



جامعة زيان عاشور – الجلفة  
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية  
قسم علم النفس والفلسفة



مطبوعة خاصة بمقياس:

# علم النفس المرضي وعيادة الطفل والمراهق

دروس موجهة إلى طلبة سنة أولى ماستر علم النفس العيادي.

وحدة تعليم منهجية

التقييم: مراقبة مستمرة

المعامل: 02

الرصيد: 05

السداسي: الأول

(40%) + امتحان كتابي (60%).

إعداد الدكتور: لخداري محمد طه .

السنة الجامعية: 2026 / 2025

**وصف المقرر:****أهداف التعليم:**

تهدف هذه المادة إلى:

- تزويد الطالب بمعارف معمقة حول الاضطرابات النفسية والعقلية الخاصة بمرحلتى الطفولة والمراهقة.
- تمكين الطالب من فهم خصوصية الاضطراب النفسي في ضوء النمو النفسي والجسدي والاجتماعي.
- مساعدة الطالب على التمييز بين الاضطرابات النمائية والاضطرابات المرضية، وبين اضطرابات الطفل والمراهق واضطرابات الراشد.
- إعداد الطالب نظريا وعياديا لفهم المشكلات النفسية في إطار عيادة الطفل والمراهق.

**المعارف المسبقة المطلوبة:**

يشترط في الطالب قبل التعمق في دراسة هذا المقياس أن يكون على دراية بما يلي:

- مرحلة النمو النفسي بصفة عامة، وخصائص مرحلتى الطفولة والمراهقة بصفة خاصة (الخصائص الجسمية، العقلية، النفسية، الاجتماعية، واللغوية).
- المفاهيم الأساسية لعلم النفس المرضي.
- المبادئ العامة للتشخيص النفسي والتقييم الاكلينيكي.

**الأهداف العامة للمادة التعليمية:**

يمكن الطالب بعد دراسته لهذه المادة من:

- التعرف على مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التي تظهر لدى الطفل والمراهق.
- التفرقة بين الاضطرابات من حيث الاعراض، والمسار، والتشخيص الفارقي.
- اكتساب معارف اكلينيكية اساسية تؤهله لفهم العمل العيادي في مجال الطفل والمراهق.

## فهرس المحتويات:

2	مقدمة:
4	المحاضرة (01): تذكير بماهية علم النفس المرضي.
11	المحاضرة (02): التعريف بعيادة الطفل والمراهق واسسها.
20	المحاضرة (03): اهم الاسس النظرية في علم النفس المرضي للطفل والمراهق:
	المحاضرة (04): الانظمة التصنيفية للاضطرابات النفسية والعقلية لدى الطفل والمراهق حسب DSM
31	و CIM و CFTMEA.
36	المحاضرة (05): اضطرابات النمو والوظائف الادائية والتخلف العقلي.
	المحاضرة (06): الاضطرابات الاجتياحية للنمو اضطراب طيف التوحد - الذهانات لدى الطفل
41	والمراهق.
	المحاضرة (07): الاضطرابات السلوكية والمزاجية لدى الطفل والمراهق اضطراب الافراط الحركي مع او
47	بدون تشتت الانتباه - اضطراب المعارضة - اضطرابات التغذية.
	المحاضرة (08): الاضطرابات النفسية والعقلية لدى المراهق السلوكيات الانتحارية - الذهانات - الادمان
51	- اضطرابات الهوية الجنسية.
56	المحاضرة (09): الفحص النفسي في مجال عيادة الطفل والمراهق.
61	المحاضرة (10): المقابلة العيادية في عيادة الطفل والمراهق.
65	المحاضرة (11): الملاحظة العيادية وشبكات تحليل معطياتها في عيادة الطفل والمراهق.
68	المحاضرة (12): الاختبارات النفسية والسلاليم التقييمية في عيادة الطفل والمراهق.
72	المحاضرة (13): امثلة من عيادة الطفل حول كفيات التشخيص والتقييم والعلاج والتنبؤ.
77	المحاضرة (14): امثلة من عيادة المراهق حول كفيات التشخيص والتقييم والعلاج والتنبؤ.
1	قائمة المراجع:

## مقدمة:

يعد علم النفس المرضي وعيادة الطفل والمراهق من الميادين الأساسية في التكوين الاكلينيكي، نظرا لارتباطه المباشر بفهم الاضطرابات النفسية في مراحل النمو الحساسة، حيث تتشكل اسس الشخصية، وتبنى الهوية النفسية، وتتحدد انماط التكيف مع الذات والآخر فالطفولة والمراهقة ليستا مجرد مراحل عمرية عابرة، بل تمثلان فترات حاسمة يتقاطع فيها النمو البيولوجي مع البناء النفسي والاجتماعي، مما يجعل الفرد اكثر عرضة للصراعات والاضطرابات النفسية اذا غابت شروط الاحتواء والدعم.

وينطلق هذا المقياس من اعتبار ان الاضطراب النفسي لدى الطفل والمراهق لا يمكن فهمه او تشخيصه بالاعتماد على نماذج الراشدين، ولا من خلال القراءة العرضية للسلوك، بل يتطلب مقارنة نمائية دينامية تراعي خصوصية كل مرحلة عمرية، وتضع العرض النفسي في سياقه العلائقي والاسري والمدرسي والثقافي. فالأعراض النفسية في هذه المراحل غالبا ما تكون لغة بديلة للتعبير عن معاناة داخلية يعجز الطفل او المراهق عن صياغتها لفظيا.

كما يهدف هذا المقياس الى ربط المعارف النظرية بالممارسة العيادية، من خلال التعريف بمختلف النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية، والاطلاع على اهم الاضطرابات التي تصيب الطفل والمراهق، وفهم آليات التشخيص والتقييم، واساليب التدخل العلاجي والتنبؤ. ويتم التركيز على الفحص النفسي، والمقابلة العيادية، والملاحظة، والاختبارات النفسية، باعتبارها ادوات اساسية لبناء فهم شامل للحالة النفسية.

ومن هذا المنطلق، يسعى مقياس علم النفس المرضي وعيادة الطفل والمراهق الى تكوين الطالب تكوينا علميا وعياديا متكاملًا، يمكنه من قراءة الاضطراب النفسي قراءة انسانية وعلمية في آن واحد، وتزويده بالكفاءات اللازمة لفهم المعاناة النفسية في سياقها النمائي، والمساهمة في الوقاية والتدخل المبكر، ودعم الصحة النفسية للطفل والمراهق داخل اسرهم ومجتمعاتهم.

## المحاضرة (01): تذكير بماهية علم النفس المرضي.

اولا: مدخل عام الى علم النفس المرضي.

يعد علم النفس المرضي من الميادين الاساسية في علم النفس، اذ يهتم بدراسة السلوك غير السوي والانحرافات النفسية والانفعالية والمعرفية، وتحليل اسبابها والعوامل المختلفة المؤثرة في نشأتها وتطورها واستمرارها. ولا يقتصر اهتمام هذا العلم على وصف الاعراض الظاهرة، بل يسعى الى فهم المعنى النفسي الكامن وراء السلوك المرضي، ودراسة ديناميته في علاقته بالشخصية وبالمحيط الاجتماعي والاسري، خاصة في مرحلتي الطفولة والمراهقة اللتين تمثلان فترتين حساستين في النمو النفسي (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 17).

وتبرز اهمية علم النفس المرضي في كونه يشكل حلقة وصل بين المعرفة النظرية والممارسة العيادية، حيث يسمح بفهم المعاناة النفسية للفرد في سياقها الشامل، ويؤكد ان السلوك غير السوي لا ينشأ في فراغ، بل يتكون نتيجة تفاعل معقد بين العوامل الفردية والنمائية والاسرية والاجتماعية. كما يساهم هذا العلم في تجاوز النظرة الاختزالية للاضطراب النفسي، من خلال اعتماده مقارنة انسانية وعلمية في آن واحد (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 18).

وقد تطور علم النفس المرضي تدريجيا عبر مساره التاريخي من مجرد اوصاف اولية للسلوك غير العادي الى علم قائم على اسس منهجية دقيقة، يهدف الى الفهم والتفسير والتشخيص والتدخل العلاجي والوقائي. واصبح يعتمد على معايير علمية في دراسة الاضطرابات النفسية، مع مراعاة الخصائص الفردية والنمائية لكل حالة، خاصة عند الاطفال والمراهقين الذين تتداخل لديهم مظاهر السلوك الطبيعي مع السلوك المرضي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 23).

كما ادى هذا التطور الى اتساع مجال علم النفس المرضي ليشمل دراسة المشكلات النفسية البسيطة، واضطرابات التكيف، وصعوبات النمو، الى جانب الاضطرابات النفسية

والعقلية الشديدة، مما عزز من دوره في الوقاية والتدخل المبكر داخل العيادة النفسية، ولاسيما في مجال عيادة الطفل والمراهق (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 24).

**ثانيا: تعريف علم النفس المرضي.**

يعرف علم النفس المرضي بانه العلم الذي يدرس الاضطرابات النفسية والعقلية من حيث مظاهرها السلوكية والانفعالية والمعرفية، مع تحليل العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية المرتبطة بنشأتها وتطورها واستمرارها. ولا يقتصر اهتمام هذا العلم على الحالات المرضية الشديدة، بل يمتد ليشمل الاضطرابات النمائية، واضطرابات السلوك، وصعوبات التكيف، والمشكلات النفسية التي تظهر في مراحل مبكرة من العمر، خاصة في الطفولة والمراهقة (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 41).

ويرى فتحي السيد عبد الرحيم ان علم النفس المرضي يهتم بدراسة الانحرافات عن السلوك السوي، مع التركيز على فهم ديناميتها النفسية والعوامل البيئية والاجتماعية التي تسهم في تشكيلها، مؤكدا ان السلوك المرضي لا يمكن تفسيره بمعزل عن السياق النمائي الذي يظهر فيه (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 21).

كما يعرف عبد الرحمان العيسوي علم النفس المرضي على انه فرع من فروع علم النفس يعنى بدراسة الاضطرابات النفسية والعقلية دراسة علمية تهدف الى الفهم والتفسير والتشخيص والتنبؤ، مع الاهتمام بالتفاعل بين العوامل الفردية والنمائية والبيئية، خاصة عند الاطفال والمراهقين (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 25).

ويؤكد جمال محمد الخطيب ان علم النفس المرضي لا يقتصر على وصف الاعراض، بل يسعى الى تحليل السلوك غير السوي في اطاره الشامل، وربطه بخبرات الفرد السابقة، واساليب التنشئة، والظروف الاسرية والاجتماعية، مما يجعله اساسا مهما للتدخل العلاجي والتربوي (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 9).

وفي مجال الطفولة والمراهقة، يرتبط مفهوم الاضطراب النفسي ارتباطا وثيقا بمسار النمو النفسي والجسدي والاجتماعي، حيث قد تعكس بعض الاضطرابات تعثرا في النمو، او خلا

في عمليات التكيف، او اختلالا في العلاقة مع الاسرة او المحيط الاجتماعي. وتشير الدراسات الى ان اساليب المعاملة الوالدية والبيئة الاسرية تلعب دورا محوريا في نشأة كثير من الاضطرابات النفسية لدى المراهقين (كمال مرسي، 1988، ص 208).

وعليه، فان علم النفس المرضي يمثل اطارا علميا متكاملا لفهم السلوك غير السوي، خاصة لدى الطفل والمراهق، من خلال ربط الاعراض الظاهرة بدينامية النمو وبالسياق الاسري والاجتماعي، وهو ما يميز هذا العلم عن التفسيرات الاختزالية الضيقة للمرض النفسي.

### ثالثا: اهداف علم النفس المرضي.

يسعى علم النفس المرضي الى تحقيق مجموعة من الاهداف العلمية والعملية التي تشكل الاساس لفهم الاضطرابات النفسية والتعامل معها بصورة منهجية. ويأتي في مقدمة هذه الأهداف

1. **وصف الاضطرابات النفسية وتصنيفها:** تصنيفا دقيقا يسمح بتمييزها عن مظاهر السلوك العادي، ويساعد على توحيد المفاهيم والمصطلحات بين المختصين في المجال العيادي والتربوي.

**فهم اسباب الاضطرابات النفسية وديناميتها:** من خلال تحليل العوامل النفسية والانفعالية، والعوامل الاسرية والاجتماعية، والظروف النمائية التي تسهم في نشأة الاضطراب واستمراره. ويسهم هذا الفهم في الانتقال من مجرد الوصف السطحي للأعراض الى تفسير علمي معمق يراعي خصوصية كل حالة. وتكتسب هذه الاهداف اهمية خاصة في مجال عيادة الطفل والمراهق، حيث يسمح الفهم المبكر لطبيعة الاضطراب بالتدخل العلاجي في مراحل مبكرة، مما يحد من تفاقمه في مراحل لاحقة من النمو (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 12).

2. **المساهمة في التشخيص النفسي السليم:** من خلال تحديد طبيعة الاضطراب، والعوامل المسببة والمهيئة والمثبتة له، مع الاخذ بعين الاعتبار الخصائص الفردية والنمائية للطفل او المراهق. ويعد التشخيص الدقيق خطوة محورية في توجيه التدخل العلاجي والوقائي، سواء داخل العيادة النفسية او في المؤسسات التربوية والاجتماعية.

3. توجيه التدخل العلاجي والوقائي: على اسس علمية من خلال اختيار الاساليب العلاجية والتربوية الملائمة لطبيعة الاضطراب ومرحلة النمو. ويشمل ذلك ايضا وضع برامج وقائية تهدف الى الحد من ظهور الاضطرابات النفسية، خاصة اضطرابات السلوك والانفعالات التي قد تتفاقم في حال اهمالها في المراحل المبكرة.

4. مساعدة المختصين على التمييز بين السلوك النمائي الطبيعي والسلوك المرضي: وهي مسألة بالغة الاهمية في الطفولة والمراهقة، حيث قد تتداخل بعض السلوكيات الطبيعية المرتبطة بالنمو مع مظاهر الاضطراب النفسي. ويبرز هذا الهدف بشكل خاص في حالات اضطرابات السلوك والانفعالات، التي قد تختلط بالسلوك العادي في بعض المراحل العمرية، مما يتطلب فهما نمائيا دقيقا لتجنب التشخيص الخاطئ (د. بوتفنوشات حميدة، 2021، ص 6).

وبذلك، فان اهداف علم النفس المرضي لا تقتصر على الجانب النظري، بل تمتد الى الجوانب التطبيقية والوقائية، مما يجعله علما اساسيا في دعم الممارسة العيادية والتربوية، خاصة في مجال عيادة الطفل والمراهق.

#### 5. اهداف علم النفس المرضي وعلاقتها بعيادة الطفل والمراهق:

تكتسب اهداف علم النفس المرضي اهمية خاصة عند تطبيقها في مجال عيادة الطفل والمراهق، نظرا لخصوصية هذه المرحلة النمائية وحساسيتها للتدخل المبكر. فالوصف الدقيق للاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق يساعد على التمييز بين السلوك النمائي الطبيعي والسلوك المرضي، ويجنب الوقوع في التشخيص المبالغ فيه او الاهمال العيادي للحالات التي تتطلب تدخلا مبكرا (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 34).

كما يسهم فهم اسباب الاضطرابات النفسية وديناميتها في عيادة الطفل والمراهق في الكشف عن العوامل الاسرية والتربوية والاجتماعية التي تؤثر في نشأة الاضطراب، مثل اساليب المعاملة الوالدية، ومستوى الدعم الاسري، والتفاعل المدرسي، وهو ما يؤكد الطابع العلائقي للاضطراب النفسي في هذه المرحلة العمرية (كمال مرسي، 1988، ص 208).

ويبرز هدف التشخيص النفسي في عيادة الطفل والمراهق بوصفه عملية شمولية لا تقتصر على تصنيف الاعراض، بل تشمل فهم تاريخ النمو، ودراسة السياق الاسري والاجتماعي، وتقييم القدرات النمائية والمعرفية والانفعالية للطفل او المراهق، مما يسمح ببناء خطة تدخل علاجية وتربوية متكاملة (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 45).

كما ان توجيه التدخل العلاجي والوقائي يمثل هدفا محوريا لعلم النفس المرضي في هذا المجال، حيث يتيح التدخل المبكر تعديل مسار الاضطراب والحد من تفاقمه، خاصة في حالات اضطرابات السلوك والانفعالات، واضطرابات التعلم، والمشكلات النفسية المرتبطة بالمراهقة. ويؤكد هذا التوجه على الدور الوقائي لعيادة الطفل والمراهق في تعزيز الصحة النفسية ودعم النمو السوي (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 15؛ د. بوتقنوشات حميدة، 2021، ص 8).

وبذلك، فان اهداف علم النفس المرضي تشكل الاساس العلمي والمنهجي لعمل عيادة الطفل والمراهق، حيث تساهم في بناء فهم متكامل للحالة النفسية، وتوجيه التشخيص والتدخل بصورة مهنية واخلاقية تراعي خصوصية النمو والسياق الاسري والاجتماعي.

#### رابعا: موقع علم النفس المرضي ضمن العلوم النفسية والعيادية

يحتل علم النفس المرضي موقعا محوريا بين فروع علم النفس، نظرا لكونه يشكل اطارا تفسيريا وتطبيقيا لفهم السلوك غير السوي. فهو يتقاطع بشكل مباشر مع علم النفس الاكلينيكي الذي يهتم بالتشخيص والتدخل العلاجي، ومع علم نفس النمو الذي يدرس التغيرات النفسية عبر مراحل العمر، كما يرتبط بعلم النفس العصبي الذي يركز على الاسس العصبية والدماعية للاضطرابات النفسية، وبعلم التربية الخاصة الذي يعنى بالمشكلات النمائية والتربوية لدى الاطفال ذوي الاضطرابات المختلفة (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 29).

ويستمد علم النفس المرضي معطياته من هذه الفروع مجتمعة، حيث يعتمد في تحليله للاضطرابات النفسية على فهم الخصائص الفردية للشخصية، والقدرات المعرفية والانفعالية،

إضافة إلى دراسة البيئة الأسرية والظروف الاجتماعية والثقافية المحيطة بالفرد. وبذلك، لا ينظر إلى الاضطراب النفسي بوصفه ظاهرة معزولة، بل كنتيجة لتفاعل عوامل متعددة تتطلب مقارنة شمولية في الفهم والتفسير (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 30).

وفي مجال عيادة الطفل والمراهق، تتجلى أهمية هذا الموقع التكاملي لعلم النفس المرضي بشكل أوضح، إذ لا يمكن فهم الاضطراب النفسي بمعزل عن السياق الأسري الذي ينشأ فيه الطفل أو المراهق. وتشير الدراسات إلى أن أساليب المعاملة الوالدية، ومستوى التماسك الأسري، وطبيعة العلاقات داخل الأسرة، تلعب دوراً أساسياً في نشأة العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية، مثل اضطرابات السلوك، والقلق، والانسحاب الاجتماعي، والسلوك الجانح (كمال مرسي، 1988، ص 208).

كما أن الاضطراب النفسي لدى الطفل والمراهق قد يعكس في كثير من الأحيان اختلالاً في التوازن الأسري أو ضعفاً في الدعم العاطفي والاجتماعي، مما يجعل التدخل العيادي يتجاوز الفرد ليشمل الأسرة والمحيط الاجتماعي. وقد بينت بعض الدراسات المقارنة أن مستوى الاغتراب الأسري يعد عاملاً مهماً في تفسير السلوك الجانح والمشكلات النفسية لدى الأحداث، سواء الجانحين أو غير الجانحين.

وعليه، فإن موقع علم النفس المرضي ضمن العلوم النفسية والعيادية يمنحه دوراً مركزياً في الربط بين الفهم النظري والتطبيق العملي، ويجعله أساساً لا غنى عنه في عمل عيادة الطفل والمراهق، حيث تتطلب الحالات النفسية فهماً متكاملًا يراعي الفرد في سياقه النمائي والأسري والاجتماعي.

#### خامساً: خصوصية علم النفس المرضي لدى الطفل والمراهق

يتميز علم النفس المرضي لدى الطفل والمراهق بخصوصيات أساسية تجعله مختلفاً عن علم النفس المرضي لدى الراشد، ويرجع ذلك إلى الارتباط الوثيق بين الاضطرابات النفسية ومسار النمو النفسي والجسدي والاجتماعي. فالطفل والمراهق يمران بمراحل نمائية متتالية، يكون فيها السلوك في حالة تشكل وتغير مستمر، مما يؤدي إلى تداخل السلوك الطبيعي مع

السلوك المرضي، ويجعل عملية التمييز بينهما أكثر تعقيدا مقارنة بالراشد (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 37).

كما تتميز هذه المرحلة بصعوبة التعبير اللفظي عن المعاناة النفسية، خاصة لدى الاطفال، حيث غالبا ما يعبر الطفل عن توتره النفسي او صراعاته الداخلية من خلال السلوك، مثل العدوانية، الانسحاب، التبول اللاإرادي، او اضطرابات النوم، بدل التعبير اللفظي المباشر عن مشاعره. وفي هذا السياق، تصبح قراءة السلوك وفهم دلالاته النفسية امرا اساسيا في العمل العيادي.

وتشير العديد من الدراسات الى ان كثيرا من الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق تكون انعكاسا لاختلالات اسرية او تربوية، مثل اساليب المعاملة الوالدية غير السوية، او ضعف الدعم العاطفي، او التوترات داخل الاسرة، مما يؤكد الطابع العلائقي للاضطراب النفسي في هذه المرحلة العمرية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 38).

كما ان بعض الاضطرابات، مثل اضطرابات السلوك، واضطرابات الاكل، والاضطرابات الحسية الحركية، تتطلب فهما نمائيا دقيقا عند التشخيص، نظرا لاحتمال الخلط بينها وبين سلوكيات نمائية عابرة. فالتسرع في التشخيص دون مراعاة الخصائص النمائية قد يؤدي الى وصم الطفل او المراهق تشخيصيا بشكل خاطئ (دبراسوا فطيمة، 2016، ص 14؛ محمد فرحات محمد فضل الله علي شقير، 2022، ص 5).

وعليه، فان خصوصية علم النفس المرضي لدى الطفل والمراهق تفرض على المختص اعتماد مقاربة شمولية تراعي النمو، والسياس الاصري، والبيئة المدرسية والاجتماعية، وتجنب الاسقاط المباشر لمعايير الراشدين على هذه الفئة العمرية.

