخاصة بالطفل إلى الشعور بالرضى لأن الطفل توصل إلى التحكم بهذه العملية (Bergeret, 2012).

أما الجانب الثقافي فيخصص أصول الثقافة في الفضاء الداخلي والخارجي والتي تلعب دورا هاما في التوصل إلى البناء الاجتماعي وعليه يجب الأخذ بعين الاعتبار الاختلاف بين المحيط الصارم و المحيط المتراخي. فاضطرابات العضلات السارة هي موضوع يعبر عن الجسم و عن نمو الحياة النفسية عند الطفل بمروره من العلاقات الأولية (تلبية الحاجات) إلى العلاقة مع الفضاء الخارجي مثل المدرسة...الخ(Kaës, 2010).

1.1. التبول الإرادي (Enurésie)

هذا الاضطراب يلاحظ عند الطفل بعد النضج الفسيولوجي ما بين 3 إلى 4 سنوات فهو يخص حسب الإحصائيات طفلين مقابل طفلة من العمر المدرسي (ما بين الستة سنوات)، وهو يقسم إلى نوعين:

1.1.1. التبول الإرادي الأولي:

وهو يحدث مباشرة بعد النضج العضلات و قدرة الطفل التحكم فيها وفهم تلك العملية المعقدة عند ذلك السن.

2.1.1. التبول الإرادي الثانوي:

هذا النوع من الاضطراب يحدث ما بعد 6 سنوات وهو يحدث حسب الأخصائيين عبر ارتداد خاص إما ليلة أو ليلتين ولمدة طويلة وهذا ما يرمز إلى تعثر في النمو كما لتظهره قصة الطفل هانس الذي كان له فوبيا وخوف واضح من الإخفاء، والتحقق من هذا المشكل سمح له بالعلاج، والملاحظ أنه في الكثير من الأحيان في الطلب الخاص ان الأولياء يعبرون عن استياءهم من المشكل ولكن الطفل لا يهتم بهذا.

و حتى يتسنى لنا فهم ذلك الاضطراب حسب خصوصياته فالتبول الإرادي قد يحدث لسبب ظاهر وخاص مثلا : طلاق، ولادة، دخول مدرسة، ما يؤثر على الإحساس بالحماية في العلاقة عند الطفل (Société Canadienne de Pédiatrie, 2005).

أما ظهور التبول الإرادي الثانوي بدون سبب واضح فهذا قد يعبر عن عصاب نمائي (Névrose développementale). ما يتطلب ملاحظة وعمل علاجي أعمق وأدق في الحياة النفسية و هذا ما يتطرق اليه المختصون التحليليين الذين يعتبرون بأن الطفل في هذه الحالة بحاجة إلى التخيل والترميز.

أما ظهور الاضطرابات في إطار عدم انسجام في النمو فهذا قد يقترب من الذهان لأن التبول اللاإرادي يأخذ شكل أولي لأنه يظهر ثم يختفي وهذا قد يعبر عن بداية مرض سيكوسوماتي لأنها عبارة عن تركيب ذهان مبكر تتبعه اضطرابات مثل : التبول اللاإرادي وأعراض أخرى (Houzel, 2003).

2. التبرز اللاإرادي (Encoprésie)

هو اضطراب يظهر بعد عمر النضج الفسيولوجي للعضلات وهو يقسم إلى نوعين:

- التبرز اللاإرادي الأولي: هذا النوع من الاضطراب يخص الطفل الذي لا يكتسب النظافة أو يكتسبها لمدة قصيرة.
- التبرز اللاإرادي الثانوي: يحدث هذا الاضطراب بعد مدة طويلة من اكتساب الطفل النظافة وهذا الاضطراب له علاقة مع الصراعات مع الخارج وقد يخص أيضا طبع الطفل. وهو يشمل بخاصة الأطفال ما بين 6 إلى 7 سنوات.

و حسب التصنيفات المعمول بها عند الطفل و المراهق فإن هذا الاضطراب قد يأتي مصحوبا بالتبول اللاإرادي ما يجعله أحد وأصعب لأن الطفل في البداية يعيش إمساك مرضي غير عضوي. و هذا ما قد يعبر عن إصابة بتقدير الذات أو اضطراب نرجسي ما يجعل الطفل في حالة كمون و لا يملك الرغبة في النظر إلى المستقبل (Sociét Canadienne de Pédiatrie, 2005).

و في هذا الصدد نجد بعض الحالات التي تطرق إليها فرويد والتي تساهم في تفسير هذا الاضطراب مثل رجل الفئران (L'homme aux rats) الذي لديه مشكل الهوس. وبالتالي فإن الليبيدو حسب تفسير فرويد استخدمت الأداء الشرجي لتجعله منطقة إثارة جنسية. ما جعل التبرز اللاإرادي يعبر عن بداية تنظيم عصابي من الصعب للطفل التكلم عنه وهو يحدث معاناة كبيرة عند الطفل وفي نظرة

الآخر و يخص صعوبات في العلاقة، وذلك بالأخص عندما يكون هناك إرادة من الآخر التحكم في الاضطراب مع تدهور شديد في العلاقة (Freud,1900) .

وحسب برجوري المرحلة الشرجية تقسم إلى اثنين : مرحلة إخراج الموضوع ومرحلة إمساك الموضوع ما يسميه خط التقاسم (Devidedline). فالتبرز الإرادي لا يخص المرحلة في حد ذاتها بل هو عرض يخص القدرة المعتمدة في التحكم بأداء الجسم ما يجعله يرمز إلى الاعتماد النفسي في التحكم بالإثارة والعلاقة مع الموضوع الأولي (الأم) (Bergeret, 2012) .

2. الاضطرابات الغذائية: (TCA) Troubles des conduites alimentaires

إن مكانة الاضطرابات الغذائية في علم النفس المرضي جد هامة لما لها من أثار متفاوتة على نفسية الشخص وعلاقته الخاصة مع الفضاء الخارجي، فالاضطرابات في حد ذاتها من قهم عقلي (Anorexie mentale)، نهام، شراهة وسمنة (Boulimie) وغيرهم أصبحت في الوقت الحاضر وحتى في الماضي مسألة اثارته فضول الكثير من الباحثين فكل اهتم بها إما من الوجهة الطبية، النفسية، الثقافية، السيكوسوماتية، وحتى الاجتماعية. فهذه الاضطرابات لا تزال إلى حد الآن تطرح تساؤلات حول نوعية التشخيص وأسباب ظهور هذا الاضطراب الذي يخص عامة المراهقين وهو يلمس بصورة خاصة الجسد وصورة الذات.

فحسب فيليب جامي (1992) وهو أحد أكبر المختصين بالمرض النفسي عند المراهق هذه الاضطرابات تأتي جراء عوامل متعددة يجب النظر فيها بدقة مع العمل حتى يتسنى التوصل إلى فهم أحسن لظهور الاضطراب "قلق اضطرابات الشخصية، الإدمان..." (Jeammet, 1992).

ففي الماضي كان القهم العقلي يدفع إلى الفضول لحد أن الأخصائيين كانوا يلاحظونه بطريقة غير علمية ولا علاجية إلى حد الستينات أين أظهرت بعض البحوث نتائج جد هامة ومرهبة للعامة جاءت جراء الأعمال الحديثة في الإبيدميولوجيا (Epidémiologie) معبرة على أن:

10% من هذه الاضطرابات تؤدي إلى الموت.

20% يؤدي إلى تفاقم الاضطرابات مع مرور الوقت.

50% يعيشون اضطرابات مرضية حادة تؤثر على نوعية الحياة من علاقات عاطفيه اجتماعية وحتى في الإطار المهني.

تفاقم هام لهذا الاضطراب لدى شريحة المراهقين و ذلك بمروره من نسبة 1 % إلى 2 % و هو ما يعبر عن أهمية هذا الاضطراب وخصوصيته في الوقت الحاضر، و ذلك جراء التطورات الخاصة بصورة الجسم و العلاقات الوجدانية باختلافها (Jeammet, 1992).

• تعريف عام:

إن اضطراب السلوك الغذائي يخص نوع من السلوك يتمحور حول الإدمان المرضي 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 بتلبيتها باستخدام الجسم كأداة تفريغ لما يعتبر حسبه كمضر و مقلق (Treasure & al, 2010).

1.2. القهم العقلي: Anorexie mentale

هو الخوف من السمنة ما يدفع الفرد إلى البحث الدائم والمرضي لفقدان الوزن، وهي تتميز برفض الأكل حتى وإن كان الفرد جائعا ورفض فكرة الزيادة في الوزن، حتى وإن كان الجسم جد نحيف ومرهق، فالفرد في هذه الحالة يعمل على مراقبة الحريرات وقد تكون مرفوق بسلوك خاص كالنهام (Boulimie) أين يستخدم التقيؤ لحذف الغذاء أو أخذ الأدوية. وهو يختلف عن القهم الذي يأتي لمدة قصيرة جراء عملية جراحية وقلق... إلخ.

فازدواج السلوك بين قهم عقلي ونهام قد يؤدي إلى تطور مرض سيكوسوماتي جد هام، وحسب علم النفس التحليلي فإن هذا الاضطراب يخص التنظيم الخاص بالعلاقات، وعدم القدرة على معالجة الصراعات فهناك تناقض بين قلق مرضي يخص الفراق أو يخص اختراق العلاقة فالفرد في هذه الحالة يكون شديد التأثر بالآخرين وقد يعتمد في بعض الأحيان سلوك عدم التفاعل (Corcos, 2006).

