

العلاج السلوكي للطفل
أساليبه ونماذج من حالاته

تأليف: د. عبد الستار إبراهيم
د. عبد العزيز بن عبد الله الدخيل
د. رضوى إبراهيم



١٥٥. ٤

بر ٢

ع



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت

| | |
|---------------------------------|--------|
| الهيئة العامة لمكتبة الإسكندرية | |
| رقم التصنيف | ١٥٥. ٤ |
| رقم التسجيل | ٣٦٦٩٤ |

العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته



تأليف: د. عبد الستار إبراهيم
د. عبد العزيز بن عبد الله الدخيل
د. رضوى إبراهيم

١٨٥ - جمادى الآخرة ١٤١٤ هـ - ديسمبر / كانون أول ١٩٩٣ م

مؤسس المسلسلة
أحمد مشاري العدواني
١٩٩٠-١٩٢٢

المشرف العام:

د. سليمان العسكري

هيئة التحرير:

د. فؤاد زكريا / المستشار

د. خليفة السويان

د. سليمان البندر

د. سليمان الشطيسي

د. سهام الفريح

عبدالرزاق البصير

د. عبدالرزاق العدواني

د. فهد الثاقب

د. محمد السرميحي

سكرتيرة التحرير:

سحر الهنيدي

المراسلات:

توجه باسم السيد الأمين العام للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب
فاكس: ٤٨٧٢٦٩٤ ، ص. ب: ٢٣٩٩٦ - الصفاة - الكويت 13100

العلاج السلوكي للطفل

أساليبه ونماذج من حالاته



المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر عن رأي كاتبها
ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

المحتويات

| رقم الصفحة | |
|---------------|---|
| ١١ | مقدمة: |
| ١٩ | الباب الأول: المسلمات والأسس النظرية |
| ٢٣ | الفصل الأول: اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل |
| ٣٥ | الفصل الثاني: ما العلاج السلوكي ؟ |
| | الفصل الثالث: العلاج السلوكي متعدد المحاور |
| ٤٥ | (الموجة الثانية من التطور) |
| | الفصل الرابع: الأسس النظرية للعلاج السلوكي |
| ٥١ | متعدد المحاور |
| ٦٧ | الباب الثاني: الأساليب والفنيات |
| | الفصل الخامس: التعويد والكف بالتقييد |
| ٧١ | وأساليب الاسترخاء |
| ٧٩ | الفصل السادس: التدعيم والعقاب والتجاهل |
| ١٠٣ | الفصل السابع: تدريب المهارات الاجتماعية للطفل |
| ١١٩ | الفصل الثامن: تعديل أخطاء التفكير |
| | الفصل التاسع: المساندة الوجدانية مع الطفل |
| ١٣٥ | «منهج التعليم المطلق» |
| ١٤٣ | الفصل العاشر: مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية |
| ١٥١ | الباب الثالث: إجراءات العلاج السلوكي ونماذج من خططه |
| | الفصل الحادي عشر: إجراءات العلاج السلوكي للطفل: |
| ١٥٥ | الخطوات الست |

| | |
|-----|--|
| | الفصل الثاني عشر : خطة سلوكية للتغلب |
| ١٧١ | على المخاوف المدرسية |
| | الفصل الثالث عشر : خطة للتغلب على اضطرابات |
| ١٧٥ | الانتباه لدى الطفل |
| | الفصل الرابع عشر : خطة لضمان الاستمرار في |
| ١٨١ | التغيرات الإيجابية للعلاج |
| | الفصل الخامس عشر : برنامج للتدريب على مقاومة |
| ١٨٥ | التبول اللا إرادي وضبط المثانة |
| | الباب الرابع : نماذج من حالات العلاج السلوكي للطفل |
| ١٩١ | الفصل السادس عشر: الطفلة التي عانت الصعوبات |
| ١٩٥ | الدراسية وتشتت الانتباه |
| ٢٠٩ | الفصل السابع عشر: حالة الطفل المكتئب «الانتحاري» |
| | الفصل الثامن عشر : حالة الطفل الذي |
| ٢١٣ | يشتم وينبو في لفته |
| | الفصل التاسع عشر: إيقاع الأذى بالنفس «حالة |
| ٢١٥ | الطفل ذي الحكمة الدامية» |
| ٢١٩ | الفصل العشرون: حالة الطفل الحجول المنعزل |
| ٢٢٥ | الفصل الحادي والعشرون: حالة الطفلة المدعورة |
| | الفصل الثاني والعشرون: حالة الطفل الذكي المتخلف |
| | في دراسته (قصة من |
| ٢٣١ | النجاح الأكاديمي) |

| | | |
|--|---|-----|
| | الفصل الثالث والعشرون : حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي التدميري (طفل مولع بإشعال الحرائق) | ٢٤١ |
| | الفصل الرابع والعشرون : التغلب على مشكلة تسول لا إرادي بالطريق السلوكية | ٢٤٧ |
| | الفصل الخامس والعشرون : طفل شديد العناد، ملحاح، وسهل الاستشارة (أسلوب مطوف للتغلب على مشكلات صعبة) | ٢٥٥ |
| | الباب الخامس : إيقاعات النمو وطباع الشخصية | ٢٧٥ |
| | الفصل السادس والعشرون : النمو والتغير في السلوك | ٢٧٩ |
| | الفصل السابع والعشرون : تغيرات في النمو: أمثلة ونماذج ... | ٢٨٥ |
| | الفصل الثامن والعشرون : النضج العقلي والنمو | ٢٩٣ |
| | ملحق : | ٣٠١ |
| | ملحق رقم ١ : تدريبات مفصلان للاسترخاء .. | ٣٠٣ |
| | ملحق رقم ٢ : برنامج لتدريب الطفل بطريقة ملطفة على توثيق تفاعله الإيجابي ببيئته الاجتماعية | ٣٢١ |
| | فهرس تفصيلي : | ٣٢٧ |
| | المراجع : | ٣٤٩ |

قائمة الجداول الواردة

| | |
|-----|--|
| ٣٠ | جدول ١ : الصباغات السلوكية للمفاهيم السيكياترية |
| ٣١ | جدول ٢ : قائمة المشكلات السلوكية |
| ٤٢ | جدول ٣ : قائمة المدعيات |
| ٨٢ | جدول ٤ : التدعيم الرمزي |
| ١٤٤ | جدول ٥ : استهارة تسجيل السلوك خلال ٢٤ ساعة |
| ١٥٨ | جدول ٦ : ظهور السلوك في عينات زمنية |
| | جدول ٧ : قائمة نشاطات تستخدم بغرض خلق فرص النجاح للطفل ومن ثم مكافأته |
| ١٥٩ | |
| ٢٩٠ | جدول ٨ : المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو |
| ٢٩٥ | جدول ٩ : مراحل التضج العقلي |

الإهداء

«الفن الحقيقي ليس أن تقول الشيء
الصحيح في الموضوع الصحيح وحسب،
بل وأن تمتنع عن قول الشيء الخطأ في
اللحظة الحرجة» .

إلى أطفالنا وأنجالهم من بعدهم . .
لعلنا جميعاً نثق بقدرتنا على فعل الشيء
الصحيح ، واجتناب الفعل الخطأ .

مقدمة

إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب هو أن نقدم للقارئ العربي ونعرض له صورة من صور التقدم في دراسة مشكلات الطفل وعلاج اضطراباته . ويدافع من خبرتنا ، التي تتخذ جذورها الرئيسية من الممارسة العملية للعلاج النفسي - السلوكي في العالم العربي ، فضلا عن قناعتنا النظرية بأن مشكلات الطفل واضطراباته يمكن التحكم فيها وتعديلها ، بهذين الدافعين تعاوننا في وضع هذا الكتاب وتقديمه للقارئ هادفين تحرير ذهنه من بعض المفاهيم الخاطئة عن طبيعة مشكلات الطفل وتطورها ومصادرها ومناهج علاجها .

ومشكلات الطفولة تمتد في تصورها من تلك التي تتزايد وتشتد بصورة تتطلب تدخلا مهنيا ، أو ربما تقتضي الإقامة في إحدى المصحات أو دور الرعاية ، إلى تلك المشكلات السلوكية التي وإن بدت بسيطة فإنها تثير الإزعاج لدى الآباء والأمهات والمهتمين برعاية الطفل . ومن ثم نجد أن مشكلات الطفولة التي يتعرض لها هذا الكتاب تمتد لتشمل مشكلات مثل التخلف العقلي ، وصعوبات التعلم ، واضطرابات التفكير ، واضطرابات السلوك الحادة ، والاكتئاب ، والعدوان المتكرر والعنف ، وصولا إلى المشكلات البسيطة المتعلقة بسوء توجيه النفس ، وعدم ضبط السلوك ، والمخاوف ، وكل ما من شأنه أن يعوق تفاعلات الطفل الإيجابية بالمحيطين به ، أو أن يعوق تحقيق نموه الطبيعي أو تحقيق الأهداف التي يرسمها الآخرون له .

ومن ثم فجمهور هذا الكتاب يمتد ليشمل الآباء والأمهات والمعلمين ،

فضلا عن أخصائبي العلاج النفسي وأجهزة التمريض والمشرفين على دور الرعاية ومؤسسات الرعاية النفسية والعقلية . بعبارة أخرى فحيث يوجد اهتمام بالطفل يوجد جمهور يهيمه أن يطلع بتأني وتدبر على هذا الكتاب .

أما الفلسفة النظرية التي أعانت على لقائنا في تأليف هذا الكتاب وجمع مادته فهي الفلسفة نفسها التي تدعو لها تلك النظرية الهامة في دراسة السلوك الإنساني والتي يطلق عليها العلماء اسم نظرية التعلم . هذه النظرية كانت مرشدنا الرئيسي في تحليل مشكلات الطفل ، وفي متابعة مصادر هذه المشكلات ، وفي التخطيط لعلاجها ، وفي تنفيذ خطط العلاج ، وفي رسم خطوط التوجيه الرئيسية التي نقدمها في شكل اقتراحات عملية تحكمها طبيعة المشكلة ذاتها .

وتعلمنا نظرية التعلم أن السلوك الإنساني - سواء كان بسيطا أو معقدا - يخضع - في غالبيته - لعوامل مكتسبة ، وأن السلوك الشاذ أو المرضي لذلك يكتسب نتيجة لأخطاء في التعامل مع الطفل . وتعلمنا هذه النظرية أيضا أن ما يكتسبه الطفل من أخطاء سلوكية أو اضطرابات يمكن للطفل أن يتوقف عنها أو يُعالج منها إذا ما عدلنا من الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها . واتفقا مع الاتجاه السلوكي فقد تحاشينا في هذا الكتاب شغل القارئ بتفسيرات وراثية ، أو بإرجاع مشكلات الطفل إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة ، أو عُقد نفسية أو غير ذلك من المفاهيم التي لا تصمد كثيرا أمام الممارسة العملية في العلاج . فنحن ركزنا في تحليلنا لأي مشكلة على الشروط التي أحاطت بتكونها وتطورها ، وهي الشروط نفسها التي إذا أمكن إزالتها أمكن علاجها .

ونظرتنا التي نبيناها للعلاج النفسي السلوكي نظرة متعددة المحاور ، قوامها

أن التعلم يعتمد على محاور متنوعة وجوانب بعضها اجتماعي وبعضها انفعالي ،
وبعضها الآخر يكون نتيجة لعوامل ذهنية أو معرفية أو قلة في المعلومات
والخبرة بأمور الحياة والصحة . ومن ثم ، فإن المواجهة العلاجية لأي مشكلة
من مشكلات الطفولة يجب أن تعكس في ذهننا هذه الرؤية المتنوعة المحاور أي
بأن نعالجها من زواياها المختلفة بدلا من التركيز على زاوية واحدة منها .

وقد راعينا في تقديمنا لهذا الكتاب أن نحقق مادته نوازنا بين النظرية
والحلل العملية ، لأننا حرصنا على أن يكون - الكتاب - بمثابة مرشد عملي
يقوم على توضيح المشكلة وعلى تقديم خطط العلاج بصورة يمكن متابعتها
وتنفيذها عمليا خطوة خطوة . إننا - بعبارة أخرى - لم نركز كثيرا على السؤال
لماذا؟ بل ركزنا أكثر على السؤال كيف تكونت المشكلة ، وماذا نستطيع أن
نفعله حيالها؟ .

وحاولنا من هذه الزاوية الأخيرة أن يكون هذا الكتاب للمتخصص وغير
المتخصص . إذ يمكن ، بقليل من الجهد والتركيز والتأني في قراءة مادته ، لغير
المتخصص أن يستمد منه نصائح أو إرشادات عملية فعالة في التعامل مع
المشكلات اليومية للطفل . كما يمكن للمتخصصين في الطب النفسي وعلم
النفس والخدمة الاجتماعية في الوطن العربي أيضا الاطلاع على أحد الفصول
الرئيسية من التقدم في هذا الميدان الذي نعلم أن مصادر الاطلاع والبحث فيه
مازالت محدودة في العالم العربي ، وأن التجارب فيه والممارسة العملية له شبه
منعدمة .

وراعينا ، أيضا ، نوعا آخر من التوازن في تقديم مادة هذا الكتاب ، فبالرغم
من اعتمادنا على كثير من المصادر الأجنبية والحالات المدروسة إلا أن بعضا من
مادة هذا الكتاب ، خصوصا فيما يتعلق بالحالات التي تضمنها ، مثل

مجهودات عملى لأحدنا (ع . إبراهيم) فى ميدان العلاج النفسى السلوكى فى الوطن العربى . ولهذا تغلبنا على إحدى الثغرات الرئيسية التى تسود الكتابات العربية فى هذا المجال التى وإن كتبت باللغة العربية ، إلا أنها - للأسف - تعتمد اعتماداً كاملاً على مادة إنجليزية أو أمريكية بحتة .

وبهذه الرؤى وهذه الأهداف نقدم هذا الكتاب فى خمسة أبواب رئيسية تشمل فيما بينها ما يقرب من ثلاثين فصلاً تتضافر فى تغطية كثير من النقاط النظرية والمهنية والعلاجية المتعلقة بمشكلات الطفل واضطرابات الطفولة . الباب الأول منها يركز على بعض المفاهيم النظرية المتعلقة باستخدامات العلاج السلوكى فى علاج مشكلات الطفل . وهو يتكون من أربعة فصول يتعرض الفصل الأول منها لأنواع المشكلات والاضطرابات التى يعانىها الأطفال وكيفية تناولها سلوكياً . أما الفصل الثانى فقد خصصناه لشرح وتعريف العلاج السلوكى ، ويتكامل هذا الفصل مع الفصل الثالث الخاص بالعلاج السلوكى متعدد المحاور لكى يقدم لنا معالم هذا المنهج العلاجى ومقدار التغيرات الثورية التى أحدثتها فى حركة العلاج النفسى بشكل عام ولعلاج مشكلات الطفل بشكل خاص . ويحىء الفصل الرابع لشرح بعض معالم نظريات التعلم التى تمثل - كما قلنا - الدعامة النظرية الرئيسية لحركة العلاج السلوكى .

ويقدم لنا الباب الثانى ستة فصول عن بعض الأساليب العملية الصالحة لممارسة العلاج السلوكى وضبط سلوك الطفل ، ونظراً لأن لكل محور من محاور العلاج السلوكى فنياته وأساليبه العملية الخاصة . فقد خصصنا كل فصل من هذه الفصول الستة لشرح فنيات متعلقة بتدريب وعلاج نواحي القصور والاضطراب فى سلوك الطفل بما فيها أساليب التعويد على مصادر الخطر والكف بالتقيض (الفصل الخامس) ، واستخدام التعديم والعقاب (الفصل

السادس)، وتدريب المهارات الاجتماعية (الفصل السابع)، وتعديل أخطاء التفكير والعلاج السلوكي المعرفي (الفصل الثامن)، ودور المواجهة الوجدانية (الفصل التاسع). ويعطينا الفصل العاشر قائمة متكاملة بأساليب العلاج السلوكي مجتمعة مع تحديد جوانب القوة والضعف في كل منها.

وقد خصصنا الباب الثالث لشرح إجراءات العلاج السلوكي، فوضحنا في الفصل الحادي عشر الخطوات التي يجب اتباعها لتنفيذ ومتابعة الخطة العلاجية. ثم أعطينا نماذج شارحة لبعض الخطط الملائمة لمعالجة بعض المشكلات النوعية التي يجب التنبيه لها عند التعامل مع الطفل بها في ذلك خطة للتغلب على المخاوف المدرسية (الفصل الثاني عشر) وخطة لتشجيع الانتباه والتغلب على الإفسراط الحركي (الفصل الثالث عشر)، وخطة لتشجيع الاستمرار في التغيرات الإيجابية المصاحبة للعلاج (الفصل الرابع عشر)، وخطة أخرى للتغلب على التبول اللاإرادي (الفصل الخامس عشر).