#### سادسا: اهمية علم النفس المرضي في الممارسة العيادية

تكمن اهمية علم النفس المرضي في الممارسة العيادية في كونه يوفر الاساس النظري والمنهجي الذي يستند اليه الاخصائي النفسي في فهم طبيعة الاضطراب النفسي وتشخيصه والتعامل معه. فمن خلال المعارف التي يقدمها هذا العلم، يصبح الاخصائي قادرا على

تحليل السلوك غير السوي في سياقه النفسي والنمائي والاجتماعي، بدل الاكتفاء بوصف الاعراض الظاهرة.

كما يساعد علم النفس المرضي الاخصائي النفسي على اختيار اساليب التشخيص المناسبة، سواء تعلق الامر بالمقابلة العيادية، او الملاحظة، او الاختبارات النفسية، مع مراعاة خصوصية كل حالة، خاصة في مجال عيادة الطفل والمراهق. ويشكل هذا الفهم العلمي اساسا ضروريا لاختيار التدخل العلاجي الملائم، سواء كان علاجيا، او تربويا، او وقائيا. وتبرز اهمية علم النفس المرضي ايضا في توجيه برامج الوقاية النفسية، لاسيما في التعامل مع السلوكيات الخطرة مثل السلوك الانتحاري، واضطرابات السلوك الجانح، حيث يسمح الكشف المبكر عن المؤشرات المرضية بالتدخل في الوقت المناسب والحد من تفاقم الاضطراب (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 19).

كما ان الفهم العيادي الدقيق للاضطرابات السلوكية العصبية واضطرابات السلوك يساهم في تصميم برامج علاجية ووقائية فعالة، تراعي الخصائص الفردية والنمائية، وتعمل على تعديل السلوك وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي (د. وائل بيومي السباعي، 2010، ص 33). وبذلك، يشكل علم النفس المرضي ركيزة اساسية في الممارسة العيادية، خاصة في عيادة الطفل والمراهق، حيث يساهم في بناء تدخلات نفسية علمية، وانسانية، ووقائية، تستهدف ليس فقط علاج الاضطراب بل ايضا دعم النمو السوي والاندماج الاجتماعي.

## المحاضرة (02): التعريف بعيادة الطفل والمراهق واسسها.

اولا: مدخل عام الى عيادة الطفل والمراهق.

تعد عيادة الطفل والمراهق مجالا متخصصا من مجالات الممارسة العيادية في علم النفس، تهتم بدراسة وتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والسلوكية والانفعالية التي تظهر خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة. وتكتسب هذه العيادة اهميتها من كونها تتعامل مع فئات عمرية تمر بمراحل نمو حساسة، تتسم بالتغير السريع على المستويات النفسية والجسدية والاجتماعية، الامر الذي يجعل الاضطراب النفسي في هذه المرحلة ذا طبيعة خاصة تختلف

عن الاضطرابات النفسية لدى الراشدين من حيث الشكل والاسباب والمسار (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 41).

**ثانيا: تعريف عيادة الطفل والمراهق.**

تعرف عيادة الطفل والمراهق بانها مجال عيادي متخصص يهتم بتقييم وتشخيص وفهم الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية لدى الاطفال والمراهقين، اعتمادا على معطيات نفسية ونمائية واسباب واجتماعية متداخلة. ويقوم هذا المجال على توظيف ادوات تشخيصية وتقييمية تتلاءم مع الخصائص العمرية والنمائية لهذه الفئات، بما يسمح بفهم شامل لطبيعة الاضطراب ومساره ودرجة شدته (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 57).

ويشمل عمل عيادة الطفل والمراهق التعامل مع طيف واسع من الاضطرابات، من بينها الاضطرابات النمائية، واضطرابات السلوك والانفعالات، وصعوبات التعلم، واضطرابات الاكل، والاضطرابات النفسية المرتبطة بمرحلة المراهقة. ولا يقتصر هذا العمل على التشخيص فقط، بل يمتد الى التقييم الشامل والتخطيط للتدخل العلاجي والتربوي، مع مراعاة خصوصية كل حالة من حيث مرحلة النمو والسياق الاسري والاجتماعي (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 58).

ويرى فتحي السيد عبد الرحيم ان عيادة الطفل والمراهق لا تركز على الطفل او المراهق بوصفه حالة فردية معزولة، بل تنظر اليه في اطار علاقته بأسرته ومدرسته ومحيطه الاجتماعي، باعتبار ان الاضطراب النفسي في هذه المرحلة العمرية غالبا ما يكون نتاجا لتفاعل عوامل متعددة، تشمل اساليب التنشئة الاسرية، والظروف التربوية، وطبيعة العلاقات الاجتماعية المحيطة (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 44).

ويؤكد هذا التصور على الطابع العلائقي لعيادة الطفل والمراهق، حيث يصبح فهم دينامية العلاقات الاسرية والمدرسية جزءا اساسيا من عملية التقييم والتشخيص. فالسلوك غير السوي لدى الطفل او المراهق قد يكون في كثير من الحالات تعبيرا عن صعوبات او توترات داخل

النظام الاسري او المدرسي، وليس مجرد اضطراب داخلي منفصل (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 45).

وبذلك، تمثل عيادة الطفل والمراهق اطارا عياديا شاملا يجمع بين الفهم النمائي والتقييم النفسي والدراسة الاسرية والاجتماعية، ويهدف الى بناء تدخلات علاجية وتربوية متكاملة تراعي خصوصية النمو وتسهم في دعم الصحة النفسية للطفل والمراهق.

وتتبع خصوصية عيادة الطفل والمراهق من ارتباط الاضطراب النفسي ارتباطا وثيقا بمسار النمو، حيث قد تعكس الاعراض النفسية والسلوكية تعثرا في النمو النفسي او صعوبة في التكيف مع المتطلبات النمائية والاجتماعية. كما ان بعض الاضطرابات قد تظهر في صورة سلوكيات نمائية غير متوقعة، مما يتطلب فهما دقيقا للفروق بين السلوك الطبيعي المرتبط بالنمو والسلوك المرضي الذي يستدعي التدخل العيادي (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 42).

ولا يقتصر عمل عيادة الطفل والمراهق على علاج الاضطراب القائم فقط، بل يمتد ليشمل مجالات الوقاية والكشف المبكر والتدخل العلاجي والتربوي، حيث تسعى هذه العيادة الى التعرف على المؤشرات الاولية للاضطراب النفسي قبل تفاقمه، والعمل على تعديل مساره في مراحل المبكرة. ويكتسب هذا التوجه الوقائي اهمية خاصة، نظرا لان كثيرا من الاضطرابات النفسية الراشدة تعود جذورها الى الطفولة او المراهقة ولم يتم التعامل معها بشكل مناسب في حينها (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 52).

كما تهدف عيادة الطفل والمراهق الى حماية النمو النفسي السوي، من خلال دعم قدرات الطفل والمراهق على التكيف، وتعزيز الصحة النفسية، وتقليل احتمالات تطور الاضطرابات النفسية والسلوكية في المراحل اللاحقة من الحياة. ويتحقق ذلك من خلال تدخلات نفسية وتربوية موجهة، تراعي الخصائص النمائية، وتشرك الاسرة والمدرسة باعتبارهما عنصرين اساسيين في حياة الطفل والمراهق (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 53).

ومنه تمثل عيادة الطفل والمراهق مجالاً وقائياً وعلاجياً في آن واحد، يهدف إلى فهم الاضطرابات النفسية في سياقها النمائي والاسري والاجتماعي، ويعمل على تعزيز الصحة النفسية وبناء مسار نمو سليم ومتوازن.

### ثالثاً: اهداف عيادة الطفل والمراهق.

تهدف عيادة الطفل والمراهق إلى تحقيق مجموعة من الاهداف العلاجية والتربوية والوقائية التي تستجيب لخصوصيات مرحلتى الطفولة والمراهقة، وتراعي الطبيعة النمائية للاضطرابات النفسية في هاتين المرحلتين. ويأتي في مقدمة هذه الأهداف:

❖ **الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية والسلوكية:** حيث يسمح التعرف المبكر على المؤشرات المرضية بالتدخل في الوقت المناسب، قبل ان تتفاقم الاعراض وتتحول إلى اضطرابات مزمنة يصعب علاجها في المراحل اللاحقة من الحياة (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 18).

❖ **التمييز بين السلوك النمائي الطبيعي والسلوك المرضي:** وهي مهمة اساسية نظراً لتداخل بعض السلوكيات الطبيعية المرتبطة بالنمو مع مظاهر الاضطراب النفسي. ويتطلب هذا الهدف فهماً دقيقاً لمراحل النمو وخصائصها، حتى لا يتم الخلط بين السلوك العابر المرتبط بمرحلة عمرية معينة والسلوك الذي يعكس اختلالاً نفسياً يستدعي التدخل العيادي (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 46).

❖ **تشخيص الاضطرابات النفسية تشخيصاً دقيقاً:** من الاهداف المركزية لعيادة الطفل والمراهق، حيث لا يقتصر التشخيص على تصنيف الاعراض، بل يشمل دراسة تاريخ النمو، والظروف الاسرية، والسياق المدرسي والاجتماعي، بما يسمح بفهم شامل للحالة النفسية. ويسهم التشخيص الدقيق في توجيه القرار العلاجي والتربوي، ويحد من مخاطر التشخيص الخاطئ أو الوصم المبكر (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 60).

❖ وضع خطط تدخل علاجية وتربوية ملائمة: تراعي الخصائص الفردية والنمائية لكل طفل او مراهق، وتستند الى نتائج التقييم النفسي الشامل. وقد تشمل هذه الخطط تدخلات نفسية، او تربوية، او اسرية، او برامج تعديل سلوك، حسب طبيعة الاضطراب ودرجة شدته (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 20).

❖ دعم النمو النفسي السوي: من خلال تعزيز قدرات الطفل والمراهق على التكيف النفسي والاجتماعي، وتقوية مهاراته الانفعالية والسلوكية، والعمل على توفير بيئة اسرية وتربوية داعمة. ويكتسب هذا الهدف اهمية خاصة في المنظور الوقائي، اذ يسهم في تقليل احتمالات ظهور اضطرابات نفسية جديدة في المستقبل (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 54).

وتبرز اهمية هذه الاهداف مجتمعة في كون التدخل المبكر داخل عيادة الطفل والمراهق يسمح بالحد من تفاقم الاضطرابات النفسية، ويقلل من خطر تحولها الى اضطرابات مزمنة في الرشد، كما يسهم في تحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية للطفل والمراهق (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 18).

#### رابعاً: الاسس النظرية لعيادة الطفل والمراهق

تستند عيادة الطفل والمراهق الى مجموعة من الاسس النظرية التي توجه عمليات الفهم والتشخيص والتدخل العلاجي، وتعكس الطبيعة المعقدة والمتعددة الابعاد للاضطرابات النفسية في مرحلتي الطفولة والمراهقة.

❖ الاساس النمائي من اهم هذه الاسس، حيث يؤكد على ضرورة فهم السلوك والاضطراب النفسي في ضوء مراحل النمو المختلفة، مع مراعاة الخصائص النفسية والجسدية والاجتماعية لكل مرحلة عمرية. ويقوم هذا الاساس على مبدأ مفاده ان السلوك الذي يعد طبيعياً في مرحلة نمائية معينة قد يصبح دلالة مرضية في مرحلة اخرى، الامر الذي يحتم عدم اسقاط معايير الراشدين على الطفل او المراهق (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 55).

❖ **الاساس الدينامي:** الذي يركز على دور الصراعات النفسية الداخلية والخبرات المبكرة في نشأة الاضطرابات النفسية. ويهتم هذا المدخل بفهم العلاقة بين الخبرات الانفعالية في الطفولة المبكرة، واليات الدفاع، وبناء الشخصية، وكيفية انعكاس ذلك على السلوك والانفعال في مراحل لاحقة، خاصة خلال المراهقة التي تعد مرحلة اعادة تنظيم نفسي وانفعالي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 56).

❖ **الاساس السلوكي:** الذي ينظر الى الاضطرابات النفسية والسلوكية على انها سلوكيات متعلمة غير تكيفية، نشأت نتيجة اساليب تعلم غير مناسبة او تعزيزات خاطئة. ويهتم هذا الاساس بتحليل السلوك الظاهر، وتحديد المثيرات والاستجابات، واستخدام تقنيات تعديل السلوك في التدخل العلاجي، خاصة في حالات اضطرابات السلوك وفرط الحركة وصعوبات التكيف (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 57).

❖ **الاساس المعرفي:** الذي يبرز دور الافكار والتصورات والتفسيرات المعرفية في تشكيل السلوك والانفعال. ويؤكد هذا المدخل ان الطفل او المراهق قد يطور افكارا سلبية او معتقدات غير واقعية عن ذاته او عن الاخرين، تؤدي الى اضطرابات انفعالية وسلوكية، مما يجعل تعديل البناءات المعرفية جزءا مهما من التدخل العيادي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 58).

❖ **الاساس الاسري والنسقي:** الذي ينظر الى الاضطراب النفسي لدى الطفل والمراهق بوصفه نتاجا لتفاعلات علائقية داخل النسق الاسري. فالسلوك غير السوي قد يؤدي وظيفية داخل الاسرة، او يعكس خلافا في الادوار او القواعد او انماط التواصل، الامر الذي يفرض اشراك الاسرة في عملية التقييم والتدخل العلاجي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 59).

ويؤكد هذا التعدد في الاسس النظرية على الطابع التكاملي لعيادة الطفل والمراهق، حيث لا يتم التقيد بمدخل نظري واحد، بل يتم توظيف اكثر من مدخل حسب طبيعة الحالة واحتياجاتها النمائية والنفسية والاجتماعية. ويسهم هذا التوجه التكاملي في بناء فهم اشمل

للاضطراب النفسي، وفي تصميم تدخلات علاجية اكثر فعالية وملاءمة لخصوصيات الطفولة والمراهقة.

#### خامسا: الاسس المنهجية والعملية لعيادة الطفل والمراهق.

تعتمد عيادة الطفل والمراهق في عملها العيادي على جملة من الاسس المنهجية التي تهدف الى الوصول الى فهم دقيق وشامل للحالة النفسية، وذلك من خلال اعتماد التقييم الشامل متعدد الادوات. ويقوم هذا التقييم على الجمع بين المقابلة العيادية، والملاحظة المنظمة، والاختبارات والمقاييس النفسية، ودراسة الحالة، بما يسمح بتحليل السلوك في سياقه النمائي والانفعالي والاجتماعي، وتجنب التشخيص الاحادي او المتسرع (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 164).

كما تؤكد الممارسة العيادية في مجال الطفل والمراهق على ضرورة اشراك الاسرة والمدرسة في عملية التقييم، باعتبار ان الطفل يعيش داخل شبكة من العلاقات الاسرية والتربوية التي تؤثر بشكل مباشر في توازنه النفسي. وتشكل معطيات الوالدين والمعلمين مصدرا اساسيا لفهم السلوك في البيئات الطبيعية للطفل، وتسهم في تفسير الاعراض النفسية والسلوكية ضمن سياقها الواقعي (محمد ملحم سامي، 2015، ص 149).

ومن الاسس المنهجية المهمة ايضا مراعاة الخصوصية النمائية، حيث تفرض طبيعة الطفولة والمراهقة اعتماد اساليب تقييم وتدخل تتلاءم مع مستوى النمو المعرفي والانفعالي. فالتشخيص العيادي في هذه المرحلة لا يقتصر على الاعراض الظاهرة، بل يشمل تحليل مسار النمو، وقدرة الطفل او المراهق على التكيف مع متطلبات مرحلته العمرية (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 47).

كما تولي عيادة الطفل والمراهق اهمية كبيرة للاعتبارات الاخلاقية في العمل العيادي، نظرا لحساسية هذه الفئات العمرية. ويشمل ذلك احترام مبدأ السرية، والحصول على موافقة الاولياء، وحماية الطفل من اي شكل من اشكال الاذى النفسي، مع الحرص على ان تكون

جميع التدخلات في مصلحة الطفل او المراهق الفضلى (فهيمى مصطفى، 2017، ص 165).

وعلى المستوى العملي، تتطلب الممارسة العيادية في هذا المجال العمل ضمن فريق متعدد التخصصات، يضم الاخصائي النفسي، والطبيب، والاختصاصي الاجتماعي، والمربين. ويسمح هذا التكامل بتبادل الخبرات وتنسيق الجهود العلاجية والتربوية، بما يضمن فهما اشمل للحالة النفسية وتدخلات اكثر فعالية واستمرارية (محمد سري اجلال، 2000، ص 158).

ويعكس هذا الاطار المنهجي والعملي الطابع التكاملى لعيادة الطفل والمراهق، حيث يتم الجمع بين التقييم العلمي، والاعتبارات النمائية، والبعد الاخلاقي، والعمل الجماعي، بهدف تقديم تدخلات نفسية وتربوية فعالة تراعي خصوصية النمو وتدعم الصحة النفسية للطفل والمراهق.

#### سادسا: دور الاسرة في عيادة الطفل والمراهق.

تلعب الاسرة دورا محوريا في عمل عيادة الطفل والمراهق اذ تمثل المصدر الاساسي للمعلومات المتعلقة بتاريخ النمو النفسي والجسدي وطبيعة السلوك اليومي، وبداية ظهور المشكلات النفسية والسلوكية لدى الطفل او المراهق. كما تساهم الاسرة في توضيح السياق العلائقي والتربوي الذي يعيش فيه الطفل، وهو ما يساعد الاختصاصي النفسي على فهم الاعراض في اطارها الواقعي، بدل الاكتفاء بملاحظتها داخل الجلسة العيادية (كمال مرسي، 1988، ص 208).

وتؤثر اساليب المعاملة الوالدية ومستوى الدعم العاطفي داخل الاسرة بشكل مباشر في نشأة الاضطرابات النفسية واستمرارها، حيث تشير الدراسات الى ان الاساليب الوالدية القاسية او المتذبذبة، وغياب الدفء العاطفي، قد تسهم في ظهور اضطرابات سلوكية وانفعالية، خاصة في مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة. وفي هذا السياق، لا ينظر الى الطفل او المراهق بوصفه المشكلة في حد ذاته، بل كحلقة ضمن نسق اسري اوسع (كمال مرسي، 1988، ص 208).

كما تشير بعض الدراسات الى ان ضعف التماسك الاسري، او ارتفاع مستوى الاغتراب الاسري، قد يرتبط بظهور اضطرابات سلوكية وانفعالية لدى الاحداث، سواء كانوا جانحين او غير جانحين ويؤكد ذلك ان اختلال العلاقات داخل الاسرة قد يشكل عاملا مساعدا للاضطراب النفسي، مما يجعل اشراك الاسرة في عملية التقييم والتدخل العلاجي امرا ضروريا وليس اختياريًا وعليه، فان عيادة الطفل والمراهق تعتمد في تدخلاتها على العمل مع الاسرة، سواء من خلال الارشاد الاسري، او التوجيه الوالدي، او تعديل انماط التفاعل داخل النسق الاسري بما يسهم في دعم التوازن النفسي للطفل او المراهق وتحسين فعالية التدخل العلاجي.

#### سابعا: اهمية عيادة الطفل والمراهق في الوقاية والتدخل المبكر.

تكمن اهمية عيادة الطفل والمراهق في دورها الوقائي والعلاجي المبكر، حيث يسمح التدخل في مراحل الطفولة والمراهقة بالحد من تطور الاضطرابات النفسية، ومنع تحولها الى اضطرابات مزمنة في مرحلة الرشد. فالكثير من الاضطرابات النفسية الراشدة تعود جذورها الى مشكلات لم يتم التعامل معها بشكل مبكر داخل الطفولة او المراهقة. وتبرز هذه الاهمية بشكل خاص في حالات اضطرابات السلوك، واضطرابات الاكل، والمشكلات النفسية المرتبطة بالمراهقة، حيث يتيح الكشف المبكر امكانية تعديل المسار النمائي قبل ترسخ الانماط السلوكية غير السوية. كما يسهم التدخل المبكر في تحسين فرص التكيف النفسي والاجتماعي، ودعم النمو السوي (محمد فرحات محمد فضل الله علي شقير، 2022، ص 7).

❖ **الوقاية من السلوكيات الخطرة:** مثل السلوك الانتحاري والسلوك الجانح، من خلال التعرف على المؤشرات الانذارية المبكرة، وتقديم الدعم النفسي المناسب، وتوجيه الطفل او المراهق واسرته نحو استراتيجيات مواجهة اكثر تكيفا (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 21).

وبذلك تسهم عيادة الطفل والمراهق في بناء تدخلات وقائية طويلة المدى، لا تقتصر على علاج الاضطراب القائم، بل تهدف ايضا الى تعزيز الصحة النفسية، والحد من المخاطر النفسية والاجتماعية المستقبلية.

### خلاصة:

تعد عيادة الطفل والمراهق مجالاً أساسياً في علم النفس المرضي لما لها من دور محوري في فهم وتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية في مراحل النمو المبكرة. وتقوم هذه العيادة على اسس نظرية ومنهجية متعددة، وتعتمد على مقارنة شمولية تراعي الخصائص النمائية، والعوامل الاسرية، والسياق الاجتماعي والتربوي المحيط بالطفل والمراهق. كما تؤكد هذه العيادة على اهمية الوقاية والتدخل المبكر والعمل التكامل مع الاسرة والمدرسة، مما يجعلها اداة فعالة في دعم الصحة النفسية، والحد من تفاقم الاضطرابات وبناء مسار نمو نفسي سليم ومتوازن لدى الطفل والمراهق.

### المحاضرة (03): اهم الاسس النظرية في علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

اولاً: مدخل عام الى الاسس النظرية في علم النفس المرضي للطفل والمراهق.

يقوم علم النفس المرضي للطفل والمراهق على مجموعة من الاسس النظرية التي تسعى الى تفسير نشأة الاضطرابات النفسية والسلوكية وفهم ديناميتها وتشخيصها والتدخل فيها. ويكتسب هذا التعدد النظري اهميته من كون الاضطراب النفسي في مرحلتي الطفولة والمراهقة ظاهرة معقدة ومتعددة الابعاد، لا يمكن تفسيرها من خلال مدخل واحد او عامل واحد فقط، بل هي نتاج تفاعل مستمر بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 61).