2.2. الشرهة السمنة و النهام: Boulimie

يختص هذا الاضطراب بأزمة النهام أين يعمل الفرد على ابتلاع كمية كبيرة من الأكل في مدة قصيرة مع ظهور الإحساس بفقدان السيطرة. ما يجعل هذا السلوك تعويضي ومنتالي يبحث فيه الفرد عن فقدان الوزن باستخدام النقيؤ الأدوية والصيام (Treasure & al, 2010).

حسب DSM يجب أخذ هذا الاضطراب بعين الاعتبار إذا حدث مرتين في الأسبوع أو أكثر و تجاوز مدة الثلاثة أشهر فهو يتطور بعد تعرض الفرد إلى قهم عقلي، وهناك أيضا ما يسمى بالإفراط النهامي (Hyperphagie boulimique) أين يبحث الفرد وبطريقة مرضية عن الأكل ولو مرتين في الأسبوع لمدة تتجاوز ستة أشهر وتكون مصحوبة بما يلي:

- الأكل بسرعة لحذا الإحساس بأنه ليس جيد.
- الأكل دون جوع.
- الإحساس بالكره
- إكتئاب وتأنيب الضمير بعد الأكل المفرط.

وبالتالي فإن الإفراط النهامي يأتي مصحوبا بالسمنة والشرهه لأنه لا يوجد هناك بحث عن النقيؤ و لا

يوجد قهم عقلي (APA, 2013) .

3.2. اضطراب بيكا: Trouble de Pica

يجب الأخذ بعين الاعتبار أن الملاحظة الإكلينيكية تسمح في الكثير من الأحيان بفهم بعض السلوكيات الخارقة للعادة و التي تؤثر سلبا على الحياة النفسية للطفل من جهة و على عائلته من جهة اخرى. فابحثه عن إشباع لا إرادي لبعض النزوات مع وجود صراع خفي غير مصرح به قد يؤدي إلى ظهور اضطراب يخص الأفراد الذين يبحثون عن أكل أشياء غير غذائية مثل: الحديد، الأوراق الحجر ولمدة طويلة.

فحسب البحوث هذا الاضطراب يلاحظ خاصة عند الأطفال وبالتالي فإن أكل كل هذه المواد قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات عضوية و خيمة ومعيقة للفرد وحسب نفس هذه الدراسات فإن هذا الاضطراب يعتبر نادر و يشخص في الكثير من الأحيان لدى الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية و قصور معرفي أو اضطراب طيف التوحد حيث ان هذا الاضطراب قد يظهر ما بين 12 و 24 شهر ليختفي وحده بدون تدخل خاص أو علاج. وفي بعض الأحيان قد يتطور بطريقة معيقة للحياة النفسية و في العلاقات الخارجية ما يجعله يتخذ طابع مرضي. (Dumas, 2013). فالمختص النفسي لديه مسؤولية هامة في متابعة تطور الاضطراب و تأثيره على نمو الطفل.

3. الاضطرابات الجنسية:

إن فكرة النمو الجنسي جد هامة في عصرنا هذا إلا أنها كانت ولمدة طويلة غير مأخوذا بها لأن الفكر العام آنذاك كان يستند على تصورات ثقافية و اجتماعية مهيمنة على الطابع الفردي و مصحوبة بصورة مثالية فيما يخص الطفل. فنجد مثلا بأن مصطلح الجنس لم يستخدم في التعبير عن نمو الطفل إلا بعد ظهور بعض المختصين في الطب الشرعي ليدخلوا في الثقافة أهمية الاضطرابات الجنسية عند الأفراد ككل دون اقصاء شريحة الاطفال و من بينهم نجد كرافت يبين في (1840-1902) و اليس هافلوك (1859-1939). اللذان استخدما في مقاربتهم الطب الشرعي كوسيلة علمية تسمح بفهم التركيب الخاص بالجسم و المشاكل التي قد تكون مصحوبة به (Leheuzy, 2008). ليأتي بعد ذلك فرويد و يضع قواعد و تعريفات جديدة لهذا المصطلح بعيدا عن الجانب الفسيولوجي للجنس و بعيدا عن الفكر الثقافي والديني السائد في المجتمع آنذاك والذي كان يمنع ولا يسمح في آن واحد بوجود هذه الفكرة وعدم تقبل وجود هذا النوع من السلوك. وعليه فإن فرويد أعطى أهمية للعلاقة و الإطار النفس وجداني الخاص والعرض الجنسي في كتابته ثلاث دراسات حول الجنس (1905). فالجهاز النفسي حسب ينظم حول الطاقة الليبيدية التي تعتبر الركيزة الاساسية في النمو النفس وجداني، مفرقا بين فكريتي الجنس من الجهة الفسيولوجية والجنس من الجهة الرمزية، فمصطلح الجنس يلعب دورا هاما في نمو الطفل والمراهق لأنه يمثل حسب: « عملية دينامية، تنظم النفس، الشخصية، والعلاقة مع الآخر » (Freud, 1905). وبالتالي فإن علم النفس التحليلي أعطا إطارا نظريا هاما لهذه الفكرة معتبرا أن الطفل يمر عبر مراحل مختلفة تخص الجسد والموضوع مثل: المرحلة الجنسية الشرجية، القضيبية، عقدة أوديب ومرحلة الكمون و المراهقة أين يكون هناك شحن خاص بالطاقة الليبيدية والنزوات المختلفة والإثارة الجسدية.

والنمو يصبح مكتملا إذا توصل الفرد إلى تحويل كل تلك الشحنات لخدمته مع التوصل والقدرة على المرور من الاشباع الفردي والخاص إلى القدرة على التفاعل مع الآخر و النمو السليم. لكن المختص النفسي عليه التعرف المعمق و الدقيق للنمو و الأخذ بعين الاعتبار الاختلاف ما بين الأفراد. لأن النمو النفسي قد يكون مصحوبا بالعديد من الصدمات التي قد تؤثر على الحياة النفسية عبر الحياة ككل و قد تكون في هذا السياق نقاط تثبيت قد تلعب دورا مختلفا مستقبلا. فالنمو النفس جنسي هو عبارة عن أزمة نرجسية تخص التساؤلات الفلقة حول الذات الجسم، الجنس... الخ. وهذا ما يجعل مرحلة المراهقة مرحلة مهمة و الأخيرة لأنها تسمح بمعالجة النزاع الأوديبي الخاص بالتنظيم النفسي (Bergeret, 2012).

فالطفل حتى سن المراهقة في بحث دائم عن هويته الجنسية ولديه تساؤلات وأوهام تخص علاقته مع الموضوع ما يثير فكرة الصراع بين الهو ونزواته الجنسية والأنا الأعلى الذي يعمل على منع تلك العملية، فالفكر الثقافي الخاص بالفضاء العائلي والاجتماعي يلعب دورا مهما في فهم الاستجابات الخاصة بالنزوات الجنسية التي تختلف وتؤثر على شخصية الفرد على هويته وعلى تنظيمه النرجسي.

وفقا لبعض الدراسات، يمكن العثور على هذا الاضطراب لدى عامة الناس من 2 إلى 4% لدى الذكور و 5 إلى 10% لدى الفتيات بين 4 و 18 سنة من العمر و الذين يتصرفون "من وقت لآخر" كما لو كانوا من الجنس الآخر. حسب دراسات أوروبية 5 إلى 13% من المراهقين و 20 إلى 26% من الفتيات المراهقات يلاحظون في بعض الأحيان أنهم يستخدمون سلوكيات تخص الجنس الآخر. وتقل نسبة 2 إلى 5% من المراهقين و 15 إلى 16% من الفتيات المراهقات إن لديهن رغبة "في بعض الأحيان أن يكونوا من الجنس الآخر (Le heuzey, 2013) .

حاليا، معايير التشخيص المستخدمة من قبل **DSM** تحت مصطلح اضطراب الهوية الجنسية

(dysphorie de genre) هي كما يلي:

- تقمص مكثف مع وجود انجذاب غير عادي للانتماء للجنس الآخر.
- يلاحظ الاضطراب عند الأطفال ، حسب أربعة (أو أكثر) من المعايير التالية:
- التعبير مرارًا عن الرغبة في الانتماء إلى الجنس الآخر أو التأكيد على أنه ينتمي إليه.
- الذكور يفضلون ، ملابس النساء أو أدوات خاصة لتقليد الإناث ؛ أما الفتيات فتصررن على ارتداء ملابس الرجال.
- التفضيل الملحوظ والمستمر للأدوار التي تنتمي إلى الجنس الآخر ، وهو عنصر يمكن ملاحظته أثناء الألعاب ، حيث يتظاهر الطفل أو يتخيل باستمرار أنه ينتمي إلى الجنس الآخر.
- الرغبة الشديدة في المشاركة في الألعاب والهوايات المعتادة من الجنس الآخر.
- تفضيل ملحوظ لزملائه من الجنس الآخر.
- بالنسبة للمراهقين، يظهر الاضطراب نفسه في التعبير عن رغبة الانتماء إلى الجنس الآخر
- مع التبنى المتكرر للسلوكيات التي يتظاهر فيها المراهق بأنه من الجنس الآخر
- مع الرغبة في العيش و أن يعامل على أنه من الجنس الآخر.
- الاعتقاد بأن لديه أو لديها مشاعر وردود فعل نموذجية من الجنس الآخر.
- شعور دائم بعدم الارتياح فيما يتعلق جنسه و الشعور بعدم الارتياح فيما يتعلق بهويته الجنسية.
- من المهم أن يميز المختص بين مجموعتين حسب التصنيف العمري :
- أولئك الذين بدأ اضطراب الهوية الجنسية عندهم في مرحلة الطفولة وهم في غالب الأحيان

يعرضون جدول إكلينيكي أقل أهمية.