وقدمنا في الباب الرابع نماذج من بعض الحالات التي تم علاجها عمليا باستخدام هذا المنهج متعدد المحاور في العلاج السلوكي وأدجنا فيه حالات أخرى من معالجين آخرين رأينا أنها قد تفيد الممارس العربي والأبء في التعامل مع مشكلات منتشرة في مجتمعات كثيرة. وقد رأينا أن تمثل هذه الحالات عينة ممثلة للمشكلات الشائعة بين الأطفال، ومن ثم فقد قدمنا في الفصول التي تبدأ بالفصل السادس عشر حتى الفصل الرابع والعشرين حالات مرضية كمشكلات الانتباه (الفصل السادس عشر) والاكتئاب (الفصل السابع عشر)، والشتائم (الفصل الثامن عشر)، وإيقاع الأذى بالنفس (الفصل التاسع عشر) والخجل والعزلة الاجتماعية (الفصل العشرون) وبعض مظاهر التخلف العقلي (الفصل الحادي والعشرون) والخوف والذعر (الفصل الثاني والعشرون)، والتخلف الدراسي (الفصل الثالث والعشرون)، والسلوك

التدميري كما يتمثل في حالة طفل مولع بإشعال النيران (الفصل الرابع والعشرون) وأخيرا قدمنا في (الفصلين الخامس والعشرين والسادس والعشرين) حالة لمراقبة تعاني مشكلة التحكم بالتبول الليلي اللاإرادي ، وأخرى لطفل ملحاح وشديد العناد .

ولاعتقادنا بأن كثيرا من مشكلات الطفل قد تكون نتيجة لأنه لم يصل بعد لدرجة ملائمة من النمو والتطور، وأنه لم يكتسب بعد الخبرة التي تمكنه من التغلب على المشكلات التي قد يراها الآباء والمعلمون كذلك بينما هي ضرورة يتطلبها النمو، فقد رأينا أن نفرد الباب الخامس لتوضيح أهم التغيرات السلوكية المصاحبة للنمو في كل مرحلة من مراحل التطور والنمو. إن هدفنا من هذا الباب أن نقدم من خلال فصوله الثلاثة - السادس والعشرين والسابع والعشرين والثامن والعشرين - مظاهر سلوكية أو مراحل من النمو والتغير في الشخصية قد يراها الآباء المتعجلون ، ويراهم المعلمون والمشرفون المتسلطون ، مشكلات بينما هي في الحقيقة تتلاءم مع النمو والتطور. إن هدف هذا الباب الرئيسي هو أن يمد جمهور القراء والمهتمين بنمو الطفل بالمعلومات العلمية الدقيقة التي تمكنهم من التمييز الدقيق عند التعامل مع الطفل بين جوانب السلوك التي تفترضها طبيعة شخصية الطفل أو نموه وتلك الجوانب الأخرى التي يمكن دمجها بالمرض والاضطراب . ومن هذه الناحية فإن هدف هذا الباب هو شحذ القدرة وتدريبها على التمييز بين ما يجب علاجه وتغييره وذلك الذي يجب على العكس تشجيعه والتعجيل بتنميته حتى وإن بدا للعين غير المتأنية على أنه شكل من الاضطراب .

وفي أي كتاب يتضافر على كتابته أكثر من واحد، فإن الآراء والاهتمامات والاستنتاجات التي يحوها لا يمكن أن تعبر بالضرورة عن وجود اتفاق كامل بينهم . صحيح أن مؤلفي هذا الكتاب يجمعهم معا الاهتمام بالفلسفة العامة

للمدرسة السلوكية في العلاج النفسي ، إلا أن لكل واحد منهم اتجاهاته العلمية وتاريخه السلوكي الخاص به . ومن ثم فإن ما يحتويه هذا الكتاب من آراء واتجاهات لا يتطابق تمام التطابق مع جميع عناصر النظام الفكري لكل واحد من مؤلفيه .

ولا يسعنا في الختام إلا أن نشكر من أسهم معنا في إعداد هذا الكتاب وطباعته . ونخص بالذكر مرضانا وطلابنا . كما نشكر السيدين منصور الفلي وعلي الصالح لتعاونهما في طباعة هذا الكتاب والقيام بالتصحيفات المتعددة له بصبر وأناة .

المؤلفون

أكتوبر ١٩٩٣م



الباب الأول المسلمات والأسس النظرية

الفصل الأول : اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

الفصل الثاني : ما العلاج السلوكي ؟

الفصل الثالث : العلاج السلوكي متعدد المحاور
(الموجة الثانية من التطور)

الفصل الرابع : الأسس النظرية للعلاج السلوكي
متعدد المحاور

مقدمة الباب الأول

«إن السؤال الرئيسي ليس هو ماذا نعرف،
السؤال الأهم هو كيف نعرف وما الدليل
الذي يمكن أن تقدمه لتأكيد تفسيراتنا» .

أرسطو

يقول الكاتب الأمريكي «أوليفر هولمز Oliver Holmes» «عندما نتاح للعقل
فرص الاطلاع على فكر جديد، فإن من المستحيل لهذا العقل أن يتخلص بعد
ذلك أبدا إلى ما كان عليه من قبل» .

وما من مجال يشهد على صدق هذه العبارة أكثر من حركة العلاج السلوكي
وما أضافته هذه الحركة من تطورات جذرية إلى الطب النفسي والعلاج النفسي
بشكل عام، وما استطاعت أن تقدمه لدراسة مشكلات الطفولة وعلاجها
بشكل خاص .

ولقد ظهرت التباشير الأولى لحركة العلاج السلوكي منذ فترة تتجاوز بقليل
ثلاثة أرباع قرن، لكن إضافات هذه المدرسة تتلاحق تقريبا يوما إثر آخر،
بحيث أصبح من المستحيل التغافل عن تأثيراتها العميقة في الجوانب النظرية
والتقنية والإنسانية لحركة العلاج النفسي . ولن يمكن للعلاج النفسي بكل ما
يرتبط به من نتائج معاصرة وتقدم مذهل في ميادين المؤسسات العلاجية
والطب النفسي أن يتراجع إلى ما كان عليه قبل ظهور العلاج السلوكي .

وقد أثرت هذه المدرسة بتصوراتها الجديدة ميدان العلاج ومساعدت على تطوير مبادئ فعالة في مجالات تحليل وعلاج اضطرابات السلوك الإنساني للبالغين والأطفال ، مضافة إلى هذا المجال كثيرا من التصورات والمفاهيم والأساليب العملية والتطبيقية التي أصبحت الآن جزءا لا يتفصل عنها .

فما العلاج السلوكي بالتحديد؟ وما الإسهامات التي يتفرد بها في مجالات اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما الأساليب الفنية التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هي بعض الأسئلة التي يطرحها هذا الباب ويحيب عنها بشكل خاص من خلال أربعة فصول .



الفصل الأول

اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بداية المراهقة . أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل سلوك يثير الشكوى أو التذمر لدى الطفل أو أبويه أو المحيطين به في الأسرة أو المؤسسات الاجتماعية والتربوية ويدفعهم إلى التماس نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من ذلك السلوك . وسنعرض في هذا الكتاب بعض طرق العلاج السلوكي للطفل ، وأنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال ويمكن الاستفادة من هذه الطرق لتفاديها أو تطوير الحلول الناجعة لها . ولكن علينا أولاً الحديث عن ضرورة مثل هذه الطرق .

الحاجة لعلاج الطفل :

من الميسور دائماً الحكم على البالغين بالاضطراب وعدم النضج عندما نلاحظ تقارباً بين ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل . ففي مثل هذه الحالات قد نصف سلوك البالغين هذا بعدم النضج ونقرر بأنهم يعانون اختلالاً بسبب صفاتهم الطفلية هذه . لكن عندما تصدر تصرفات مثل هذه عن طفل فإنها قد تكون شيئاً مقبولاً لتناسبها مع عمره والمتطلبات الفكرية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يمر بها . لهذا يحدتنا علماء العلاج النفسي - السلوكي (B.G.Lazarus, 1971) من الاندفاع والعجلة في

وصف طفل معين أو دماغه بالاضطراب . ويترتب على هذا التحذير أنه يجب على المعالج النفسي أن يكون ملماً بخصائص مراحل النمو وتطور الطفولة ليميز في سلوك الطفل بين ذلك الذي يحتاج منه إلى التدخل المهني (طبي أو نفسي) بسبب شدوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو، وبين ذلك الذي لا يحتاج إلى التدخل العلاجي، بل قد يكون المطلوب منه تشجيعه، بسبب انسجامه مع المتطلبات التي تفرضها ضرورات النمو.

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

وفي المقابل يمكن - اعتمادا على البحوث التي تدرس مراحل النمو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة - أن نقرر أن هناك كثيرا من التصرفات التي تصدر عن الأطفال لا تمثل جزءا من مقتضيات النمو الانفعالية أو العقلية أو الاجتماعية ويصح بالتالي تشخيصها بأنها شاذة وتتطلب التدخل العلاجي.

وتبين الأبحاث أن هذه التصرفات التي تشخص على أنها شاذة بسبب تضاعفها من حيث الحدة والشبوع تتزايد تزايدا محيضا. فقد أظهرت دراسة أمريكية (Tuma, 1989) أن نسبة ١١٪ من الأطفال في الولايات المتحدة (أي حوالي ٨ ملايين طفل) يعانون اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تزيد على ذلك بكثير إذا ما ضممنا لهذه الفئة الأطفال الذين يعانون الاضطراب الذي لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج، والأطفال الذين يعانون مشكلات التخلف العقلي ومشكلات التعلم.

ولا يوجد في مجتمعاتنا العربية - في حدود علمنا - احصاءات أو دراسات شاملة تمكنتنا من تقدير مدى انتشار الاضطراب السلوكي الحاد بين الأطفال . إلا أننا نعتقد أن التغيرات الاجتماعية التي تتعرض لها هذه المجتمعات وانعدام الخدمات النفسية المتخصصة في مجال اضطرابات الطفولة لا تبعث على التضاؤل الشديد . وبناء على تجربة أحد الكتاب (ع . إبراهيم) في إحدى العيادات النفسية في البلاد العربية نجد أن ما يقرب من ٦٥٪ من الحالات التي تفتد للعيادة طلبا للخدمة النفسية والطبية هي للأطفال . وتمتد الشكاوى في مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات هي - كما سنرى فيما بعد - في صميم التخصصات النفسية - السلوكية . ولهذا فإننا نعتقد أن وجود خدمات نفسية - سلوكية أصبح أمرا ضروريا ومطلبا ملحا .

أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال :

تنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل . ويمكن معرفة هذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها ثم تصنيفها بالتبع المتكتم لما يرد من هذه الحالات للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات .

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يضعه لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي (DSM. III. R, 1987) لهذه الحالات . فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة على النحو التالي :

١ - مشكلات متعلقة بالنمو: التخلف العقلي أو الدراسي - مشكلات النمو اللغوي - صعوبات التعلم .

٢ - مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: الإفراط الحسوسكي (الحراكية)^(١) - العدوان - تشتت الانتباه - التخريب - الجنوح -



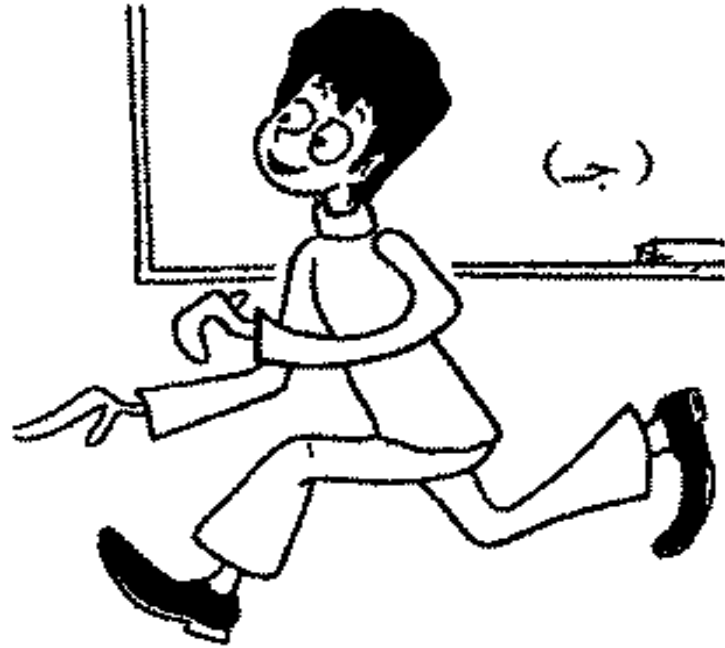
(أ)



شكل رقم ١ : تتسبب مشكلات واضطرابات الطفل، فبعضها يتعلق بالنمو، كالتخلف العقلي، وبعضها باضطرابات السلوك الاجتماعي والحركة (ج) والجنوح والعدوان، وبعضها يتعلق باضطرابات الوجدان وذلك مثل اضطرابات القلق كقلق الانفصال (ب) والاكتئاب (أ). وقد كان يعتقد أن الأطفال ليسوا عرضة للإصابة بالاكتئاب أو أن الإصابة به محصورة في الكبار، ولكن الدراسات المعاصرة تثبت أن الأطفال يمكن أن يتعرضوا للاكتئاب بكل أعراضه المتوافرة لدى البالغين بما في ذلك الحزن ونقص الوزن واليأس.



(ب)



(ج)

الكذب - الانحرافات الجنسية .

٣- مشكلات القلق : قلق الانفصال^(٢) - القلق الاجتماعي - تحاشي أو تجنب^(٣) الاحتكاك بالآخرين .

٤ - الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام^(٤) : الهزال أو النحافة المرضية^(٥) - النهم - السمنة^(٦) - التهام المواد الضارة^(٧) .

٥ - اللوازم الحركية^(٨) : نتف الشعر - مص الأصابع - قضم الأظافر .

٦ - اضطرابات الإخراج : التبول اللاإرادي^(٩) - التغوط^(١٠) .

٧ - اضطرابات الكلام واللغة : التتهمة - البكم - الحبسة الصوتية .

٨ - اضطرابات أخرى : ذهان الطفولة - السلوك الاجتراري^(١١) .

ولا يعني التصنيف على هذا النحو وجود حدود قاطعة بين هذه الفئات . فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص ، وما هذا التصنيف إلا إجراء له مقتضياته لدى المعالجين النفسانيين ، وإن كان ينقصه الكثير من الدقة عند التطبيق (Mischel, 1968) .

اضطرابات نوعية :

إلا أن أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي هو عدم الاكتفاء بتصنيف الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى وفق فئات عريضة . فالمطلب الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي للطفل هو تحديد السلوك المطلوب علاجه تحديدا نوعيا ودقيقا . فالمعالج السلوكي - على سبيل المثال - لا يقبل وصف اضطراب طفل معين بالعدوان . بل يفضل بدلا من ذلك الإشارة إلى مظاهر سلوكية محددة مثل : يستخدم ألفاظا قبيحة - يضرب اخته - يعتدي على أبويه بالضرب - يبصق - يخطف الأشياء من أمام زملائه - يحطم



أثاث المنزل - يشعل النيران - وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التي يمكن وصفها عادة بالعدوانية . وعلى النوال نفسه يفضل المعالج السلوكي استخدام صياغات سلوكية محددة مثل : يخاف من الظلام - يشعر بالسخونة في المدرسة - يرفض الذهاب للمدرسة - لا يستيقظ مبكرا في أيام الدراسة . . بدلا من وصف الطفل بأنه يعاني عصاب القلق ، أو تتسابه المخاوف المرضية . ويوضح الجدول رقم (١) بعض الصياغات السلوكية المقبولة من السلوكيين لبعض أنواع الاضطرابات النفسية (انظر الجدول رقم ١) .

ويحتاج المعالج السلوكي إلى أن يدرب نفسه جيدا على عمل مثل هذه الصياغات السلوكية ، والفوائد التي يجنيها المعالج من هذه المهارة متعددة فهي تسهل له ملاحظة المشكلة وتقييمها وتعيينه على وضع خطة محددة للعلاج ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها .

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال تتنوع وتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التي تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء . ولهذا يبذل المعالجون السلوكيون جهدا كبيرا في وضع قوائم تحليل سلوكي نوعي للاضطرابات النفسية الشائعة . فعلى سبيل المثال وضع «ولبي» و«لانج» (Wolpe & Lang, 1964) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الاجتماعية (١٢) وهي تتكون من ٧٤ بندا تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال من أشياء مثل : الثعابين ، والأماكن المظلمة ، والأصوات العالية ، والسلطة ، والاجتماع بالآخرين ، والتحدث مع الغرباء . . إلخ . ونستخدم - من ناحيتنا - في العيادة السلوكية بكلية الطب بجامعة الملك فيصل قائمة مشكلات الطفل التي تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية تساعد المعالج على تقييم حدوث كل مشكلة فيها على مقياس يتراوح من ١ (تنطبق أو تشيع بشدة في سلوك الطفل) إلى ٣ (لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة) . ويمكن للمقارئ أن يتجول في هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال (انظر جدول ٢) .