ويؤكد الباحثون ان خصوصية النمو النفسي في مرحلتي الطفولة والمراهقة تفرض اعتماد مقاربات نظرية متعددة، تراعي التغيرات النمائية، وطبيعة العلاقات الاسرية، والبيئة المدرسية، والضغوط الاجتماعية، الى جانب الاستعدادات البيولوجية. فالسلوك غير السوي لدى الطفل او المراهق قد يكون تعبيراً عن خلل عصبي، او نتيجة تعلم غير سوي، او

انعكاسا لصراعات نفسية داخلية، او استجابة لاختلالات علائقية داخل الاسرة او المحيط الاجتماعي (فهيم مصطفى، 2017، ص 143).

ولهذا، يعتمد علم النفس المرضي للطفل والمراهق على عدد من النظريات الاساسية، من بينها النظرية العصبية والنوروفيزيولوجية، والنظريات المركزة على السلوك والمحيط، والنظريات السلوكية والسلوكية الحديثة، والنظريات المعرفية، ونظريات التواصل والنظريات النسقية، والنظريات التحليلية، اضافة الى النظرية السيكوسوماتية. ويسهم هذا التعدد النظري في بناء فهم اشمل للاضطرابات النفسية، وفي تصميم تدخلات علاجية وتربوية اكثر ملاءمة لخصوصيات الطفولة والمراهقة (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 159).

ويعكس هذا التنوع في الاسس النظرية الطابع التكاملي لعلم النفس المرضي المعاصر، حيث لا يتم تبني نظرية واحدة بشكل مطلق، بل يتم توظيف ما يناسب طبيعة الحالة، ومستوى النمو، والسياق الاسري والاجتماعي، بما يخدم مصلحة الطفل او المراهق ويعزز صحته النفسية.

**ثانيا: النظرية العصبية والنوروفيزيولوجية في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.**

ترتكز النظرية العصبية والنوروفيزيولوجية على فرضية اساسية مفادها ان الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل والمراهق تعود، كلياً او جزئياً، الى خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي او في التوازن الكيميائي العصبي داخل الدماغ. وتتنظر هذه النظرية الى السلوك غير السوي بوصفه انعكاسا لاختلالات عصبية او فسيولوجية قد تكون وراثية، او مكتسبة نتيجة اصابات دماغية، او اضطرابات في النمو العصبي المبكر (عالم محمد حسن، 2006، ص 91).

وتؤكد هذه المقاربة ان النمو العصبي السليم يشكل اساساً ضرورياً للنمو النفسي والانفعالي المتوازن، وان اي خلل في هذا النمو قد ينعكس في صورة اضطرابات نفسية او سلوكية، مثل اضطرابات الانتباه، وفرط الحركة، وصعوبات التعلم، وبعض الاضطرابات الانفعالية. ويبرز

هذا التفسير بشكل خاص في مرحلة الطفولة، حيث يكون الجهاز العصبي في طور التكوين والنضج، مما يجعله أكثر حساسية للعوامل الوراثية والبيئية (وائل بيومي السباعي، 2010، ص 27).

كما تشير الدراسات العصبية الى ان بعض الاضطرابات النفسية لدى الاطفال والمراهقين ترتبط بخلل في افراز النواقل العصبية، مثل الدوبامين والسيروتونين، وهو ما يفسر استخدام العلاج الدوائي في بعض الحالات، خاصة اضطرابات فرط الحركة، والاضطرابات المزاجية، وبعض الاضطرابات الذهانية المبكرة. غير ان هذا الاتجاه يؤكد في الوقت ذاته ان العامل العصبي لا يعمل بمعزل عن العوامل النفسية والاجتماعية، بل يتفاعل معها في اطار دينامي معقد (فهيم مصطفى، 2017، ص 149).

وفي المجال العيادي، اسهمت النظرية العصبية والنوروفيزيولوجية في تطوير اساليب تشخيص دقيقة، تعتمد على الفحص العصبي، والتقييم النمائي، واستخدام المقاييس النفسية العصبية، مما سمح بفهم افضل للاضطرابات ذات الاساس العصبي. كما ساعدت في توجيه التدخل العلاجي، خاصة من خلال الدمج بين العلاج الدوائي والدعم النفسي والتربوي، بما يراعي خصوصية النمو لدى الطفل والمراهق (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 64).

ورغم اهمية هذه النظرية في تفسير عدد من الاضطرابات النفسية، الا انها تعرضت لانتقادات بسبب ميلها احيانا الى اختزال الاضطراب النفسي في بعده البيولوجي، مع التقليل من شأن العوامل النفسية والاسرية والاجتماعية. ولذلك، يتم توظيفها في الممارسة العيادية المعاصرة ضمن اطار تكاملي، يدمج بين التفسير العصبي والتدخلات النفسية والتربوية (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 161).

ثالثاً: النظريات المركزة على السلوك والمحيط في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.

تنطلق النظريات المركزة على السلوك والمحيط من فرضية اساسية مفادها ان السلوك غير السوي لدى الطفل والمراهق هو نتاج مباشر لتفاعله مع البيئة المحيطة، بما تتضمنه من مثيرات، واساليب تنشئة، وظروف اجتماعية وتربوية. وترى هذه النظريات ان البيئة الاسرية والمدرسية تشكل اطارا حاسما في اكتساب السلوكيات، سواء كانت سوية او غير سوية، وان كثيرا من الاضطرابات النفسية تعود الى خبرات بيئية غير ملائمة اكثر من كونها ناتجة عن عوامل داخلية بحتة (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 51).

ويؤكد هذا الاتجاه ان الطفل يتعلم انماط السلوك من خلال التفاعل اليومي مع المحيط، وخاصة من خلال التقليد، والتعزيز، والعقاب. فالسلوكيات العدوانية، او الانسحابية، او الفوضوية، قد تكون استجابات متعلمة لظروف بيئية تتسم بالقسوة، او الاهمال، او عدم الاتساق في اساليب التربية. ومن هذا المنطلق، لا ينظر الى السلوك المرضي بوصفه خلا داخليا ثابتا، بل كسلوك مكتسب قابل للتعديل اذا ما تغيرت الظروف البيئية المحيطة (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 24).

كما تعطي هذه النظريات اهمية كبيرة لدور المحيط المدرسي في نشأة الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق، حيث قد تسهم اساليب التعليم غير الملائمة، او العلاقات السلبية مع المعلمين والاقران، في ظهور صعوبات تعلم واضطرابات سلوكية وانفعالية. ويؤكد الباحثون ان فشل الطفل في التكيف مع متطلبات المدرسة قد يؤدي الى تدن في مفهوم الذات، وزيادة السلوكيات المشككة، خاصة في المراحل الاولى من الدراسة (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 66).

وفي الممارسة العيادية اسهمت النظريات المركزة على السلوك والمحيط في توجيه التدخلات العلاجية نحو تعديل الظروف البيئية، وليس فقط تعديل سلوك الطفل. ويشمل ذلك العمل مع الاسرة لتحسين اساليب التنشئة، والتنسيق مع المدرسة لتكييف البيئة التعليمية، وخلق مناخ داعم يسهم في تعزيز السلوكيات التكيفية والحد من السلوكيات غير السوية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 67).

ورغم اهمية هذا التوجه في تفسير عدد كبير من الاضطرابات السلوكية لدى الاطفال والمراهقين، الا انه تعرض لانتقادات بسبب تركيزه الكبير على العوامل الخارجية، مع التقليل من دور العمليات النفسية الداخلية والاستعدادات الفردية. ولذلك، تم دمجها لاحقا مع مداخل اخرى، مثل السلوكية الحديثة والمعرفية، ضمن اطار اكثر شمولية (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 162).

#### رابعاً: النظريات السلوكية في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.

ترتكز النظريات السلوكية على مبادئ التعلم، وترى ان السلوك الانساني، سواء كان سويًا او غير سوي، هو سلوك متعلم من خلال التفاعل مع البيئة. ووفق هذا المنظور، فان الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل والمراهق لا تعود الى صراعات داخلية خفية، بل الى انماط تعلم غير تكيفية نتجت عن التعزيز او العقاب او التقليد. ويؤكد هذا الاتجاه ان السلوك المرضي يستمر لأنه يؤدي وظيفة معينة للفرد، مثل جذب الانتباه او تجنب مواقف غير مرغوبة (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 27).

ويفسر السلوكيون ظهور الاضطرابات السلوكية لدى الاطفال، مثل العدوانية، والكذب، والتخريب، واضطرابات الانتباه، على انها سلوكيات تم تعزيزها بشكل مباشر او غير مباشر داخل الاسرة او المدرسة. فالتعزيز غير المقصود، كالتساهل او الاهتمام الزائد بالسلوك غير السوي، قد يؤدي الى تثبيته واستمراره. كما قد يسهم العقاب غير المناسب او غير المتسق في زيادة حدة السلوك المشكلة بدل الحد منه (كامل مليكة لويس، 1990، ص 34).

وفي مرحلة المراهقة، يبرز دور التعلم الاجتماعي بشكل اوضح، حيث يتأثر المراهق بنماذج سلوكية يقدمها الاقران او وسائل الاعلام، مما قد يسهم في اكتساب سلوكيات منحرفة او خطيرة. وتؤكد النظريات السلوكية ان فهم هذه السلوكيات يتطلب تحليل المثيرات السابقة للسلوك، والعواقب التي تليه، وليس الاكتفاء بوصف السلوك في حد ذاته (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 53).

وفي المجال العيادي، اسهمت النظريات السلوكية في تطوير اساليب علاجية فعالة، تعتمد على تعديل السلوك من خلال تقنيات مثل التعزيز الايجابي، والعقاب المنظم، والتشكيل، والنمذجة، والتعريض التدريجي. وقد اثبتت هذه التقنيات فعاليتها في علاج اضطرابات السلوك، والمخاوف، وبعض الاضطرابات الانفعالية لدى الاطفال والمراهقين، خاصة عندما تطبق ضمن برامج علاجية منظمة ومستمرة (كامل مليكة لويس، 1990، ص 41).

ورغم ما قدمته النظريات السلوكية من اسهامات عملية مهمة، الا انها تعرضت لانتقادات بسبب تركيزها على السلوك الظاهر فقط، وتجاهلها للعمليات المعرفية والانفعالية الداخلية. وقد ادى هذا القصور الى ظهور اتجاهات سلوكية اكثر تطوراً، عرفت بالسلوكية الحديثة، التي حاولت دمج العوامل المعرفية في تفسير السلوك غير السوي (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 163).

**خامساً: النظريات السلوكية الحديثة في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.**

جاءت النظريات السلوكية الحديثة استجابة للانتقادات التي وجهت الى السلوكية التقليدية، خاصة ما تعلق بتجاهلها للعمليات العقلية والانفعالية. وقد حاول هذا الاتجاه توسيع اطار التفسير السلوكي من خلال ادماج المتغيرات المعرفية، مثل التوقعات، والادراك، والتفسير، والدوافع، بوصفها وسائط بين المثير والاستجابة. وبذلك لم يعد السلوك غير السوي مجرد استجابة آلية، بل اصبح نتاجاً لتفاعل التعلم مع البناءات المعرفية للفرد (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 165).

وترى السلوكية الحديثة ان الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق تنشأ نتيجة تفاعل بين خبرات تعلم غير ملائمة، وافكار او تفسيرات معرفية مشوهة، تؤثر في طريقة استجابة الفرد للمواقف. فمثلاً، قد يتعلم الطفل سلوك التجنب نتيجة خبرات فشل متكررة، ثم يعزز هذا السلوك من خلال افكار سلبية عن الذات مثل الشعور بعدم الكفاءة او الخوف من الخطأ (مصطفى محمد عبد، 2008، ص 29).

كما تؤكد هذه النظريات ان البيئة لا تؤثر بشكل مباشر فقط، بل من خلال الطريقة التي يدرك بها الطفل او المراهق هذه البيئة، اساليب التنشئة القاسية او المتذبذبة قد تؤدي الى تكوين توقعات سلبية، ومعتقدات غير تكيفية تسهم في ظهور اضطرابات انفعالية وسلوكية. ويبرز هذا التفسير بشكل خاص في اضطرابات القلق والاكتئاب واضطرابات التوافق لدى الاطفال والمراهقين (فهيم مصطفى، 2017، ص 152).

وفي المجال العيادي، مهدت السلوكية الحديثة لظهور تدخلات علاجية اكثر شمولية، تجمع بين تعديل السلوك الظاهر وتعديل الافكار غير العقلانية. وقد اسهم هذا التطور في تحسين فعالية التدخل العلاجي، خاصة في التعامل مع اضطرابات السلوك المعقدة، واضطرابات الانتباه، والمشكلات الانفعالية المرتبطة بالمدرسة والمراهقة (محمد سري اجلال، 2000، ص 119).

ورغم هذا التطور تبقى السلوكية الحديثة محدودة نسبيا في تفسير الجوانب اللاشعورية العميقة للشخصية، مما جعلها غالبا ما تستخدم ضمن اطار تكاملي، يدمجها مع مداخل اخرى مثل المعرفية والتحليلية، بما يراعي تعقيد الاضطرابات النفسية في مرحلتي الطفولة والمراهقة (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 166).

سادسا: علوم المعرفة والنظريات المعرفية في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.

تنطلق النظريات المعرفية من فرضية اساسية مفادها ان السلوك والانفعال يتحددان بدرجة كبيرة من خلال العمليات المعرفية، مثل الادراك، والانتباه، والتفسير، والتفكير، والذاكرة. ووفق هذا المنظور، فان الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق لا تنشأ نتيجة الاحداث في حد ذاتها، بل نتيجة الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الاحداث ويفسرها، وما يبنيه من افكار ومعتقدات حول ذاته والآخرين والعالم المحيط به (عالم محمد حسن، 2006، ص 97).

وترى النظريات المعرفية ان الطفل او المراهق قد يطور افكارا تلقائية سلبية ومعتقدات غير عقلانية نتيجة خبرات نمائية او تربوية غير ملائمة، مثل الفشل الدراسي المتكرر، او الرفض الاجتماعي، او الاساليب الوالدية القاسية. وتؤدي هذه البناءات المعرفية الى تشوه في تفسير المواقف، مما يسهم في ظهور اضطرابات انفعالية وسلوكية، كاضطرابات القلق، والاكتئاب، واضطرابات التوافق (مصطفى اسامة فاروق، 2011، ص 63).

ويبرز الدور المعرفي بشكل خاص في مرحلة المراهقة، حيث تشهد القدرات العقلية تطورا يسمح بتكوين مفاهيم مجردة حول الذات والهوية والمستقبل. وقد يؤدي هذا التطور، في حال تزامنه مع ضغوط نفسية او اجتماعية، الى ترسخ افكار تشاؤمية او توقعات سلبية، تسهم في زيادة الهشاشة النفسية لدى المراهق (محمد ملحم سامي، 2015، ص 154).

وفي المجال العيادي، اسهمت النظريات المعرفية في تطوير اساليب تشخيصية وعلاجية فعالة، تركز على الكشف عن الافكار السلبية التلقائية، وفحص المعتقدات غير الواقعية، والعمل على تعديلها واستبدالها بأفكار اكثر توازنا. وقد اثبتت هذه المقاربة فعاليتها في علاج اضطرابات القلق والاكتئاب واضطرابات السلوك المصاحبة لها لدى الاطفال والمراهقين (مصطفى محمد عبد، 2008، ص 41).

ورغم اهمية هذا المدخل في تفسير عدد كبير من الاضطرابات النفسية، الا انه تعرض لانتقادات بسبب تركيزه الكبير على الجانب المعرفي، مع التقليل من شأن العوامل الانفعالية العميقة واللاشعورية، وهو ما يجعل توظيفه ضمن اطار تكاملي امرا ضروريا في الممارسة العيادية (محمد سري اجلال، 2000، ص 121).

سابعا: نظريات التواصل والنظريات النسقية في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.

تنطلق نظريات التواصل والنظريات النسقية من تصور مفاده ان السلوك النفسي، السوي او غير السوي، لا يمكن فهمه بمعزل عن السياق العلائقي الذي يعيش فيه الطفل او المراهق، خاصة النسق الاسري. وترى هذه النظريات ان الاضطراب النفسي لا يعد مشكلة فردية فقط،

بل تعبيراً عن خلل في أنماط التواصل والتفاعل داخل الأسرة أو الجماعة التي ينتمي إليها الطفل (عالم محمد حسن، 2006، ص 104).

وتؤكد نظرية التواصل أن الأعراض النفسية والسلوكية قد تؤدي وظيفة تواصلية غير مباشرة، حيث يستخدم الطفل أو المراهق العرض النفسي كوسيلة للتعبير عن صراعات أو توترات لا يستطيع التعبير عنها لفظياً. فالسلوك العدوانى، أو الانسحابى، أو القلق المفرط، قد يكون رسالة موجهة إلى المحيط الأسرى تعكس خللاً في العلاقات أو صعوبة في التواصل (فهيمى مصطفى، 2017، ص 146).

أما النظريات النسقية، فتتطرق إلى الأسرة بوصفها نسقاً متكاملًا يسعى إلى تحقيق التوازن والاستقرار. ووفق هذا المنظور، فإن ظهور الاضطراب النفسى لدى أحد أفراد الأسرة، خاصة الطفل أو المراهق، قد يكون مؤشراً على اختلال هذا التوازن أو محاولة من النسق لإعادة تنظيم نفسه. ويصبح السلوك المرضى في هذه الحالة سلوكاً وظيفياً يخدم النسق، حتى وإن كان ضاراً بالفرد (محمد ملحم سامى، 2015، ص 162).

ويركز هذا التوجه على مفاهيم أساسية مثل الأدوار الأسرية، والقواعد، والحدود، وأنماط التحالف داخل الأسرة. فغموض الأدوار، أو صرامة القواعد، أو ضعف الحدود بين الوالدين والأبناء، قد يسهم في نشأة اضطرابات نفسية وسلوكية لدى الطفل والمراهق، خاصة اضطرابات السلوك واضطرابات التوافق (ميمونى جدره معتصم، 2005، ص 44).

وفي الممارسة العيادية أسهمت نظريات التواصل والنظريات النسقية في تطوير العلاج الأسرى بوصفه مدخلاً أساسياً للتدخل، حيث يتم التركيز على تعديل أنماط التواصل والتفاعل داخل الأسرة بدل الاقتصار على علاج الطفل بوصفه المشكلة. وقد اثبت هذا المدخل فعاليته في علاج اضطرابات الطفولة والمراهقة، والمشكلات السلوكية والانفعالية المرتبطة بالسياق الأسرى (محمد سري اجلال، 2000، ص 141).

ورغم أهمية هذا الاتجاه في إبراز البعد العلائقى للاضطراب النفسى، إلا أنه تعرض لانتقادات بسبب إهماله النسبى للعوامل البيولوجية والفردية، وصعوبة تطبيقه في بعض

الحالات التي تتطلب تدخلا فرديا مكثفا، مما يستدعي توظيفه ضمن اطار تكاملي اوسع (محمد عبد الخالق احمد، 2015، ص 170).

**ثامنا: النظريات التحليلية في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.**

تنتقل النظريات التحليلية من افتراض اساسي مفاده ان الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق تعود الى صراعات لاشعورية، وخبرات انفعالية مبكرة، لم يتم حلها او استيعابها بشكل سليم خلال مراحل النمو الاولى. وترى هذه النظريات ان السلوك الظاهر ليس سوى تعبير رمزي عن صراعات داخلية كامنة، ترتبط بعلاقات الطفل الاولى مع الوالدين وبخبرات الاحباط والكبت (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 69).

ويؤكد الاتجاه التحليلي ان الطفولة تمثل المرحلة الحاسمة في بناء الشخصية، حيث تتشكل خلالها البنى النفسية الاساسية، مثل مفهوم الذات، والامن النفسي، واساليب التكيف. واي خلل في هذه المرحلة قد يظهر لاحقا في صورة اضطرابات سلوكية او انفعالية خلال الطفولة المتأخرة او المراهقة، مثل القلق، والاكتئاب، واضطرابات التوافق (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 56).

وفي مجال الطفولة، يتم التركيز على اللعب بوصفه وسيلة تعبير رمزية عن الصراعات النفسية، حيث يعبر الطفل من خلال اللعب عن مشاعره المكبوتة وخبراته الانفعالية التي يصعب عليه التعبير عنها لفظيا. اما في مرحلة المراهقة، فتبرز الصراعات المرتبطة بالهوية والاستقلال والانفصال النفسي عن الوالدين، والتي قد تؤدي الى اضطرابات نفسية اذا لم يتم احتواؤها بشكل سليم (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 168).

وقد اسهمت النظريات التحليلية في اغناء الفهم العميق لدينامية الاضطرابات النفسية، غير انها تعرضت لانتقادات بسبب اعتمادها على مفاهيم يصعب التحقق منها تجريبيا، وطول مدة العلاج، وصعوبة تطبيقها في بعض الاضطرابات الشديدة او في الحالات التي تتطلب تدخلا سريعا. ولذلك، غالبا ما يتم توظيفها ضمن اطار تكاملي في عيادة الطفل والمراهق (محمد سري اجلال، 2000، ص 123).

تاسعا: النظرية السيكوسوماتية في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق.

تقوم النظرية السيكوسوماتية على مبدأ اساسي مفاده ان الانسان وحدة متكاملة نفسيا وجسميا، وان الاضطرابات الجسدية قد تكون انعكاسا لصراعات نفسية او ضغوط انفعالية مزمنة لم يتم التعبير عنها بصورة نفسية سليمة. ووفق هذا المنظور، فان بعض الاعراض الجسدية لدى الطفل والمراهق لا يمكن فهمها بمعزل عن حالته النفسية والانفعالية (عالم محمد حسن، 2006، ص 112).

وترى هذه النظرية ان الطفل او المراهق الذي يعجز عن التعبير عن مشاعره، مثل القلق او الغضب او الحزن، قد يحول هذا التوتر النفسي الى اعراض جسدية، مثل الام البطن، او الصداع، او اضطرابات النوم، او بعض اضطرابات الجلد. ويعرف هذا النمط بظاهرة التحويل السيكوسوماتي، حيث يصبح الجسد وسيلة للتعبير عن الالم النفسي المكبوت (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 72).

وتشير الدراسات الى ان الضغوط الاسرية، مثل الصراعات الوالدية، او التوقعات المرتفعة، او غياب الامن العاطفي، قد تسهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الاطفال والمراهقين. كما ان نمط الشخصية الكابت للمشاعر يزيد من قابلية الفرد لتحويل التوتر النفسي الى اعراض جسدية (فهيم مصطفى، 2017، ص 160).