- وأولئك الذين يظهر اضطرابهم في مرحلة المراهقة. أين يصبح الجدول الإكلينيكي أكثر تعقيداً
جراء التغييرات الذي يثيره سن المراهقة ، مع وجود سياق مرضي والتزفستيم (APA, 2013).

على هذا النحو ، من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن المراهقة هي الوقت المناسب لإرباك الهوية
النفسية و ذلك بالنظر إلى البناء و التنظيم الذي يعتمده المراهق في مواجهة التطورات التي يعيشها أثناء
تلك المرحلة : التقرب من سلوكيات الفصامي ، اضطراب في المزاج (الهوس أو الاكتئاب الوهمي)
(Bergeret, 2012). أو قد نجد في بعض الأحيان ضرر ناتج عن اعتداء جنسي قد لا يصرح به أو
مسكوت عنه لأن هذا النوع من الاعتداءات لا يزال من الطبوهات الاجتماعية المضرّة للحياة النفسية و
التي قد تفقد الفرد قدرته على استخدام الميكانيزمات المناسبة و المرونة الفعالة للمرور من المراهقة بدون
إشكال. ومن بين الاضطرابات المعروفة والتي نجدها من سن الطفولة إلى الرشد مصنفة بوضوح في ال
CIM10. هناك العديد من الاضطرابات المعروفة في اللغة العامة و لكنها تعتبر جد هامة لما تثيره من
تعقيدات في بناء الهوية الجنسية.

1.3. التلصص : Voyeurisme

وهو يخص الطفل الذي يتلصص على الآخر في حال العلاقات الجنسية، مع بحث مستمر و غير
متحكم فيه لرؤية جسم الآخر بطريقة مرضية، أين يصبح الطفل لا يتحكم في نزواته باحثا عبر هذا
السلوك عن إشباع النزوات الجنسية دون إنشاء علاقة مع الآخر. المراهق والطفل يعيش فائض يجعل
الاقتصاد النفسي في حالة خلل لأنه لا يجد مرونة نفسية مناسبة أو إشباع بديل يسمح له أن يتحكم في
هذا السلوك مع عدم التوصل إلى إكتساب قدرات جديدة تسمح له بتجاوز تلك النزوات التي قد تصبح

مرهقة و هوسية فهو يبقا بحاجة دائمة لرؤية جسم الآخر مع بحث هام حول هويته الجنسية والبناء النرجسي.

2.3. الاستعراضية : Exhibitionnisme

في هذه الحالة الطفل أو المراهق يعمل على استعراض أعضائه الجنسية في وجود أفراد قد لا يعرفهم، أو في أماكن عامة. فهو بحاجة طاغية لنظرة الآخر ما يجعل النزوة الجنسية تثير الموضوع وتؤدي بالطفل أو المراهق إلى استخدام العضو الجنسي من أجل تهدئة القلق الطاغي.

فالجسم في هذه الحالة يصبح ملك للآخر والطفل لا يستطيع أن يجد الميكانيزمات المناسبة لتهدئة هذه النزوات فهو بحاجة إلى نظرة الآخر حتى يلبي رغباته النرجسية و يثير فضول الآخر و يجلب نظره لان العلاقة في حد ذاتها تعتبر موضوع مهم له و لكنها صعبة المنال. هذا الاضطراب يخص في الكثير من الأحيان الذكور مع امكانية وجود عدوان خاص ضد النساء.

3.3. الفيتيشية : Fétichisme

هذا الاضطراب يخص البحث عن استخدام ملابس و ادوات مختلفة للتوصل إلا تلبية النزوات الجنسية مثلا : نوع من اللباس أو مواد خاصة و ذلك لإشباع النزوة.

4.3. التلبس : Le travestisme

هو استخدام لباس الجنس الآخر لإشباع النزوة الجنسية وبناء صورة خاصة و ذلك عبر التوهم بالقدرة على التوصل إلى إنشاء علاقات جنسية ممنوعة عند الطفل والمراهق (CIM10).

نظراً لحساسية هذا المجال فإن التقييم صعب للغاية ولا يمكن إجراؤه إلا من قبل مهنيين مدربين. يمكن للمختص استخدام الملاحظة الإكلينيكية للطفل وحده مع والديه أو مع مجموعة الأقران. يجب على المختص ان يتحلى بنوع من الحنكة في متابعة هذا الاضطراب و اللغة المستخدمة من طرف الوالدين للتعبير عنه. ففي الكثير من الأحيان المخاوف قد تكون جراء اعتقادات خاطئة تجعل العائلة في حيرة من السلوك المعتمد و ذلك خاصة في زمننا هذا اين المرئيات طغت على المحيط الأسري و التساؤلات عن الحياة الوجدانية للأبناء أخذت مكانة مهمة في حياة الجميع. فمسؤولية المختص تتطلب منه النظر و بدقة محكمة في ثقافة العائلة لفهم سيرورة تلك التساؤلات حول الهوية الجنسية.

4. اضطرابات النوم

ككل سلوك يخص نمو الطفل والمراهق فإن أي اضطراب يتطلب من المختص التعمق في خصوصياته وفهم الانشغالات التي يطرحها داخل المحيط فمثلا اضطراب النوم الذي يعتبر بطبيعة الحال مختلف من فرد إلى آخر يخص نوعية الاضطراب في حد ذاته، قوته، الاضطرابات المصحوبة به سن الطفل وطبيعة نموه (Gesell, 2015) فكل هذه النقاط جد مهمة لأنها تسمح بالتعرف الدقيق لتاريخ الاضطراب فالرضيع مثلا ينام حوالي 16 إلى 17 ساعة في اليوم ولكن هذا القدر من النوم ينخفض بطريقة تدريجية مع وجود فروقات فردية، وبالتالي يجب على المختص التعرف على المراحل الخاصة بالدخول في النوم والتي تقسم إلى مرحلتين كبيرتين هما :

• النوم الأولي: Sommeil paradoxale (SP)

في هذه المرحلة نلاحظ سرعة في حركة العينين مع تراخي أعضاء الجسم وهذه العملية تبدأ عند الطفل عند بلوغه العامين.

• المرحلة الثانية:

تقسم هذه المرحلة إلى 4 فئات فرعية تمر من النوم الخفيف إلى النوم الجد العميق.

فالتطور التكنولوجي يسمح الآن بملاحظة هذه المراحل وما يحدث خلال النوم عند الفرد فمثلا نجد الفحص الكهربائي لرسم المخ أو الدماغ (L'électroencéphalogramme) الذي يسمح بدراسة اضطرابات النوم الخاصة بكل مرحلة يمر بها الفرد عند النوم (CENAS, 2014).

1.4. الحلم، الخوف والنوم

إن النوم والحلم لديهم مكانة جد هامة في النظرية التحليلية ففرويد يعتبر بأن الحلم هو إنجاز رغبة تخيلية لاشعورية" (Freud, 1900)، وبالتالي فإن القصة الخاصة بالحلم تظهر عند الطفل ابتداء من عامين ونصف ولكن هذا يختلف حسب نضج الطفل وقدراته على التغيير وخبراته المختلفة. فالطفل كي ينام بحاجة في محيطه إلى موضوع الحماية والذي يخص نوعية علاقاته مثل : الأم في البداية أو الموضوع الانتقالي مستقبلا وذلك حتى يستطيع أن يتقبل النكوص واستثمار القوة الليبيدية وذلك بدون عدوان (Soulé, 1974).

فظهور الخوف يعتبر أيضا مرحلة جد هامة وعادية في حياة الطفل لأنها تعبر عن نمو التخيل عنده وفهمه للعالم الخارجي. فعبر الزمن وفي فضائه الطفل يحثك بأشياء جديدة تأتي لتقوي خوفه، مثل : الفراق مع الأم، خوفه من الحيوانات، الليل، الوحوش...إلخ. وهناك أيضا أدوات جديدة تلعب دورا هاما ألا وهي التلفاز واللوحات الإلكترونية التي تفسح مجالا أكبر لرؤية أشياء أخطر وأكثر تأثيرا مثل : الدم، الموت، الحرب...إلخ (Tisseron, 2013).