جدول رقم ١
الصفات السلوكية للمفاهيم النفسية

| الصفات السلوكية - النوعية | المفهوم | الصفات السلوكية - النوعية | أنواع المفاهيم |
|--|---------|---|----------------|
| <p>يجب حضور الحفلات يلتقي الغرباء يدعو الأطفال الآخرين يفضل أن يقضي وقته مع الأصحاب يصادق كثيراً من الأطفال يلتقي كثيراً من السعدوات للخروج والحفلات . . . الخ</p> | اجتماعي | <p>يكنى يجلس بمفرده يطيء الحركة يردد عبارات مثل: أشعر بالاكتئاب يرفض الطعام وزنه يتناقص بمقدار . . . كذا (. . .) يهدد بالانتحار حاول الانتحار من قبل عدد مرة . . .</p> | مكتئب |
| <p>يحصل على درجات أكاديمية عالية يسجل نسبة ذكاء فسوق المتوسط يقرا الكتب المتقدمة عن عمره يتحدث أكثر من لغة يأبى لمبات تحتاج للتفكير كالشطرنج</p> | ذكي | <p>ينتقد الآخرين بشدة يضرب يتعارك يخربمتلكات أحسن الأشخاص يقاطع الآخرين يهاجم ويترق يسب ويهين</p> | عدائي |
| <p>يتحاشى لقاء الآخرين يتحاشى الكلام في وسط مجموعة وجهه يشعب يقص أو يلعب ريقه يرطب شفاهه يتنفس بصعوبة يعرق أطرافه دائما باردة يتهم أو يتغير في الكلام يجزع من بعض الحيسوانسات بشدة يرتعد عند الذهاب للمدرسة لا يستطيع رد الإهانة</p> | عصابي | <p>يضحك من دون سبب يتحدث مع نفسه بصوت عال لا يستجيب للناس يتزع ملابسنا يقضي أوقانا طويلا بمفرده لا يبدو أنه يكثر لنا يحدث حوله يتفجر بالغضب دون سبب واضح لغة مفككة يلبس (يرى أو يسمع أشياء لا يحس بها الآخرون) يلعب بأعضائه التسمية علنا لا يرحم نفسه</p> | ذهاني |

عن: إبراهيم (عبد الستار)، الدخيل (عبد العزيز)، إبراهيم (رضوي)، ١٩٩٣ مع بعض التصرف .

جدول رقم (٢) قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص / الطفل : _____ عمره : _____ تعليمه : _____
التشخيص الطبي : _____ المستشري العقلي : _____
التعليقات : العبارات التالية تعبر عن مشكلات لدى بعض الأطفال . المطلوب قراءة كل عبارة معها وحدها ما إذا كانت تنطبق أو تظهر في سلوك الشخص أملاء خلال الأسبوع الماضي ، الأجابة تكون بوضع X تحت الرقم المناسب أمام كل عبارة .
١ = تنطبق تماماً أو مشكلة قوية ، ٢ = تنطبق على وجه العموم ، ٣ = لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة

| السلوك | | | السلوك | | | السلوك | | |
|--------|---|------------------------|--------|---|------------------------|--------|---|--------------------------|
| ٣ | ٢ | ١ | ٣ | ٢ | ١ | ٣ | ٢ | ١ |
| | | | | | | | | |
| | | يتبول على نفسه بالنهار | | | يصرخ ويصرخ | | | حزين وغير سعيد |
| | | يتبول على نفسه ليلاً | | | يرغمي على الأرض | | | يجعل |
| | | يتبرز على نفسه | | | يهدد ويهدد | | | يقاد بسهولة * |
| | | يمص أصابعه | | | يضرب ويمتدي | | | يعزل عن الآخرين |
| | | يمض أو يأكل أغطائه | | | يشتم بألفاظ قبيحة | | | يكفي |
| | | يتف شعره | | | يخبط الأبواب والنوافذ | | | يخاف من الناس |
| | | يأكل القاذورات | | | يحطم الأثاث | | | يخاف من الغلام |
| | | يلعب بأعضائه التناسلية | | | يحرق ويقطع | | | يخاف من الحيوانات |
| | | يكشف عن عورته | | | يعض | | | يخاف من أشياء أخرى |
| | | يلعب جنسياً بطرق بذيئة | | | يبدل | | | يؤذي نفسه بالطم، إلخ . . |
| | | يجعل واجباته المدرسية | | | يلعب | | | ينام متقطعاً |
| | | يهرب من المدرسة | | | يسرق | | | يستيقظ مفزوعاً |
| | | أدائه المدرسي يتدهور | | | يكذب | | | يكثر من النوم |
| | | يتكلم من الأم بالبطن | | | يرمي أشياء على الناس | | | يستغرد ميكراً ولا ينام |
| | | يتقياً | | | يمسك | | | نصية كوابيس ليلاً |
| | | يشكو من الصداع | | | يرفض الانصياع للأوامر | | | لا يظهر غضبه |
| | | يتعلق بأمه | | | يتعارك | | | يتكلم ضيقه |
| | | يتعلق بأبيه | | | يجب أن يقيظ | | | لا يدافع عن نفسه |
| | | يلتصق بالكبار | | | يتفجر بالغضب | | | تسبح مشاعره بسهولة |
| | | يتعجب على الأطفال | | | يكثر من الحركة والنشاط | | | يتنه في الكلام |
| | | يقزع بسهولة | | | لا يستمر في نشاطه | | | يصعب عليه الكلام |
| | | ينزع ملابسه علناً | | | لا يكثر من لما يقال له | | | يتكلم بطريقة لا تفهم |
| | | لا يأكل جيداً | | | تشتت انتباهه بسرعة | | | يجشي الخروج من البيت |
| | | وزنه يتناقص | | | يضحك مع نفسه | | | يتحدث مع نفسه |
| | | يأكل بشراسة | | | لا يستجيب للأقارب | | | لا يستجيب للأطفال |
| | | | | | أشياء أخرى . . إلخ . . | | | لا يتب |

أي ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها . . أضيفها هنا



شكل رقم ٣: يعتبر الأرواح الجركي والمدرسة من أهم الاضطرابات السلوكية التي تمثل إحدى التكاثرى الرئيسة في الميادين السلوكية.

الخلاصة

تتزايد المشكلات الانفعالية والعقلية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال تزايداً واضحاً . مما يستتبع ضرورة وجود اهتمام بتقديم الخدمات النفسية والرعاية الملائمة . ويذكر لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال والتي تحتاج إلى التدخل المهني . لكن أحد أهدافنا الرئيسية هنا أن نبين أن التصنيفات التقليدية لاضطرابات الطفولة لا تكفي . . . ونفضل بدلاً من ذلك ترجمة المفاهيم العامة إلى عناصر سلوكية يمكن ملاحظتها وتبناها وتقدير مدى انتشارها في سلوك الطفل . ومن ثم كان هدفنا من هذا الفصل أن نساعد القارئ على شحذ قدرته ومهارته على الصياغات السلوكية للاضطرابات الشائعة بها فيها مفاهيم كالعصاب والذهان ، والعدوان . . إلخ . إن الصياغة السلوكية بها تتميز به من تحديد نوعي للمشكلة ، تعتبر من الإسهامات البارعة التي قدمتها مدرسة العلاج السلوكي لإثراء علم النفس المرضي تشخيصاً وعلاجاً . ومن ثم قدمنا للقارئ قائمة المشكلات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها لتحديد مسدى شيوع الاضطرابات بين الأطفال قبل الدخول في أي برنامج علاجي . . حتى يتحدد بالضبط الهدف من العلاج وتقدير مدى التقدم فيه .

الفصل الثاني

ما العلاج السلوكي؟

العلاج السلوكي ببساطة شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية . ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك . ولأن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظرية التعلم ، فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي «بافلوف» L.Pavlov ومن بعده «واطسون» Watson «هل» Hull الأمريكيان . لكن الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس . ونتفق - نحن - مع هذا التصور الذي تنعكس صورته في هذا الكتاب . ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما سنستخدمه في هذا السياق علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل :

أ - الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند «بافلوف» و«هل» بشكل خاص .

ب - الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي (التي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي «سكينر» Skinner) والتي امتد تأثيرها إلى

جوانب سلوكية لم تنطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك.

جـ- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي^(١) والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير، والتدريب على حل المشكلات، والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد.

د- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية^(٢)

ويرى البعض أنه يجب التمييز بين العلاج السلوكي وتعديل السلوك^(٣)، فالشائع الآن أن يقتصر مفهوم العلاج السلوكي على الحالات التي تنصف بالاضطراب النفسي والعقلي والمشكلات الانفعالية، بينما يستخدم مفهوم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعوقات الأخرى للنمو، وضبط التصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي المتمثل في السلوك العدواني والجنوح. بينما يفضل آخرون (Goldfried & Davison, 1977) استخدام مفهوم العلاج السلوكي على أساس أنه أكثر شمولاً في مدلوله من مفهوم تعديل السلوك، لأن علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط الخاطئة من السلوك. إلا أننا سنستخدم المصطلحين بالتبادل كمرادفين للإشارة إلى نفس المعنى متفقين في ذلك مع تيار حديث من المعالجين (Kraisner, 1990).

كذلك يجب أن نميز بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي^(٤) (Pichot, 1989). وقد اعتاد الباحثون أن يستخدموا مفهوم العلاج النفسي عند الإشارة

إلى طرق العلاج غير السلوكية مثل العلاج بالتحليل النفسي والعلاج الإنساني والوجودي . لكن الشائع بين كثير من الأطباء النفسيين النظر إلى العلاج النفسي بأشكاله المختلفة والعلاج السلوكي كليهما على أنها يشكلان تيارا واحدا مستقلا في مقابل العلاج الطبي . ويمكن النظر وفق هذا التصور إلى العلاج السلوكي والعلاج النفسي على أنها يشيران بشكل عام إلى تعديل الحالات المرضية بوسائل غير طبية (Pichot, 1989) . ولتجنب إرباك القارئ بشأن هذه التمييزات فإننا سنستخدم في أحيان كثيرة مصطلح العلاج النفسي - السلوكي ونحن نعني الإشارة إلى العلاج السلوكي . لكن يجب إلا يستشعر القارئ من ذلك أن العلاج السلوكي هو نفسه العلاج النفسي ، فالعلاج السلوكي تيار مستقل له مسلماته الخاصة ووسائله المستقلة .

المسلمات الرئيسية التي يتبناها العلاج السلوكي

تميز نظرة العلاج السلوكي من غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة نذكر منها على سبيل المثال ما يأتي :

١ - لا يبذل المعالج السلوكي مجهودا كبيرا - عكس زميله في التحليل النفسي - في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك ، أو في محاولة إرجاعه إلى صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فسيولوجية ، إذ إن العلاج السلوكي يختلف عن الأساليب التقليدية الشائعة في مدارس العلاج النفسي السابقة من حيث إنه يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعانيها المراجع (إبراهيم ١٩٨٨ ، الدخيل ١٩٩٠ . Kraissner) . فالمعالج السلوكي الذي يهدف - مثلا - إلى علاج طفل مصاب بالقلق أو الخوف المرضي من السلطة المدرسية لا يبحث عن ذكريات الطفولة ، ولا يعالج الخوف على أنه نتاج لعوامل لا شعورية ، أو

صراعات أوديبية في المراحل المبكرة من النمو الجنسي ، بل إنه يجعل التحرر من الخوف هو الهدف الرئيسي الذي يجب أن تتجه له جهودات العلاج .
والمعالج السلوكي إذ يجعل هدفه التغيير المباشر للمشكلة ينظر إلى الاضطرابات على انها سلوك شاذ أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم .

٢- إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيان ملتزمان ، إذ إن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يخاف ، أو يقلق . وفي تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاستجابات أو ردود الأفعال البيئية (من قبل الأسرة أو المحيطين بالطفل) قبل ظهور السلوك المشكل وبعد ظهوره ، وهي الأسباب التي يعرف المعالج أن تعديلها أو تغييرها سيؤدي إلى التخلي عن هذا السلوك ، ومن ثم التخلص من المشكلة برمتها .
فالمعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج .

٣- ومن المسلمات الرئيسية التي يتبناها المعالج السلوكي والتي تضعه في موقع فريد ومختلف جذريا عن العلاجات النفسية الأخرى أنه لا يرى - ما يراه المحللون النفسيون مثلا - وجوب إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة ، لأنه لا يوجد في نظامه العلمي مثل هذه الافتراضات ، وإن كان يجد أنه من الحكمة تناول الجذري للمسيبات البيئية للمشكلة لمنع رجوعها . إذن يرى المعالج السلوكي أن علاج العرض هو علاج للمرض ، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح (Eysenck, 1978) . وهذا المنطق يختلف بالطبع عن

منطق المرض الجسمي أو عن النموذج العليسي - العضوي الذي يُنظر بمقتضاه إلى الإصابة بالصداع مثلا على أنها عرض قد يخفي وراءه مرضا آخر كالأنفلونزا، أو سرطان المخ، أو زيادة نسبة السكر في الدم . أو الإجهاد . . أو إلى غير ذلك من أمراض .

٤ - وينظر المعالجون السلوكيون بشك شديد إلى المسلمات التقليدية في العلاج النفسي والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض . فالموقف الذي يتبناه المعالج السلوكي بصدد هذه القضية أن علاج مشكلة كالحوف مثلا سيجعل الطفل قادرا على مواجهة مشكلته الراهنة، ومن ثم ستسع أمامه آفاق الصحة والنمو السليم : إذ سيكتسب ثقة بنفسه، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه، وستتاح له فرص احتكاك جديدة كانت مستعصية عليه بسبب مخاوفه . وكل ذلك سيؤدي إلى تغيير شامل وإيجابي في شخصيته . أما القول إننا نحتاج إلى تغيير الشخصية وحل صراعاتها قبل أن نعالج مشكلة الحوف، والقول إننا ما لم تفعل ذلك - أي ما لم نبدأ من الشخصية أولا - فإن الحوف سيستبدل بخوف آخر أو مشكلة انفعالية أخرى، فهو قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية ويمثل نقطة خلاف علمية عميقة بين العلاج السلوكي وغيره من أنواع العلاج النفسي .

ولم تكنف السلوكية - بصدد هذه النقطة - بمناقشة هذا الخلاف على المستوى النظري البحت، بل عملت من خلال البحوث والدراسات المتعددة، والنماذج العلاجية على إثبات أن علاج الأعراض وحدها لا يؤدي إلى ظهورها في شكل أعراض بديلة . وربما - لهذا السبب - نجد أن الموافقة على نشر أي حالة من حالات العلاج السلوكي في بعض دوريات العلاج السلوكي تشترط أن يقدم المعالج تقييما لتطور الأعراض وما يرتبط

بها من تغيرات سلوكية إضافية سلبية أو إيجابية بعد انقطاع العلاج، ومن هذه الناحية تدل التقارير المنشورة على أن التخلي عن الأعراض بعلاجها مباشرة وبالطرق السلوكية لا يؤدي إلى النجاح في إزالة هذه الأعراض فحسب، بل تتعمم نتائجها لتحدث تغيرات إيجابية في الشخصية والسلوك لم تكن موضوعا مباشرا للعلاج. فالنجاح يخلق نجاحا آخر، واكتساب الثقة في علاج مشكلة معينة، سيؤدي إلى مزيد من الثقة في اكتساب أشكال إيجابية أخرى من السلوك.

٥ - أما من حيث المسلمات النظرية، فإن العلاج السلوكي، ولو أنه يعتمد على الحقائق التجريبية في علم النفس الأكاديمي بمدارسه المختلفة، إلا أنه يستظل أساسا بعباءة نظريات التعلم. فهو قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الأكلينيكية. والعلاج النفسي يفضل ظهور نظريات التعلم والتشريط ويتبنى في نظره للسلوك المرضي نفس النظرة التي تبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك. ولهذا ينظر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفاتها استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التوقف عنها، أو أن نستبدلها بتعلم سلوك أفضل وأنسب. فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المرضي بفعل خبرات شاذة، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال مبادئ التعلم نفسها التي أدت إلى اكتسابنا السلوك المرضي (إبراهيم، ١٩٨٧، الدخيل، ١٩٩٠).

وبالرغم من أن البدايات الأولى للعلاج السلوكي، والتي يعتبرها البعض الثورة الأولى في العلاج النفسي (Drasne, 1990)، جاءت مرتبطة بتطور نظريات المنبه والاستجابة التي كان من روادها الأواكل «بافلوف» و«واطسون»، إلا أن هناك تطورات معاصرة في هذه الحركة وسعت من القاعدة الرئيسية التي تركز عليها

مسلماتها . فإسهامات سكينر وأتباعه أثرت العلاج السلوكي ونقلته من عالم السلوكية التقليدي محدود النظرة والكفاءة إلى مستوى أكثر فعالية وشعولا في تفسير وتحليل وعلاج مختلف أنواع السلوك ومستوياته بما في ذلك ما اصطلح على تسميته بالسلوك المعرفي (الدخيل ١٩٩٠) .