وفي الممارسة العيادية، تؤكد النظرية السيكوسوماتية على ضرورة الدمج بين العلاج الطبي والعلاج النفسي، وعدم الاكتفاء بالتدخل الدوائي فقط. كما تبرز اهمية الدعم النفسي، والتفريغ الانفعالي، وتعليم مهارات التكيف مع الضغوط، خاصة لدى الاطفال والمراهقين (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 176).

خلاصة.

يتضح من خلال استعراض الاسس النظرية المختلفة في علم النفس المرضي للطفل والمراهق ان الاضطرابات النفسية في هذه المرحلة العمرية ظاهرة متعددة الابعاد، لا يمكن تفسيرها او علاجها من خلال مدخل نظري واحد. فقد اسهمت النظرية العصبية في ابراز دور العوامل البيولوجية، بينما ركزت النظريات السلوكية والمعرفية على التعلم والعمليات العقلية، واهتمت النظريات التحليلية بالبعد الدينامي والصراعات اللاشعورية، في حين سلطت نظريات التواصل والنسق الضوء على البعد العلائقي، واكدت النظرية السيكوسوماتية على وحدة النفس والجسد.

ويعكس هذا التعدد النظري الحاجة الى اعتماد مقاربة تكاملية في عيادة الطفل والمراهق، تراعي الخصائص النمائية، والسياق الاسري والاجتماعي، والاستعدادات الفردية، بما يسمح ببناء تدخلات تشخيصية وعلاجية اكثر فعالية وانسانية، تخدم مصلحة الطفل والمراهق وتعزز نموه النفسي السوي.

#### المحاضرة (04): الانظمة التصنيفية للاضطرابات النفسية والعقلية لدى الطفل والمراهق حسب DSM و CIM و CFTMEA.

اولا: مدخل عام الى التصنيف في علم النفس المرضي للطفل والمراهق.

يعد التصنيف من الركائز الاساسية في علم النفس المرضي، اذ يسمح بتنظيم الاضطرابات النفسية والعقلية في فئات واضحة تساعد على الفهم والتشخيص والتواصل العلمي بين المختصين. وتزداد اهمية التصنيف في مجال الطفل والمراهق، نظرا لتداخل السلوك الطبيعي مع السلوك المرضي، وتأثر الاضطرابات النفسية بمسار النمو والعوامل الاسرية والتربوية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 81).

ولا يهدف التصنيف الى وضع ملصقات تشخيصية فقط، بل يسعى الى وصف الاعراض، وتحديد معايير التشخيص، وتوجيه التدخل العلاجي والتربوي. غير ان تصنيف الاضطرابات لدى الطفل والمراهق يطرح تحديات خاصة، من بينها تغير الاعراض مع العمر، واختلاف

مظاهر الاضطراب عن تلك التي تظهر لدى الراشدين (فهيم مصطفى، 2017، ص 169).

وقد ظهرت عدة أنظمة تصنيفية معتمدة دولياً، من أهمها الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية DSM ، والتصنيف الدولي للأمراض CIM ، والتصنيف الفرنسي للاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق CFTMEA ، ولكل منها خصوصياته النظرية والعملية.

### ثانياً: الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية DSM .

يعد الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية من أكثر الأنظمة التصنيفية استخداماً في المجال العيادي والبحثي، حيث يعتمد على معايير تشخيصية دقيقة قائمة على وصف الأعراض وشدتها ومدتها. ويتميز هذا الدليل بطابعه الوصفي، إذ يتجنب التفسير النظري للاضطراب، ويركز على المظاهر السريرية القابلة للملاحظة والتقييم (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 187).

وفي مجال الطفل والمراهق يضم DSM فئات تشخيصية خاصة باضطرابات الطفولة والمراهقة، مثل اضطرابات النمو العصبي، واضطرابات السلوك، واضطرابات القلق، واضطرابات الاكتئاب، واضطرابات الأكل، واضطرابات التكيف. ويؤكد هذا التصنيف على ضرورة مراعاة العمر النمائي عند التشخيص، وعدم تطبيق معايير الراشدين بشكل حرفي على الأطفال (فهيم مصطفى، 2017، ص 171).

ومن نقاط قوة DSM وضوح معايير التشخيصية، وسهولة استخدامه، واعتماده الواسع في البحث والممارسة العيادية. غير أنه تعرض لانتقادات بسبب طابعه الوصفي الصارم، واحتمال تشجيعه على التشخيص الزائد، وعدم مراعاته الكافية للسياق الثقافي والاجتماعي (عالم محمد حسن، 2006، ص 121).

### ثالثاً: التصنيف الدولي للأمراض CIM.

يعد التصنيف الدولي للأمراض CIM نظاما تصنيفيا عالميا معتمدا من قبل منظمة الصحة العالمية، ويشمل الاضطرابات النفسية والعقلية ضمن فصوله. ويتميز هذا التصنيف بطابعه الطبي الشامل، حيث يدمج بين الاضطرابات العضوية والنفسية، مما يعكس نظرة تكاملية للصحة والمرض (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 84).

وفيما يخص الطفل والمراهق يتضمن CIM فئات تشخيصية للاضطرابات النمائية، واضطرابات السلوك والانفعال التي تظهر في الطفولة والمراهقة، مع الاخذ بعين الاعتبار الخصائص النمائية. كما يستخدم هذا التصنيف على نطاق واسع في المؤسسات الصحية، خاصة في مجالات الاحصاء الصحي والتخطيط العلاجي (فهيم مصطفى، 2017، ص 173).

ومن مزايا CIM شموليته واعتماده الدولي، غير انه اقل تفصيلا من DSM في وصف المعايير التشخيصية النفسية، مما قد يحد من دقته في بعض الحالات العيادية، خاصة لدى الاطفال والمراهقين (محمد عبد الخالق احمد، 2011، ص 189).

#### رابعا: التصنيف الفرنسي للاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق CFTMEA.

يمثل التصنيف الفرنسي للاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق CFTMEA اتجاها مختلفا في تصنيف الاضطرابات النفسية، حيث يقوم على اساس نمائي ودينامي، ويركز على فهم الاضطراب في سياق النمو النفسي والعلاقات الاسرية. ويولي هذا التصنيف اهمية كبيرة لدينامية الشخصية، والبعد العلائقي، بدلا من الاقتصار على وصف الاعراض (محمد سري اجلال، 2000، ص 146).

ويتميز CFTMEA بكونه موجها اساسا لعيادة الطفل والمراهق، حيث يصنف الاضطرابات وفقا لمسار النمو والخلل الوظيفي، وليس فقط وفقا لقائمة اعراض. ويسمح هذا التوجه بفهم اعماق للحالة النفسية، خاصة في الاضطرابات المعقدة والمتداخلة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 86).

غير ان هذا التصنيف تعرض لانتقادات بسبب طابعه النوعي وصعوبة توحيد معايير، مما يجعله اقل استخداما في البحث الكمي والمقارنات الاحصائية، مقارنة بـ DSM و CIM (عالم محمد حسن، 2006، ص 124).

**خامسا: مقارنة عامة بين DSM و CIM و CFTMEA في عيادة الطفل والمراهق.**

تختلف الانظمة التصنيفية في منطلقاتها النظرية واهدافها العملية، حيث يتميز DSM بالدقة الوصفية، ويتميز CIM بالبعد الصحي العالمي، بينما يركز CFTMEA على البعد النمائي والدينامي. ويعتمد الاخصائي النفسي في عيادة الطفل والمراهق غالبا على الدمج بين هذه الانظمة، حسب طبيعة الحالة، والسياق العيادي، ومتطلبات التشخيص والعلاج (فهومي مصطفى، 2017، ص 175).

☒ جدول مقارن بين الانظمة التصنيفية للاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق:

معيار المقارنة	DSM	CIM	CFTMEA
الجهة المشرفة	الجمعية الامريكية للطب النفسي	منظمة الصحة العالمية	الجمعية الفرنسية للطب النفسي للطفل والمراهق
المجال	نفسي - عيادي بالاساس	طبي - صحي شامل (نفسي وعضوي)	نفسي نمائي - عيادي
المنطلق النظري	وصفي تشخيصي محايد نظريا	طبي تصنيفي شامل	نمائي دينامي
الهدف الاساسي	توحيد التشخيص وتسهيل البحث والتواصل المهني	احصاء صحي عالمي وتوحيد التشخيص الطبي	فهم الاضطراب في سياق النمو والعلاقات
طبيعة	معايير دقيقة قائمة	معايير اقل تفصيلا	معايير نوعية تعتمد على

المعايير	على الاعراض والمدد والشدة	نفسيا	مسار النمو
مكانة الطفل والمراهق	فئات خاصة ضمن التصنيف العام	فئات مدمجة ضمن الاضطرابات النفسية	تصنيف مخصص للطفل والمراهق
التعامل مع النمو	مراعاة العمر مع بقاء الطابع الوصفي	مراعاة عامة للمرحلة العمرية	النمو عنصر مركزي في التشخيص
البعد الاسري والعلائقي	حضور محدود	حضور ضعيف	حضور اساسي ومركزي
الاستخدام العيادي	واسع جدا في العيادات والبحث	واسع في المؤسسات الصحية	شائع في العيادات النفسية المتخصصة
نقاط القوة	وضوح، دقة، قابلية القياس، انتشار عالمي	اعتماد دولي، تكامل مع الطب	عمق نمائي، فهم دينامي للحالة
نقاط الضعف	طابع وصفي، احتمال التشخيص الزائد	قلة التفصيل النفسي	صعوبة التوحيد والبحث الكمي
ملاءمته لعيادة الطفل	جيدة مع الحذر النمائي	جيدة اداريا وصحيا	عالية جدا عياديا
التوجه العلاجي	يوجه الخطة العلاجية	يوجه التدخل الطبي	يوجه التدخل النفسي العميق

### خلاصة.

تعد الانظمة التصنيفية اداة اساسية في فهم وتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية لدى الطفل والمراهق، غير ان فعاليتها تزداد عندما يتم استخدامها بشكل مرن ونقدي، مع مراعاة الخصائص النمائية والسياق الاسري والاجتماعي. ويؤكد ذلك ضرورة عدم التعامل مع

التصنيف بوصفه غاية في حد ذاته، بل وسيلة علمية تساعد على بناء تدخلات علاجية وتربوية أكثر ملاءمة وفعالية.

## المحاضرة (05): اضطرابات النمو والوظائف الادائية والتخلف العقلي.

اولا: مدخل عام الى اضطرابات النمو والوظائف الادائية.

تشير اضطرابات النمو والوظائف الادائية الى اختلالات مبكرة تمس تطور الوظائف النفسية العليا لدى الطفل، مثل التنظيم المعرفي، والضبط الانفعالي، وبناء العلاقات الاجتماعية. وتؤكد الادبيات الكلاسيكية في الطب النفسي للطفل ان هذه الاضطرابات لا يمكن فهمها كأعراض منفصلة، بل كتعبير عن خلل في مسار النمو النفسي والعصبي وفي جودة العلاقة المبكرة بين الطفل ومحيطه. (Bensmail, 1988, p. 63)

وفي السياق العربي، يشير عبد الرحمان العيسوي الى ان اضطرابات النمو تمثل نقطة التقاء بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، حيث يظهر الخلل السلوكي او المعرفي كنتيجة لتفاعل هذه العوامل، وليس كنتيجة لسبب واحد معزول، وهو ما يفسر تنوع مظاهر الاضطراب من طفل لأخر (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 101).

وتبرز اهمية هذه الاضطرابات في كونها تشكل البنية القاعدية لكثير من الاضطرابات النفسية اللاحقة، اذ ان الخلل في التنظيم المبكر للوظائف النفسية قد يؤدي لاحقا الى صعوبات تعلم، واضطرابات سلوكية، ومشكلات في بناء الهوية النفسية والاجتماعية (Besançon, 2005, p. 88؛ نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 73).

ثانيا: مفهوم اضطرابات النمو.

تعرف اضطرابات النمو بانها اضطرابات تظهر خلال الطفولة المبكرة، وتتجسد في تأخر او خلل في تطور بعض الوظائف النفسية الاساسية، مثل اللغة، والادراك، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، والقدرات الحركية. ويؤكد Lebovici وزملاؤه ان هذه الاضطرابات لا تعبر فقط

عن نقص في المهارات، بل عن خلل في تنظيم التجربة النفسية للطفل وعلاقته بذاته وبالآخرين. (Lebovici et al., 1995, p. 112)

وفي هذا الاطار، يوضح فتحي السيد عبد الرحيم ان اضطرابات النمو قد تختلط بالسلوك النمائي العادي في بعض المراحل، مما يجعل التشخيص الدقيق امرا معقدا، خاصة اذا لم يتم اعتماد منظور نمائي يميز بين التأخر العابر والاضطراب الثابت (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 60).

ويرى Kreisler ان الجسد والسلوك يشكلان في كثير من الحالات لغة بديلة يعبر من خلالها الطفل عن صراعات نفسية مبكرة يعجز عن تمثيلها رمزيا، وهو ما يفسر الطابع الجسدي والسلوكي لبعض اضطرابات النمو (Kreisler et al., 1974, p. 57؛ فطيمة، 2016، ص 14).

### ثالثا: اضطرابات الوظائف الادائية.

تشير الوظائف الادائية الى مجموعة من العمليات النفسية العليا التي تتيح للطفل تنظيم سلوكه، وضبط اندفاعاته، والتخطيط لأفعاله، والقدرة على التكيف مع متطلبات الواقع. وتعد هذه الوظائف نتاجا لنضج الجهاز العصبي المركزي وتفاعله مع الخبرات العلائقية المبكرة (Besançon, 2005, p. 134).

ويؤكد Despinoy ان اضطرابات الوظائف الادائية لا تعكس ضعفا معرفيا بسيطا، بل خلا في القدرة على تنظيم الخبرة النفسية، مما يؤدي الى سلوكيات فوضوية، وصعوبات تعلم، واضطرابات في التحكم الانفعالي، حتى لدى الاطفال ذوي الذكاء العادي (Despinoy, 1999, p. 79).

وفي الادبيات العربية، يشير وائل بيومي السباعي الى ان اضطرابات الوظائف الادائية تظهر بوضوح في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حيث يعاني الطفل من صعوبة في التخطيط والانتباه وضبط السلوك، رغم امتلاكه قدرات عقلية مناسبة، مما يؤثر سلبا في تكيفه المدرسي والاجتماعي (وائل بيومي السباعي، 2010، ص 45).

#### رابعاً: مفهوم التخلف العقلي (الاعاقة الذهنية).

يعرف التخلف العقلي بأنه اضطراب شامل في النمو العقلي، يتميز بانخفاض في القدرات الفكرية العامة، يرافقه قصور في السلوك التكيفي، ويظهر خلال فترة النمو. وتؤكد المقاربة العيادية الحديثة ان التخلف العقلي لا يمكن اختزاله في معامل ذكاء منخفض، بل يجب فهمه في سياق تاريخ النمو والعلاقات المبكرة. (Bensmail, 1988, p. 142)

ويرى Winnicott ان الكثير من حالات القصور العقلي تتفاقم بسبب فشل البيئة في توفير شروط الاحتواء النفسي، مما يحول العجز المعرفي الى معاناة نفسية عميقة تمس بناء الذات والشعور بالقيمة. (Winnicott, 1958, p. 201)

وفي السياق العربي، يشدد عبد الرحمان العيسوي على ضرورة التمييز بين التخلف العقلي وصعوبات التعلم، محذراً من الاعتماد الحصري على اختبارات الذكاء لما لذلك من مخاطر تشخيصية وتربوية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 119).

#### خامساً: الاسباب النفسية والنمائية لاضطرابات النمو والتخلف العقلي.

تشير الدراسات النفسية العيادية الى ان اسباب اضطرابات النمو والتخلف العقلي متعددة، وتشمل عوامل عصبية ووراثية، غير ان العوامل العلائقية المبكرة تلعب دوراً مركزياً في شدة الاضطراب ومساره. فقد اكد Mahler ان الاضطرابات الشديدة في عملية الانفصال والتفرد قد تعيق بناء الذات وتؤثر سلباً في النمو العقلي والانفعالي. (Mahler, 1968, p. 66)

وفي الادبيات العربية، يوضح جمال محمد الخطيب ان الحرمان البيئي وضعف التحفيز المعرفي والعاطفي قد يؤديان الى تفاقم التأخر النمائي، خاصة في الحالات البسيطة والمتوسطة، مما يؤكد دور البيئة في تعديل مسار الاضطراب (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 29).

كما يرى Lebovici ان غياب التفاعل العاطفي المتناغم بين الطفل ومحيطه قد يحول الاستعداد البيولوجي الى اضطراب نمائي فعلي، وهو ما يبرز الطابع التفاعلي للأسباب

النفسية والنمائية (Lebovici et al., 1995, p. 139) ؛ نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 80).

#### سادسا: التشخيص في اضطرابات النمو والتخلف العقلي

يرتكز التشخيص في عيادة الطفل والمراهق على فهم دينامي لمسار النمو، ولا يقتصر على القياس الكمي للقدرات العقلية. ويؤكد Besançon ان التشخيص الحقيقي هو تشخيص نمائي علائقي، يدمج بين الملاحظة العيادية، ودراسة التاريخ العلاقي، وتقييم القدرات النفسية والتكيفية. (Besançon, 2005, p. 212)

وفي هذا السياق، يشير نبيل عبد الفتاح حافظ الى ان التشخيص المبكر والدقيق يمثل حجر الاساس في توجيه التدخل العلاجي والتربوي، وفي الوقاية من المضاعفات النفسية والاجتماعية اللاحقة (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 84).

#### سابعا: التدخل العلاجي والتربوي.

يرى Winnicott ان التدخل العلاجي الناجح مع الاطفال ذوي اضطرابات النمو لا يهدف فقط الى تعديل السلوك، بل الى اعادة بناء الشعور بالأمن النفسي عبر علاقة علاجية حاوية تسمح للطفل بإعادة تنظيم خبرته النفسية. (Winnicott, 1958, p. 189)

وفي الاطار العربي، يؤكد جمال محمد الخطيب ان التدخل التربوي والنفسي المتكامل، الذي يشرك الاسرة والمدرسة، يمثل المدخل الاكثر فعالية لدعم النمو النفسي والاجتماعي للطفل والحد من اثار الاضطراب (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 42).

كما يشدد Lebovici على ضرورة اعتماد تدخل تكاملي يجمع بين العلاج النفسي، والدعم التربوي، والعمل الاسري، بهدف اعادة تنشيط القدرات الكامنة لدى الطفل ودعم مسار نموه. (Lebovici et al., 1995, p. 256).

#### ☒ جدول مقارنة بين اضطرابات النمو، صعوبات التعلم، والتخلف العقلي:

معيار المقارنة	اضطرابات النمو	صعوبات التعلم	التخلف العقلي (الاعاقة الذهنية)
طبيعة	اضطراب نمائي شامل يمس	اضطراب نوعي جزئي	اضطراب شامل في

الاضطراب	عدة وظائف نفسية	في التعلم	القدرة العقلية والتكيف
مرحلة الظهور	الطفولة المبكرة جدا	عند الالتحاق بالمدرسة غالبا	قبل سن 18 سنة
مستوى الذكاء	قد يكون عاديا او متباينا	عادي او فوق العادي	منخفض بشكل ملحوظ
المجالات المتأثرة	اللغة، التواصل، التفاعل الاجتماعي، الحركة، التنظيم النفسي	القراءة، الكتابة، الحساب، المهارات الاكاديمية	التفكير، التعلم، السلوك التكيفي
شمولية الاضطراب	شامل ومتداخل	محدد ونوعي	شامل وعام
العلاقة بالنمو	مرتبط مباشرة بمسار النمو العصبي والنفسي	لا يعكس تأخرا نمائيا عاما	يعكس خلا نمائيا عاما
السلوك التكيفي	قد يتأثر حسب شدة الاضطراب	غالبا سليم	متأثر بشكل واضح
الاداء المدرسي	ضعيف او غير مستقر	ضعيف في مجالات محددة فقط	ضعيف في اغلب المجالات
امكانية التعويض	محدودة نسبيا دون تدخل مبكر	عالية مع التدخل المناسب	محدودة وتختلف حسب الشدة
الحاجة الى تربية خاصة	غالبا نعم	احيانا	نعم
التشخيص	تشخيص نمائي علائقي شامل	تشخيص نفسي تربوي نوعي	تشخيص نفسي واجتماعي شامل
التدخل العلاجي	نفسي، تربوي، اسري، احيانا طبي	تربوي علاجي بالأساس	نفسي، تربوي، اجتماعي طويل المدى
خطر الخط التشخيصي	مرتفع مع التأخر النمائي	مرتفع مع التخلف العقلي	مرتفع مع اضطرابات النمو

### خلاصة:

تظهر اضطرابات النمو والوظائف الادائية والتخلف العقلي بوصفها اضطرابات مركبة تمس البنية النفسية والعصبية والعلاقية للطفل. ويؤكد المنظور العيادي الحديث، كما بلوره رواد الطب النفسي للطفل ان الفهم الحقيقي لهذه الاضطرابات يقتضي قراءة نمائية دينامية تدمج

بين العوامل البيولوجية والنفسية والعلائقية، وتوجه التدخل نحو دعم النمو وإعادة تنظيم الخبرة النفسية، بدل الاقتصار على علاج الاعراض.

## المحاضرة (06): الاضطرابات الاجتياحية للنمو اضطراب طيف التوحد - الذهانات لدى الطفل والمراهق.

اولا: مدخل عام الى الاضطرابات الاجتياحية للنمو.

تشير الاضطرابات الاجتياحية للنمو الى فئة من الاضطرابات النفسية النمائية العميقة التي تمس مجمل جوانب النمو النفسي لدى الطفل، وتشمل التواصل، والتفاعل الاجتماعي، واللغة، والسلوك، وبناء العلاقة مع الواقع. وتتميز هذه الاضطرابات بطابعها المبكر والشامل، حيث يظهر الخلل منذ السنوات الاولى من الحياة ويؤثر في البناء النفسي ككل، مما يجعل مسار النمو مختلفا نوعيا وليس متأخرا فقط. (Despinoy, 1999, p. 95)

ويرى Bensmail ان هذه الاضطرابات لا تمثل مجرد تأخر نمائي كمي، بل خلا بنيويا في تنظيم الشخصية وفي العلاقة بالآخر، حيث يعجز الطفل عن بناء روابط نفسية مستقرة مع محيطه، الامر الذي ينعكس على مجمل اشتغاله النفسي والسلوكي (Bensmail, 1988, p. 171).