فكل هذه المواضيع تعمل على تقوية إحساس الطفل بالخوف ليمر بعد ذلك إلا مرحلة المراهقة وبصبح الخوف يتمحور عند 12 و 13 سنة حول الجسم، الفروق مع الآخرين، العلاقة مع الجماعة، الأصدقاء المستقبل...إلخ. فالتعرف على العالم ينهي حسب سن الطفل والمراهق، تجربته ونوعية أحلامه التي تصبح متنوعة ومختلفة: حلم تحقيق الرغبة، حلم إعادة الصور القديمة(جيدة أو سيئة)، الحلم العقاب الحلم القلق...إلخ. ومع النضج معنى النوم تتطور ما يسمح بتوضيح جزئي للاضطرابات باختلافها (Gauthier, 2007).

2.4. الأرق : L'insomnie

الأرق يظهر عبر شكايات الفرد عن عدم قدرته أو صعوبة النوم ليلاً، ففي الصغر الأولياء هم اللذين يشكون من عدم قدرة الرضيع على النوم والتي تصبح موضوع قلق عام وتطرح عدة تساؤلات حول وضعه وهي تتطور وتختلف بنمو الطفل إلى المراهقة. وعليه فإنه من الضروري الاهتمام بالفترة الزمنية الخاصة بهذا الاضطراب وكيف يحدث فهو يخص حسب العلاقة و موضوع التعلق في حد ذاته مع نوعية الاستجابة الخاصة بهذا الاضطراب (Breil, Rosenblum & Le Nestour, 2010) فالتصنيف الفرنسي يعتبر بأن الأرق يخص :

- الأطفال القلقين الذين لا يستطيعون النوم خوفاً من أي صوت أو خوفاً من الفراق مع وجود إجابات غير سوية عند الوالدين.
- النهوض ليلاً جراء الكوابيس أو الرعب الليلي.
- أرق آخر الليل مع عدم القدرة على العودة إلا النوم.

و بالتالي فإنه يجب وضع آليات ملاحظة إذا كان الاضطراب يحدث ثلاثة مرات في الأسبوع ولمدة تتجاوز الثلاثة أسابيع حتى يتسنى للمختص التدخل (CFTMEA, 2012) . والأرق يقسم إلى أنواع:

1.2.4. الأرق الإنتقالي:

يحدث عدة أيام وهو طبيعي لا يؤثر على الفضاء وهو يخص 25% من الأطفال ذوي الثلاثة سنوات و 10% من الأطفال ذوي 5 سنوات.

2.2.4. الأرق المزمن:

قد يكون له أسباب ثانوية تخص المحيط(الضجة) شرب مواد مثيرة مثل(القهوة) أو دواء...إلخ. وقد يحدث جراء خوف الفراق مع موضوع الحماية. وبالتالي فهذا النوع من الأرق قد يكون أولي لديه أسباب تخص وقت محدد من حياة الطفل والتي تؤثر عليه مثل : الموت أو العلاج في المستشفى أين يلاحظ بأن الطفل لديه عجز كبير في النوم مع كثرة الشكاوي في تلك الفترة المحدودة. وقد يحدث الأرق جراء أزمة المراقبة والتغيرات الفسيولوجية...إلخ التي يمر بها المراهق في تلك الفترة و التي تعتبر في الكثير من الأحيان عادية.هذا الاضطراب يحدث في الكثير من الأحيان في المرحلة الخاصة ببداية التمدرس (Putois & Franco, 2013).

3.4. الرعب الليلي:

وهو يظهر بعد ساعة أو ثلاثة ساعات من النوم وهو يحدث عبر يقظة مفاجئة وعنيفة مصحوبة ببكاء أو صراخ فالطفل نجده في حالة خوف شديد عيناه مفتوحتان وهو لا يستطيع في هذه الفترة التعرف على والديه ولا يسمح لهم بمساعدته. الطفل لا يستطيع أن يتذكر شيئا من الحادثة في يوم الغد هذا الاضطراب قد يخفي وحده عند الثلاثة وأربع سنوات ولكنه قد يستمر عند البعض حتى سن المراهقة ما يتطلب التعمق في أسبابه وركائزه التي تخص الشخصية في حد ذاتها. لأن الطفل قد يجد صعوبات في بناء سوي للميكانيزمات الدفاعية كما يشير إليها هوزال ، وهي تخص صعوبات في تخطي الصراعات الأوديبية حسب (Houzel, 2003).

4.4. الكوابيس: Cauchemars

و هي تحدث بكثرة عند الأطفال ما بين 2 و 6 سنوات ما يجعلها تخلق نوع من الخوف و التوتر وهو يحدث بخاصة في بداية النوم (APA, 2013) وقد يلاحظ ابتداءا من العامين الطفل يصرخ، يبكي، يتحرك بكثرة أثناء النوم دون الإستيقاظ، وهذا الاضطراب يعتبر طبيعي خاصة إذا حدث بعد صدمة فحسب هوزال (1995) الطفل في هذه المرحلة يصبح شاهد على التنظيم الخاص بالجهاز النفسي لأنه يستطيع أن يتذكر ويقص الحلم في حد ذاته، ولكن حدوثه بطريقة مستمرة ولمدة طويلة قد يخص تنظيم عصابي أو في بعض الأحيان دهاني ما يتطلب من المختص التحقق منه لمعرفة تركيبه و خصوصيات نشأة هذا الاضطراب.

5.4. المشي أثناء النوم: Somnambulisme

هذا الاضطراب يحدث في غالب الأحيان عند الذكور ما بين 5 و 12 سنة، وقد يختفي قبل المراهقة، وهو يحدث بالأخص عند الأطفال الذين لديهم سوابق في المحيط العائلي ما يتطلب من المختص التطرق إلى التاريخ الخاص بالعميل للتأكد من هذه النقطة.

فالمشي يحدث في النصف الأول من الليل أين ينهض الطفل من مكانه وقد يقوم بنفس العملية كل ليلة بعد 15 أو 30 دقيقة الطفل يعود للنوم، وقد يكون المشي مصحوبا بمظاهر رعب وفزع كبيرين ما يجعل الطفل أو المراهق جد عنيف إن أردنا إمساكه أو لمسه و تهدئته، وتطور هذا الاضطراب أو ظهوره ثلاثة مرات في الأسبوع لمدة زمنية طويلة قد يطرح تساؤلات حول قدرة الفرد على التعجيل و تحويل الطاقات الغريزية إلى طاقات حركية (Houzel, 2003)

الاضطرابات البنيوية عند الطفل

والمراهق.

كما تطرقنا إليه في اضطرابات النمو فإن الطفل يعتبر فرد في نمو مستمر إما بطريقة سليمة أو معقدة فالتعرف على الاضطراب وفهم التنظيم البنيوي الذي يسخره يعتبر شيء صعب لأن البنية قد تكون أنشأت تنظيمًا مرضيًا عند الطفل وهذا يعتبر شيء نادر أو لا تزال تتركب حتى سن المراهقة وعليه فعلى المختص الاهتمام في هذه الحالة بمدى قدرة الطفل على التعقيل و التوصل إلا إيجاد توازن نفسي. فهذه العملية تعتبر هامة لأنها تساهم في تخفيف الحافز الذي قد يأتي من الداخل أو الخارج وذلك بإعطاء قدرات نفس اقتصادية للطفل تسمح له بالتنبؤ أو تغيير مختلف النزوات بالتحكم فيها عند ظهورها أو اختفائها باستخدام الميكانيزمات المناسبة وعليه فعلى المختص التطلع عبر المقابلة الإكلينيكية على النقاط التالية:

- التنظيم الموجود عند الطفل سويًا كان أو مرضيًا و ذلك يتطلب منه فهم العلاقة مع الموضوع، النمو النرجسي، فترة المعارضة (بناء الموضوع الشرجي بين الحب والكراهية والفرق)، عقدة أوديب، والدخول إلى المراهقة التي تعيد جذب القلق الأولي والتحديات الأوديبية الخاصة.
- قوة أو صلابة نقاط التثبيت، وقدرة الطفل على النكوص مثلًا: عند الذهاب إلى النوم.
- درجة التفريق بين النسق الخاص بالاستيقاظ النوم والحلم (Bergeret, 2012).

كل هذه النقاط تعتبر ركيزة للمختص النفسي لأنها تسمح له بالتطلع على التاريخ النفسي للعميل وتجمع بين مواضيع مختلفة ومتفرقة لها دور جد هام في تركيب الجهاز النفسي والتنظيم البنيوي الذي يعتبر ركيزة هامة في فهم تطور هذا الاضطراب والبنية التي أنشأت عند كل طفل ومراهق. فهذه النقاط تعمل عبر الملاحظة والمقابلات الإكلينيكية (Pedinielli & Fernandez, 2015) على إعطاء نقاط دلالية على التفريق بين ما هو سوي وما هو مرضي للتوصل إلى تشخيص حقيقي و موضوعي بالنظر إلى التصنيفات باختلافها.