كما برزت إلى الوجود الآن ما يسميه كسرايزنسر (Kraissner, 1990) الموجة الثانية^(٥) أو الثورة الثانية في حركة العلاج السلوكي . وهذه الموجة بدأت تقريبا في عام ١٩٧٥ وجاءت مصاحبة للتطورات الجديدة في نظريات التعلم التي تمثلت في ظهور نظريات التعلم المعرفي^(٦) والتعلم الاجتماعي^(٧) . (للمزيد من هذه النظريات انظر بالعربية : إبراهيم ، ١٩٨٧) . وقد فتحت هذه الإسهامات الجديدة للمعالجين السلوكيين آفاقا وإمكانات جديدة ومتعددة لتغيير السلوك وتطوير نظريات التعلم الكلاسيكية ، بحيث أصبحنا ننظر إلى البدايات الأولى للعلاج السلوكي - في تجارب واطسون مع الطفل ألبرت (Albert) ، أو ماري كوفر جونز (Jones) مع الطفل بيتر (Peter) - على أنها تتصف بالتبسيط الشديد إذا ما قارناها بما تتميز به الموجة الثانية من العلاج السلوكي . ولهذا فنحن نفضل أن ننظر لحركة العلاج السلوكي المعاصرة على أنها حركة علاج متعددة الأوجه ، وبحسن هنا أن نسلط الضوء على ما يعنيه ذلك بشيء من التفصيل . ومن خلال ذلك سنوضح ما أسهمت به نظريات وأبحاث التعلم الفعال (الإجرائي) والمعرفي والتعلم الاجتماعي من تغيير شامل في العلاج السلوكي .

جدول رقم ٣ قائمة المدهمات

اسم الشخص:
هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة . فالملطوب أن تقر كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك أو في الشخص أعلاه . أضف إلى القائمة ما تشاء .

| ممتلكات | نشاطات | اجتماعية وشخصية |
|-------------------------|-----------------------------------|---|
| ١ - ملابس . . . | ١ - الذهاب إلى الملاهي | ١ - مساعدة الأم في المطبخ |
| ٢ - مجلات . . . | ٢ - رسم أو تكوين | ٢ - المدح |
| ٣ - كتب . . . | ٣ - خياطة أو تفصيل | ٣ - اللعب مع الأب |
| ٤ - أدوات . . . | ٤ - قص وازق | ٤ - الخروج للترفيه بمفرده |
| ٥ - أقلام . . . | ٥ - الصيد | ٥ - الخروج للترفيه بصحبة الأسرة |
| ٦ - صور للتعليق . . . | ٦ - السباحة | ٦ - الخروج للترفيه بصحبة الأصدقاء |
| ٧ - مشروبات غازية | ٧ - صلاة جماعية | ٧ - إعطاء وقت للأنفراد |
| ٨ - عصير أو آيس كريم | ٨ - القيادة | ٨ - الإصغاء والانتباه للشخص |
| ٩ - لبس | ٩ - شراء أشياء من السوق أو المخبز | ٩ - التفرغ العائلي وإبداء الإعجاب |
| ١٠ - سجائر | ١٠ - إطعام صغار الحيوانات | ١٠ - الذهاب إلى حفلة |
| ١١ - شوكولاتة أو حلويات | ١١ - الدخول في مناقشة | ١١ - زيارة أصدقاء |
| ١٢ - قهوة أو شاي | ١٢ - غناء فردي أو جماعي | ١٢ - الانتماء لجماعة رياضية أو ناد (اجتماعية وشخصية) |
| ١٣ - نقود - ممتلكات | ١٣ - مشاهدة تليفزيون - نشاطات | ١٣ - الكلام (تبادل الحوار) |
| ١٤ - أطعمة للتسلية | ١٤ - الاستماع لراديو | ١٤ - إطلاق نكتة |
| ١٥ - أشرطة تسجيل | ١٥ - القراءة | ١٥ - ألعاب (كرة القدم، سلة، تنس، شطرنج، سباحة، مصارعة) |
| ١٦ - أشرطة فيديو | ١٦ - الترتيب على الكف أو الظهر | ١٦ - التأيد |
| ١٧ - ساندوتشات | ١٧ - رحلات | ١٧ - الاحتكاك البصري والانتسام |
| ١٨ - أدوات تلوين | ١٨ - عمل مشروب | ١٨ - الذهاب إلى الأسواق (ملابس، لعب سيارات، أدوات كهربائية) |
| ١٩ - راديو | ١٩ - غسل | ١٩ - التصفيق له |
| ٢٠ - تليفزيون | ٢٠ - تنظيف | ٢٠ - اللمس والقرب البدني |
| ٢١ - كاميرا للتصوير | ٢١ - تربية حيوانات | ٢١ - المساعدة على عمل شيء |
| ٢٢ - ساعة | ٢٢ - ركوب دراجة | ٢٢ - تقديم شاي أو قهوة |
| ٢٣ - مشربو | ٢٣ - كنس أو تنظيف | ٢٣ - مناقشات |
| ٢٤ - منبه | ٢٤ - خياطة | ٢٤ - اجتماعات عائلية |
| ٢٥ - ترتيب الأثاث | ٢٥ - نظ الحبل | ٢٥ - أشياء أخرى |

الخلاصة

مفهوم العلاج السلوكي - كما استبناه في هذا الكتاب - مفهوم متعدد الأوجه ويمتد ليشمل كل الوسائل الممكنة لتحقيق تغيير مباشر في السلوك المضطرب . ولكي يكون هذا التغيير علاجيا - أي فعالا وحاسما - فإن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث تغيير في البيئة المباشرة المحيطة لظهور السلوك المضطرب . . وفي أنماط تفكير الفرد ومهاراته الاجتماعية .

ويتهدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية ويركيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الاستجابة (أو مجموعة الاستجابات) المرضية والشاذة شيء أمكن اكتسابه بفعل خبرات خاطئة . ولهذا نجد أن مناهج العلاج السلوكي - على تنوعها وشرائها - تتفق فيما بينها على هدف موحد وهو أن ما أمكن اكتسابه يمكن التوقف عنه ، أو استبداله بسلوك أو استجابات أخرى . بعبارة أخرى ، فإن المعالج السلوكي يطبق القواعد العلمية نفسها في تشجيع الطفل على التوقف عن المشكلية (أو المرض) وتشجيعه على اكتساب سلوك صحي بديل يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية .

الفصل الثالث

العلاج السلوكي متعدد المحاور

(الموجة الثانية من التطور)

لكي تقوم بعلاج طفل يشكو مثلاً من اضطراب معين كالعجز عن ضبط النزعات العدوانية، فإن المعالج السلوكي الحديث يمكن أن ينظر إلى هذا السلوك العدواني من زوايا مختلفة. فمثلاً قد يعبر هذا السلوك العدواني عن .

أ - رغبة الطفل العدواني في الحصول على مزايا أو اهتمامات خاصة .

ب - خبرات سيئة في مواقف مماثلة كان يشعر خلالها الطفل بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدي على حقوقه .

ج - قصور في المهارات الاجتماعية - لهذا الطفل تجعله عاجزاً عن حل صراعاته ومشكلاته الاجتماعية بطرق غير عدوانية .

د - تفسيرات سيئة لمقاصد الآخرين وللذات يستتج من خلالها أنه غير كفاء أو أنه ضحية وموضوع للامتهان من قبل الآخرين .

ولعلاج هذا الطفل نجد أن المعالج السلوكي قد يعلمه أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التي يريدتها بطريق مقبول . كما يمكن

أن يعلمه طرقاً جديدة في التفكير وحل المشكلات ، ويمكن أن يساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف . أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الاجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات اجتماعية تساعده فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية .

ويتوافق العلاج السلوكي متعدد المحاور من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا للسلوك الشاذ والاضطراب . فلأي سلوك مرضي - فيما نعتقد - توجد على الأقل محاور رئيسية هي :

١ - الموقف أو الحوادث السابقة التي تثيره وتسهم في تشكيله وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد .

٢ - السلوك الظاهر ، أي الأفعال السلوكية التي يترجم الشخص من خلالها هذا الاضطراب ، كالتهمة ، أو التبول اللاإرادي ، أو العجز عن الاحتكاك البصري ، أو احمرار الوجه ، أو شحوبه ، أو هروب من المدرسة ، أو تجنب لبعض المواقف .

٣ - المكونات الانفعالية أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الاضطراب مثل زيادة ضربات القلب ، ازدياد في سرعة التنفس ، النشاط الهرموني . . إلخ .

٤ - الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها . وينطوي هذا الجانب على ما يتجه التفكير من مبالغاة أو تطرف ، أو ما يقوله الشخص لنفسه من أفكار سلبية أو انهزامية .

٥ - ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي ، أو قصور المهارات الاجتماعية ، فالعدوان والخنجل ، والأنزواء وغيرها يمكن النظر إليها كدلالة على ضعف

المهارات الاجتماعية أو افتقاد المتطلبات الإيجابية للتفاعل الاجتماعي السليم والتواصل الموجب بالآخرين .

ولأن هذه المحاور السابقة تنفق وتتداخل فيما بينها في إبراز السلوك المرضي ، وتشكله وتعمقه ، فإن المواجهة العلاجية يجب أن تعكس هذه الرؤية متنوعة المحاور . ونظرا لأن المحاور الخمسة السابقة جميعها - فيما عدا المحور الأول الخاص بالموقف أو الحوادث الخارجية - يمكن أن تكون تحت سيطرة المعالج السلوكي ، فإننا نجد أن من المطالب الحديثة للعلاج السلوكي توجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب الأربعة (أي السلوك الظاهر - الانفعال - المكونات الفكرية ، والأساليب المعرفية - نواحي التفاعل الاجتماعي) .

لنتناول - كمثال آخر على وجهة هذه الرؤية - طفلا يعاني القلق الاجتماعي الشديد بصورة تحرمه من التفاعل الجيد مع زملائه أو مدرسيه أو أي شخص آخر على درجة من الأهمية أو الجاذبية له . إن قلقه في الحقيقة يترجم نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعا في وقت واحد ، فهو يشعر بالخفقان والغصة ويزداد تنفسه ، ويحرف لعابه كدلالة على الانفعال . أما ما نراه من سلوك ظاهري لهذا القلق فقد يظهر في صعوبات الحديث (التتهمة أو الحبسة الصوتية) أو اللجلجة في الكلام وشحوب الوجه والشفيتين ، وانكسار البصر وخفوت الصوت . كما قد لا يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته أو تساعد على استمرار حواراته وتفاعله كدلالة على ضعف المهارة الاجتماعية . وإذا سأله عما كان يفكر فيه خلال هذا الموقف المربك فستجد أنه كان يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع ، بأنه (طفل) عاجز وسيفشل فشلا ذريعا في أن يحول هذا الموقف لصالحه .

ويتطلب العلاج التناجح لهذا الطفل أن توجه نشاطنا العلاجي لتعديل كل هذه المحاور من الاضطراب . فمن الممكن أن نعلمه أساليب جديدة

لفضبط انفعالاته (من خلال تدريبه على الاسترخاء العضلي مثلا) كما يمكن أن ندرسه على أساليب جديدة من السلوك أو نساعده على التخفيف من الأساليب السلوكية المرضية (من خلال تدريبه على الطلاقة والتخلص من التهمة). ويمكن إضافة إلى ذلك أن نساعده على تعديل طريقة تفكيره نحو نفسه (التي تتسم عادة بالانتقاص وتوقع الفشل)، أو طريقة تفكيره في الحدث وشيك الوقوع والتي تتسم عادة بإعطاء ذلك الحدث قيمة إيجابية مفرطة (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تبادل الأحاديث، وخلق موضوعات للحوار، وتوجيه الأسئلة، كهدف من أهداف تعديل طرق التعامل الاجتماعي ومواجهة جوانب القصور في المهارات الاجتماعية.

هذه المحاور الأربعة السابقة، التي تشكل في مجموعها العلاج السلوكي متعدد الأوجه، تتركز على أربع نظريات رئيسية في التعلم تمثل بدورها الأسس النظرية الرئيسية للعلاج السلوكي.

الخلاصة

يتطلب العلاج السلوكي الناجح أن نوجه نشاطنا لتعديل السلوك المرضي مباشرة وكل الجوانب المحيطة به بما فيها: الحوادث السابقة والتغيرات العضوية الداخلية والخارجية (الانفعالات) والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه وعن الموقف الذي أسهم في تطور الاضطراب، فضلا عن القصور في المهارات الاجتماعية وأخطاء التفاعل بالآخرين: ويمثل الانتباه لهذه المحاور في عملية العلاج النفسي تطورا واضحا في حركة العلاج السلوكي سواء من حيث مناهجه النظرية، أو أساليبه الفنية، أو في اتساع مجالات تطبيقاته العلاجية التي أخذت تمتد في الوقت الحالي لتشمل الكثير من الاضطرابات المعقدة التي كان يصعب على المعالجين السلوكيين في المراحل المبكرة من تطورهم فهمها ومعالجتها.



الفصل الرابع

الأسس النظرية للعلاج السلوكي متعدد المحاور

ترتكز مناهج العلاج السلوكي للطفل - كغيرها من المناهج التي تستخدم في علاج مشكلات الراشدين - على أربعة محاور تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي :

أ- التعلم الشرطي :

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحيانا اسم نظرية المنبه - الاستجابة ، وهي تتخذ من نظريات «بافلوف» الدعامية الرئيسية لكل ما تحويه من قواعد وقوانين .

وترجع بدايات هذه النظرية إلى دراسات «بافلوف» للفعل المنعكس ، التي اكتسبت تقديرا واسعا بين العلماء وجعلت منه مؤسس الواجهة السلوكية في علم النفس خصوصا عندما استطاع «واطسون» أن يطوع القوانين العلمية المستمدة من نتائج هذه الدراسات لوصف ظواهر سلوكية عديدة بها في ذلك الأمراض النفسية وعلاجها .

أثبت «بافلوف» في تجاربه أن الكلاب تعلمت أن تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة كصوت جرس أو رؤية ضوء ، إذا ما اقترن تقديم المنبه المحايد بظهور منبه أصلي هو الطعام . واعتمادا على هذه النتائج يمكن القول : إننا

تستجيب وتتصرف نحو كثير من الأشياء المحايدة إذا ما أصبح ظهورها شرطاً من شروط منبهات أخرى تشبع حاجتنا الرئيسية للطعام والجنس والمكانة، أو تهدد إشباعنا لهذه الحاجات. إن كثيراً من اضطراباتنا وسهاتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها بهذا الشكل حتى تحولت إلى عادات مرضية أو صحية - وليست نتاجاً لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية. فالقلق، والخوف، والتفاؤل والتشاؤم جميعها يمكن تفسيرها - بالاعتماد على نظريات «بافلوف» - على أنها استجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة.

أما عن العمليات الرئيسية التي يتم من خلالها التعلم الشرطي، فقد نجح «بافلوف» في وضع قائمة منها ما زالت تسهم بشكل مثير في تطور حركة العلاج السلوكي. فلنرى يحدث التعلم الشرطي لا بد أن يحدث اقتران^(١) بين حدوث المنبه الشرطي (الجرس مثلاً) والمنبه الأصلي (الطعام). أو أن يكون المنبه الأصلي (الطعام) مسبقاً بالمنبه الشرطي بفرق زمني ضئيل حتى لا تحدث مشتتات أخرى تمنع تكوين الرابطة بين المنبهين.

وعندما نتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعميم^(٢) على كل المنبهات المماثلة له، فالطفل الذي تعلم أن يستجيب بجزع لمشهد فأر، سيستجيب بجزع لكل الفئران المماثلة وربما لكل حيوان ذي فراء.

ونتعلم أن نستجيب لا لمنبه شرطي واحد فحسب، بل يمكن أن نتعلم الاستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية. فإعطاء جرعة من الدواء المر للطفل في المستشفى، ستجعله يستجيب في المستقبل بألم لا لمشهد الدواء فحسب (منبه شرطي ١)، بل أيضاً لرائحته (منبه شرطي ٢) وللممرضات (منبه شرطي ٣) وللأطباء (منبه شرطي ٤) ولمشهد المستشفى (منبه شرطي ٥). ويطلق على

هذه العملية المستويات العليا من التشريط^(٣) التي يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد بحيث إن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الاستجابة الشرطية (الخوف - الغثيان) .