يشير عبد الرحمان العيسوي الى ان الاضطرابات الاجتياحية للنمو تمثل تحديا تشخيصيا وعلاجيا كبيرا، نظرا لتداخلها مع اضطرابات النمو الاخرى وصعوبات التعلم، كما ان

مظاهرها قد تتغير مع التقدم في العمر، مما يستدعي اعتماد منظور نمائي دينامي بدل التشخيص الجامد (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 137).

ثانيا: اضطراب طيف التوحد.

### 1. تعريف اضطراب طيف التوحد.

يعرف اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتميز بخلل نوعي ودائم في التفاعل الاجتماعي والتواصل، يرافقه وجود انماط سلوكية نمطية ومتكررة واهتمامات محدودة. ولا يتعلق هذا الخلل بدرجة الذكاء فقط، بل بطبيعة التنظيم النفسي والعلاقة بالآخر وبالعالم الخارجي، مما يجعل التوحد اضطرابا بنيويا في مسار النمو النفسي. (Lebovici et al., 1995, p. 203)

ويؤكد Lebovici وزملاؤه ان التوحد لا يمكن اختزاله في عجز لغوي او سلوكي معزول، بل يمثل اضطرابا عميقا في بناء العلاقة مع الآخر وفي القدرة على تشارك التجربة النفسية والانفعالية، الامر الذي يحد من تشكل الذات ومن تطور الوظائف الرمزية والعلائقية لدى الطفل. (Lebovici et al., 1995, p. 203)

يوضح نبيل عبد الفتاح حافظ ان الطفل التوحدي يعاني من قصور واضح في مهارات التواصل الاجتماعي، سواء اللفظي او غير اللفظي، حيث يفتقر الى استخدام الاشارات، وتعابير الوجه، والتواصل البصري الوظيفي، مع ميل ملحوظ الى الانسحاب والعزلة. كما تظهر صعوبات في استخدام اللغة بوظيفتها التواصلية، حتى في الحالات التي تتوافر فيها مفردات لغوية او تركيب لغوي سليم ظاهريا (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 112).

### 2. الخصائص السريرية لاضطراب طيف التوحد:

تتمثل الخصائص السريرية لاضطراب طيف التوحد في ضعف التفاعل الاجتماعي، ويتجلى ذلك في محدودية او غياب التواصل البصري، وصعوبة فهم تعبيرات الوجه والانفعالات، وضعف الاستجابة للمبادرات الاجتماعية من الاخرين. كما يعاني الطفل من غياب او

ضعف اللعب التخيلي والرمزي، مما ينعكس على قدرته على تمثيل الخبرة النفسية والتفاعل المرن مع المحيط. (Despinoy, 1999, p. 101)

وتظهر لدى الطفل التوحدي سلوكات نمطية ومتكررة، مثل الرفرفة، والدوران، والحركات التكرارية، والتمسك الصارم بالروتين، ومقاومة التغيير، حيث يؤدي اي تغيير في البيئة او في تسلسل الانشطة الى ارتفاع مستوى القلق والتوتر. وتؤدي هذه السلوكات وظيفة تنظيمية داخلية، اكثر من كونها مجرد مظاهر سلوكية سطحية. (Despinoy, 1999, p. 101)

ويشير Kreisler الى ان الجسد لدى الطفل التوحدي قد يصبح وسيلة اساسية للتنظيم النفسي، حيث تستخدم الحركات النمطية والسلوكات التكرارية كآليات بديلة لخفض التوتر الداخلي الناتج عن صعوبة التفاعل مع العالم الخارجي، في ظل ضعف القدرة على التمثيل الرمزي والتعبير النفسي. (Kreisler et al., 1974, p. 89)

### 3. تفسير اضطراب طيف التوحد:

تتعدد المقاربات المفسرة لاضطراب طيف التوحد، حيث تشير الدراسات الحديثة الى دور العوامل العصبية والوراثية في نشأته، خاصة ما يتعلق بخلل نمو الشبكات العصبية المسؤولة عن التواصل الاجتماعي واللغة. غير ان المقاربة النفسية العيادية تؤكد ايضا على اهمية فهم التوحد في اطار العلاقة المبكرة وبناء الذات، ولا سيما جودة التفاعل الاول بين الطفل ومقدمي الرعاية. (Besançon, 2005, p. 156)

ويرى Besançon ان الخلل العصبي لا يعمل بمعزل عن السياق العلائقي، بل يتفاعل معه، بحيث يمكن للعلاقة المبكرة غير المتناغمة ان تزيد من حدة الصعوبات التوحدية، في حين قد تسهم العلاقات الداعمة في تحسين قدرات التكيف والتواصل. (Besançon, 2005, p. 156).

يوضح عبد الرحمان العيسوي ان التفسير الاحادي للتوحد، سواء كان بيولوجيا صرفا او نفسيا صرفا، يظل قاصرا عن الاحاطة بتعقيد هذا الاضطراب. ويؤكد ان الفهم الاكلينيكي السليم يقتضي الجمع بين المعطيات العصبية والنمائية والعلائقية ضمن منظور تكاملي،

يسمح بفهم خصوصية كل حالة وتوجيه التدخل العلاجي بصورة اكثر واقعية وفعالية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 140).

ثالثا: الذهان لدى الطفل والمراهق.

### 1. مفهوم الذهان الطفولي:

تشير الذهان لدى الطفل والمراهق الى اضطرابات نفسية شديدة تمس البنية الاساسية للشخصية، وتتميز بخلل عميق في اختبار الواقع، واضطراب في التفكير والانفعال والسلوك، وقد تظهر في صورة انفصال عن الواقع، او افكار ضلالية، او تشوهات في الادراك واللغة. ولا يعد الذهان الطفولي مجرد نسخة مبكرة من ذهان الراشد، بل يمثل اضطرابا نوعيا في مسار النمو النفسي. (Mahler, 1968, p. 54)

وتؤكد Mahler ان الذهان الطفولي يعكس اضطرابا عميقا في بناء الذات وفي عملية الانفصال والتفرد، حيث يفشل الطفل في الانتقال السوي من حالة الاندماج الاولى مع الموضوع الام الى بناء ذات مستقلة ومتماسكة، مما يؤدي الى هشاشة في الحدود بين الذات والآخر والواقع. (Mahler, 1968, p. 54)

وفي الادبيات العربية، يرى عالم محمد حسن ان الذهان في الطفولة والمراهقة تختلف عن ذهانات الراشدين من حيث المظاهر السريرية والمسار التطوري، اذ قد تختلط الاعراض الذهانية بمظاهر نمائية او سلوكية، مما يجعل التشخيص اكثر تعقيدا ويتطلب حذرا كبيرا وعدم التسرع في اطلاق الاحكام المرضية (عالم محمد حسن، 2006، ص 198).

### 2. الخصائص السريرية للذهانات لدى الطفل والمراهق:

تتجلى الذهان الطفولية في اضطرابات عميقة في التفكير واللغة، مثل التفكك الفكري، وصعوبة تنظيم الخطاب، واستخدام لغة غير مفهومة او ذات طابع غريب. كما يظهر تشوش انفعالي واضح، قد يتجسد في تقلبات مزاجية حادة، او بلاهة وجدانية، او قلق شديد غير مبرر، الى جانب انسحاب اجتماعي عميق وسلوكات غير مألوفة او غير مفهومة بالنسبة للمحيط. (Despinoy, 1999, p. 117)

ويعاني الطفل او المراهق الذهاني من صعوبات كبيرة في التمييز بين الواقع والخيال، وقد تظهر مخاوف غير واقعية، او افكار اضطهادية، او اضطرابات في بناء الهوية وصورة الذات. وغالبا ما يكون مسار هذه الاضطرابات متقلبا، يتسم بفترات تدهور وانتكاس، خاصة في مرحلة المراهقة. (Despinoy, 1999, p. 117)

ويشير Winnicott الى ان فشل البيئة في توفير الاحتواء النفسي الكافي في المراحل المبكرة قد يسهم في تفكك التنظيم النفسي لدى الطفل، حيث يصبح الذهان تعبيرا عن انهيار في استمرارية الوجود النفسي، وفشلا في الشعور بالأمن والاتصال بالواقع (Winnicott, 1958, p. 214).

#### رابعا: التمييز بين اضطراب طيف التوحد والذهانات.

يعد التمييز بين اضطراب طيف التوحد والذهانات من القضايا التشخيصية الدقيقة والمعقدة في عيادة الطفل والمراهق، نظرا لتداخل بعض الاعراض الظاهرية، مثل الانسحاب الاجتماعي، واضطراب التواصل، والغرابة السلوكية. غير ان التحليل النمائي يكشف فروقا جوهرية بين الاضطرابين. (Besançon, 2005, p. 162)

فاضطراب طيف التوحد يظهر في مرحلة مبكرة جدا من النمو، وغالبا قبل سن الثالثة، ويتسم بثبات نسبي في الاعراض وبنمط تطوري خاص، حيث لا يكون هناك فقدان واضح للمهارات المكتسبة. في المقابل، تظهر الذهانات عادة بعد فترة من النمو السوي النسبي، وتتسم بطابع تفككي وانتكاسي، حيث يفقد الطفل او المراهق بعض القدرات التي كانت موجودة سابقا، خاصة في مجالات التفكير واللغة والتفاعل الاجتماعي. (Besançon, 2005, p. 162)

ويؤكد نبيل عبد الفتاح حافظ ان الخلط بين التوحد والذهان قد يؤدي الى تدخلات علاجية غير مناسبة، سواء من حيث التوجيه التربوي او التدخل الدوائي، مما يبرز اهمية التقييم النمائي الدقيق والمتعدد الادوات، الذي يراعي تاريخ النمو ومسار الاضطراب (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 118).

#### خامسا: التشخيص والتدخل العلاجي.

يعتمد تشخيص الاضطرابات الاجتياحية للنمو، بما فيها التوحد والذهانات، على تقييم نمائي شامل ومتكامل، يدمج بين الملاحظة العيادية الدقيقة، والمقابلة مع الاسرة، ودراسة التاريخ النمائي والعلاقي، والتقييم النفسي والتربوي. ويؤكد Lebovici ان التشخيص الاكلينيكي الحقيقي لا ينبغي ان يكون تصنيفيا فقط، بل فهما ديناميا لمسار النمو والعلاقة مع المحيط الاسري والاجتماعي. (Lebovici et al., 1995, p. 219)

اما التدخل العلاجي، فيرتكز على مقارنة تكاملية تجمع بين العلاج النفسي الفردي او الجماعي، والتدخل التربوي المتخصص، والدعم الاسري، والتدخل الطبي عند الحاجة، خاصة في الحالات الذهانية. ويشدد Winnicott على ان العلاقة العلاجية الحاوية تمثل شرطا اساسيا لإعادة تنظيم الخبرة النفسية لدى الطفل، وتوفير شعور بالأمن يسمح باستعادة الاستمرارية النفسية (Winnicott, 1958, p. 226).

### ☒ جدول مقارن بين اضطراب طيف التوحد والذهانات لدى الطفل والمراهق:

الذهانات لدى الطفل والمراهق	اضطراب طيف التوحد	معيار المقارنة
اضطراب نفسي شديد تفككي	اضطراب نمائي عصبي اجتياحي	الطبيعة العامة
بعد فترة من نمو سوي نسبي	مبكر جدا، غالبا قبل سن 3 سنوات	توقيت الظهور
تفككي وانتكاسي، مع فقدان مهارات	ثابت نسبيا، دون فقدان مهارات مكتسبة	مسار النمو
خلل واضح في اختبار الواقع	ضعف في بناء العلاقة مع الآخر والواقع	العلاقة بالواقع
انسحاب ثانوي ناتج عن التفكك الذهاني	انسحاب اجتماعي اولي ودائم نسبيا	التفاعل الاجتماعي
اضطراب في اللغة نتيجة تفكك التفكير	خلل نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي	التواصل
لغة كانت سوية ثم اصابها التفكك	تأخر لغوي او لغة غير وظيفية	اللغة
تفكير مفكك، ضلالي احيانا	تفكير ملموس، محدود، نمطي	التفكير
قد توجد لكن ليست جوهرية	موجودة بشكل اساسي (رفرقة، تكرار، روتين)	السلوكيات النمطية

اللعب	غياب اللعب التخيلي والرمزي	فقدان تدريجي للعب الرمزي
التغير عبر الزمن	تحسن نسبي مع التدخل المبكر	مسار متقلب مع انتكاسات
القلق	مرتبط بالتغيير والحساسية الحسية	مرتبط بتشوش الواقع والمخاوف الضلالية
الهوية والذات	صعوبة في تشكل الذات منذ البداية	تفكك في الذات بعد تشكل نسبي
الدور العلائقي	خلل مبكر في العلاقة الاولية	انهيار العلاقة بعد نمو اولي
التشخيص	تشخيص نمائي علائقي طويل المدى	تشخيص تفريقي دقيق وحذر
التدخل العلاجي	تربوي، نفسي، اسري طويل المدى	نفسي، دوائي، اسري مكثف

### خلاصة:

تمثل الاضطرابات الاجتياحية للنمو، بما فيها اضطراب طيف التوحد والذهانات لدى الطفل والمراهق، من اشد الاضطرابات النفسية تعقيدا في الممارسة العيادية، نظرا لطابعها المبكر والشامل واثرها العميق في بناء الشخصية ومسار النمو. ويؤكد المنظور العيادي الحديث، كما بلوره رواد الطب النفسي للطفل، ان الفهم الدقيق لهذه الاضطرابات يقتضي قراءة نمائية دينامية تكاملية، تدمج بين العوامل العصبية والنفسية والعلائقية، وتوجه التدخل نحو دعم النمو النفسي واعادة تنظيم العلاقة مع الذات والآخر، بدل الاكتفاء بعلاج الاعراض الظاهرة فقط.

**المحاضرة (07): الاضطرابات السلوكية والمزاجية لدى الطفل والمراهق اضطراب الإفراط الحركي مع او بدون تشتت الانتباه - اضطراب المعارضة - اضطرابات التغذية.**

اولا: مدخل عام الى الاضطرابات السلوكية والمزاجية

تشير الاضطرابات السلوكية والمزاجية الى فئة من الاضطرابات النفسية التي تتجلى اساسا في شكل انماط سلوكية غير تكيفية او اضطرابات في تنظيم الانفعال والمزاج، وتظهر غالبا خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة. وتعد هذه الاضطرابات من اكثر الاسباب شيوعا لطلب

الاستشارة النفسية في عيادة الطفل والمراهق، نظرا لما تسببه من صعوبات في التكيف الاسري والمدرسي والاجتماعي (عالم محمد حسن، 2006، ص 214).

ويؤكد عبد الرحمان العيسوي ان هذه الاضطرابات لا يمكن فهمها بمعزل عن السياق النمائي والاسري، حيث تتداخل العوامل البيولوجية والنفسية والتربوية في نشأتها وتطورها (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 152).

**ثانيا: اضطراب الافراط الحركي مع او بدون تشتت الانتباه.**

### 1. تعريف اضطراب الافراط الحركي وتشتت الانتباه:

يعرف اضطراب الافراط الحركي مع او بدون تشتت الانتباه بانه اضطراب نمائي سلوكي يتميز بنمط مستمر من ضعف الانتباه، والنشاط الحركي المفرط، والانذفاعية، بما يفوق ما هو متوقع نمائيا لعمر الطفل. ويظهر هذا الاضطراب في اكثر من سياق، مثل البيت والمدرسة، ويؤثر بشكل واضح في الاداء الاكاديمي والاجتماعي (فهمي مصطفى، 2017، ص 203).

ويرى Besançon ان هذا الاضطراب لا يعكس مجرد سلوك مشاغب، بل خلا في تنظيم الوظائف التنفيذية وضبط السلوك والانفعال. (Besançon, 2005, p. 241)

### 2. الخصائص السريرية:

تتمثل الخصائص السريرية لاضطراب الافراط الحركي في صعوبة التركيز لفترات كافية، وكثرة الحركة غير الهادفة، والتسرع في الاستجابة دون تفكير في العواقب. كما يعاني الطفل من صعوبة في اتباع التعليمات، وتنظيم المهام، والالتزام بالقواعد (عالم محمد حسن، 2006، ص 216).

وقد يظهر الاضطراب في شكلين رئيسيين: نمط يغلب عليه تشتت الانتباه، ونمط يغلب عليه الافراط الحركي والانذفاعية، او نمط مشترك يجمع بين الاثنين (محمد ملحم سامي، 2015، ص 174).

### 3. تفسير الاضطراب:

تشير الدراسات الحديثة الى دور العوامل العصبية والوراثية في نشأة هذا الاضطراب، خاصة ما يتعلق بخلل تنظيم الانتباه والوظائف التنفيذية. غير ان العوامل النفسية والتربوية، مثل اساليب التنشئة غير المتوازنة، قد تسهم في زيادة حدة الاعراض (مصطفى محمد عبد، 2008، ص 62).

ثالثا: اضطراب المعارضة (اضطراب التحدي المعارض).

### 1. تعريف اضطراب المعارضة:

يعرف اضطراب المعارضة بانه نمط مستمر من السلوك السلبي، والعنادي، والتحدي، والعدائية تجاه الكبار والسلطة، يظهر لدى الاطفال والمراهقين، ويتجاوز ما هو متوقع نمائيا. ويتجلى في رفض الاوامر، وكثرة الجدل، ونوبات الغضب المتكررة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 168).

### 2. الخصائص السريرية:

يظهر الطفل المصاب باضطراب المعارضة ميلا واضحا لخرق القواعد، واستفزاز الاخرين، والقاء اللوم على الغير، مع حساسية مفرطة للنقد. وغالبا ما ترتبط هذه السلوكيات بصعوبات في تنظيم الانفعال، خاصة الغضب (عالم محمد حسن، 2006، ص 219).

### 3. العوامل المساهمة:

تشير الدراسات الى ان اضطراب المعارضة يرتبط ارتباطا وثيقا بالعوامل الاسرية، مثل اساليب المعاملة الوالدية المتساهلة او القاسية، وغياب الاتساق في القواعد، فضلا عن التعرض المبكر للصراعات الاسرية (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 44).

رابعا: اضطرابات التغذية لدى الطفل والمراهق.

### 1. مفهوم اضطرابات التغذية:

تشير اضطرابات التغذية الى مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تتمثل في اختلال السلوك الغذائي، مثل فقدان الشهية العصبي، والشراهة العصبي، واضطرابات الاكل القهري. وتظهر هذه الاضطرابات بشكل خاص خلال المراهقة، حيث تتقاطع التغيرات الجسدية مع

الصراعات النفسية والضغط الاجتماعي (محمد فرحات محمد فضل الله علي شقير، 2022، ص 3).

## 2. الخصائص السريرية:

تتجلى اضطرابات التغذية في انشغال مفرط بالوزن وشكل الجسد، وسلوكيات غذائية مضطربة، مثل الامتناع عن الاكل او نوبات الاكل المفرط، وقد ترافقها مشاعر الذنب والقلق والاكتئاب. وتشير الدراسات الى ارتفاع نسبة هذه الاضطرابات لدى الاناث مقارنة بالذكور، خاصة في سن المراهقة (عالم محمد حسن، 2006، ص 231).

## 3. تفسير اضطرابات التغذية:

تفسر اضطرابات التغذية بوصفها تعبيراً عن صراعات نفسية عميقة تتعلق بالهوية وضبط الجسد، الى جانب تأثير المعايير الثقافية والجمالية السائدة. كما تلعب الاسرة دوراً محورياً في نشأتها واستمرارها، سواء من خلال انماط التواصل او التوقعات المرتفعة (محمد فرحات محمد فضل الله علي شقير، 2022، ص 6).

## خامساً: التشخيص والتدخل العلاجي.

يعتمد تشخيص الاضطرابات السلوكية والمزاجية على تقييم شامل يشمل الطفل او المراهق، واسرته، وبيئته المدرسية، مع استخدام المقابلة العيادية، والملاحظة، والمقاييس النفسية. ويعد التشخيص التفريقي امراً أساسياً للتمييز بين الاضطراب والسلوك النمائي الطبيعي (فهومي مصطفى، 2017، ص 210).

اما التدخل العلاجي، فيرتكز على مقارنة تكاملية تشمل العلاج السلوكي المعرفي، والتدخل الاسري، والتدخل التربوي، والتدخل الدوائي عند الحاجة، خاصة في حالات الافراط الحركي الشديد واضطرابات المزاج المصاحبة (مصطفى محمد عبد، 2008، ص 75).

## خلاصة:

تعد الاضطرابات السلوكية والمزاجية من اكثر الاضطرابات شيوعاً في عيادة الطفل والمراهق، نظراً لارتباطها الوثيق بمسار النمو والعلاقات الاسرية والاجتماعية. ويبرز دور

الاخصائي النفسي في التشخيص الدقيق والتدخل المبكر والمتكامل، بما يسهم في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي، والحد من تطور الاضطرابات في مراحل لاحقة من الحياة.

**المحاضرة (08): الاضطرابات النفسية والعقلية لدى المراهق السلوكيات الانتحارية - الذهانات - الادمان - اضطرابات الهوية الجنسية.**

اولا: مدخل عام الى الاضطرابات النفسية لدى المراهق.

تمثل مرحلة المراهقة مرحلة انتقالية حساسة بين الطفولة والرشد، تتسم بتغيرات بيولوجية ونفسية واجتماعية عميقة، تشمل النضج الجسدي السريع، واعادة تنظيم البناء النفسي، وتوسع المجال الاجتماعي خارج الاسرة. وتجعل هذه التحولات المتسارعة المراهق اكثر عرضة للاضطرابات النفسية والعقلية، خاصة في ظل ضعف مهارات التكيف وغياب الدعم الاسري والاجتماعي الكافي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 181).

ويؤكد علم النفس المرضي ان المراهقة تمثل مرحلة اعادة بناء للهوية النفسية والانفعالية، حيث يسعى المراهق الى تحقيق الاستقلال عن الوالدين وبناء صورة متماسكة عن ذاته. وقد تؤدي هذه العملية، اذا تعثرت، الى بروز صراعات داخلية حادة، تتجسد في اضطرابات مزاجية، او سلوكيات خطيرة، او اعراض ذهانية (عالم محمد حسن، 2006، ص 254).