1. الخوف عند الطفل والمراهق :

إن الخوف عند الطفل والمراهق يعتبران نقطة جد مهمة لأنه يؤثر على حياته النفسية وعلى بناء العلاقات مع العالم الخارجي، وعليه فإن الخوف عند هذه الفئة يدرس بطريقة شاملة ولا يجرأ كما هو الحال عند الراشد لأن الطفل قد يتعرض إلى إضطرابين أو أكثر في نفس الوقت وهذه العملية تخص قدراته النفسية على تجنب المخاوف و إيجاد طرق جديدة لمواجهتها. وبالتالي فإن التشخيص يحدث بين 6 و 16 سنة، وهو يخص ملاحظة الخوف الذي قد يكون عاديا لأنه يختفي مع نمو الطفل والخوف المستمر الذي يحمل إحساس جد حاد بالخوف وهو لا يتناسب مع عمر الفرد مصحوب بقلق حاد مع انشغاله بالآخر وتغير في السلوك (Denis, 2017) وعليه فإن هذا الاضطراب يقسم إكلينيكيًا و حسب العديد من التصنيفات (DSM, CIM) إلى:

2.1. خوف الفراق:

هذا الاضطراب يحدث في الغالب بين 7 و 9 سنوات وهو لا يتماشى مع عمر الطفل الذي ينتابه إحساس كبير بالخوف من أن يحدث له أو لموضوع التعلق (الوالدين) شيء رهيب عند الفراق وبالتالي فهو يبحث بكل السبل تفادي الفراق وهو يأتي مصحوبا بما يلي:

- كوابيس تخص الفراق (أو أحلام).
- عدم قبول حالة الفراق في حد ذاتها: النوم في بيت آخر أو الذهاب إلى المدرسة.
- الخوف من نتائج الفراق: موت أو سرقة.
- ظهور أثار عضوية عند حدوث الفراق (تقيء، أوجاع عضوية...إلخ).

2.1. اضطراب الخوف الشامل:

يخض هذا الاضطراب الطفل الذي يخاف من كل شيء وعلى كل شيء وهذا قد يتجاوز مدة ستة أشهر مع الخوف من أن شيء سلبي قد يحدث، وهو قد يبني بالشكل الإكلينيكي التالي:

- تفادي العمليات الاجتماعية (العلاقة مع الآخر).

- الخوف من النقد السلبي من طرف الآخر.

- عدد قليل من الأصدقاء.

- اهتمام جد هام بالنفس مع المحافظة على الشكل (APA, 2013).

3.1. الخوف الاجتماعي:

يمر هذا الاضطراب عبر خوف مبالغ فيه يخص وضع معين يتمحور عند الطفل أو المراهق بالخوف من أن يكون سخيًا في نظرة الآخر مع احمرار الوجه وهو يحمل نفس الشكل الإكلينيكي للخوف الشامل.

4.1. الفوبيا الخاصة :

يتمركز هذا الاضطراب حول خوف شديد يجعل العميل يبحث جاهدا على تجنب حالات أو أشياء لأنها قد تؤدي به إلى معاناة كبيرة وهي تخص:

- الخوف من الحيوانات (كلاب ،قطط،بعوضات...الخ).

- الخوف من الليل.

- الخوف من الأصوات القوية مثلا أثناء عاصفة أو الريح.الخوف من المهرج أو الملابس

الغير عادية.

- الخوف من الدم، المرض، الحقن.

5.1. الصمت الإنتقائي:

يحدث هذا الاضطراب عند سن التمدرس أين الطفل لا يستطيع أن يتكلم في بعض الحالات الاجتماعية في حين انه يتكلم عاديا في المنزل، والطفل في هذه الحالة قد يبحث عبر خوفه التحكم في الآخر عبر هذا الاضطراب ما يتطلب التعمق في شكله و تركيبه.

6.1. اضطراب الفزع :

يحدث هذا الاضطراب بفعل دخول المراهق في السن الرشد وهو يخص تجربة أو خوف شديد مصحوب بفزع مع وجود أعراض سيكوسوماتية تخص الخوف من الموت وأن يصبح الفرد مجنوناً.

7.1. حالة قلق بعد الصدمة:

يعتبر ال DSM5 أن هذا الاضطراب يحمل نفس الشكل الإكلينيكي عند الطفل الراشد ولكن الأعراض قد تكون أشد حدة عند الطفل مع حدوث تغير كبير في سلوكه، وقد يعيش هذا الأخير الصدمة من خلال كوابيس أو تذكر بعض الصور السريعة التي تخص الصدمة في حد ذاتها مثال : حريق أو حرب ذكريات حدث الصدمة يمكن أن تصبح مشحونة عاطفياً جداً وقد يسترجعها لا إرادياً و في الحالات الأشد قسوة الطفل يمكنه استثارة الحدث كما لو كان يعيشه في الوقت الحاضر. و بالتالي فالمختص عليه الأخذ بعين الاعتبار التمثيل الخاص بالصدمة التي تختلف من فرد إلى آخر (Cyrułnik, 2001).

ما يتطلب من المختص ملاحظة مدة المعاناة من مختلف الأعراض مثل أرق النوم أو الكوابيس الخوف من الليل... الخ. فإذا مر شهر منذ ظهور الاضطراب مع زيادة المعاناة النفسية و إعادة بناء الصدمة عند

اللعب وبطريقة مستمرة (APA, 2013) فهذا يتطلب تدخل المختص و وضع العلاج المناسب حسب حالة الطفل.

8.1. الرفض المدرسي المصحوب بالخوف:

تشمل الطفل الذي لا يستطيع الذهاب إلى المدرسة مع ظهور خوف شديد يتمحور بخاصة حول هذا الموضوع، وهذا الاضطراب ليس مصنفا بعد في DSM5 أو غيره من التصنيفات ولكنه يحمل شكل إكلينيكي مرافق بالخوف من الفراق عند الطفل والخوف الاجتماعي عند المراهق و هذا حسب ما تشير إليه عدد من الدراسات التي تدق ناقوس الخطر يوما بعد يوم عند هذه الفئة و بخاصة المعاناة النفسية المصاحبة لهذا الاضطراب (Bui & al, 2012).

2. الوسواس عند الطفل والمراهق :

كان المختصون في السنوات الماضية يعتبرون بأن الطفل أو المراهق لا يمثلون شريحة كبيرة من بين المصابين باضطراب الوسواس ،إلا أن الكثير من البحوث الجديدة أثبتت بأن وجهة النظر هذه قد همشت الكثير من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب لحد أن التشخيص لم يكن جيدا ما جعل الكثير من الأطفال والمراهقين يعانون من الوسواس دون ان يكون هناك علاج.

فمثلا الولايات المتحدة كانت تعتبر بأن الوسواس في هذه الشريحة كان يمثل في السبعينات حوالي 0.1% في حين أن الدراسات الحديثة بينت بأن هذا الاضطراب يمس حوالي 2% إلى 3% من الأفراد الأقل من 18 سنة (Alvarenga & al, 2012) . وعليه فعلى المختص الاجتهاد حتى يتسنى له تشخيص الاضطراب الذي يستطيع تشخيصه مبكرا فحسب المختصين الوسواس يوجد بكثرة عند الذكور في سن الطفولة (7- 12)، وهو أكثر انتشارا عند الفتيات قبل المراهقة حتى 21 سنة (APA, 2013).

• ماهية الوسواس عند الطفل و المراهق:

يعتبر الوسواس اضطراب عصبي نفسي يتمثل في ظهور وسواس ودافع لا يقاوم يغزى سلوك الطفل والمراهق ويؤدي إلى معاناة كبيرة مع التأثير سلبا على حياته وعلى محيطه وعائلته (APA, 2000). فاكسلر (1974) يعتبر بأن الوسواس مرض يخص النمو ويظهر قبل 18 سنة على المختص تشخيصه ومعالجته مبكرا حتى لا يتطور ويصبح أعقد في السن الراشد. وبالتالي فالوسواس يخص أفكار، صور، مخاوف، وقلق حاد،وانشغال مشوه يغزى المعرفة و يتحكم في السلوك المرافق.

وهو يأتي مصحوب بواقع لا يستطيع الفرد مقاومته مستخدماً سلوك أو أعمال يكررها بكثرة والهدف هو التوصل إلى تجاهل هذه الأفكار أو التخفيض من المعاناة والخوف الذي ينشأ جراء الفكر الوسواسي (APA, 2000).

وعليه فإن الدراسات الحديثة أثبتت أيضاً بأن أكثر الأطفال والمراهقين المصابين بالوسواس لديهم اضطرابات أخرى في نفس الوقت مثل : اضطرابات تشتت الانتباه وفرط النشاط (TDA/H) مما يجعل الوسواس عند هذه الفئة يأخذ عدة أشكال إكلينيكية موجودة حالياً في تصنيف الـ DSM.

1.2. الوسواس الخاص بالعنف، العدوان، والكوارث الطبيعية :

في هذه الحالة الطفل لديه أفكار وصور مخيفة بإفراط تخص الخوف من الإصابة أو إصابة الأوبين مع وجود الخوف من النزوات العدوانية أو عدم القيام ببعض الطقوس مثل التحقق من شيء أو تجنبه.

وبالتالي فإن الطقوس أو الدوافع المصحوبة بالوسواس نبين كالتالي:

- التحقق المتتالي للأبواب النافذة... الخ
- التحقق من إذا كان قد أصاب نفسه أو الآخرون
- التحقق أو تجنب الأفكار الخاصة بالشتنم، العدوانية (Alvarenga & al, 2012).

2.2. الوسواس الجنسي والديني:

هنا العميل ينتابه فكر خاص بصور ودوافع جنسية ممنوعة، ويأتي مصحوب بالطقوس التالية:

- التحقق من أنه لم يقم بشيء ممنوع (جنسياً و دينياً).
- تجنب بعض أفعال الأفراد أو أماكن أو طقوس لها طبيعة جنسية أو دينية.