وما تعلمناه يمكن أن يتلاشى . ويقدم لنا «بافلوف» مبدأ الانطفاء^(٤) لتصوير هذه الظاهرة التي تحدث عندما تختفي الرابطة بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية . فالطفل الذي يتكرر ذهابه للمدرسة دون أن تحدث الخبرات المؤلمة السابقة التي أدت إلى تشكيل مخاوفه نحوها في السابق ، ستتطفيء وتتلاشى مخاوفه تدريجياً . ولكن حالما تعود تلك الرابطة بين المنبه الشرطي (المدرسة مثلاً) والمنبه الأصلي (عدوان أحد زملاءه) ، فإن المخاوف ستعود من جديد بقوة . ويحدث أحياناً أن تعود المخاوف تلقائياً بعد انطفائها إذا مرت فترة لم يذهب فيها الطفل إلى المدرسة ثم عاود الذهاب ، ويطلق على هذه العملية الاستعادة التلقائية^(٥) (Lewis 1990, Kragher 1990) . وسنرى فيما بعد الأساليب السلوكية التي تطورت بتأثير هذه النظرية في مجالات العلاج السلوكي للطفل .

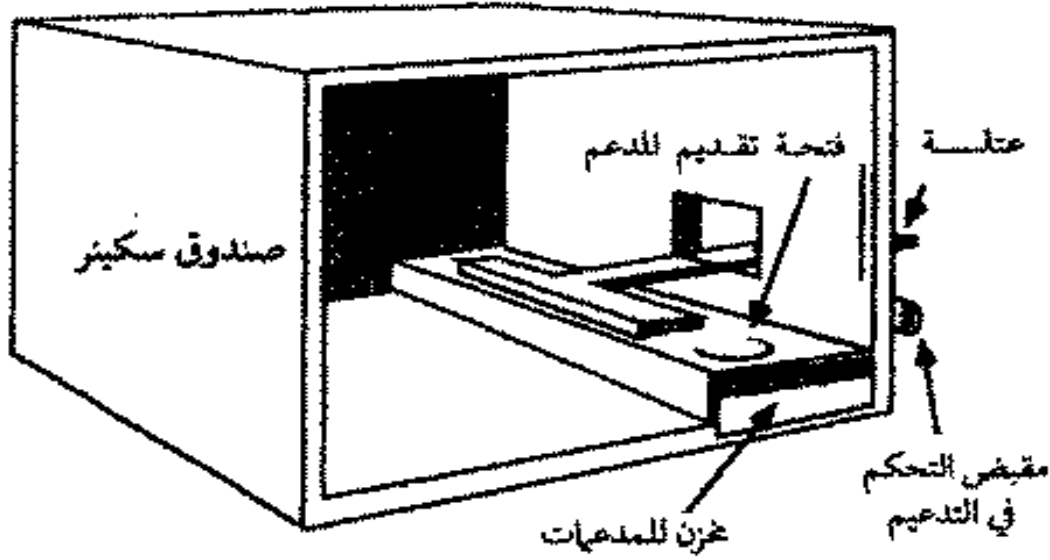
ب - التعلم الفعال (الإجرائي)^(٦) :

التعلم عند «بافلوف» يتم على نحو كلي نتيجة للرابطة التي تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية . لكن التعلم الفعال (الإجرائي) - الذي وضع أسسه المنهجية العالم الأمريكي الراحل «سكينر» (Skinner) - يقوم في مجمله على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار . ومن هنا يسمى «سكينر» نظريته باسم التشريط الفعال (الإجرائي)^(٧) (Skinner) 1953 ، للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة) أو سلبية (العقاب) .

ومن المتفق عليه بين علماء العلاج النفسي - السلوكي - أن كثيرا من جوانب الشذوذ في سلوك الطفل يمكن تفسيرها في ضوء هذه النظرية . فالاستجابة للطفل كلما صرخ وأجهش بالبكاء بالتقاطه وعناقه وتقبله ستؤدي في غالب الأحوال إلى أن يصبح البكاء أو الصراخ أسلوبا معتادا لهذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة أو إلى إثارة الانتباه . أضف لذلك أن التدعيم الخاطيء ، أي الانتباه وإظهار الاهتمام - عندما تصدر عن الأطفال مشكلات سلوكية معينة كالسباب والتهجم على الآخرين أو العزوف عن الاتصال - ستؤدي إلى تقوية هذه الجوانب المرضية من السلوك وليس إلى اختفائها . ولعل أحد الأسباب الرئيسية في فشل العلاج النفسي التقليدي هو هذا الاهتمام الذي يبديه المعالج والوالدان بالجوانب المرضية كوسيلة للمعالجة . كذلك عندما يستخدم التعلم الفعال (الإجرائي) بطريقة منظمة ويوجه نحو الأنواع الإيجابية من السلوك بدلا من الاهتمام بالجوانب المرضية فقط ، فإنه يتحول إلى وسيلة علاجية تساعد على تقوية كثير من الجوانب الصحية في السلوك الإنساني

وتتضمن نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) عددا من المبادئ الرئيسية التي ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل من أهمها التدعيم (التعزيز) الإيجابي^(٨) والتدعيم (التعزيز) السلبي^(٩) ، والعقاب^(١٠) ، والتشكيل^(١١) .

ولعل من أكثر هذه المبادئ شيوعا مبدأ التدعيم (التعزيز) الإيجابي . وهو يعني أي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة في حدوثه أو تكراره . ويستخدم هذا المصطلح أحيانا للإشارة إلى مختلف المكافآت أو الحوافز التي نستخدمها لتشجيع ظهور سلوك معين . لكن التدعيم الإيجابي يتعدى هذا النطاق الضيق من الحوافز والمكافآت المادية والطعام (أي ما يسمى بالمدعمات الأولية المباشرة) ليشمل أيضا ما يسمى بالتدعيم الاجتماعي كالمدح والتقريب والابتسام والتريست وأي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة حدوثه أو تكراره .



الشكل رقم (٤)؛ صندوق سكينر الذي يبين من خلال استخدامه أن التدعيم لاستجابة معينة يؤدي إلى تقوية هذه الاستجابة.

أما التدعيم السلبي فهو يعني تدعيم السلوك بإيقاف أو إبعاد شيء أو حدث مزعج . فمثلا إذا توقف شيء أو حدث منفر أو مزعج نتيجة لحدوث سلوك ما فإن ذلك سيثبته هذا السلوك على التكرار تحت ظروف مماثلة . إذن فإن التدعيم السلبي يتضمن إيقاف أو إبعاد منه منفر أو كربه حال ظهور السلوك المرغوب فيه . والتدعيم السلبي والإيجابي يتشابهان من حيث إن كليهما يمكن استخدامه لزيادة شيوع الجوانب المرغوب فيها في السلوك ، وإن كان لاستخدام التدعيم السلبي محاذير لا يسمح المجال هنا بذكرها .

ولكي يكون التدعيم فعالا ، أي لكي يؤدي إلى النتائج المرغوب فيها ، فإنه لابد من توافر شروط منها : أن يكون المدعم محبوبا ومرغوبا من الكائن ، وأن تكون له قيمة تحددها ما يبذله الكائن من جهد للحصول عليه ، وأن يكون فوريا أي يجب أن يقدم فور ظهور السلوك المرغوب فيه ، وأن يكون منقطعاً أي أن يقدم أحيانا ويحجب أحيانا أخرى ، لأن تجارب «سكينر» وغيره تثبت أن السلوك الذي يُكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره ، عند انقطاع

المدعم (المعزز)، أكثر وأقوى من السلوك الذي يُكتسب بفعل التدعيم المستمر. ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري، فقد يكون التدعيم فورياً ومتقطعاً في الوقت نفسه.

أما العقاب فهو يعني تقديم منبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب فيه. فضرب الطفل عندما يبمل في أداء واجباته أو عندما يعتدي بالضرب على أحد أفراد الأسرة يعتبر مثالا شائعا لاستخدام العقاب في تعديل السلوك. ومن أشكال العقاب: الحرمان والجزاءات التي توقع على الكائن إثر ارتكاب خطأ معين. وينظر علماء التعلم من أمثال «سكينر» و«ثورندايك» (Levis, 1991) بشك إلى قيمة العقاب في إضعاف السلوك المرضي، فنأثيره مؤقت، كما أن السسلوك المرضي عادة ما يعاود الظهور في مواقف أخرى (إبراهيم ١٩٨٧، Levis, 1990, Milan, 1990).

أما التشكيل فيستخدم عندما نريد أن نعلم سلوكا مركبا يصعب القفز إلى تعليمه دفعة واحدة، كتعلم الكتابة أو اللغة. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذي نريد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم إنجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائي.

وهناك مبادئ وطرق أخرى لا يتسع المجال لذكرها هنا، لكن الذي لا شك فيه أن حركة العلاج السلوكي امتدت وزادت عمقا وانتشارا بفضل هذه المبادئ والطرق التي طورتها نظرية التعلم الفعال (الإجرائي). وسنرى فيما بعد كيف أمكن التحكم بفاعلية في كثير من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال بسبب الطرق العلاجية التي بنيت على هذه المبادئ بما في ذلك الاضطرابات البسيطة كقضم الأظفار، أو التبول اللاإرادي أو حتى الهلاوس، والهواجس، والجريمة.



شكل رقم ٥ : عند تدريب الطفل على أداء سلوك مركب (كالكتابة أو اللغة أو أي من العمليات العقلية) يصعب القفز إلى تعليمه إياه دفعة واحدة، لذا يلجأ المعالج السلوكي إلى استخدام طريقة التشكيل. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب إلى أجزاء صغيرة يدرّب الطفل على اكتسابها بالتدرج إلى أن يتمكن من اكتساب السلوك المركب بكامله.

ج - التعلم الاجتماعي :

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي كما صاغها باندورا (Bandura, 1969) إحدى النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل. ولعل من أهم إسهامات «باندورا» في مجال العلاج السلوكي دراساته وتجاربه على الأطفال التي حاول أن يبين فيها أن كثيراً من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال - كالعدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له - تتكون بفعل القدوة^(١٢) ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها (التعلم الاجتماعي).

وقد بين «باندورا» من خلال دراساته هذه أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها منها : إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج، ومنها العمل على إثارة الدوافع والاهتمامات الشخصية للطفل التي تحثه على أن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه

الحاجات . وكذلك يساعد الأداء الفعلي للسلوك على سرعة تعلمه خاصة إن كان يتضمن استجابات مركبة نسبيا . وتزداد القدرة على التعلم الاجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء ، وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته ، كما سنرى عند عرضنا فنيات العلاج السلوكي التي اعتمدت على مبادئ التعلم الاجتماعي .

د- التعلم المعرفي :

ترى نظريات التعلم المعرفي (Beck, 1960 Ingram & Scott, 1990) أن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريفية ، أو التعلم الاجتماعي ، بل وأيضا من خلال التفكير في المواقف ، ومن خلال إدراكاتنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها .

واتساقا مع «ميشل» (Mischel, 1973) و«إنجرام وسكوت» (Ingram & Scott) تشير إلى أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام .

١- الكفاءة أو القصور المعرفي ، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء . فالشخص الذكي ، المرن عقليا ، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضوع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب ومحدود المعرفة ، والأقل ذكاء .

٢- مفهوم الذات وما نحمله من اعتقادات خاصة عن إمكاناتنا الشخصية وقدراتنا . فالطفل الذي يعتقد مفهوما عن نفسه بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه غير محبوب ، عادة ما سيتبنى جوانب من السلوك المرضي كالقلق والاكتئاب أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه محبوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة .

٣ - القيم والاتجاهات التي نتبناها عن المواقف أو الأشخاص الذين نتفاعل معهم . فالطفل الذي يعتقد أن الجاذبية الاجتماعية وتقبل الأطفال الآخرين له أهم لديه من النجاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له .

٤ - التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تتأبنا في هذه المواقف ومدتها ، واستمرارها . ويؤكد «ألبرت إليس» (Ellis, 1962) و«بيك» (Beck, 1976) أن كثيرا من الاضطرابات النفسية والعقلية تتكون بفعل توقعاتنا غير العقلانية، وغير الواقعية خلال التفاعلات المختلفة مع الآخرين .

هذه هي النظريات الرئيسية للتعلم والتي ساعدت الاتجاه السلوكي في العلاج النفسي للطفل على النمو والتطور . ولا نريد أن نخلق الانطباع أن هذه النظريات هي كل ما صيغ عن التعلم ، فهناك - على الأقل - نظريتان أخريان هما نظرية «ستامفل» (Stamfle, 1976) عن التشبع بالمتبه^(١٣) ، والتي أسهمت في تكوين ما يسمى بالعلاج بالغمر أو الإقاضة^(١٤) ونظرية «آيزنك» (Byse-nik) التي ركزت على دور الفروق المزاجية في الاستجابات الشرطية . لكن المحاولات الإكلينيكية للاستفادة من هاتين النظريتين في مجال علاج مشكلات الطفل ما زالت محدودة مما يدفعنا إلى تجنب التعرض لها في هذا المقام .

تحذيرات وتنبهات متعلقة باضطرابات الأطفال

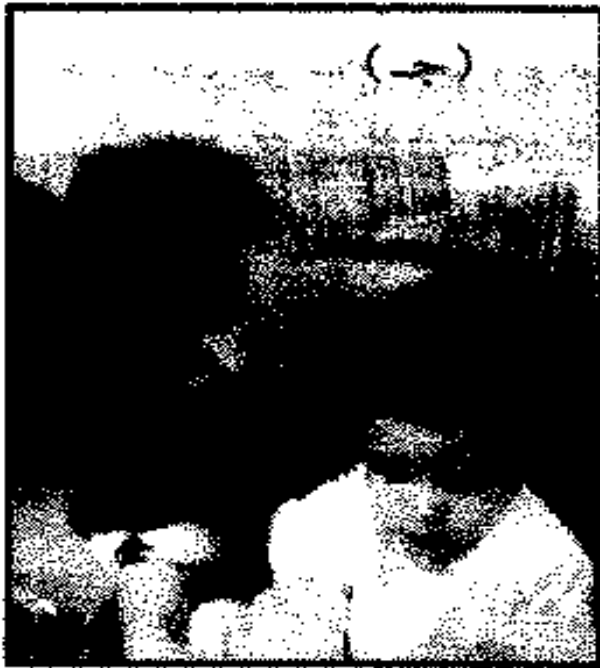
يجب بادىء ذي بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة في وصف طفل معين بالقلق أو الاضطراب النفسي . ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو مشكلة تحتاج إلى العلاج ، وما هو شيء أو أسلوب تفرضه متطلبات النمو . وما نعرفه من اطلاعاتنا على علم نفس النمو أن الفترة من سنتين إلى أربع

سنوات تعتبر من أشق المراحل في تربية الطفل ، لما يتخللها من تصرفات من قبل الطفل تتسم بالحركة والنشاط المقصرط والحرص المفرغ على استكشاف البيئة . ولهذا يكون من الطبيعي أن يتسم سلوك الطفل وتصرفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها تهدف إلى التخريب والإزعاج ، وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئا مرضيا لدى هذا الطفل . إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة الشديدة في هذه المراحل هي - فحسب - نابعة من تشخيصات الآباء وانزعاجهم ، ولكنها بالنسبة للطفل تطور طبيعي ، واكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الامتطاع .

فضلا عن هذا ، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الاضطراب بمقدار ما تصدر عن عدم الخبرة ، والجهل ، ومن ثم ، فإن جهودا كبيرة قد تبذل في محاولات العلاج واستشارة الخبراء يمكن اختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم ، أو كيفية أداء النشاطات المختلفة بكفاءة .

ويدرك المعالج الحصيف ، أيضا ، أن الغالبية العظمى من مشكلات الأطفال تُكتسب بسبب اخطاء في عملية التعلم نتيجة أخطاء بيئية . فالطفل الذي يحاكي ما يلاحظه في أبيه أو إخوته من اندفاع أو عدوان ، أو أصوات عالية وكلمات نابية لا يدري أنه بمحاكاته تلك يتعلم سلوكا مرضيا أو شاذا . ولهذا تبين البحوث أن اضطرابات الأطفال تكسون انعكاسا لأخطاء أو اضطرابات في البالغين أنفسهم . ولحكمة ما جرت عادة المعالج النفسي أنه لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به . وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد في مشكلات الأطفال إذا ما كان الجو الأسري نفسه مفعيا بالمشاكل والصراعات .

وإذا كان الواجب يقتضي ألا يتم تشخيص مشكلة الطفل بمعزل عن



شكل رقم ٦ : مختلف العلاجات النفسية السلوكية الموجهة للطفل عن مثيلاتها لدى البالغين . فالعلاج السلوكي للبالغين يأخذ عادة شكل المواجهة مع المعالج ، ويعتمد على التبادل اللغوي والحوار اللفظي (كما في أ) . أما بين الأطفال فإن تركيز العلاج يكون على توجيه السؤالين وتدريبهما (كما في ب) ، ويتطلب هذا العلاج مع الطفل التدخل معه في علاقات دائمة والتركيز على الاتصال الوجداني والتسرب البدني واللعب (كما في ج) . وبعبارة أخرى فإن العلاج السلوكي للطفل عملية نشطة يسهم فيها المعالج والطفل والأبوان وأفراد العائلة والزملاء ، ونحتاج لفهم وتعاون بين جميع هؤلاء .