كما يرى عالم محمد حسن ان الاضطرابات النفسية في المراهقة لا يمكن فهمها خارج سياق النمو، اذ تتداخل الازمات النمائية الطبيعية مع الضغوط الاجتماعية والتغيرات الجسدية، مما يجعل الحدود بين الازمة النمائية العابرة والاضطراب المرضي حدودا دقيقة تتطلب تقييما عياديا حذرا (عالم محمد حسن، 2006، ص 254).

**ثانيا: السلوكيات الانتحارية لدى المراهق.**

### 1. مفهوم السلوك الانتحاري:

يشير السلوك الانتحاري لدى المراهق الى مجموعة من الافكار والتصرفات التي تتراوح بين التهديد بالانتحار، والتفكير الانتحاري، ومحاولات الانتحار، وصولا الى الانتحار المكتمل. ولا يمثل هذا السلوك في اغلب الحالات رغبة حقيقية في الموت، بل يعبر عن عجز نفسي

شديد عن تحمل الالم الانفعالي، او عن رغبة في الهروب من معاناة داخلية يشعر المراهق بعدم قدرته على التعبير عنها بطرق لفظية او تكيفية (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 27).

ويشير الرشود الى ان السلوك الانتحاري لدى المراهق يجب فهمه بوصفه رسالة نفسية موجهة الى المحيط، تعكس شعورا باليأس، او فقدان المعنى، او الحاجة الملحة الى الاعتراف بالمعاناة، وليس مجرد فعل عدواني موجه نحو الذات (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 29).

## 2.العوامل المساهمة في السلوك الانتحاري:

تتعدد العوامل المساهمة في السلوك الانتحاري لدى المراهق، وتشمل اضطرابات المزاج، خاصة الاكتئاب، وضعف تقدير الذات، والشعور بالفشل وعدم القيمة. كما تلعب الصراعات الاسرية، والتفكك الاسري، وغياب الحوار والدعم العاطفي دورا اساسيا في زيادة هشاشة المراهق النفسية (عالم محمد حسن، 2006، ص 261).

وتسهم ايضا العوامل المدرسية والاجتماعية، مثل الفشل الدراسي، والتنمر، والعزلة الاجتماعية، وضغط جماعة الاقران، في رفع مستوى التوتر النفسي والشعور بالرفض. كما ترتبط صعوبات بناء الهوية، والشعور بالفراغ الوجودي، والارتباك حول المستقبل، بزيادة خطر السلوك الانتحاري في هذه المرحلة الحساسة من النمو (عالم محمد حسن، 2006، ص 261).

## ثالثا: الذهانات لدى المراهق.

تشير الذهانات في مرحلة المراهقة الى اضطرابات عقلية شديدة تتميز بخلل عميق في اختبار الواقع، واضطراب في التفكير والانفعال والسلوك، وقد تظهر في صورة افكار ضلالية، او هلوسات سمعية او بصرية، او تفكك في السلوك والتواصل. وتعد مرحلة المراهقة من اكثر الفترات شيوعا لظهور الذهان الاولي، خاصة الفصام، نظرا لتزامنها مع تغيرات عصبية ونفسية عميقة. (Despinoy, 1999, p. 143)

ويؤكد Despinoy ان الذهان في المراهقة لا يظهر فجأة في اغلب الحالات، بل تسبقه غالباً مرحلة تمهيدية تتسم بالانسحاب الاجتماعي، وتراجع الاداء الدراسي، واضطرابات النوم، وتغيرات في المزاج والسلوك، وهي مؤشرات مبكرة تتطلب الانتباه العيادي (Despinoy, 1999, p. 145).

ويرى عالم محمد حسن ان الذهان في المراهقة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بأزمة الهوية، حيث تتداخل التغيرات النمائية الطبيعية مع الاستعدادات البيولوجية والعوامل النفسية، مما يؤدي الى انهيار نسبي في التنظيم النفسي، وفقدان القدرة على التمييز الواضح بين الذات والواقع (عالم محمد حسن، 2006، ص 267).

كما يؤكد ان تشخيص الذهان في هذه المرحلة يتطلب حذراً كبيراً، نظراً لاحتمال الخلط بين الاعراض الذهانية وبين المظاهر الانفعالية الحادة او السلوكيات الغريبة التي قد ترافق الازمة النمائية للمراهقة (عالم محمد حسن، 2006، ص 269).

#### رابعاً: الادمان لدى المراهق

##### 1. مفهوم الادمان في مرحلة المراهقة:

يشير الادمان لدى المراهق الى نمط من السلوك القهري يتسم بالانخراط المتكرر في تعاطي مواد مخدرة او كحولية، او ممارسة سلوكيات إدمانية اخرى، رغم الاضرار النفسية والجسدية والاجتماعية المترتبة عنها. ولا ينحصر الادمان في الاعتماد الفيزيولوجي على المادة فقط، بل يشمل فقدان السيطرة على السلوك، والاستمرار فيه بوصفه وسيلة لتنظيم الانفعال او الهروب من التوتر الداخلي (محمد سري اجلال، 2000، ص 189).

ويعد الادمان في هذه المرحلة تعبيراً عن هشاشة البناء النفسي للمراهق، وضعف قدرته على ضبط الدوافع وتنظيم الانفعالات، خاصة في ظل ازمة الهوية والبحث عن الاستقلال والانتماء. ويرى عالم محمد حسن ان الادمان لدى المراهق لا يمثل فقط مشكلة تعاطي مواد،

بل يشكل اضطرابا نفسيا مركبا يرتبط غالبا باضطرابات المزاج، وضعف تقدير الذات، والشعور بعدم القبول الاجتماعي، والحاجة الملحة للانتماء الى جماعة الاقران (عالم محمد حسن، 2006، ص 273).

كما يشير بعض الباحثين الى ان السلوك الادماني قد يؤدي وظيفة نفسية مؤقتة، تتمثل في تخفيف القلق او الشعور بالقوة والسيطرة، غير ان هذه الوظيفة سرعان ما تتحول الى عامل مرضي يفاقم الاضطراب النفسي (محمد سري اجلال، 2000، ص 191).

## 2. العوامل المؤدية الى الإدمان:

تتعدد العوامل المؤدية الى الادمان في مرحلة المراهقة، وتشمل عوامل اسرية مثل ضعف الرقابة الوالدية، والتفكك الاسري، وغياب الحوار والدعم العاطفي، فضلا عن عوامل اجتماعية، على راسها ضغط جماعة الاقران، والرغبة في التقليد، والبحث عن القبول الاجتماعي (محمد ملحم سامي، 2015، ص 204).

كما تلعب العوامل النفسية دورا محوريا في نشأة الادمان، خاصة الاكتئاب، والقلق، والشعور بالفراغ وفقدان المعنى، وصعوبات التكيف مع متطلبات المدرسة والمجتمع. وتشير الدراسات العيادية الى ان الادمان قد يؤدي الى تفاقم الاضطرابات النفسية الاخرى، مثل السلوك العدواني، والمشكلات الدراسية، والسلوكيات الخطرة، بما فيها السلوك الانتحاري، مما يجعل الادمان عاملا مضاعفا للمخاطر النفسية في هذه المرحلة (عالم محمد حسن، 2006، ص 276).

## خامسا: اضطرابات الهوية الجنسية لدى المراهق.

تشير اضطرابات الهوية الجنسية لدى المراهق الى صعوبات او اضطرابات في بناء الهوية الجنسية والنوعية، حيث يشعر المراهق بعدم الانسجام بين جنسه البيولوجي وصورته الذاتية او مشاعره الداخلية، او يعاني من قلق شديد وحيرة مستمرة حول هويته الجنسية. وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطا وثيقا بأزمة الهوية التي تميز مرحلة المراهقة، حيث يعاد طرح الاسئلة

المتعلقة بالذات، والجسد، والانتماء، والدور الاجتماعي (محمد ملحم سامي، 2015، ص 198).

ويرى عبد الرحمان العيسوي ان هذه الصعوبات لا ينبغي فهمها بمعزل عن السياق النمائي والاجتماعي والثقافي، اذ قد تمثل بعض التساؤلات والاضطرابات مظاهر نمائية عابرة، بينما تتحول في حالات اخرى الى معاناة نفسية حقيقية بفعل الضغط الاسري والاجتماعي والوصم (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 189).

كما يؤكد عالم محمد حسن ان التعامل العيادي مع اضطرابات الهوية الجنسية يتطلب حساسية مهنية عالية، وتقييما دقيقا يميز بين التساؤلات النمائية الطبيعية، التي تشكل جزءا من عملية بناء الهوية، وبين الاضطرابات النفسية العميقة التي تستدعي تدخلا علاجيا متخصصا، مع الحرص على عدم التسرع في اطلاق التشخيصات (عالم محمد حسن، 2006، ص 281).

#### سادسا: التشخيص والتدخل العلاجي لدى المراهق.

يعتمد تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية لدى المراهق على تقييم شامل ومتكامل، يشمل المقابلة العيادية، ودراسة التاريخ النمائي، وتقييم العلاقات الاسرية، والوضع المدرسي والاجتماعي، مع الانتباه الى خصوصية المرحلة العمرية، وصعوبة التمييز بين الازمة النمائية العابرة والاضطراب المرضي المستقر (فهيمي مصطفى، 2017، ص 289).

اما التدخل العلاجي، فيرتكز على مقارنة تكاملية تجمع بين العلاج النفسي الفردي، والعلاج الاسري، والعلاج الجماعي، والتدخل التربوي، والعلاج الدوائي عند الحاجة. ويعد هذا التكامل ضروريا خاصة في حالات الذهان الشديد، او الاكتئاب المصحوب بسلوك انتحاري، او الادمان المتقدم، حيث لا يكون التدخل الاحادي كافيا لتحقيق الاستقرار النفسي (محمد سري اجلال، 2000، ص 195).

خلاصة:

تتسم الاضطرابات النفسية والعقلية في مرحلة المراهقة بطابع معقد، ناتج عن تداخل التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وما يصاحبها من ازمات هوية وصراعات داخلية حادة. ويؤكد علم النفس المرضي وعيادة الطفل والمراهق ان الفهم الدقيق لهذه الاضطرابات يستلزم مقارنة نمائية تكاملية، تراعي خصوصية المرحلة، وتوجه التدخل نحو الاحتواء النفسي، والدعم الاسري، وبناء الهوية النفسية السوية، بما يحد من تفاقم الاضطرابات وانتقالها الى مرحلة الرشد.

### المحاضرة (09): الفحص النفسي في مجال عيادة الطفل والمراهق.

اولا: مدخل عام الى الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق.

يعد الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق حجر الاساس في العمل العيادي، اذ يمثل نقطة الانطلاق لفهم الاضطراب النفسي وتحديد معناه النمائي والعلائقي. ولا ينظر الى الفحص النفسي بوصفه مرحلة تقنية محايدة، بل عملية تفسيرية تهدف الى بناء فهم شامل للحالة النفسية في تفاعلها مع مسار النمو، والتاريخ الاسري، والسياق المدرسي والاجتماعي. ويؤكد علم النفس المرضي النمائي ان العرض النفسي لدى الطفل لا يكون دائما تعبيراً مباشراً عن خلل داخلي، بل قد يكون لغة بديلة للتعبير عن صراعات نمائية او علائقية يعجز الطفل عن تمثيلها لفظياً (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 201).

ويكتسب الفحص النفسي اهمية خاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة بسبب الخصوصية النمائية، حيث تتداخل الازمات النمائية مع الاضطرابات النفسية، مما يجعل التمييز بين ما هو طبيعي وما هو مرضي عملية دقيقة ومعقدة. ولذلك، يختلف الفحص النفسي لدى الطفل والمراهق نوعياً عن فحص الراشد، سواء من حيث الادوات المستعملة او طبيعة العلاقة العيادية او اسلوب تفسير المعطيات (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 91).

ويرى Despinoy ان الفحص النفسي في عيادة الطفل لا يمكن اختزاله في جمع معطيات موضوعية، بل هو سيرورة علائقية، حيث يشكل نمط التفاعل بين الاخصائي والطفل

عنصرا اساسيا في انتاج المعنى الاكلينيكي، اذ ان ما يظهر في العلاقة العيادية لا يقل اهمية عما يصرح به الطفل او اسرته. (Despinoy, 1999, p. 167)

**ثانيا: مفهوم الفحص النفسي.**

يعرف الفحص النفسي بانه عملية منهجية منظمة ومتدرجة، تهدف الى جمع وتحليل وتركيب معطيات متعددة حول الحالة النفسية للطفل او المراهق، تشمل الجوانب الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية، والعلائقية، والنمائية، بغرض الوصول الى فهم تشخيصي دينامي يساعد على توجيه التدخل العلاجي والتربوي. ولا يعد الفحص النفسي مجرد تطبيق لاختبارات او اجراء مقابلة، بل مسارا تقييميا متكاملًا يقوم على الدمج بين مصادر مختلفة للمعطيات (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 133).

ويؤكد Lebovici ان الفحص النفسي الحقيقي لا يقتصر على تحديد طبيعة الاضطراب او تصنيفه، بل يسعى الى فهم كيفية تشكل المعاناة النفسية، ومسار تطورها، ومعناها داخل تاريخ الطفل وعلاقاته الاولى، بحيث يصبح التشخيص نتيجة لفهم دينامي وليس مجرد حكم تصنيفي. (Lebovici et al., 1995, p. 301)

كما يشير Besançon الى ان الفحص النفسي في عيادة الطفل هو فحص للنمو بقدر ما هو فحص للاضطراب، اذ لا يمكن فصل العرض المرضي عن مستوى النضج النفسي والقدرات التكوينية للطفل، ولا عن جودة العلاقات التي يعيش داخلها (Besançon, 2005, p. 219).

### **ثالثا: اهداف الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق.**

يسعى الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق الى تحقيق مجموعة من الاهداف العلمية والعملية المترابطة، من اهمها الوصول الى فهم شامل لطبيعة الاضطراب النفسي، وحدته، ومساره النمائي، والتميز بين الصعوبات النمائية العابرة التي قد ترافق مراحل النمو المختلفة، وبين الاضطرابات النفسية المرضية التي تتطلب تدخلا متخصصا.

كما يهدف الفحص النفسي الى تحديد العوامل المسببة والمهيئة والمثبتة للاضطراب، سواء كانت عوامل فردية، او اسرية، او مدرسية، او اجتماعية، مع تقييم القدرات والموارد النفسية المتاحة لدى الطفل او المراهق، وعدم الاقتصار على رصد مظاهر القصور فقط (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 93).

ومن الاهداف الاساسية للفحص النفسي ايضا توجيه التشخيص الاكليينكي ووضع خطة تدخل علاجية وتربوية واقعية، تراعي خصوصية الحالة ومرحلتها النمائية، وتستند الى نقاط القوة بقدر ما تتعامل مع مواطن الضعف. ويبرز هذا الهدف بشكل خاص في مجال الطفولة والمراهقة، حيث يسمح الفحص المبكر والدقيق بالتدخل الوقائي، والحد من تفاقم الاضطرابات النفسية وانتقالها الى الرشد (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 205).

ويؤكد Lebovici ان الهدف النهائي للفحص النفسي ليس اطلاق تشخيص، بل مساعدة الطفل والمراهق على استعادة مسار نمو اكثر تكيفا، من خلال فهم معاناته النفسية ووضعها في اطار نمائي وعلاقي قابل للعمل العلاجي. (Lebovici et al., 1995, p. 304).

#### رابعا: خصوصية الفحص النفسي لدى الطفل والمراهق.

يتميز الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق بخصوصية عيادية واضحة، تعود اساسا الى طبيعة المرحلة النمائية التي يكون فيها التعبير اللفظي عن المعاناة النفسية محدودا او غير مباشر. فالطفل، بخلاف الراشد، لا يمتلك دائما القدرة الرمزية او اللغوية التي تمكنه من صياغة شكواه النفسية في خطاب واضح، مما يجعل العرض النفسي يظهر غالبا في اشكال بديلة، مثل الاضطرابات السلوكية، او التراجع الدراسي، او اضطرابات النوم والاكل، او الاعراض الجسدية الوظيفية، او صعوبات التفاعل الاجتماعي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 204).

وتزداد هذه الخصوصية تعقيدا في مرحلة المراهقة، حيث قد يعتمد المراهق اخفاء معاناته النفسية، او التعبير عنها عبر سلوكيات خطيرة او متمردة، مما يتطلب من الاخصائي النفسي قراءة دقيقة للعرض الظاهر وما يخفيه من دلالات نفسية ونمائية. ولذلك، لا يمكن الاعتماد

على الشكوى اللفظية فقط، بل يتطلب الفحص النفسي قراءة متعددة المستويات، تدمج بين السلوك، والانفعال، والعلاقة، والسياق (فهيمى مصطفى، 2017، ص 297).

ويؤكد Winnicott ان الطفل يعبر عن عالمه الداخلي من خلال اللعب، والجسد، ونمط العلاقة، وليس عبر الخطاب اللفظي المنظم، مما يجعل الفحص النفسي عملية تفسير للغة رمزية خاصة، تتطلب خبرة عيادية، وقدرة على الاصغاء لما هو غير منطوق، وحساسية مهنية عالية تجاه اشكال التعبير غير المباشر. (Winnicott, 1958, p. 71)

### خامسا: مكونات الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق.

يقوم الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق على مجموعة من المكونات المتكاملة، التي لا يمكن فصل احدها عن الاخر، اذ ان كل اداة تضيء جانبا من الحالة النفسية، ولا يمكن اعتبار اي عنصر منها كافيا بمفرده للوصول الى فهم تشخيصي سليم.

#### 1.المقابلة العيادية:

تشكل المقابلة العيادية حجر الزاوية في الفحص النفسي، وتشمل مقابلة الطفل او المراهق، ومقابلة الوالدين، واحيانا مقابلة الاسرة ككل. وتهدف هذه المقابلات الى جمع معطيات اساسية حول تاريخ الحمل والولادة، ومسار النمو الجسدي والنفسي، وبداية الاعراض، وتطورها، والعلاقات الاسرية، والسياق المدرسي والاجتماعي (محمد سري اجلال، 2000، ص 211).

ويرى Lebovici ان مقابلة الوالدين تتجاوز بعدها المعلوماتي، لتصبح اداة لفهم تمثلاتهم للطفل، ومعنى العرض النفسي داخل النسق الاسري، اذ كثيرا ما يعكس العرض النفسي صراعا علائقيا او توترا اسريا غير مصرح به. (Lebovici et al., 1995, p. 305)

#### 2.الملاحظة العيادية:

تعد الملاحظة العيادية اداة مركزية في فحص الطفل، خاصة عندما يكون التعبير اللفظي محدودا او مشوها. وتسمح الملاحظة برصد السلوك التلقائي، ونمط التفاعل مع الاخصائي،

ومستوى الانتباه، وتنظيم الانفعال، وجودة اللعب او التواصل، وطريقة استخدام الجسد والفضاء. (Despinoy, 1999, p. 173)

وتكتسب الملاحظة اهمية خاصة في حالات الاضطرابات النمائية، واضطرابات طيف التوحد، والذهانات الطفولية، حيث يكون السلوك العفوي اكثر دلالة من الخطاب اللفظي.

### 3. الاختبارات والمقاييس النفسية:

تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية لتقييم القدرات العقلية، والوظائف الادائية، والسمات الانفعالية، ومستوى التكيف الاجتماعي. غير ان التفسير الاكلينيكي لهذه الادوات يجب ان يتم بحذر، وفي ضوء السياق النمائي والثقافي والعلائقي للحالة، مع تجنب الاعتماد الآلي على النتائج العددية او التصنيفات الجاهزة (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 139).

### 3. دراسة الحالة:

تمثل دراسة الحالة المرحلة التركيبية للفحص النفسي، حيث يتم دمج مختلف المعطيات المستخلصة من المقابلات، والملاحظة، والاختبارات، من اجل بناء فرضيات تشخيصية وفهم دينامي لمسار الاضطراب النفسي. وتعد هذه المرحلة اساسا لاتخاذ القرار العلاجي وتوجيه التدخل (فهيم مصطفى، 2017، ص 301).

### سادسا: دور الاسرة والمدرسة في الفحص النفسي.

تلعب الاسرة دورا محوريا في الفحص النفسي، باعتبارها المصدر الاساسي للمعلومات المتعلقة بتاريخ النمو، واساليب التنشئة، والمناخ الانفعالي الذي يعيش فيه الطفل او المراهق. كما تسهم المدرسة في توفير معطيات ضرورية حول سلوك الطفل، وقدرته على التكيف، ومستواه الدراسي، وعلاقاته مع الاقران والمعلمين (كمال مرسي، 1988، ص 208).

ويؤكد عبد الرحمان العيسوي ان اهمال البعد الاسري او المدرسي قد يؤدي الى تشخيص ناقص او خاطئ، خاصة في حالات اضطرابات السلوك، وصعوبات التعلم، واضطرابات الانتباه، حيث تتغير شدة الاعراض باختلاف السياق (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 209).

**سابعا: الاعتبارات الاخلاقية في الفحص النفسي.**

يخضع الفحص النفسي في عيادة الطفل والمراهق لجملة من المبادئ الاخلاقية الاساسية، من اهمها احترام كرامة الطفل والمراهق، والحفاظ على السرية المهنية، والحصول على موافقة الوالدين، وتقديم المعلومات بطريقة مناسبة للعمر والنضج النفسي، وتجنب الوصم او التسرع في اطلاق التشخيصات النهائية (محمد سري اجلال، 2000، ص 217).

كما يفرض العمل العيادي مع هذه الفئات الحرص على مصلحة الطفل الفضلى، وعدم استخدام نتائج الفحص النفسي بطريقة قد تسيء الى نموه النفسي او الاجتماعي.

**خلاصة:**

يمثل الفحص النفسي في مجال عيادة الطفل والمراهق عملية عيادية شاملة ومعقدة، تهدف الى فهم المعاناة النفسية في سياقها النمائي والعائلي والاجتماعي، وليس مجرد تصنيف للأعراض او اطلاق تشخيص. ويقوم هذا الفحص على تكامل المقابلة، والملاحظة، والاختبارات، ودراسة الحالة، مع اشراك الاسرة والمدرسة، واحترام الضوابط الأخلاقية، بما يسمح بتشخيص دقيق وتوجيه تدخل علاجي ملائم يساهم في دعم النمو النفسي السوي للطفل والمراهق.