- هو بحاجة إلى إعادة بعض العمليات حتى يتجنب النتائج السلبية.
- الحاجة إلى أفكار حسنة حتى يبعد الأفكار السيئة.
- الحساب، أو إعادة بعض الجمل أو الدعاء في صمت (Alvarenga & al, 2012).

3.2. الوسواس المتماثل:

هنا العميل يحس بقلق وخوف يجعله يبحث عن التماثل المفرط ما بين الأشياء البحث عن الترتيب والتطابق، والتوازن وذلك حتى يتفادى الضغط الناجم عن التغيرات المختلفة.

وهو يستخدم طقوس تبنى إكلينيكيًا على النحو التالي:

- تخزين الأشياء لعدة مرات حتى تكون متماثلة.
- حساب الأشياء في الأرض مثل الأجور، الكتب، المسامير... إلخ.
- ترتيب الأقلام أو الأوراق.
- التماثل عند لمس الجانب الأيمن وفعل نفس الشيء في الجانب الأيسر.

(Alvarenga & al, 2012).

4.2. وسواس المرض:

العميل المصاب بهذا الاضطراب يعيش حالة وسواسية حادة فيما يخص المرض أو الإصابة به، مع وجود خوف كبير من المرض و بالتالي فهو يعيش حالة توتر دائم يؤثر على الحياة النفسية من جهة و على المحيط مع زيادة في استخدام الأدوية بإفراط. وهي تتمحور حول الأوساخ، فضلات الجسم (تبول، تبرز، تقيء)، الإصابات الخاصة بالطبيعة مثل الأشعة... إلخ.

وهو يبنى على النحو الإكلينيكي الآتي:

- التنظيف المفرط لأعضاء خاصة من الجسم أو أشياء.
- الاستحمام أو التدوش بطريقة متماثلة لا يجب أن تتغير.
- استخدام أوراق المراض بإسراف.

وبالتالي فهناك أيضا دافع لا يقاوم يخص إعادة العملية مثلا : التنظيف إذا توقفت قبل الانتهاء.
الحذر من عدم لمس الأشياء، الحيوانات أو أشخاصا خوفا من أن يكونوا مرضى أو مصابون بأي عرض (Alvarenga & al, 2012).

5.2. وسواس الجمع:

العميل ينتابه خوف من رمي الأشياء التي يملكها حتى وإن كانت دون أهمية، مع ناعته بأنه سوف يحتاج إليها يوما ما والملاحظ عندهم هو:

- وجود غرف مملوءة بأشياء قديمة مثل، الجرائد، الفاتورة، الأوراق... إلخ لا جدوا منها.
- قد يعمل على جمع الأشياء أو فضلات في الشارع أو حتى حاويات النفايات.

وبالتالي فإن اضطراب الوسواس يعتبر شرط مرضي التي قد يحمل نوع من الاستمرارية مع السلوك العادي أو السوي وذلك عبر مختلف مراحل النمو (Evans, 2006).

والمختص باستطاعته استخدام عدة مقاييس مهمة تسمح من جهة بتشخيص الاضطراب ومن جهة

أخرى التعرف على مدى حدته ومنها:

السنة	المؤلف	اسم المقياس
1989	Leckman et al	The Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)
1997	Schaill et al	CHILDREN'S YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (CY-BOCS)
1999	Calvacoressi et al	Family Accommodation Scale-Parent- Report (FAS-PR)
2006	Rosario-compos et al	The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)

3. الهستيريا عند الطفل والمراهق

إن الهستيريا كاضطراب تخص التنظيم العصابي للشخصية وهي تقسم إلى الهستيريا التحويلية التي تطرق إليها فرويد في أبحاثه أو الهستيريا كأزمة. ففي الطفولة قد نجد بعض المصابين بهذا الاضطراب ولكن العدد يعتبر جد ضعيف وهو يخص في معظم الأحيان جنس معين ما قبل العشر سنوات، ولكن الاختلاف يظهر ابتداء من 12 سنة، وذلك خاصة عند الفتيات وعند 15 سنة الأعراض الهستيرية تصبح تتشابه وتلك الموجودة عند الراشد (مثل الأوجاع العضلية، اضطرابات المشي، الإعاقات...إلخ). فرويد يطرح فرضية أن العميل الهستيري لديه نزوات لبيدية هامة وتقابلها أنا لم ينضج بعد ، وليس لديه القدرة على التحكم أو إيجاد التوازن ما يجعل الجسم ككله يتحكم فيه الاستثمار اللبيدي (Vincent & Lebovici, 2004).

في حين لوبوفتشي يعتبر بأن التركيب الهستيري عند الطفل والمراهق يهيأ المجال للعصاب الهستيري عند الراشد وهو ينظم بعد مرحلة الخمول معتبرا " بأن الهستيريا حسب شكلها الكلاسيكي لا تدمج داخل المرض الخاص بالطفل لأن المراهق بينها ويظهرها على ذلك الشكل فيما بعد" (Vincent & Lebovici, 2004,) .

و بالتالي فإن المدرسة التحليلية تعتبر وجود مظاهر الهستيريا عند الطفل والمراهق يخص العلاقة الحقيقية مع العالم الخارجي وخاصة العائلة. وهذا ما يجعل التشخيص صعب فيما يخص التفريق ما بين الهستيريا التحويلية والأعراض السيكوسوماتية، لأن علاقة العائلة مع الجسم الخاص بالطفل جد هامة، وقد تحمل نوع من الخوف الحاد وهذا لا يتشابه وخصائص التنقيط والرمزية الموجودة عند الراشد (Lebovici & al, 2004). ما يجعل هستيريا القلق تخص التركيب العصابي الموجود عند الطفل و لوبوفتشي يعتبر

بأن الطفل عند عدم قدرته استخدام ميكانيزمات دفاعية يحرر النزوات والضعوبات على شكل قلق مثلاً:
خوف الإخفاء عند هانس.

فحسب بعض البحوث التحويل السيكوسوماتي يعتبر اضطراب يخص عملية التقمص والنتائج التي
يثيرها قلق الإخفاء في المرحلة الأوديبية، وبالتالي فإن التنظيم الإكلينيكي قد بينا عند البعض عبر
البحث عن إشباع نقص العلاقة مع الموضوع عبر شكل جسمي وهو يحمل الشكل التالي:

- الصراع الأوديبية(الهوية الجنسية).
- الصراع بين الهوية الجنسية والتمثيل الخاص بالجرح النرجسي.
- الانطواء حول فعاليات جنسية تحمل شكل تهربي من النزاع.
- قوة الوهم وغنائه في التنظيم الخاص بالطفل وبخاصة المراهق (Hurvy & Ouss-
(Ryngaert, 2009).

4. الذهانات عند الطفل والمراهق

إن الذهانات الخاصة بالطفل والمراهق تستنبط ركيزتها من البحث الخاص بالراشد، وهذا قد لا يسمح الأخذ بعين الاعتبار أنها تتركب بطريقة خاصة وذلك إما جراء السن والنمو الخاص بالتخيل الذي قد يؤثر على كيفية التحقق من هذا النوع من البناء وما مدى تركيبه عند كل عميل وخصوصياته عبر مراحل النمو، وهذا ما يشير إليه كل من ميلاني كلاين، فينيكوت، دولتو... إلخ، في أعمالهم الخاصة بالطفل والمراهق. فالأعراض الخاصة بالتركيب الذهاني لها علاقة وطيدة مع اللغة والعلاقة مع الموضوع وصورة الجسم والفروق الجنسية (Bergès-Bounes & Forget, 2016).

وبالتالي على المختص التأكد من كل الآليات التي قد يضعها مثلا الطفل فيما يخص التفريق بين الهلوسة في لغته وظاهرة الكذب مثلا أو المؤشرات الغريبة من التنظيم الذهاني في المراقبة والتي تتمركز في بعض الأحيان حول الهوية الجنسية أو الهذيان والسلوكيات العصبية والتي قد لا يكون لها أي أثر بعد مرور هذه المرحلة (Bergès-Bounes & Forget, 2016).

فاليستان (2012) في عمله مع برجوري حول الذهان الخاص بالطفل يشير إلى أنه عبارة: " عن تنظيم دينامي يخصص نقص نرجسي مبكر، والذي يترجم في يوم من الأيام إما بطريقة مباشرة أو تدريجية عبر عدم التفريق بين العميل والموضوع، مع غياب الحدود التي يضعها الآننا وعدم التفريق بين النزوة، الواقع والوهم". وبالتالي فإنه يعتبر بأن الذهان له سيرورتان يجب أخذهما بعين الاعتبار عند الطفل و المراهق و ذلك لفهم احسن لتركيب الاضطراب.

- السيرورة الأولى جد بدائية التي تنظم بنية غير ظاهرة لحد أن الطفل قد يكون في الصغر جد هادئ ومتفاعل بطريقة جيدة إلا أن التركيب الذهاني مخفي وصامتاً مثل : مريض الفصام.

- والسيرورة الثانية تخص ظهور المرض الذهاني بطريقة صريحة وظاهرة لأنها تغزو العميل وذلك خاصة في المراهقة (Bergeret, 2012).