الظروف الاجتماعية والأسرية، فإن مقتضيات العلاج السلوكي تتطلب ذلك أيضا. ولهذا فإن المعالج السلوكي يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء أو المشرفين على الطفل، إذ إن العلاج السلوكي عملية نشطة يسهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهي عملية ممتدة، أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معا.

ويجد المعالج السلوكي في أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل، بل قد يتطلب علاجا وتعديلا في سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنح بعض وقته وجهده للأسرة محاولا إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

الخلاصة

تعتبر نظريات التعلم الشرطي والتعلم الفعال (الإجرائي) والتعلم الاجتماعي، والتعلم المعرفي بمثابة أهم النظريات التي اعتمدنا عليها في هذا الكتاب، والتي ساعدت على تبلور وجهة نظرنا فيما يسمى بالعلاج السلوكي متعدد المحاور. ولكل نظرية من هذه النظريات الأربع قواعدها المستقلة، ولو أنها مكتملة لبعضها البعض. وقد شرحنا في هذا الفصل أهم القواعد والمفاهيم الرئيسية في كل نظرية منها، وأوضحنا أيضا أهم الفنيات والأساليب السلوكية العلاجية المشتقة من كل منها ودورها في تطور حركة العلاج السلوكي، وهو ما سنتناوله بالتفصيل في الباب التالي.



هوامش الباب الأول

الفصل الأول

- Hyperactivity _ ١
- Seperation anxiety _ ٢
- Avoidance disorders _ ٣
- Eating disorders _ ٤
- Anorexia Nervosa _ ٥
- Obesity _ ٦
- Pica _ ٧
- Tica _ ٨
- Enuresis _ ٩
- Encoprusis _ ١٠
- Autism _ ١١
- Fear survey schedule _ ١٢

الفصل الثاني

- Cognitive therapy _ ١
- Assertiveness _ ٢
- Behavior modification _ ٣
- Psychotherapy _ ٤
- Second wave _ ٥
- Cognitive learning _ ٦
- Social learning _ ٧

الفصل الرابع

| | |
|-------------------------------|------|
| Association Conditioning | _ ١ |
| Generalization | _ ٢ |
| Higher Order Conditioning | _ ٣ |
| Extinction | _ ٤ |
| Spontaneous Recovery | _ ٥ |
| Operant Learning | _ ٦ |
| Operant Conditioning | _ ٧ |
| Positive Reinforcement | _ ٨ |
| Negative Reinforcement | _ ٩ |
| Punishment | _ ١٠ |
| Shaping | _ ١١ |
| Modeling | _ ١٢ |
| Stimulus Satiation | _ ١٣ |
| Implosive or Flooding therapy | _ ١٤ |



الباب الثاني الأساليب والفنيات

- الفصل الخامس : أساليب التعويد والكف بالنقيض
وأساليب الاسترخاء
- الفصل السادس : التدعيم والعقاب والتجاهل
- الفصل السابع : تدريب المهارات الاجتماعية للطفل
- الفصل الثامن : تعديل أخطاء التفكير
- الفصل التاسع : المساندة الوجدانية مع الطفل
« منهج التعليم اللطيف »
- الفصل العاشر : مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

مقدمة الباب الثاني

« طوبى للإنسان الذي عندما لا يجد مايقوله ، يمتنع عن إعطاء الدليل بالأقوال » .

جورج إليوت

تتضمن تطبيقات العلاج السلوكي في ميدان الطفولة نفس أساليب العلاج السلوكي للبالغين مع بعض الاختلافات التي تتطلبها طبيعة تكون المشكلات النفسية لدى الطفل . ورغم أن ما أمكن توظيفه من هذه الأساليب في ميدان علاج مشكلات الأطفال لا يزال محدودا للغاية ، فإن ما أمكن توظيفه منها في هذا الميدان يؤدي إلى تغيرات علاجية واضحة ، فيما سنرى في الفصول التالية .

الفصل الخامس

أساليب التعويد^(١) والكف بالنقيض^(٢) وأساليب الاسترخاء

جاءت البدايات الأولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب)^(٣)، وهي تلك الاضطرابات التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال وتأخذ شكل انزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد، ولا تمثل عند التعرض لها خطراً مباشراً على الشخص. ومن أكثر أنواع هذه المخاوف الخوف من بعض الحيوانات، أو الظلام، أو الوحدة. وتزداد خطورة هذا الاضطراب عندما يرتبط الخوف بموضوعات أو مواقف حيوية ضرورية لتطور الطفل ونموه وذلك كالمخاوف التي تصيب الأطفال من المدارس^(٤) أو المخاوف الاجتماعية كالخجل الشديد.

وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد «ماري كوفر جونز» M. C. Jones تلميذة «واطن» (الدخيل، ١٩٩١) لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات. لقد كان

الطفل «بيتر» Peter - وهو الطفل الذي قامت جونز بعلاجه - يعاني خوفا مرضيا شديدا عندما كان يشاهد الأرنب أو الحيوانات الفرائية المشابهة بطريقة عوّقت تطوره، وأقضت مضجعه بأحلام مزعجة . لقد تمكنت جونز في فترة قصيرة من إزالة مخاوف هذا الطفل ، وذلك بتعرضه لمصدر الخوف تدريجيا ، بإظهار الحيوان على مسافة بعيدة ، ثم تقريبه تدريجيا ، في الوقت الذي كان فيه بيتر يأكل طعامه ، ويُشجع بالربت والابتسام على المواجهة .

ومازال هذا المنهج التدريجي في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال من المناهج الأثيرة لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن .

وفي فترة حديثة نسبيا نشر الطبيب النفسي السلوكي - المعروف «جوزيف وليبي» (Joseph Wolpe 1985) كتابه الشهير بعنوان العلاج بالكف المتبادل ، وفيه أثبت أن ما يقرب من ٩٠٪ من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها (نحو ٢٠٠ حالة) أمكن شفاؤها باستخدام هذا المبدأ ، وقد استوحى «ولبي» الفكرة الرئيسية لهذا المبدأ من القاعدة نفسها التي استخدمتها قبله «جونز» بثلاثين عاما . ويلخص لنا وليبي طريقته على النحو الآتي :

«إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له ، فإن من شأن هذه الاستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له ، إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في الاختفاء التام بعد ذلك (Wolpe 1958) .

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عددا من الشروط منها :

١ - أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعده . وقد رأينا أن جونز استخدمت الطعام ، فقد كانت تظهر الحيوان

المخيف بينما يبتدر يأكل طعامه المرغوب فيه . وقد تكون الاستجابة المعارضة للقلق هي حضور الآخرين ، وعناقهم للطفل وتشجيعهم ومدحهم له . ولهذا يفضل بعض المعالجين أن يكون الطفل في صحبة شخص يبعث على طمأنينته وراحته عند تعريضه للمواقف المثيرة للخوف . أما بالنسبة للأطفال الأكبر سناً فمن الممكن تدريبهم على الاسترخاء (5) في جلسات مستقلة ، ثم يشجع على استحضار هذا الاسترخاء عند ظهور المواقف المهددة (للمزيد من الاسترخاء وأساليب ممارسته والتدريب عليه انظر إبراهيم ، ١٩٨٣ ، إبراهيم ١٩٨٧) .

٢ - تقسيم الموقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة بحيث تبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل . ويأخذ هذا التدرج في بعض الحالات شكل التقليل التدريجي من المسافة التي تحول بين الطفل وبين موضوع الاضطراب كما كانت تفعل جونز عندما كانت تظهر الأرنب في البداية من مسافة بعيدة جداً لا تثير مخاوف الطفل .

ويمكن تدرج التعرض للموقف زمنياً ، أي من خلال التشجيع على التعرض للموقف المهدد لفترات زمنية قصيرة تطول تدريجياً . وكمثال على هذا ما استخدمه مجموعة من المعالجين السلوكيين المعاصرين في علاج المخاوف المرضية من الظلام (King, Cranstoun, & Josephs, ١٩٨٩) لدى طفل في السادسة من عمره ، أصابه خوف شديد من الظلام إثر مشاهدته أحد الأفلام السينمائية المعروفة عن الكائنات الفضائية (Aliens) ، لقد تحكم الخوف من الظلام بهذا الطفل لدرجة جعلته يرفض أن يبقى بمفرده في حجرته ، وبصورة أعجزته عن الذهاب للحمام بالليل . وقد انتهى به الأمر إلى أنه كان يرفض أن يغادر أمه أثناء النوم في حجرتها مما

أريك نظام الأسرة وعلاقاتها . وقد ابتكر المعالجون طريقة تدريجية زمنية لاحتمال الظلام يطلب فيها من الأسرة أن تقوم بممارستها مع الطفل كل أمسية وأثناء الليل وقبل حلول موعد النوم وفق ما يأتي :

«نريدك أن تذهب الآن إلى حجرتك، وأن تجلس هناك، أو أن ترقد على سريرك . سنطفىء الضوء في حجرتك ونريدك أن تحاول قدر استطاعتك أن تظل في الحجرة أطول مدة ممكنة . إذا شعرت بالخوف الشديد لا تحاول أن تشعل الضوء ، لكن ببساطة افتح باب حجرتك واخرج إلينا . يمكنك بالطبع أن تترك حجرتك وتغادرها في أي وقت تشعر فيه بالخوف ، ولكن أريدك أن تشجع على البقاء في الحجرة أطول فترة ممكنة دون ضوء . سنكون بالخارج نرجو أيضا ألا تصرخ أو تنادي على أحد ، ماعليك إذا شعرت بالخوف إلا أن تفتح الباب وتخرج إلينا بأمان» .

إن هذا الأسلوب الذي أثبت نجاحه في علاج هذه المخاوف يقوم على زيادة فترة التعرض للموضوع المخيف حتى تحيد مشاعر الطفل نحوه .

٣ - ويتم تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجيا إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديدا أو من خلال التعريض المباشر (٦) إذا كان ذلك ممكنا ، وبعد أن تتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أولا .

نخذ على سبيل المثال حالة طفل عانى من الخوف الشديد من المستشفيات وسيارات الإسعاف لدرجة أن كان يغمى عليه إذا مرت بجواره سيارة إسعاف أو إذا سمع صوتها . وكان من نتيجة ذلك أن الخوف كان يمنعه من الذهاب للمستشفى أو العيادة للعلاج إذا ما تطلب الأمر

ذلك . لقد بدأ المعالج (Lazarus, 1971) بتدريبه أولاً على الاسترخاء في ثلاث أو أربع جلسات . ووضع المعالج بالتعاون مع الطفل تدريجياً لمخاوفه بدءاً من رؤية سيارة إسعاف من مسافة بعيدة ، أو مصورة على شاشة تليفزيون وحتى رؤية أو تخيل عنبر جراحة في المستشفى . لقد أمكن بعد مرور ثلاثة أيام فقط من جلسات التعرض التدريجي أن يعيش الطفل على مقربة من سيارة إسعاف في موقف للسيارات مع تشجيعه على النظر بداخلها بعد فتح أبوابها الخلفية . وبعد عشر جلسات أجمعت كل الملاحظات وتقارير الوالدين على تحسنه ، وأنه أصبح بإمكانه القيام بزيارة المستشفى وركوب سيارة الإسعاف ، ويتبعه بعد ذلك لمدة ثلاثة شهور لم يكن هناك ما يشير إلى انتكاس في الإنجازات العلاجية . وعموماً فإن التعرض التدريجي للمواقف بطريق التخيل ثم التعرض المباشر لها من الأساليب التي أثبتت نجاحها في علاج مشكلات الخوف لدى الأطفال ، وهناك تقارير متعددة - لا يتسع المجال هنا للإشارة إليها لكثرتها - تثبت نجاح هذا المنهج في التخلص من حالات الخوف الشديد من الحيوانات والظلام والسفر والسيارات والضوضاء ، والخوف المرضي من المدارس وزيارة الأطباء والتعامل مع المدرسين والغرباء .

الاسترخاء العضلي (٧) :

عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل ، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالتقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة . ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهية فسيولوجية معروفة ، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية ، فتوتر العضلات

الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم^(٨) القهريّة في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة، وتتوتر أيضا أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف، ويتعطل نشاط بعض غدهه كالغدد اللعابية فيجف ريقه، ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته. . ولهذا استخدم «جاكسون» ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الاسترخاء التصاعدي^(٩) الذي يطلب خلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركز بصره على نقطة لامعة ثم إنه يبدأ بتوجيه من المعالج بإرخاء أعضاء جسمه عضوا عضوا، بأن يطلب منه في البداية أن يغلق راحتي اليدين بكل قوة وإحكام، وأن يلاحظ التوترات والانقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياس للتوتر) ثم يطلب منه فتحها بعد ثوان معدودة وأضعا إياهما في مكان مريح ملاحظا ما يحدث في عضلات مقدمة الذراعين من استرخاء وراحة عامة في الجسم كله. وهكذا يتقل المعالج بالطفل إلى مختلف أعضاء جسمه بدءا من القدمين ومرورا بالساقين والفتحين، وعضلات البطن والصدر والوجه والفم والرقبة - توترا ثم إرخاء. حتى يصل الطفل في خلال ثلاث أو أربع جلسات إلى التحكم الكامل، واكتساب القدرة على الاسترخاء (للمزيد وللاطلاع على الإجراءات العلاجية للاسترخاء وبعض التمارين المستخدمة لذلك انظر: (إبراهيم، ١٩٨٣، إبراهيم ١٩٨٧، Lazarus, 1971، Benson et al. 1974).

وفي تقرير حديث (Peterson and Harbeck, 1990 . p. 745) عن استخدامات الاسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفاعلية في علاج المخاوف المرضية والتخفف من الاضطرابات السيكوسوماتية والسيكوفيزيولوجية، وعلى سبيل المثال استخدم أندرسون (Anderson, 1975) بنجاح ثلاث جلسات استرخاء (كل منها استغرق ساعة) مع طفل كان يعاني الأرق. كذلك أمكن استخدام الاسترخاء بنجاح في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتنفس مثل الربو.



شكل رقم ٧: من شأن الاسترخاء العضلي وحده أن يؤدي إلى التخفيف من القلق والتوتر عند مواجهة المواقف المهددة. ويمكن التدريب على الاسترخاء في العيادات السلوكية بطريقة منظمة، كما يمكن للشخص أن يمارسه بنفسه باستخدام أجهزة التسجيل السمي.

وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي جزءاً رئيسياً من مشكلات الطفل النفسية. ولهذا تزداد فاعليته في حالات القلق والمخاوف المرضية - أكثر مثلاً من حالات الاكتئاب - بسبب النشاط الاستتاري المصاحب لها. كذلك يبدو أن نجاح الاسترخاء في علاج حالات الربو وتحمل الألم ومشكلات علاج الأسنان يرجع إلى نفس هذا السبب وهو بروز الجانب العضوي كجانب رئيسي من جوانب التعبير عن الاضطراب النفسي. أما عندما يكون الاضطراب النفسي غير مصحوب بذلك فإن من الأفضل الاعتماد على الأساليب العلاجية الأخرى التي سيأتي تفصيلها (Peterson and Harbeck, 1990).

ويرتفع نجاح الاسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد ٨ سنوات تقريباً) وألا يكون متخلفاً، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها.

الخلاصة

التعويد والكف بالتقيض طريقتان من العلاج يتم بمقتضاها إزالة السلوك المرضي (خاصة الخوف والقلق) من خلال التعرض التدريجي للمواقف المرتبطة بظهوره . مع استبدال السلوك المرضي بسلوك آخر معارض ومناقض له . ويتطلب استخدام هذا السلوك التعرف على المصادر المرتبطة بظهور الخوف والقلق ، وأن نرتبها حسب درجة شدتها بحيث نبدأ بأقلها إثارة للقلق وننتهي بأكثرها تأثيراً في إحداثه . ثم يمكن بعد ذلك تعريض الطفل لهذه المواقف تدريجياً بطريق التخيل أو التعرض الفعلي . ويساند استخدام هاتين الطريقتين أسلوب آخر هو الاسترخاء العضلي التصاعدي ، وهو أسلوب حديث له شروط وقواعد يتعرض لها هذا الفصل بالتفصيل ، ويرتبط نجاح الاسترخاء كطريقة علاجية لمشكلات الخوف والقلق عند الأطفال بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك ، وأن يكون على درجة عادية من الذكاء ، وأن تكون اضطراباته وجوانب القلق لديه غير مرتبطة بمكاسب ثانوية ، أو الحصول على انتباه سلبي من خلالها .