**المحاضرة (10): المقابلة العيادية في عيادة الطفل والمراهق.****اولا: مدخل عام الى المقابلة العيادية.**

تعد المقابلة العيادية اداة مركزية في الممارسة الاكلينيكية، وتمثل القلب النابض لعملية الفحص النفسي، اذ من خلالها يتم بناء العلاقة العلاجية الاولى، وجمع المعطيات الاساسية، وفهم دينامية الحالة النفسية في سياقها النمائي والعائلي. ولا تقتصر المقابلة العيادية على طرح الاسئلة وتلقي الاجابات، بل تشكل فضاء تفاعليا يسمح بظهور الدلالات النفسية من

خلال الخطاب، والسلوك، والانفعال، ونمط العلاقة مع الاخصائي النفسي (محمد سري اجلال، 2000، ص 231).

ويؤكد علم النفس المرضي للطفل والمراهق ان المقابلة العيادية تختلف نوعيا عن المقابلة مع الراشد، نظرا لخصوصية النمو، وحدود التعبير اللفظي، وتداخل الازمات النمائية مع الاضطرابات النفسية، مما يتطلب مرونة منهجية وحساسية مهنية عالية (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 221).

**ثانيا: تعريف المقابلة العيادية.**

تعرف المقابلة العيادية بانها تفاعل مهني منظم بين الاخصائي النفسي والطفل او المراهق (واحيانا اسرته)، يهدف الى جمع معطيات نفسية ونمائية وعلائقية، وفهم طبيعة المعاناة النفسية، وبناء فرضيات تشخيصية تساعد على توجيه التدخل العلاجي. ولا تعد المقابلة مجرد تقنية لجمع المعلومات، بل اداة لفهم المعنى النفسي للعرض المرضي (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 151).

ويرى Lebovici ان المقابلة العيادية في عيادة الطفل ليست مقابلة فردية فقط، بل مقابلة نسقية، لان العرض النفسي غالبا ما يكون نتاجا لتفاعل الطفل مع محيطه الاسري والاجتماعي. (Lebovici et al., 1995, p. 317)

**ثالثا: اهداف المقابلة العيادية في عيادة الطفل والمراهق.**

تهدف المقابلة العيادية الى تحقيق مجموعة من الاهداف المتكاملة من اهمها:

- ✓ بناء علاقة ثقة واحتواء نفسي مع الطفل او المراهق.
- ✓ فهم طبيعة الشكوى النفسية كما يعيشها الطفل واسرته.
- ✓ جمع معطيات حول التاريخ النمائي والعائلي للحالة.
- ✓ رصد نمط التفاعل والانفعال اثناء المقابلة.
- ✓ المساهمة في بناء الفرضيات التشخيصية.
- ✓ توجيه باقي ادوات الفحص النفسي.

وتبرز اهمية هذه الاهداف في كون المقابلة العيادية تشكل الاساس الذي يبنى عليه التشخيص والتدخل، خاصة في الحالات التي تكون فيها الاعراض غير واضحة او متعددة الابعاد (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 107).

رابعاً: انواع المقابلة العيادية في عيادة الطفل والمراهق.

### 1.مقابلة الطفل او المراهق:

تهدف مقابلة الطفل او المراهق الى فهم تجربته الذاتية، ومستوى وعيه بمشكلاته، وطريقة تعبيره عن مشاعره وصراعاته. وتختلف طبيعة هذه المقابلة حسب العمر، حيث تعتمد المقابلة مع الطفل الصغير على اللعب، والرسم، والوسائط التعبيرية، بينما تركز المقابلة مع المراهق على الحوار، واحترام الخصوصية، وبناء علاقة قائمة على الثقة (Winnicott, 1958, p. 74).

### 2.مقابلة الوالدين:

تعد مقابلة الوالدين عنصراً أساسياً في الفحص النفسي، إذ تسمح بجمع معطيات حول تاريخ الحمل والولادة، ومسار النمو، وبداية الاعراض، واساليب التنشئة، وتمثيلات الوالدين للطفل. ويؤكد Lebovici ان ما يقوله الوالدان عن الطفل لا يعكس فقط واقعه، بل يعكس ايضاً علاقتهما به. (Lebovici et al., 1995, p. 320)

### 3.المقابلة الاسرية:

تستخدم المقابلة الاسرية في الحالات التي يشتبه فيها بوجود خلل في النسق الاسري، حيث يسمح هذا النوع من المقابلات برصد انماط التواصل، وتوزيع الادوار، ومواقع الصراع داخل الاسرة (محمد سري اجلال، 2000، ص 239).

خامساً: تقنيات المقابلة العيادية مع الطفل والمراهق.

تعتمد المقابلة العيادية على مجموعة من التقنيات، من أهمها:

- ✓ الاصغاء الفعال دون احكام.
- ✓ استخدام الاسئلة المفتوحة.
- ✓ احترام ايقاع الطفل او المراهق.
- ✓ ملاحظة التعبيرات غير اللفظية.
- ✓ استخدام اللعب والرسم كوسائط تعبيرية.
- ✓ تجنب الاستجواب او الضغط النفسي.

ويؤكد Winnicott ان قدرة الاخصائي على اللعب النفسي مع الطفل تشكل شرطا اساسيا لنجاح المقابلة العيادية. (Winnicott, 1958, p. 75)

**سادسا: الصعوبات التي تواجه المقابلة العيادية.**

تواجه المقابلة العيادية في عيادة الطفل والمراهق عدة صعوبات، من بينها:

- ✓ مقاومة الطفل او المراهق.
- ✓ خوف الطفل من المجهول.
- ✓ دفاعات الوالدين وانكارهم للمشكلة.
- ✓ تداخل مطالب الاسرة مع مصلحة الطفل.
- ✓ صعوبة التمييز بين الازمة النمائية والاضطراب المرضي.

ويشير Despinoy الى ان هذه الصعوبات ليست عوائق فقط، بل معطيات عيادية تحمل دلالات نفسية مهمة اذا تم فهمها بشكل صحيح. (Despinoy, 1999, p. 182)

**سابعا: الاعتبارات الاخلاقية في المقابلة العيادية.**

تخضع المقابلة العيادية لجملة من المبادئ الاخلاقية، من أهمها احترام كرامة الطفل والمراهق، والحفاظ على السرية المهنية، وتقديم المعلومات بطريقة مناسبة للعمر، وتجنب الوصم او التهديد، مع مراعاة مصلحة الطفل الفضلى في جميع مراحل التفاعل العيادي (محمد سري اجلال، 2000، ص 245).

**خلاصة:**

تعد المقابلة العيادية اداة اساسية في عيادة الطفل والمراهق، اذ تمثل فضاء لفهم المعاناة النفسية في سياقها النمائي والعلائقي، وليست مجرد وسيلة لجمع المعلومات. ويعتمد نجاحها على كفاءة الاخصائي، وقدرته على بناء علاقة علاجية حاوية، وقراءته الدقيقة لما يقال وما لا يقال، مما يجعلها خطوة حاسمة في التشخيص والتدخل العلاجي.

**المحاضرة (11): الملاحظة العيادية وشبكات تحليل معياداتها في عيادة الطفل****والمراهق.****اولا: مدخل عام الى الملاحظة العيادية.**

تعد الملاحظة العيادية من الادوات الاساسية في الفحص النفسي، خاصة في مجال عيادة الطفل والمراهق، حيث يشكل السلوك غير اللفظي وسيلة تعبير مركزية عن العالم النفسي. فالكثير من الاطفال والمراهقين يعجزون عن التعبير اللفظي المباشر عن معاناتهم النفسية، مما يجعل الملاحظة اداة لا غنى عنها لفهم دينامية الحالة النفسية في سياقها النمائي والعلائقي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 225).

ولا تقتصر الملاحظة العيادية على تسجيل السلوك الظاهر، بل تتجاوز ذلك الى فهم معناه النفسي ووظيفته داخل النسق العلائقي، سواء في علاقة الطفل بالأخصائي، او في علاقته بذاته وبالآخرين. ويؤكد علم النفس المرضي النمائي ان ما يلاحظ داخل الجلسة العيادية يحمل قيمة تشخيصية لا تقل اهمية عما يصرح به لفظيا (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 118).

**ثانيا: مفهوم الملاحظة العيادية.**

تعرف الملاحظة العيادية بانها عملية منهجية منظمة تهدف الى رصد وتفسير السلوكيات والتفاعلات والانفعالات التي يظهرها الطفل او المراهق في وضعيات عيادية محددة، مع مراعاة السياق النمائي والعلائقي الذي تظهر فيه هذه السلوكيات. ولا تعد الملاحظة مجرد

تسجيل وصفي، بل عملية تفسيرية تتطلب تكويننا نظريا وخبرة ميدانية (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 159).

ويشير Despinoy الى ان الملاحظة العيادية ليست حيادية تماما، بل هي تفاعل بين الملاحظ والموضوع الملاحظ، حيث يتأثر ما يظهر في الجلسة بطبيعة العلاقة العيادية، وبموقع الاخصائي النفسي داخلها. (Despinoy, 1999, p. 185)

**ثالثا: اهداف الملاحظة العيادية في عيادة الطفل والمراهق.**

تهدف الملاحظة العيادية الى تحقيق مجموعة من الاهداف، من اهمها:

✓ رصد السلوك التلقائي وغير اللفظي.

✓ فهم نمط التفاعل العلائقي مع الاخصائي.

✓ تقييم مستوى التنظيم الانفعالي وضبط الاندفاع.

✓ ملاحظة اساليب اللعب والتواصل.

✓ الكشف عن مظاهر القلق او العدوان او الانسحاب.

✓ دعم الفرضيات التشخيصية الناتجة عن المقابلة.

وتبرز اهمية هذه الاهداف في كون الملاحظة تسمح بفهم كيفية اشتغال الطفل او المراهق في الوضعية العيادية، وليس فقط ما يقوله عن نفسه (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 228).

**رابعا: مجالات الملاحظة العيادية.**

تشمل الملاحظة العيادية عدة مجالات اساسية، من اهمها:

✓ السلوك الحركي: مستوى النشاط، الاندفاع، الجمود، التكرار.

✓ الانفعال: شدة الانفعال، ملاءمته للموقف، تقلبه.

✓ التواصل: البصري، الجسدي، اللفظي وغير اللفظي.

✓ اللعب: نوع اللعب، تكراره، علاقته بالواقع.

✓ العلاقة العيادية: القرب، الرفض، التعلق، المقاومة.

✓ استخدام الجسد والفضاء.

ويؤكد Winnicott ان اللعب يشكل لغة الطفل الاساسية، ومن خلاله يمكن فهم عالمه الداخلي وصراعاته النفسية. (Winnicott, 1958, p. 72)

خامسا: انواع الملاحظة العيادية.

### 1. الملاحظة الحرة:

تتم الملاحظة الحرة دون تدخل مباشر من الاخصائي، وتهدف الى رصد السلوك التلقائي للطفل او المراهق. وتستخدم بشكل خاص في بداية الفحص النفسي، او مع الاطفال الصغار والاضطرابات النمائية. (Despinoy, 1999, p. 187)

### 2. الملاحظة الموجهة:

تعتمد الملاحظة الموجهة على وضعيات او أنشطة محددة، مثل اللعب الموجه، او مهام بسيطة، بهدف ملاحظة استجابات معينة. وتسمح هذه الطريقة بمقارنة السلوك عبر وضعيات مختلفة (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 162).

سادسا: شبكات تحليل معطيات الملاحظة العيادية.

تستخدم شبكات تحليل الملاحظة من اجل تنظيم المعطيات السلوكية وتفسيرها بشكل منهجي، وتجنب التقديرات الذاتية غير المضبوطة. وتشمل هذه الشبكات محاور متعددة، من بينها:

✓ محور السلوك (نشاط، اندفاع، انسحاب).

✓ محور الانفعال (قلق، غضب، لا مبالاة).

✓ محور التواصل (بصري، لفظي، جسدي).

✓ محور العلاقة (تعلق، رفض، سيطرة).

✓ محور اللعب والرمزية.

✓ محور التنظيم النفسي العام.

وتهدف هذه الشبكات الى تحويل الملاحظة من وصف انطباعي الى اداة تحليلية داعمة للتشخيص (فهومي مصطفى، 2017، ص 312).

سابعا: دور الملاحظة العيادية في التشخيص.

تلعب الملاحظة العيادية دورا محوريا في دعم التشخيص النفسي، خاصة في الحالات التي تكون فيها المقابلة اللفظية محدودة او مضللة. كما تساعد على التمييز بين الاضطرابات النمائية، واضطرابات السلوك، والذهانات، واضطرابات القلق، من خلال نمط السلوك والتنظيم الانفعالي الظاهر (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 231).

ثامنا: الاعتبارات الاخلاقية في الملاحظة العيادية.

تخضع الملاحظة العيادية لمبادئ اخلاقية اساسية، من اهمها احترام خصوصية الطفل والمراهق، وعدم تحويل الملاحظة الى اداة رقابة او ضبط، والحفاظ على السرية، وتفسير السلوك في سياقه النمائي والثقافي، دون احكام مسبقة (محمد سري اجال، 2000، ص 252).

خلاصة:

تشكل الملاحظة العيادية اداة اساسية في عيادة الطفل والمراهق، اذ تسمح بفهم المعاناة النفسية من خلال السلوك والعلاقة والانفعال، وليس فقط من خلال الخطاب اللفظي. ويعتمد نجاحها على كفاءة الاخصائي في الرصد والتحليل، وعلى استخدام شبكات تحليل منظمة تدمج المعطيات في فهم تشخيصي دينامي، يسهم في توجيه التدخل العلاجي ودعم النمو النفسي السوي.

المحاضرة (12): الاختبارات النفسية والسلاليم التقييمية في عيادة الطفل والمراهق.

**اولا: مدخل عام الى الاختبارات النفسية في عيادة الطفل والمراهق.**

تعد الاختبارات النفسية والسلاليم التقييمية من الادوات الاساسية في الممارسة العيادية، اذ تسمح بتقييم منظم لبعض الجوانب النفسية التي قد يصعب رصدها بالمقابلة او الملاحظة فقط. وتكتسب هذه الادوات اهميتها في عيادة الطفل والمراهق من كونها تساعد على فهم القدرات المعرفية، والوظائف الادائية، والسمات الانفعالية، ومستوى التكيف النفسي والاجتماعي، ضمن اطار علمي منضبط (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 171).

غير ان علم النفس المرضي النمائي يؤكد ان الاختبارات النفسية لا تشكل غاية في حد ذاتها، بل وسيلة مساعدة ضمن فحص نفسي شامل، ولا يجوز استخدامها بمعزل عن السياق النمائي والعلائقي للحالة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 241).

**ثانيا: مفهوم الاختبارات النفسية والسلاليم التقييمية.**

تعرف الاختبارات النفسية بانها ادوات قياس مقننة، تهدف الى تقييم جانب او اكثر من جوانب الشخصية او الوظائف النفسية، من خلال مواقف موحدة تسمح بالمقارنة والتفسير. اما السلاليم التقييمية فهي مقاييس تعتمد غالبا على تقارير الوالدين او المعلمين او الطفل نفسه، وتهدف الى تقدير شدة السلوكيات او الاعراض النفسية وانتشارها (محمد سري اجال، 2000، ص 261).

ويشير Besançon الى ان القيمة الاكلينيكية للاختبار لا تكمن في نتيجته الرقمية فقط، بل في كيفية اداء الطفل للاختبار، واستجابته للتعليمات، وانفعالاته اثناء التطبيق، وما يكشفه ذلك عن تنظيمه النفسي. (Besançon, 2005, p. 238)

**ثالثا: اهداف استخدام الاختبارات النفسية في عيادة الطفل والمراهق.**

يهدف استخدام الاختبارات النفسية والسلاليم التقييمية الى تحقيق مجموعة من الاهداف، من اهمها:

- ✓ تقييم القدرات العقلية والمعرفية.
- ✓ تشخيص صعوبات التعلم واضطرابات النمو.

✓ تقدير مستوى الوظائف الادائية والانتباه.

✓ تقييم السمات الانفعالية والسلوكية.

✓ دعم الفرضيات التشخيصية المستخلصة من المقابلة والملاحظة.

✓ المساهمة في توجيه التدخل العلاجي والتربوي.

وتبرز اهمية هذه الاهداف في كون الاختبارات توفر معطيات منظمة تساعد على تقليص

الطابع الانطباعي للتشخيص (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 127).

رابعاً: انواع الاختبارات النفسية المستخدمة في عيادة الطفل والمراهق.

### 1. اختبارات الذكاء والقدرات العقلية:

تستخدم هذه الاختبارات لتقييم القدرة العقلية العامة والقدرات المعرفية النوعية، وتساعد في

تشخيص التخلف العقلي، وصعوبات التعلم، وبعض الاضطرابات النمائية. غير ان تفسير

نتائجها يجب ان يتم بحذر، مع مراعاة العوامل الثقافية والنمائية (نبيل عبد الفتاح حافظ،

1998، ص 176).

### 2. اختبارات الوظائف الادائية والانتباه:

تهدف الى تقييم التخطيط، وضبط الاندفاع، والذاكرة العاملة، والانتباه، وتستخدم بشكل

خاص في حالات اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وصعوبات التعلم (فهيمي مصطفى،

2017، ص 318).

### 3. الاختبارات الاسقاطية

تعتمد الاختبارات الاسقاطية على مبدأ الاسقاط، حيث يعبر الطفل عن عالمه الداخلي من

خلال استجابات حرة لمثيرات غامضة، مثل الرسم او القصص. وتعد هذه الاختبارات ذات

قيمة كبيرة في فهم الدينامية النفسية والعلاقات الداخلية، خاصة لدى الاطفال ذوي التعبير

اللفظي المحدود. (Lebovici et al., 1995, p. 329)

### 4. السلايم التقييمية السلوكية والانفعالية:

تستخدم هذه السلايم لتقدير شدة السلوكيات او الاعراض النفسية، مثل العدوان، القلق، الاكتئاب، او صعوبات التكيف، وغالبا ما تعتمد على تقارير الوالدين او المعلمين. وتساعد هذه الادوات على مقارنة السلوك عبر سياقات مختلفة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 245).

#### خامسا: شروط استخدام الاختبارات النفسية في عيادة الطفل والمراهق.

يشترط في استخدام الاختبارات النفسية احترام جملة من الضوابط المنهجية، من اهمها اختيار الاداة المناسبة لعمر الطفل ومستواه النمائي، والتقيد بشروط التطبيق والتصحيح، وتفسير النتائج في ضوء المعطيات الاكلينيكية الاخرى، وتجنب الاعتماد الميكانيكي على الدرجات العددية (محمد سري اجلال، 2000، ص 268).

ويؤكد Winnicott ان الاختبار يصبح بلا قيمة علاجية اذا فصل عن العلاقة العيادية، وتحول الى اداة تصنيف جامدة. (Winnicott, 1958, p. 83)

#### سادسا: حدود الاختبارات النفسية ومخاطر سوء استخدامها.

رغم اهمية الاختبارات النفسية، الا ان لها حدودا يجب الانتباه اليها، من بينها خطر الوصم، او التشخيص الخاطيء، او تجاهل السياق الثقافي والاجتماعي، خاصة اذا استخدمت بمعزل عن المقابلة والملاحظة. كما قد تتأثر نتائج الاختبار بالحالة الانفعالية للطفل، او دافعيته، او علاقته بالأخصائي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 247).

#### سابعا: الاعتبارات الاخلاقية في استخدام الاختبارات النفسية.

يخضع استخدام الاختبارات النفسية لجملة من المبادئ الاخلاقية، من اهمها احترام كرامة الطفل والمراهق، والحفاظ على سرية النتائج، والحصول على موافقة الوالدين، واستخدام النتائج لخدمة مصلحة الطفل، وتقديم التغذية الراجعة بطريقة مناسبة للعمر والنضج النفسي (محمد سري اجلال، 2000، ص 272).

خلاصة:

تشكل الاختبارات النفسية والسلاليم التقييمية ادوات اساسية في عيادة الطفل والمراهق، اذ تسهم في تقييم القدرات النفسية والسلوكية بشكل منظم، وتدعم الفهم الاكلينيكي للحالة. غير ان قيمتها الحقيقية تتحقق فقط عندما تدمج ضمن فحص نفسي شامل، يراعي السياق النمائي والعلائقي، ويستخدم النتائج لتوجيه تدخل علاجي وتربوي يخدم النمو النفسي السوي للطفل والمراهق.

### المحاضرة (13): امثلة من عيادة الطفل حول كفيات التشخيص والتقييم والعلاج والتنبؤ.

اولا: مدخل عام الى العمل الاكلينيكي في عيادة الطفل.

يمثل العمل الاكلينيكي في عيادة الطفل مجالا تطبيقيا مركبا، يتطلب دمج المعارف النظرية المستمدة من علم النفس المرضي، وعلم نفس النمو، والتحليل النفسي، مع الممارسة العيادية المباشرة. ولا يقتصر هذا العمل على رصد الاعراض السطحية، بل يسعى الى بناء فهم نمائي ودينامي للحالة النفسية، يأخذ بعين الاعتبار تاريخ النمو، والعلاقات المبكرة، والظروف الاسرية والتربوية التي نشأ فيها العرض النفسي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 271).

ويؤكد Lebovici ان العرض النفسي لدى الطفل لا يمكن اعتباره تعبيراً مباشراً عن خلل داخلي فقط، بل هو رسالة علائقية تحمل دلالة خاصة داخل النسق الاسري، وقد يؤدي وظيفة نفسية او توازنية داخل هذا النسق، مثل التعبير عن صراع غير معلن او امتصاص توتر اسري مزمن. (Lebovici et al., 1995, p. 341)

مثال طفل يعاني من اضطراب سلوكي.

#### 1. عرض الحالة:

طفل في سن الثامنة، تمت احواله الى العيادة بسبب سلوكيات عدوانية متكررة داخل المدرسة، مثل الاعتداء على الزملاء، ورفض الانصياع لتعليمات المعلمين، وكثرة العقوبات

المدرسية. وتشير افادات الاسرة الى وجود صعوبات في ضبط السلوك داخل المنزل، مع غياب قواعد تربوية مستقرة، وتكرار الخلافات الزوجية امام الطفل.