وحسب بيبرا اولانبي (1975) التي اهتمت في اعمالها بالعقد النرجسي كأساس التركيب النفسي في هذه المرحلة من الحياة (المراهقة) هناك عودة لظهور التركيب ما بين:

- التمثيل الخاص بالنزوة
- وما يستخرج في إطار عملية التقمص
وعليه فالمرهق لا يستطيع أن يجد موضوع تقمص جديد خاصة بعد التركيب المحدود الذي ينشأه الموضوع الأولي للطفل الذي يجعله موضوع إسقاطي خاص به. وبالتالي فالمرهق لا يكتسب المرونة الكافية التي تسمح له بالتخلص من هذا التركيب المرضي (Richard,2013). فالفشل في وقت ما من النمو هو الذي قد يظهر الوضع الذهاني لأنه يعلق حسب هذا التركيب ما يلي:

- بناء العلاقات مع العالم الخارجي.
- خضوع مرضي للطفل للاشعور الأم التي تنكر لابنها الحق في الحرية.
- عدم الاستثمار (عزلة، أو قهم عقلي) (Richard, 2013).

5. اضطراب طيف التوحد

منذ وصفه الإكلينيكي من قبل ليو كانر Léo Kanner في عام 1943 ، ثم هانز أسبرجر Asperger في عام 1944 ، ظهر أن اضطراب طيف التوحد اضطراب في النمو العصبي وأنه حقيقة يظهر في مسبباته مكونات جينية وعصبية مؤكدة اليوم. لكن لا يوجد يقين من أن التغير الجيني للجهاز العصبي المركزي هو السبب الفريد في ظهور اضطراب طيف التوحد (Cottreaux, 2015).

1.5. تصنيف DSM-V

في DSM-V ، يتم استخدام فئة تشخيص واحدة فقط للتوحد ، اضطراب طيف التوحد الذي اختصاره هو TSA. اضطراب التوحد تم تصنيفه كاضطراب فريد و هو يلمس حوالي 1 ٪ من عامة السكان و أكثر شيوعا في الجنس الذكري (75 ٪). بشكل عام يتم تشخيص الاضطراب بين 12 و 24 شهراً ، ولكن في بعض الحالات تلاحظ الأعراض قبل 12 شهراً أو يمكن التعرف عليها فقط بعد عامين و ذلك ، في أشكاله الخفية.

2.5. علامات التحذير DSM-V

ان علامات التحذير التي قد تشير إلى وجود اضطراب طيف التوحد عند الأطفال هي:

- قلق الوالدين حول وجود صعوبة في نمو طفلهم.
- في السنة الأولى، غياب أو ندرة الابتسامة الاجتماعية، التواصل، و عدم الاستجابة عند استدعاه بالاسم.
- مع نمو الطفل ، ظهور اضطرابات في اللغة أو التنشئة الاجتماعية.
- السلوكيات المتكررة أو النمطية.

- مهما كان العمر ، نجد انحدار في تطور اللغة أو العلاقات الاجتماعية.

وبالتالي هذا الاضطراب يعتبر عند الكثير من المختصين بأن له ركيزة ذهانية، وأنه ليس بنية خاصة وهذا ما يجعلنا نلاحظ بأن التصنيف الفرنسي يعتبر اضطراب طيف التوحد داخل الاضطرابات الذهانية الخاصة بالطفولة المبكرة في حين التصنيفات الأخرى فإنها تصنفه كتتظيم خاص خارج البنية الذهانية (Brénaud, 2017). وهذا ما يتطرق له الجدول الذي يأتي في الأسفل و هو خلاصة للتصنيفات الخاصة بالتوحد عبر الزمن. التي تسمح بمعرفة مفهومه و طرق تصنيفه التي قد تجد ركائز مختلفة في الكثير من الأحيان. فالمختص النفسي الذي يريد التعامل بجدية مع هذا الاضطراب عليه ان يكون متفتحا على كل التصنيفات الخاصة به.

السنة	فئة التشخيص الرئيسية	الفئات الفرعية
1980	DSM III : اضطرابات عامة في النمو	- التوحد الطفولي (متلازمة كاملة / متلازمة المتبقية). - اضطرابات عامة شادة في النمو
1987	اضطرابات النمو الغازية :DSM III-R (TED)	- اضطرابات التوحد - غير محدد TED
1988	ذهان :CFTMEA	- توحد الطفولة المبكرة نوع كانر - أشكال أخرى من التوحد الطفولي - ذهان العجز المبكر - عدم الانسجام الذهاني - انفصام الطفل
1993	اضطرابات النمو الغازية : CIM 10 (TED)	- التوحد الطفولي - التوحد الشاذ - متلازمة اسبرجر - TED غير محددة - متلازمة ريت - اضطرابات أخرى للتفكك في مرحلة الطفولة - الاضطرابات المفرطة مع إعاقه ذهنية ونمطية

<ul style="list-style-type: none"> - اضطراب التوحد - متلازمة اسبرجر - TED غير محدد - متلازمة ريت - اضطرابات الطفولة الشادة 	<p style="text-align: center;">اضطرابات النمو الغازية: DSM IV (TED)</p>	1994
<ul style="list-style-type: none"> - توحد الطفولة المبكرة كانر - أشكال أخرى من التوحد - ذهان عجز مبكر - متلازمة اسبرجر - عدم الانسجام الذهاني - إعاقة ذهنية مع اضطراب التوحد أو ذهان - تفكك اضطرابات الطفولة - ذهان آخر مبكر أو اضطرابات النمو الغازية 	<p style="text-align: center;">CFTMEA-R : اضطرابات النمو الغازية/ذهان</p>	2010
<ul style="list-style-type: none"> - يتم تأكيد ثلاث مستويات من شدة اضطراب طيف التوحد 	<p style="text-align: center;">اضطراب طيف التوحد: DSM-V (TSA)</p>	2013

وبالتالي فإن التوحد حتى 2013 كان من بين الاضطرابات الغازية للنمو (TED) مأطرة كل أنواع اضطراب التوحد بحسب حدته حتى يصنفه DSM5 كاضطراب طيف التوحد (TSA) وفيما يخص التشخيص فإن ال DSM4 كان يحدده قبل 36 شهر. إلا أن التصنيف الخامس يعتبر بأن الإضطراب قد يكون موجود في عمر جد مبكر ولكنه يظهر بطريقة أكثر وضوحا عندما القدرات الخاصة بالعمل تصل إلى حدها الأقصى ما يجعلها لا تتجاوب والتمتطلبات الاجتماعية (DSM4).

وعليه فإن تصنيف DSM5 يضع نقطة جديدة لتوضيح القدرة على تشخيص التوحد أخذ بعين الاعتبار أن اضطراب التواصل الاجتماعي، إن كان لغوي أو غير لغوي يجب أن يكون مصحوبا بسلوك نمطي يعيده الطفل بشكل مستمر وبحدة.

وعليه فالمختص الذي يعمل على التكفل أو تشخيص اضطراب طيف التوحد، يجب عليه أن يقوم بهذه العملية في إطار عمل جماعي مع مختصين آخرين وذلك حتى يكون هناك تكفل شامل ومبني ما بين (المختص النفسي ، الطبيب النفسي، المختص الاجتماعي،المختص الأطفوني وحتى العائلة).

و المختص بحاجة إلى عدة آليات من مقاييس واختبارات تسمح له باستخدام الملاحظة الإكلينيكية أو بناء المقابلة الإكلينيكية الموجهة إما للتشخيص أو العلاج المناسب من بينها:

- 1- Autisme diagnostic observation schedule : ADOS
- 2- Child hood autism rating scale : CARS
- 3- Autism diagnostic intervieu : ADI
- 4- Modified Checklist for Autism in Toddlers : M-CHAT
- 5- L'Évaluation des Comportements Autistique : ECA-R

خاتمة

تقرب الكثير من علماء النفس من فكرة الاضطرابات كما تطرقنا اليها من جهة النمو و من جهة البناء و كان لديهم الفضول لفهم النمو كعملية دائمة تشير إلى الفروق في تطور الاضطراب من فرد إلى آخر و من سن إلى آخر. فحسب ايركسون (1968) الفرد يمر بثمانية مراحل في حياته تساهم في تكوين هويته و لكن هذا الأخير يمر عند كل مرحلة بأزمة تتميز بالصراع بين ميلين متعاكسين ما قد يؤثر على نوعية الاستجابات الخاصة بكل فرد في سن معين. فافينيكوت يعتبر بأن فهم الفروق الخاصة بالجانب المرضي يكمن في فهم العلاقات و نوعية التفاعل ما بين الرضيع و الأم التي تحمل حسه ثلاثة وظائف أساسية هي:

الحمل (Holding) : و هو يخص فكرة نوعية الدعم الجسدي الذي تقوم به الأم و الذي يعطي تناسق جد هام فيما يخص الحس حركية للرضيع.

اللمس (Handing): هنا فينيكوت يشير إلى أهمية الطريقة التي تتصرف بها الأم مع رضيعها من تبديل اللباس الاستحمام المداعبة، و اللمس.

عرض الموضوع : و هنا الفكرة تخص طريقة إعطاء الثدي للرضيع (Winnicott, 1996).