الفصل السادس

التدعيم والعقاب والتجاهل

«غسان»^(١) طفل في الثالثة عشرة من العمر، كان يتردد على العيادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيات الجامعية، لسنوات بسبب الإفراط في الحركة، ويسؤال الوالدين تبين أن «غسان» كان يعاني مشكلات أخرى من بينها التبول اللا إرادي وإهمال الواجبات المدرسية، والاعتداء على الأم بالضرب، وعدم الاستجابة للتعليمات أو للتهديدات المختلفة التي كانت تبذل بسخاء لنعته من التبول على نفسه. ويسؤال الوالدين تبين أن إخوته الكبار والديه جميعهم كانوا قد عزفوا عن التعاون معه، ونفروا منه وكانوا يفضلون مواجهته بالعقاب والضرب إذا ما تبول، أو إذا اعتدى على أمه بالضرب. أما في المدرسة فقد كان تخلفه واضحا، فقد رسب لعامين متتاليين، وكان هناك عهد بفضله تماشيا مع الأنظمة، وكان من رأي المدرسة أن من الأفضل لـ «غسان» أن يحول إلى التعليم الخاص في إحدى مدارس التربية الفكرية.

أما عن العلاج الطبي، فقد كان غسان موضوعا تحت إشراف طبيبة نفسية كانت تعطيه بانتظام عقاقير «الريتالين» للتحكم في الإفراط الحركي، ورغم أنه أمكن التحكم بالإفراط الحركي فإن ما كان يعطى له من أدوية أخرى «كالتوفرانيل» Tofranil للتحكم في التبول اللا إرادي لم يعط نتيجة حاسمة، فقد كان «غسان» يعاود التبول اللا إرادي كلما توقف الدواء.

عندما حول «غسان» إلينا (ع. إبراهيم)، لم يكن هناك ما يدل على العدوان، بل على العكس كان غسان نحيف البنية، يبدو عليه الإنهاك وكانت تبدو على وجهه الحيرة وعدم الاكتراث. كما أن نسبة ذكائه باستخدام اختباري «رافين» للمصفوفات^(٢) واختبار رسم الشخص^(٣) وصلت إلى ٨٥، أي في فئة أقل من المتوسط بقليل. لقد كان واضحاً أن معايير التخلف العقلي لا تنطبق عليه، وأن مشكلاته الانفعالية والسلوكية والعقلية بما فيها التخلف الدرسي كانت - فيما يبدو - عرضاً من أعراض الاضطراب وليست بسبب التخلف العقلي.

من خلال جلسات التشخيص مع الأم والطفل وبعض أفراد الأسرة تبينت لنا الحقائق الآتية:

١ - أن المشكلات التي يعاني منها «غسان» وتعاينها الأسرة متعددة وأن البدء بها مجتمعة أمر غير واقعي، وأنه لا بد لهذا أن نختار من بين هذه المشاكل مشكلة واحدة تكون محورياً رئيسياً للعلاج بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيها إلى تغيرات إيجابية تشجع غسان على التغير وتشجع أسرته على التعاون معه.

٢ - كان من الواضح أن الأسرة لا توليه اهتمامها، ولكنهم كانوا جميعاً يتزعجون من تصرفاته المضطربة ويعبرون عن ذلك بضربه.

٣ - أن الأسرة تشعر تقريبا بفشلها في تقويم سلوكه، وكان من نتيجة هذا الفشل أن عزفوا جميعاً عن التعاون معه لحل مشكلاته.

وبالتعاون والحوار مع الأم اتفق المعالج مع الأسرة على أن يكون موضوع العلاج هو التبول اللا إرادي كسلوك محوري. فلقد شعرنا أن توقف غسان عن التبول اللا إرادي سيشعره بالنجاح والثقة بنفسه، وسيتمكن الأسرة في الوقت

نفسه من أن تشعر بذلك ، وأن تغير من أنماط اتصالها بالطفل بحيث لا يصبح الضرب أو التأديب هو النمط الرئيسي في العلاقات الاجتماعية والأسرية بالطفل . أما عن عدوان الطفل على أمه فقد كان تخميننا أنه راجع إلى أنها لم تكن تحميه من الضرب والتأديب الذي يأتيه من إخوته ، بل قد تبين أنها كانت تطلب بنفسها من أحد إخوته الكبار في كثير من المرات أن يقوم بتهذيبه وتقريمه .

أما الخطوة الثانية لذلك فقد تمحورت حول تحديد كيفية الاستجابة الأسرية للطفل بشكل عام ، واستجاباتها له عندما يصدر منه السلوك المحوري (التبول اللا إرادي) وركزت خطة العلاج لذلك على النقاط التالية :

١ - أن تقوم الأم بتكوين رابطة وجدانية Bond مع غسان بحيث تقوم بالدفاع عنه أو حمايته إذا ما قام أحد بضربه ، وأن تعمل - ويعمل بقية أفراد الأسرة - على مبادلتته الحديث وسؤاله عن أحواله بشكل عام كل ساعة يوميا وذلك لتوطيد هذه الرابطة الوجدانية بالأسرة .

٢ - طلبنا من الأم أن تشتري بعض الهدايا البسيطة (حلوى ، أوراق تلوين ، أقلام تلوين ، مشروبات) وأن تحتفظ بهذه الأشياء في مكان أمين غير متاح لأحد من أفراد الأسرة بمن فيهم غسان .

٣ - أن تطلب من غسان أن يذهب للحمام للتبول كل ساعتين ، وإذا نجح في ذلك تعطي له مباشرة إحدى قطع الحلوى مع تقريظه على نجاحه في ذلك .

٤ - إذا تبول غسان على نفسه ، طلبنا من الأم والأسرة أن يتجاهلوا التعليق على ذلك بالمرّة ، فالمطلوب فقط هو مكافأته على عدم التبول على نفسه وليس معاقبته على التبول على نفسه ، والمطلوب في هذه الحالة أن يقوم غسان

بوضع ملايبسه المتسخة في الحمام أو الغسالة تهيئة لغسلها .

٥ - بعد مرور أسبوع على استخدام أسلوب المكافأة الفورية طلبنا من الأسرة أن تكتفي بوضع نجمة زرقاء لكل مرة يذهب فيها غسان للحمام للتبول ونجمة خضراء عندما يمسر اليوم كله دون تبول وذلك باستخدام جدول (٤) .

جدول ٤ التدعيم الرمزي

الاسم : التاريخ : السلوك :

| الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | الأحد | السبت |
|--------|--------|----------|----------|---------|-------|-------|
| | | | | | | |

النجمة الزرقاء معناها يذهب للحمام ، وتساوي خمس نقاط
النجمة ذات اللون الأخضر معناها مر اليوم دون تبول ، وتساوي ٢٠ نقطة

٦ - تحول النجوم في نهاية اليوم إما إلى تدعيم مباشر بإعطاء كل نجمة أحد المدعمات المتوافرة . أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر أو شرائه . وبموجب هذا الترتيب كان على الأب أن يعرض على غسان في نهاية اليوم الخروج لمبادلتهما بأشياء يشتريها في مقابل ما وفر من نقاط ، أو في نهاية الأسبوع إذا ما رغب غسان في توفير نقاط أكثر .

٧ - فيما عدا ذلك كانت أوامر المعالج للأسرة واضحة «لا تتقد ، لا تضرب إذا ظهر السلوك السلبي . . تصرف بشكل عام بالتشجيع . اظهر اهتمامك وامتدح سلوكه كلما بدر منه ما يدل على اهتمام بمظهره ونظافته» .

وقد كان التغيير في سلوك الطفل واضحا للغاية ، إذ توقف التبول اللا إرادي بالنهار في الأسبوعين الأولين ، ولم تحتج الأسرة إلى استخدام جدول التدعيمات السابق أكثر من أسبوعين آخرين حتى توقف التبول الليلي . وفي الوقت نفسه بدأت الأسرة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لسلوك طفلها ، وبدأت تظهر جوانب أخرى وهي توقف العدوان على الأم . كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوب فيها ، مع تشجيع الرابطة الوجدانية مع الطفل ، وانعكس ذلك على أدائه الدراسي حيث أصبح من الممكن لأحد الإخوة الكبار أن يساعده على حل واجباته المنزلية مما قلل الشكاوى المدرسية . لقد تحول «غسان» من طفل مُذَلّ وعدواني ومُهَيَّأ إلى طفل قادر على التحكم في سلوكه . . مما جعله هدفا لكثير من الاستجابات الوجدانية من الأسرة والاهتمام .

يعتمد الأسلوب الذي استخدمه المعالج في المحاولة السابقة على عدة عناصر مشتقة من نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) وهي استخدام التدعيم للسلوك الإيجابي والتدعيم السلبي ، والتجاهل ، وهي تشكل - مع غيرها من المبادئ التي سيأتي ذكرها فيما يلي - أهم الفنيات المشتقة من هذه النظرية .

التدعيم (التعزيز) :

التدعيم هو - فيما أشرنا إليه من قبل - أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو إلى تكرار حدوثه . فكلمات المديح ، وإظهار الاهتمام ، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلا) عند ظهور سلوك إيجابي معين (هو الذهاب للحمام في حالة غسان مثلا) تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي .

وقد يكون التدعيم إيجابيا أو سلبيا . ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل أو

حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه، فالمكافأة التي كانت تعطى له «غسان» في المثال السابق إثر ذهابه للحمام، أو إثر قيامه بسلوك مرغوب فيه كتنظافة ملبسه، والنجوم التي كانت تعلق له على جدول التدعيمات تعتبر مدعيات (معززات) إيجابية لأنها أدت إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه وهو النظافة أو الضبط، ولهذا تتزايد جوانب كثيرة من السلوك الإيجابي في الطفل كالمهارة في الحديث، والتأديب، والإنجاز، والنشاط إذا ما واجهناها بالانتباه والتقريظ الملائمين.

أما التدعيم السلبي فيتمثل في توقف أو منع حدث كريمة أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه.

والتدعيم - إيجابيا كان أو سلبيا - يؤدي دائما إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيه. ولكن المعالج السلوكي يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجه سريعة، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له. والعادة أن التدعيم السلبي يتم بعد تطبيق منبه منفر، فيكون التوقف عن هذا المنبه المنفر أو منعه عند ظهور سلوك معارض للسلوك السلبي، ومن ثم فقد يشتم الطفل من تطبيق التدعيم السلبي محاولة للتسلط، والحرمان، وفرض العقاب بكل ما للعقاب من آثار جانبية سيئة ستضج فيما بعد.

والمدعيات أنواع. فهي لا تقتصر على المكافآت المادية كما يظن البعض خطأ حينها يقصرون المدعيات أو المعززات على المكافأة أو الحوافز المادية. ومن المهم للمعالج السلوكي، ولكل المتخصصين في مجال الصحة العقلية في ميادين العلاج الفردي أو المؤسسات العلاجية أن يكونوا على علم بأنواع هذه المدعيات أو أن يكون لديهم رصيد منها حتى يمكن استخدامها بفعالية.

والقارىء المهتم بالعلاج السلوكي بطريق التدعيم يمكنه الاستعانة بالاستبيان الآتي (جدول رقم ٣) عن التدعيمات والنشاطات السارة .

كذلك يمكنه الرجوع إلى استبيان المدعمات المنشور في مكان آخر باللغة العربية (إبراهيم ١٩٨٧) .

وعصوماً يمكن تصنيف المدعمات إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي : مدعمات مادية وممتلكات ، ومدعمات اجتماعية ، ومدعمات نشاطية (أي مرتبطة بأداء نشاطات معينة) .

وتدخل في المدعمات المادية كل الأشياء الملموسة التي تكون قيمتها التي فيها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية ، ولهذا لا يحتاج الطفل إلى تعلم فائدتها ، ويصلح هذا النوع من التدعيم مع الأطفال الصغار ، وفي حالات التخلف العقلي ، وحالات الاضطرابات الذهانية ومن أمثلتها الحلوى والطعام واللعب ، والمشروبات . .

ويمكن تقسيم المدعمات الاجتماعية إلى أربعة أقسام تمثل :

أ - إظهار الاهتمام والانتباه بكل ما يصحب ذلك من مظاهر سلوكية ذالة عليه كالتبسم ، والإيماء بالرأس ، والاحتكاك البصري .

ب - الحب والسود وذلك كما في حالات عناق الطفل أو تقبيله ، أو التريبت عليه .

ج - الامتنحسان باستخدام الألفاظ الدالة على الامتنحسان أو الحركات ، كالتصفيق ، والشكر والموافقة .

د - الامتنال والإذعان ، فإذعان الأبوين أو الإخوة إلى طلبات الطفل وإلحاحه بتقديم ما يرغب فيه يعتبر ذا قيمة اجتماعية .

شكل رقم ٨ : إظهار الاهتمام
 بالنشاطات الإيجابية لدى الطفل
 بها فيها النشاطات الأكاديمية يعتبر
 من أهم الأساليب الفعالة في
 تسديد الطفل على كثير من
 العادات الإيجابية . ويقوم جزء كبير
 من جهود المعالجين السلوكيين على
 التخطيط الجيد للعمل على زيادة
 كثير من جوانب السلوك الإيجابي
 للطفل من خلال ما يسمى
 بالتدعيم الإيجابي أي إظهار الاهتمام
 والثناء على الطفل وإثباته ماديا أو
 معنويا (من خلال القرب البدني
 والتواصل) عندما يصدر من
 الطفل سلوك إيجابي كالنظافة أو
 رعاية النفس ، أو النشاطات
 التحصيلية فالتدعيم لا يقتصر على
 المكافآت المادية وحدها بل يمتد
 ليشمل أي حدث يؤدي إلى زيادة
 في السلوك المرغوب فيه .



أما المدعمات المرتبطة بأداء نشاطات معينة فهي تشمل ، على سبيل المثال ،
 مشاهدة التليفزيون ، الخروج للتنزه ، الذهاب للملاهي ، قيادة الفصل
 الدراسي ، أو أي نشاطات مفضلة للطفل يمكن استخلاصها بملاحظته ، أو
 استنتاجها من خلال التفاعل معه .

فضلا عن هذا ، فهناك طائفة أخرى من التدعيمات التي يطلق عليها
 العلماء اسم التدعيمات الهروبية (السلبية) أي التي ترتبط بتجنب أو منع أشياء
 مزعجة أو كريهة ، كالتوقف عن النقد ، أو الضرب ، أو التوقف عن توقيع
 عقوبات معينة .

متى يكون التدعيم فعالاً ؟

يجب أولاً أن يكون المدعم (المعزز) متوقف الحدوث على السلوك المرغوب فيه فقط ، فحدوثه اعتماداً على مسيبتات أخرى سيقفل من كفاءته في تمكيننا من التحكم بذلك السلوك .

كذلك يجب أن يقدم المدعم حال حدوث السلوك المرغوب فيه لأن التأخير في تقديمه سيقفل من فعاليته في زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه أو احتمال حدوثه . لذا يجب أن يكون التدعيم فورياً إثر حدوث السلوك المرغوب فيه ، فالتأخر في إعطاء المدعم قد يؤدي إلى تدعيم سلوك غير السلوك الأصلي . فالسعد بتقديم قطعة من الحلوى للطفل عندما يتبول في المكان المناسب ثم الإخفاق بالقيام بذلك ، وإعطاؤه قطعة الحلوى عندما يلح ويكرر الطلب سيؤدي إلى تدعيم سلوك الإلحاح وليس التبول في المكان المناسب .

ثم إنه يجب أن يكون المدعم محبوباً ومرغوباً فيه من الطفل ، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الطفل ، وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبدل جهده للحصول عليه . وتلزم الملاحظة أن حجم المدعم يؤثر على فعاليته بحيث إنه كلما ازداد حجمه كان تأثيره في السلوك الذي سبقه أكثر ، والقاعدة التي نستخلصها مما ذكر هي أنه إذا قدمت مدعماً بعد سلوك معين ولم يؤد إلى تقوية ذلك السلوك ، فإن من الأفضل أن تبحث عن مدعم آخر لأن المدعم الأول غير فعال .

كذلك فإنه يجب أن يكون هناك اتساق في تقديم المدعم بحيث يقدم دائماً بعد ظهور السلوك المرغوب فيه . لكن من الأفضل البدء بتقليل عدد المرات التي يقدم فيها المدعم بعد ملاحظة بعض التحسن . وبعبارة أخرى من الأفضل دائماً استخدام التدعيم المستمر في بداية تعلم السلوك الإيجابي ثم

يمكن الانتقال إلى التدعيم المتقطع عندما يحدث تقدم في السلوك .

كما ينبغي التحرز من بعض الأفكار غير المنطقية عند استخدام مبدأ التدعيم، فهناك من يعتقد أن استخدام التدعيم قد يعتبر نوعا من الرشوة للطفل، ولا شك أن للمعالج أو الأب الذي يتبنى مثل هذا الاعتقاد سيستخدم التدعيم بطريقة غير فعالة .

يجب أن نتذكر أن السلوك الخاطيء قد يكون بفعل التدعيم، وأن التوقف عن تدعيم السلوك الخاطيء واستبداله بأسلوب جديد يمكن من خلاله تدعيم السلوك المرغوب فيه واجب خلقي وإنساني فضلا عن فائدته الصحية، ولا ننسى أننا لا نعتبرها «رشوة» عندما نجد من الضروري أن نتسلم راتبنا الشهري من صاحب العمل، إننا على العكس نجد توانيه عن ذلك إثباتا لفشله أو سوء خلقه، أو ضعف مهاراته الإدارية . . إلخ .