## 2. التقييم النفسي:

اعتمد التقييم النفسي على مقارنة متعددة الادوات، شملت المقابلة العيادية مع الطفل، ومقابلة الوالدين، والملاحظة التفاعلية داخل الجلسة، اضافة الى استخدام سلايم تقييم السلوك. وقد كشفت المعطيات عن اندفاعية مرتفعة، وضعف في تحمل الاحباط، وصعوبة في تنظيم الانفعال، مع نمط تربوية غير متسق يتراوح بين التساهل المفرط والعقاب غير المنظم (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 182).

ويرى Despinoy ان السلوك العدواني لدى الطفل لا يجب فهمه بوصفه انحرافا اخلاقيا، بل باعتباره تعبيراً عن خلل في التنظيم النفسي والانفعالي، وغالبا ما يخفي هشاشة داخلية وصعوبة في احتواء التوترات النفسية. (Despinoy, 1999, p. 189)

## 3. التشخيص:

اضطراب سلوكي في اطار صعوبات تنظيم الانفعال، دون مؤشرات على اضطراب ذهاني، او اعاقة ذهنية، او اضطراب نمائي شامل.

## 4. التدخل العلاجي:

ارتكز التدخل العلاجي على علاج نفسي داعم يهدف الى مساعدة الطفل على التعرف على انفعالاته وضبطها، مع جلسات ارشاد اسري تركز على اعادة تنظيم اساليب التنشئة، وتوحيد القواعد التربوية، وتعزيز الحدود الواضحة والثابتة داخل الاسرة (جمال محمد الخطيب، 1993، ص 67).

## 5. التنبؤ:

يعد التنبؤ ايجابيا نسبيا، نظرا لمرونة الجهاز النفسي في هذه المرحلة العمرية، شريطة التزام الاسرة بالتدخل العلاجي، وتحسين المناخ الاسري، والتنسيق مع المدرسة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 276).

## مثال عن طفل يعاني من صعوبات تعلم

## 1. عرض الحالة:

طفل في سن العاشرة، يعاني من تراجع دراسي ملحوظ، خاصة في القراءة والكتابة، مع ظهور مشاعر فشل، وانسحاب من المشاركة الصفية، وتجنب الأنشطة التعليمية.

## 2. التقييم النفسي:

اظهرت اختبارات الذكاء مستوى ذكاء ضمن المعدل الطبيعي، في حين كشفت اختبارات التحصيل عن صعوبات نوعية في القراءة، دون وجود قصور عام في القدرات العقلية. كما بينت المقابلة العيادية وجود قلق مدرسي، وضغط اسري مرتبط بتوقعات مرتفعة من الطفل، مما ساهم في تدني تقدير الذات (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1998، ص 191).

## 3. التشخيص:

صعوبات تعلم نوعية، دون تخلف عقلي او اضطراب نمائي شامل.

## 4. التدخل العلاجي:

تم اقتراح برنامج علاج تربوي متخصص يستهدف تنمية مهارات القراءة، بالتوازي مع دعم نفسي يهدف الى اعادة بناء الثقة بالنفس، وتخفيف القلق المرتبط بالأداء المدرسي، والعمل مع الاسرة على تعديل اساليب الدعم والتوقعات (فتحي السيد عبد الرحيم، 1982، ص 141).

## 5. التنبؤ:

التنبؤ جيد في حال التدخل المبكر، واستمرارية الدعم، والتنسيق بين العيادة والمدرسة والاسرة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 279).

## مثال عن طفل يعاني من اضطراب نمائي

## 1. عرض الحالة:

طفل في سن خمس سنوات، يعاني من ضعف في التواصل البصري، تاخر لغوي واضح، وسلوكيات نمطية متكررة، مع صعوبة في التفاعل الاجتماعي.

**2. التقييم النفسي:**

اعتمد التقييم على الملاحظة العيادية الدقيقة، والمقابلة مع الوالدين، واختبارات النمو. وقد بينت المعطيات وجود خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي، وضعف في التواصل الرمزي، مع سلوكيات نمطية ذات وظيفة تنظيمية. (Lebovici et al., 1995, p. 357)

**3. التشخيص:**

اضطراب نمائي من طيف التوحد.

**4. التدخل العلاجي:**

تم اقتراح تدخل مبكر متعدد التخصصات، يجمع بين العلاج النفسي، والتدخل التربوي، وتنمية مهارات التواصل، مع اشراك فعال للأسرة باعتبارها عنصرا محوريا في العملية العلاجية. (Winnicott, 1958, p. 226)

**5. التنبؤ:**

يرتبط التنبؤ بدرجة الاضطراب، وسن الطفل عند بداية التدخل، وجودة البرامج العلاجية، ومستوى دعم الاسرة والتزامها. (Besançon, 2005, p. 264)

**ثانيا: دور التنبؤ في عيادة الطفل.**

يشير التنبؤ في عيادة الطفل والمراهق الى محاولة تقدير المسار المستقبلي للاضطراب النفسي في ضوء معطيات نمائية وعلائقية وعلاجية، ولا يقوم على اليقين او الحتمية، بل على قراءة احتمالية مرنة لمسار النمو. ويؤكد علم النفس المرضي النمائي ان التنبؤ في الطفولة يختلف جذريا عن التنبؤ في الرشد، نظرا لما يتميز به الجهاز النفسي للطفل من قابلية عالية للتغير واعادة التنظيم، خاصة في ظل تدخل علاجي مبكر وبيئة داعمة (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 282).

ويرتبط التنبؤ بعدة عوامل مركزية، من اهمها سن ظهور الاضطراب، وشدته، وطبيعته (نمائية، سلوكية، انفعالية)، اضافة الى جودة العلاقة الاسرية، ومستوى الاستجابة للتدخل العلاجي، واستمراريته. فكلما كان التدخل مبكرا، وكلما توفرت شروط الاحتواء الاسري

والتربوي، كان التنبؤ اكثر ايجابية. كما يعد التنبؤ اداة ارشادية للمعالج، تساعده على تحديد اولويات التدخل، وتوجيه الاسرة نحو فهم واقعي لمسار الحالة دون تهويل او تبسيط مخل (Lebovici et al., 1995, p. 360).

### ثالثا: حدود التشخيص والعلاج في عيادة الطفل.

رغم الاهمية المحورية للتشخيص والتدخل العلاجي في عيادة الطفل، الا ان العمل الاكلينيكي في هذا المجال يظل محفوظا بجملة من الحدود والصعوبات، من اهمها خطر التسرع في اطلاق التشخيصات، او تثبيت الطفل في فئة مرضية جامدة قد لا تعكس دينامية نموه الفعلية. فالكثير من الاعراض التي تظهر في الطفولة قد تكون تعبيراً عن ازمة نمائية عابرة، او عن تفاعل ظرفي مع ضغوط اسرية او مدرسية، وليس بالضرورة مؤشراً على اضطراب نفسي ثابت.

ويحذر Lebovici من اسقاط تصنيفات الراشدين على الطفل، مؤكدا ان الطفل كائن في طور التكوين، وان الاعراض النفسية لديه غالبا ما تكون مرنة وقابلة للتحويل. لذلك يشدد على ضرورة التواضع الاكلينيكي، واعتماد التشخيص كفرضية عمل قابلة للمراجعة والتعديل، وليس كحكم نهائي. (Lebovici et al., 1995, p. 362)

كما تبرز حدود اخرى تتعلق بالعلاج نفسه، مثل مقاومة الاسرة، او ضعف التنسيق بين العيادة والمدرسة، او محدودية الموارد العلاجية، مما قد يعيق فعالية التدخل رغم دقة التشخيص. ولهذا يؤكد علم النفس العيادي على ان نجاح العلاج في الطفولة لا يعتمد فقط على التقنيات المستخدمة، بل على جودة العلاقة العلاجية، واستمرارية المتابعة، والعمل التكاملي مع مختلف اطراف النسق المحيط بالطفل.

### خلاصة:

توضح الامثلة العيادية ان التشخيص والتقييم والعلاج والتنبؤ في عيادة الطفل ليست مراحل منفصلة، بل تشكل مسارا ديناميا مترابطا يقوم على فهم نمائي ودينامي للمعاناة النفسية. ولا

يمكن اختزال العمل الاكلينيكي في تسمية الاضطراب او تطبيق بروتوكول علاجي جاهز، بل يتطلب قراءة شمولية للعرض النفسي في سياقه العلائقي والاسري والاجتماعي. ويبرز التنبؤ بوصفه اداة ارشادية مرنة تساعد المعالج والاسرة على استشراف مسار النمو، دون الوقوع في الحتمية او الوصم، مع التأكيد على ان الطفولة تظل مرحلة مفتوحة على التغيير، وان التدخل المبكر والتكاملي يشكلان ركيزة اساسية لدعم النمو النفسي السوي والوقاية من تثبيت الاضطرابات في الرشد.

### المحاضرة (14): امثلة من عيادة المراهق حول كفيات التشخيص والتقييم والعلاج والتنبؤ.

اولا: مدخل عام الى العمل الاكلينيكي في عيادة المراهق.

يمثل العمل الاكلينيكي مع المراهق احد اكثر مجالات علم النفس المرضي تعقيدا، نظرا لخصوصية المرحلة النمائية التي تتسم بأزمة هوية، وتغيرات بيولوجية وانفعالية متسارعة، واعدة تنظيم للعلاقات مع الذات والآخر. فالمراهق يعيش حالة عدم استقرار نفسي نسبي، تتداخل فيها الرغبة في الاستقلال مع الحاجة الى الحماية، والبحث عن الهوية مع الخوف من فقدان الانتماء (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 301).

ولا يمكن فهم الاضطرابات النفسية لدى المراهق بمعزل عن هذا السياق، اذ تتقاطع الازمات النمائية الطبيعية مع الاضطرابات المرضية، مما يجعل عملية التشخيص اكثر دقة وتعقيدا مقارنة بمرحلة الطفولة او الرشد. ويؤكد علم النفس المرضي الاكلينيكي ان العرض النفسي في هذه المرحلة غالبا ما يكون غير ثابت، وقابلا للتحويل، ويعبر عن صراعات داخلية او علائقية اكثر مما يعبر عن بنية مرضية مستقرة (عالم محمد حسن، 2006، ص 287).

مثال عن مراهق يعاني من سلوك انتحاري.

#### 1. عرض الحالة:

مراهق في سن السادسة عشرة، احضر الى العيادة بعد محاولة ايداء الذات، مصحوبة بتصريحات متكررة بعدم الرغبة في الحياة، وشعور عميق باليأس والفراغ. كما لوحظ تراجع

ملحوظ في الاداء الدراسي، وانسحاب اجتماعي تدريجي، مع انقطاع عن الانشطة التي كان يستمتع بها سابقا. وتشير معطيات الاسرة الى وجود صراعات اسرية حادة، وصعوبة في التواصل الانفعالي مع الابن، وغياب الحوار حول مشكلاته النفسية.

## 2. التقييم النفسي:

اعتمد التقييم النفسي على المقابلة العيادية الفردية مع المراهق، والمقابلة الاسرية، وتحليل الحالة الانفعالية، مع دراسة السياق المدرسي والاجتماعي. وكشفت المعطيات عن وجود مزاج اكتئابي مستمر، وشعور بعدم القيمة وفقدان المعنى، مع ضعف في مهارات التعبير عن المشاعر، واعتماد اساليب غير مباشرة للتعبير عن الالم النفسي (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 41).

كما اظهر التقييم ان السلوك الانتحاري لم يكن موجها نحو الموت بقدر ما كان محاولة لإنهاء معاناة نفسية شديدة، او نداء استغاثة في ظل عجز عن طلب المساعدة بطرق اكثر نضجا.

## 3. التشخيص

سلوك انتحاري في اطار اضطراب اكتئابي مرتبط بأزمة هوية وصراعات اسرية مزمنة، دون مؤشرات ذهانية واضحة.

## 4. التدخل العلاجي:

تم اعتماد علاج نفسي داعم يركز على الاحتواء الانفعالي وبناء التحالف العلاجي، مع متابعة لصيقة لمستوى الخطر الانتحاري. كما تم ادراج جلسات علاج اسري تهدف الى تحسين التواصل، وتخفيف حدة الصراعات، واعادة توزيع الادوار داخل الاسرة. وتم اللجوء الى تدخل دوائي عند الضرورة لتخفيف حدة الاكتئاب (محمد سري اجلال، 2000، ص 201).

## 5. التنبؤ:

يبقى التنبؤ حذراً، لكنه ايجابي نسبياً في حال استمرار المتابعة العلاجية، والتزام المراهق بالعلاج، وتوفر دعم اسري حقيقي. وتعود هذه الايجابية النسبية الى مرونة البناء النفسي في مرحلة المراهقة وقابليته للتعديل (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 305).

**مثال عن مراهق يعاني من ذهان ناشئ:**

### 1. عرض الحالة:

مراهق في سن السابعة عشرة، يعاني من انسحاب اجتماعي حاد، واضطرابات في التفكير، وتنامي الشكوك المرضية تجاه الآخرين، مع تراجع واضح في الاداء الدراسي وفقدان الاهتمام بالمحيط. وتشير الاسرة الى تغيرات تدريجية في السلوك والانفعال خلال الاشهر الاخيرة.

### 2. التقييم النفسي

اظهرت المقابلة العيادية وجود اضطراب في اختبار الواقع، مع بداية تشكل افكار ضلالية غير منظمة. كما كشفت دراسة التاريخ النمائي عن هشاشة نفسية سابقة، وصعوبات في بناء الهوية، وضعف في القدرة على تحمل الضغوط الانفعالية (Despinoy, 1999, p. 143).

### 3. التشخيص:

ذهان اولي في طور التشكل، في سياق ازمة مراهقة حادة.

### 4. التدخل العلاجي:

تم اعتماد تدخل تكاملي يجمع بين العلاج الدوائي لضبط الاعراض الذهانية، والعلاج النفسي الداعم الهادف الى الحفاظ على ما تبقى من تماسك نفسي، مع العمل المكثف مع الاسرة لتوفير بيئة حاوية ومستقرة تقلل من عوامل الانتكاس (عالم محمد حسن، 2006، ص 293).

### 5. التنبؤ

يرتبط التنبؤ بسرعة التدخل، والالتزام العلاجي، ومستوى الدعم الاسري والاجتماعي. وتبقى امكانية تحسين المسار قائمة في حال العلاج المبكر، قبل ترسخ البنية الذهانية (Besançon, 2005, p. 301).

مثال عن مراهق يعاني من ادمان:

### 1. عرض الحالة:

مراهق في سن الخامسة عشرة، يعاني من تعاطي مواد مخدرة، وسلوكيات عدوانية، وتراجع دراسي حاد، مع انخراط قوي في جماعة اقران منحرفة. وتفيد الاسرة بضعف الرقابة الوالدية، وصعوبة ضبط السلوك، وكثرة النزاعات داخل المنزل.

### 2. التقييم النفسي:

كشف التقييم النفسي عن ضعف في ضبط الدوافع، وشعور داخلي بالنقص وعدم القيمة، مع اعتماد التعاطي كوسيلة للهروب من التوترات النفسية ومحاولة لتعويض هشاشة الهوية والانتماء (محمد ملحم سامي، 2015، ص 211).

### 3. التشخيص:

اضطراب ادماني في اطار صعوبات بناء الهوية واضطراب في التوافق النفسي والاجتماعي.

### 4. التدخل العلاجي:

تم اقتراح علاج نفسي فردي يركز على تعزيز الوعي بالمشكلة وبناء الدافعية للتغيير، وبرنامج اعادة تأهيل للحد من الاعتماد على المواد، مع تدخل اسري وتربوي للحد من عوامل الخطر البيئية واعادة تنظيم العلاقة مع السلطة الوالدية (محمد سري اجلال، 2000، ص 214).

### 5. التنبؤ:

يظل التنبؤ متغيرا وغير مستقر، ويتوقف على دافعية المراهق للعلاج، واستمرارية المتابعة، ونجاح التدخل في فك الارتباط بجماعة الاقران السلبية، وتوفير بدائل صحية للانتماء (عالم محمد حسن، 2006، ص 296).

تظهر الامثلة العيادية في عيادة المراهق ان التشخيص والتقييم والعلاج والتنبؤ عمليات دينامية مترابطة، لا يمكن فصلها عن السياق النمائي والعلائقي والاجتماعي. ولا يهدف العمل الاكلينيكي الى القضاء السريع على الاعراض، بل الى مساعدة المراهق على اعادة تنظيم هويته النفسية، وتطوير وسائل اكثر نضجا للتعبير عن معاناته وبناء علاقات مستقرة مع ذاته والآخر.

### ثانيا: خصوصية التنبؤ في عيادة المراهق.

يعد التنبؤ في عيادة المراهق عملية ارشادية مرنة، تقوم على تقدير احتمالات التطور وليس على الجزم، نظرا للطابع الانتقالي وغير المستقر لهذه المرحلة. ويؤكد علم النفس المرضي ان التنبؤ يجب ان يظل مفتوحا وقابلا للمراجعة، مع تجنب تثبيت المراهق في تشخيص جامد قد يعيق نموه النفسي والاجتماعي (عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص 309).

### ثالثا: حدود التشخيص والعلاج في عيادة المراهق.

تتمثل اهم حدود العمل الاكلينيكي مع المراهق في صعوبة التمييز بين الازمة النمائية الطبيعية والاضطراب المرضي، اضافة الى مقاومة المراهق للعلاج، وضعف الالتزام، والضغوط الاسرية والاجتماعية. لذلك يؤكد Lebovici على ضرورة اعتماد موقف علاجي مرن، قائم على التحالف العلاجي واحترام استقلالية المراهق (Lebovici et al., 1995, p. 389).



**خاتمة:**

تظهر دراسة الاضطرابات النفسية في عيادة الطفل والمراهق ان المعاناة النفسية في هذه المراحل العمرية لا يمكن اختزالها في اعراض معزولة او تشخيصات جاهزة، بل هي تعبير مركب عن تفاعل معقد بين عوامل نمائية، ونفسية، واسرية، واجتماعية، وثقافية. فالطفل والمراهق لا يعيشان الاضطراب بوصفه مرضا قائما بذاته، بل كتجربة ذاتية وعلائقية تعكس مسار النمو وجودة العلاقات مع المحيط.

وقد بينت مختلف المحاضرات ان الفهم الاكلينيكي السليم يقتضي تجاوز المقاربات الاحادية، واعتماد قراءة نمائية دينامية تكاملية، تراعي خصوصية كل مرحلة عمرية، وتفرق بدقة بين الازمات النمائية الطبيعية والاضطرابات المرضية. كما اكدت اهمية الفحص النفسي الشامل، والمقابلة العيادية، والملاحظة الدقيقة، والاختبارات النفسية، بوصفها ادوات متكاملة تساعد على بناء تشخيص واقعي ودقيق.

ويبرز الدور المحوري للأسرة والمدرسة في فهم الاضطراب النفسي والتعامل معه، سواء من حيث الوقاية او التدخل العلاجي، اذ ان الكثير من الاضطرابات لا يمكن معالجتها بمعزل عن محيط الطفل او المراهق. كما يتضح ان التنبؤ في هذه المراحل يظل مرنا وغير حتمي، نظرا لقابلية النمو للتعديل، مما يجعل التدخل المبكر عاملا حاسما في تحسين المسار النفسي وتقليل مخاطر التناقم في الرشد.

ان علم النفس المرضي وعيادة الطفل والمراهق يشكلان مجالا اساسيا في الممارسة العيادية المعاصرة، لما يوفرانه من ادوات نظرية ومنهجية لفهم المعاناة النفسية في مراحل النمو الحاسمة، وتوجيه تدخلات علاجية انسانية وتكاملية، تسعى الى دعم النمو النفسي السوي وبناء هوية متوازنة، وتعزيز قدرة الطفل والمراهق على التكيف مع ذاته ومع المجتمع.

## قائمة المراجع:

## أولاً: المراجع العربية

1. عبد الرحمان العيسوي. (1999). علم النفس المرضي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
2. فتحي السيد عبد الرحيم. (1982). علم النفس المرضي. القاهرة: دار النهضة العربية.
3. نبيل عبد الفتاح حافظ. (1998). علم النفس المرضي للأطفال والمراهقين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
4. جمال محمد الخطيب. (1993). علم النفس المرضي للأطفال. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
5. كمال مرسي. (1988). الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. القاهرة: دار القلم.
6. عالم محمد حسن. (2006). علم النفس المرضي الإكلينيكي. القاهرة: دار الفكر العربي.
7. محمد سري إجلال. (2000). العلاج النفسي للأطفال والمراهقين. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
8. محمد ملحم سامي. (2015). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. عمان: دار المسيرة.
9. عبد الله بن سعد الرشود. (2006). السلوك الانتحاري: أسبابه وسبل الوقاية منه. الرياض: مكتبة العبيكان.
10. وائل بيومي السباعي. (2010). الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
11. مصطفى محمد عبد. (2008). العلاج السلوكي المعرفي للأطفال والمراهقين. القاهرة: عالم الكتب.

12. مصطفى أسامة فاروق. (2011). المدخل المعرفي في العلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.
13. محمد عبد الخالق أحمد. (2011). القياس والتقويم النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
14. محمد فرحات محمد فضل الله علي شقير. (2022). اضطرابات المراهقة: التشخيص والعلاج. القاهرة: دار الفكر العربي.
15. فهمي مصطفى. (2017). علم النفس الإكلينيكي للأطفال والمراهقين. القاهرة: دار الفكر.
16. دبراسوا فطيمة. (2016). (الاضطرابات النمائية لدى الطفل. الجزائر: دار هومة.
17. بوتقنوشات حميدة. (2021). مدخل إلى علم النفس المرضي للطفل. الجزائر: دار المعرفة.

#### ثانيا: المراجع الأجنبية:

1. Bensmail, B. (1988). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: PUF.
2. Besançon, G. (2005). *Psychopathologie du développement*. Paris: Dunod.
3. Despinoy, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Armand Colin.
4. Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1995). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF.
5. Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1974). *L'enfant et son corps*. Paris: PUF.
6. Mahler, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.
7. Winnicott, D. W. (1958). *The Capacity to Be Alone*. London: Tavistock Publications.

8. Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press.
9. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC.
10. Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Classification Internationale des Maladies – CIM-10*. Genève: OMS.
11. Misès, R., & Quemada, N. (2012). *CFTMEA – Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: Masson.