و بالتالي فالذاكرة عند الطفل و المراهق تختلف باختلاف خبراتهم و تؤثر بذلك على كيفية التعايش و المحيط فقد تكون سليمة لأنها سجلت أشياء سمحت بالنمو بطريقة عادية و قد تكون مصدومة ما يجعلها تحبس الفرد في الماضي لأن الصدمة تقسم إلى اثنين الصدمة في حد ذاتها (وفاة اعتداء طلاق الوالدين...) و التمثيل الخاص بالصدمة (Cyrułnik, 2001). و من هذا الجانب الثقافة تعمل على ترسيخ القيم الخاصة بمحيط الطفل و المراهق وهذا ما نلاحظه عند خروج الطفل من العائلة و الدخول

إلى المدرسة التي تعتبر محيط جديد يسمح لتقافته الخاصة بتعزيز هويته و حمايته من الخارج. فالطفل يدخل في تحالفات جديدة غير معروفة تعمل على تكميل النظام الموجود في الأسرة أو الارتباك و الخوف من المجهول ففكرة الطفل على اللعب وثقافته يسمح له التوصل إلا الاندماج أو الاقصاء (Boucebci, 1990 ; Kaës, 2012). في هذا الإطار الطفل يرى العالم حسب الطريقة التي يبنها العالم في حد ذاته و بالتالي فإن القصص العائلية الاجتماعية و الاعتقادات تبني وجهة نظره لأنه ينمو في ديناميكية التفاعل مع العالم الخارجي (Boucebci, 1993 ; Cyrulnik, 2007). كل هذه النقاط تجبر المختص النفسي الذي يرتئي إلى فهم تركيب الاضطرابات ان يأخذ بعين الاعتبار كل هذه النقاط التي تعبر عن الحياة النفسية و أن الشخصية في حد ذاتها يجب التقرب منها حسب الوجة الديناميكية التي تعتبرها كعملية و من الوجة التركيبية التي تأخذ بعين الاعتبار الشخصية من وجهة النوع و السمات. وفي هذا الصدد وضعت التصنيفات للسماح للمختصين (الأطباء النفسانيين، والأخصائيين النفسيين... إلخ) بوضع تشخيص دقيق للاضطرابات كمرحلة أولى من العملية العلاجية ، إذا تم تقديم الطلب في هذا الاتجاه.

- Alvarenga, P.G., Mastrososa, R.S., Rosário, M.C. (2012). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Ancelin Schützenberger, A. (2004). Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 33(2), 35-54. doi:10.3917/ctf.033.0035.
- Association américaine de psychiatrie, (1994). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^{ème} édition). Washington DC.
- Association américaine de psychiatrie, (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^{ème} édition). Washington DC.
- Aulagnier P. (1975) La Violence de l'Interprétation, du pictogramme à l'énoncé. Edition : PUF.
- Bémaud, N. (2017). Autisme vs psychose : une question toujours d'actualité ? *L'évolution Psychiatrique*, 82(3), 664-686. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.06.004>
- Berger, M. (2013). L'enfant instable: Approche clinique et thérapeutique. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (2012). Psychologie pathologique. Edition : Elsevier Masson.
- Bergès-Bounes, M. & Forget, J. (2016). *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent*. Toulouse, France: ERES.
- Blum, H. (2007). Le petit Hans : une critique et remise en cause centenaire. *Topique*, 98(1), 135-148. doi:10.3917/top.098.0135.
- Boucebci, M. (1990). La psychologie au regard de la culture. *L'évolution Psychiatrique* 5(2), 311–328. doi:10.1016/j.evopsy.2007.10.005
- Boucebci, M. (1993). Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 163-178. doi:10.7202/032253ar
- Breil, F., Rosenblum, O. & Le Nestour, A. (2010). Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir*, vol. 22(2), 133-162. doi:10.3917/dev.102.0133.
- Bui, E., Ohye, B., Palitz, S., Olliac, B., Goutaudier, N., Raynaud, J.P., Kounou, K.B & Stoddard, F.J Jr. (2012). Acute and chronic reactions to trauma in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental

- Health. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Bydlowski, M. (1997). La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Edition : Puf.
- CENAS. (2014). <http://www.cenas.ch/le-sommeil/comprendre-le-sommeil/phases-du-sommeil/>
- Corcos, M. (2006). Chapitre 3. Approche psychosomatique des comportements boulimiques. Dans : André Passelecq éd., *Anorexie et boulimie: Une clinique de l'extrême* (pp. 41-64). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.passel.2006.01.0041.
- Cottraux, J., Coudert, C., Regli, G., Rivière, V., Tréhin P. (2015). Prise en charge comportementale et cognitive du spectre de l'autisme. Edition : Elsevier Masson.
- Cyrułnik, B. (2001). Les vilains petits canards. Edition : Odile Jacob.
- Cyrułnik, B. (2007). Comment les enfants voient le monde. *Science humaine*, n°8.
- Denis, H. (2017). Traiter les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. Edition : Broché.
- Dumas, J.E. (2013). Psychopathologie de l'enfant et l'adolescent. Edition : Deboeck sperieur.
- Erikson, E.H. (1968). *Life cycle. International ennyclopedia of the social sciences*. D.L. SILLS (ED). New York: Free Press.
- Evans, G.W. (2006). Child development and physical environment. *Annu. Rev. Psychol.* 57:423–439 doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190057
- Fernandez, L. & Pardinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 41-51. doi:10.3917/rsi.084.0041.
- Freud, S. (1900) interprétation des rêves. Edition : Gallimard.
- Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. Edition : Folio.
- Freud, S. (1915). Métapsychologie. Edition : Flammarion.
- Gauthier, J. (2007). Conscience et fonction du rêve chez l'enfant. *Le Coq-héron*, 191(4), 93-99. doi:10.3917/cohe.191.0093.
- Gesell, A (2015). Le jeune enfant dans la civilisation moderne. Edition : Puf.
- Grunberger, B. (2003). Le narcissisme. Edition : Payot.
- Gueniche, K. (2016). Psychopathologie de l'enfant. Edition : Armand colin 4^{ème} édition.

- Houzel, D. (1995). Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 31, 667-1692
- Houzel, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 46(2), 395-434. doi:10.3917/psy.462.0395.
- Hurvy, C. & Ouss-Ryngaert, L. (2009). Spécificité du syndrome de conversion chez l'enfant et l'adolescent : période péripubertaire et phénomène d'« après-coup ». *Perspectives Psy*, vol. 48(2), 119-127. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-2-page-119.htm>.
- Jeammet, P. (1998). Genèse et fonctions des interdits chez l'enfant. *Enfance*, 46 (3), 217-220.
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), 13-40. doi:10.3917/cpc.034.0013.
- Kaës, R. (2012). Différences culturelle et souffrances de l'identité. Edition : Dunod.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. (1974). L'enfant et son corps: études sur la clinique Psychosomatique du jeune âge. Edition : Puf.
- Le Heuzey, M. (2008). L'enfant maltraité : le regard du pédopsychiatre. *Laennec*, tome 56(1), 26-33. doi:10.3917/lae.081.0026.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (2004). Le nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Édition : Puf 4^{ème} édition.
- Misès, R. (2012). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent –R-2012. Edition : Presse de l'école de hautes études en santé publique.
- OMS, (1993). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Edition : Paris, Masson.
- Pedinielli, J.L., Fernandez, L. (2015). L'observation clinique et l'étude de cas. Edition : Dunod 3^{ème} édition.
- Putois, B., Franco, P. (2013). *Prise en charge des insomnies du jeune enfant*. mt pédiatrie ; 16(2) : 97-107 doi:10.1684/mtp.2013.0478
- Richard, F. (2013). Troubles psychiques de l'adolescence. Edition : Dunod.
- Sami-Ali, ., Cady, S., Gauthier, J., Bensoussan, M., Tarantini, L., Bertolus, S., Boukhobza, H. & Dejardin, M. (2008). *Entre l'âme et le corps: Les pathologies humaines*. Les Ulis, France: EDK, Groupe EDP Sciences.

- Société canadienne de pédiatrie (2005). La prise en charge de l'énurésie nocturne primaire. *Paediatrics & child health*, 10(10), 616-20.
- Tisseron, S. (1998). De l'inconscient aux objets. *Les cahiers de médiologie*, 6(2), 231-243. doi:10.3917/cdm.006.0231.
- Tisseron, S. (2013). 3-6-9-12 Apprivoiser les écrans et grandir. Edition : ères
- Treasure J., Claudino A.-M., Zucker N. (2010). Eating Disorders, *The lancet*. 375(9714), p. 583-593. doi : 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
- Vera, L. (2014). TCC chez l'enfant et l'adolescent. Edition : Elsevier Masson
- Vincent, M. & Lebovici, S. (2004). 64. L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes*(pp. 1091-1103). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.1089.
- Vuailat, S. (2003). Les relations précoces entre la mère et l'enfant : la théorie de la relation d'objet selon Fairbairn. *Devenir*, vol. 15(3), 289-299. doi:10.3917/dev.033.0289.
- Wallon, H. (1959). Les milieux, les groupes et la psychogenèse de l'enfant, *enfance*, 3(12), 195-202.
- Winnicott, D. (1989). Processus de maturation chez l'enfant. Edition : Payot.
- Winnicott, D. (1996). La mère suffisamment bonne. Editions : Payot.