العقاب^(٤) وتكاليف الاستجابة^(٥) والإبعاد المؤقت^(٦) :

يتضمن العقاب إيقاع أذى - لفظي أو بدني - أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب . والعقاب يختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائجها كما سبق أن ذكرنا، ومن أمثلة العقاب الضرب، والحرمان من التفاعل الاجتماعي، وجزر الطفل، والصراخ في وجهه، وحرمانه من لعبه . وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك، فطرد التلميذ من الفصل، أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوكا غير محبب كالإهمال والشغب هي أيضا أنواع من العقاب .

ومن أنواع العقاب الرئيسية ما يسمى بتكاليف الاستجابة والتي تأخذ شكل الحرمان من مدعم كان يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب .



شكل رقم ٩ : يعتبر إبعاد الطفل مؤقتاً ولمدة قصيرة (دقيقتين مثلاً) عن موقف أو مدعم ذي فائدة عندما تبدر منه اضطرابات أو مشكلات سلوكية من الأساليب الفعالة في تعديل السلوك المضطرب . ومن المهم لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح أن يعتمد المعالج أو الأبوان عن الهياج الانفعالي عند فرضه وتجنب الجدل والنقاش ، مع الإيضاح للطفل أن إبعاده هو لفترة مؤقتة وأنه ليس عقاباً يقدر مناهو فرصة له للتفكير في سلوكه . ويستخدم هذا الأسلوب بفاعلية خاصة في المواقف التي تتسم بالصراع الشديد والعراك بين الأطفال .

ومن أهم أنواع العقاب ما يسمى بالإبعاد المؤقت ، ويتضمن إبعاد الطفل إثر ظهور السلوك عن الموقع لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية . ومن مزايا هذا الأسلوب أنه سيساعد أولاً على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فوراً وبالتالي يقلل من التطورات السيئة . فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالها لفترات قصيرة - أو إرسال المعتدي منها - ينهي المشادة وما قد يترتب عليها من مضار بدنية أو تخريب ، كما أنه يسمح ثانياً بإعطاء الطفل فرصته للتأمل في سلوكه بهدوء ، كما يعطي الأبوين أو المشرفين فرصة أكبر للتحكم الانفعالي (فضلاً عن هذا فالإبعاد المؤقت لفترة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية التي قد تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف الملائم في المستقبل) على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتبم بشروط متعددة منها :

أ - تجنب الهياج الانفعالي والثورة خلال تطبيقه . لا بد من التسلح بالهدوء لأن الهياج الانفعالي قد يدفع الطفل لمزيد من الانفعال ، وهذا الانفعال قد يكون في حد ذاته مدعماً إضافياً للسلوك السيء بسبب ما يتضمنه من انتباه سلبي .

ب - ينبغي تجنب الجدل والنقاش مع الطفل . إذ ينبغي أن نذكر الطفل بكل بساطة بأنه قد تخرق قاعدة أساسية من القواعد التي تم الاتفاق عليها معه من قبل (بضربه لأخته مثلاً أو إتلافه قطعة من الأثاث) وأنه لهذا يجب أن يذهب مثلاً إلى حجراته أو إلى أي مكان منعزل في المنزل لفترة دقيقتين . الحزم والهدوء مطلبان ضروريان للنجاح في ذلك .

ج - تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات أو أعذار .

د - أما من حيث الوقت السذي ينبغي أن يتعد فيه الطفل فيعتمد على الخبرة، لكن ملاحظات خبراء العلاج النفسي ترى أن الإبعاد لمدة دقيقتين يؤدي إلى نتائج إيجابية لدى الطفل ذي العامين، وقد تزداد هذه الفترة لمدة خمس دقائق لمن هم أكبر من ذلك .

هـ - عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقاباً، كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء . . وإلا فمن الممكن تمديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته (Ingersoll, 1988, Neisworth & Smith, 1986) .

وبالرغم من الانتقادات التي توجه لأسلوب الإبعاد على أنه نوع من العقاب، فإن نتائجه تكون مقبولة (خاصة إذا كان الموقف نفسه يؤدي إلى مزيد من الاضطراب والنفوسى والعدوان والتعارك)، ولهذا فهو يستخدم بفاعلية في مثل هذه المواقف التي تتسم بالصراع الشديد بين الأطفال ولا ننصح من نأحيثنا باستخدامه بشكل متسلط أو متكرر من قبل المشرفين والمدرسين، لأننا في مثل هذه الحالات نشجع السلوك التسلطي والخصومي ولا نعمل على إيقاف السلوك العدواني كمطلب من مطالب العلاج .

استخدام التجاهل^(٧) :

تعرف البديهة الاجتماعية ويعرف اختصاصيو الصحة العقلية أن كثيراً من أنواع السلوك التي تسبب الإزعاج للأسرة يمكن أن تخفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها . فمن المعروف أن تجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة (خاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر) ستؤدي إلى اختفائها تدريجياً، ولهذا فإن الآباء باتزعاجهم الشديد من بعض مشكلات أطفالهم، وما يقومون به من محاولات للتصحيح، غالباً ما يؤدي إلى عكس ما يرغبون فيه .

ومن الأمثلة على أنواع السلوك التي يمكن علاجها بتجاهلها : البكاء المستمر، العويل، النهنهة، العزوف عن الطعام، الشكاوى المرضية العابرة، وكذلك أنواع السلوك أو الاستجابات التي تصدر للمرة الأولى من الطفل كقضم الأظافر أو تنف الشعر، أو تحطيم شيء عفوي .

ولكي يكون التجاهل فعالاً، أي لكي يؤدي إلى النتيجة المرجوة وهي انطفاء السلوك السلبي فلا بد من توافر شروط منها :

أ - الانتظام والاتساق في تطبيق طريقة التجاهل فمن المعروف أن التجاهل - خاصة بعد أن يكون الطفل قد اعتاد الانتباه من الآباء - سيؤدي في بداية تطبيقه إلى ما يسمى بفترة الاختبار (أ) وفي خلال هذه الفترة - التي قد تمتد أحياناً أياماً أو أسابيع - قد يتزايد السلوك غير المرغوب فيه أكثر مما كان عليه من قبل .

هذا التزايد شيء يقوم به الطفل ليتأكد من أن النمط القديم من الاستجابات والاهتمام مازال ممكناً . ولهذا فإن علماء الصحة يحذرون بشدة من التراجع في هذه الفترة الاختبارية عن استخدام التجاهل ويرون أنه لا بد من الانتظام والاستمرار فيه .

ب - اللغة البدنية الملائمة : عند تطبيق التجاهل تجنب الاحتكاك البصري بالطفل ، والتفت بعيداً عنه حتى لا يرى تعبيراتك .

ج - ابعده نفسك مكانياً ، أي لا تكن قريباً منه خلال ظهور السلوك الذي أدى إلى استخدامك التجاهل ! إن مجرد القرب البدني يعتبر تدعياً للسلوك غير المرغوب فيه ، وغالباً ما يستوقف الطفل (عن عويله مثلاً) إذا كان متأكداً من أن أحداً لا يسمعه أو يراه .

د - احتفظ بتعابير وجهك محايدة فاختراس النظر للطفل ، أو إظهار



شكل رقم ١٠ : أشكال من
 العدوان بعضها يتضمن إيذاء
 أذى بدني (كالمضرب) وبعضها
 يتضمن إلقاء شيء ضار. ومن العدوان
 التعطيم والتكسير المتعمد، والعدوان
 اللفظي والشتائم. في مثل هذه الأحوال الجأ
 بدلاً من التجاهل إلى التدخل السريع، ويكون ذلك
 بإيقاف الضرر الواقع على الشخص الآخر بمواساة
 ومعالجة التسامح السيئة التي تترتب على السلوك
 الضار سواء في الشخص الذي وقع عليه
 العدوان أو البيئة. ثم تجاهل الموقف ولا تتجاهل الشخص
 المعتدي بل ساعده على المشاركة في إصلاح الضرر أو وجه انتباهه
 إلى نشاط آخر، ثم دعم النشاط الجديد واستمر في ذلك التدعيم.

الغضب، أو وقوفك أمامه مترقبا أن ينهي تصرفاته كلها تفسد من التجاهل المنظم، لأنها تكافئ الطفل بالانتباه لأخطائه.

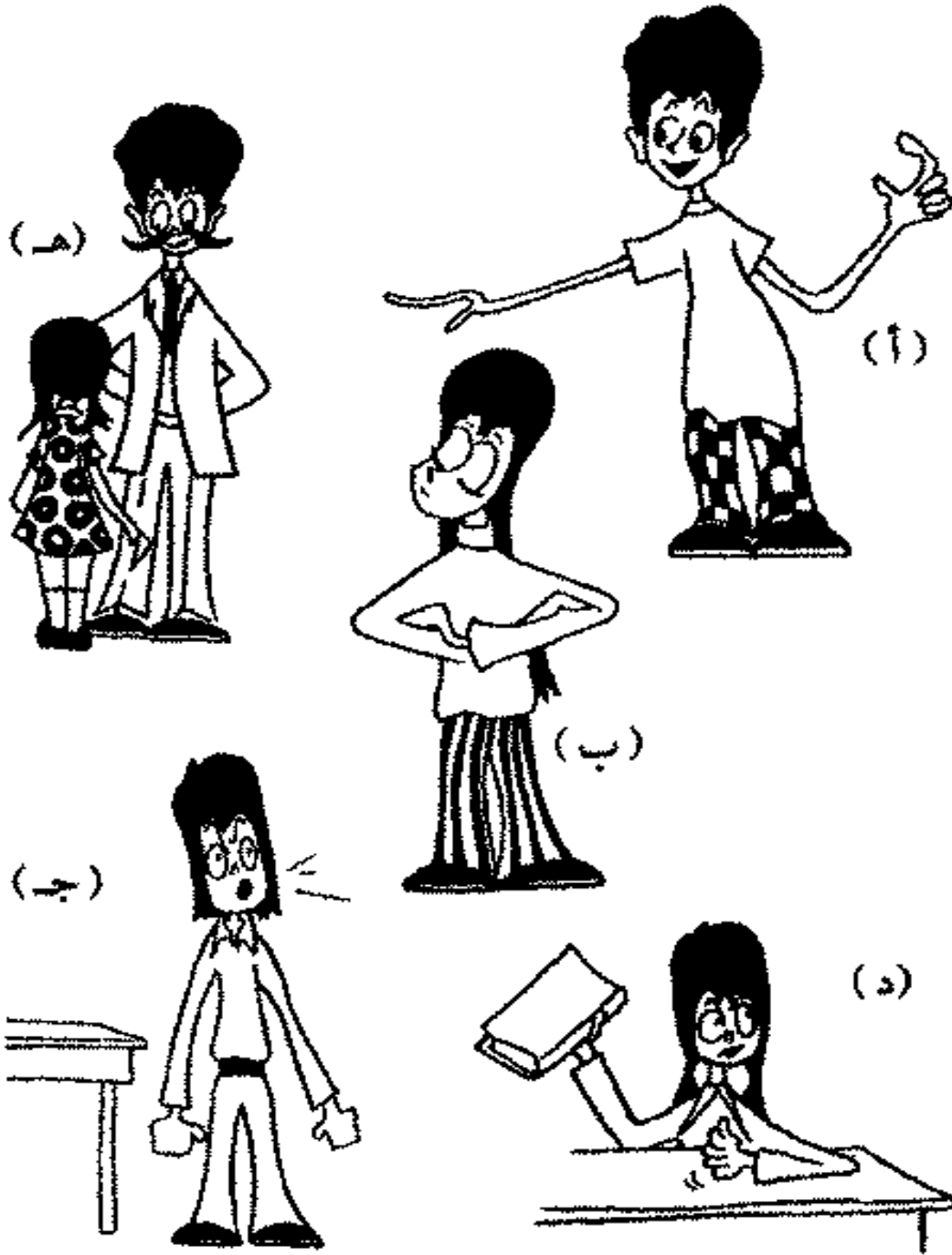
— خلال فترة التجاهل ينبغي ألا تدخل في حوار أو جدل مع الطفل.

— يجب أن يكون التجاهل فوريا، أي حالما يصدر السلوك غير المرغوب فيه.

كما ينصح العلماء، كمساعدة رئيسية من قواعد نجاح العلاج أن تتجاهل السلوك ولا تتجاهل الشخص ويتطلب ذلك أن تدعم الطفل إيجابيا وبشتى الوسائل بما فيها إظهار الود والاهتمام والمشاركة في شيء إيجابي حالما يتوقف السلوك الخطيء. إن المقصود من التجاهل هو التخلي عن بعض الجوانب السيئة، لكن الاهتمام الإيجابي والرعاية، وامتداد قدرات الطفل تعتبر من أقصر الطرق لتكوين طفولة ناجحة، كما أنها تقوي العلاقة بين الأبوين والطفولة مبكرا مما يجعل آثارها التالفة لا تقدر من حيث الارتباط الوجداني الإيجابي بينهما.

فضلا عن هذا فإن هناك اضطرابات سلوكية ومشكلات ترتبط بالطفل قد يكون تجاهلها خطيرا، فالسلوك العدواني المستمر، والتهديد والاعتداء على الأطفال الآخرين أو البالغين بالضرب والشتائم، وتدمير الملكية، وأنواع السلوك الجنسي المرتبط بجرح مشاعر الآخرين أو الأخرى كلها جوانب لا يصلح التجاهل في علاجها بل تحتاج إلى تدخل مباشر. وفي هذه الحالة يمكن استخدام أساليب علاجية أخرى مثل الإبعاد المؤقت، أو أسلوب آخر طور حديثا يسمى أسلوب التعليم اللطيف (9) يصلح بشكل خاص لعلاج العدوان والتحكم فيه دون نتائج سلبية إضافية. (Ibrahim, & Ibrahim, 1989, Ibrahim, Ibrahim, & Glick, 1990).

وعلى وجه العموم، نجد أن استخدام أسلوب العقاب وما يرتبط به من مناهج وأساليب علاجية أخرى بما فيها تكاليف الاستجابة، والإبعاد، والتجاهل قد تكون لها فائدها إذا ما استخدمت بشكل هادىء وحازم وكانت مرتبطة بتوقف سلوك ضار. وبعبارة أخرى، إذا كان تجنب القيام بسلوك خاطيء يتضمن علاجاً للمشكلة فإن العقاب السريع المتسق سيكون من شأنه إيقاف الطفل عن ذلك، ومن أمثلة هذا: أن يضع الطفل مسباراً في أذنه أو يحاول أن يلعب مع الأطفال الصغار بوضع شيء حاد في عيونهم، أو يحاول أن يشعل البورتجاز، أو من عاداته الاندفاع من خارج المنزل إلى الشارع حيث السيارات والأخطار غير المتوقعة. إلخ في مثل هذه المواقف تعرف أن علاج المشكلة يكمن أساساً في تجنب وتحاشي القيام بهذا السلوك الضار. ولهذا يصلح مع هذه الأنواع من السلوك استخدام العقاب، وعلى العموم فإن للعقاب آثاراً جانبية ومن ثم يجب عدم استخدامه في الحالات التي يكون فيها الاضطراب متعددًا في جوانبه، بل إن استخدامه في بعض المشكلات - مثل ضرب الطفل نتيجة اعتدائه على شخص آخر - قد يؤدي إلى نتيجة معاكسة، لأن العدوان بالضرب هنا يمنح الطفل نموذجاً عدوانياً يشجع على تدعيم العدوان وليس على توقيفه (Bandura, 1979) والعقاب يؤدي إلى تولد الخوف والقلق (Ingersoll, 1988)، كما أنه يشعر الوالدين بالذنب، مما يجعلها يتصرفان نحو الطفل بعد ذلك بطريقة غير متسقة (إبراهيم، 1987، Ingersoll, 1977) وهو يوقف السلوك الخاطيء، ولكنه لا يبين ما السلوك السليم (Eimers & Aitchison, 1977) لهذا من الأفضل أن يكون العقاب مصحوباً بتعليقات لفظية واضحة لما يجب أن يتصرف عليه الطفل في المرات القادمة. فضلاً عن هذا فإنه يوقف السلوك الخاطيء مؤقتاً، إذ قد يظهر عندما يختفي الشخص القائم بالعقاب، والشخص الذي يسرف في العقاب قد يفقد جاذبيته وخاصيته التدميمية للطفل ويرتبط لدى الطفل بمشاعر الكراهية



شكل رقم ١٢ : بالرغم من قساعلية التجاهل كأسلوب علاجي فإن من المناسب ألا تتجاهل السلوك الإيجابي كما يجب ألا تتجاهل السلوك المشحون انفعاليا كالإفراط (أ) والتبجح (ب) والشتم (ج) والمجادلة (د) . في مثل هذه الأحوال ، انتهر أي فرصة سانحة (أو اخلقها) كي تشجع الطفل على الكشف عن مشاعره الحقيقية (هـ) ومصادر إحباطه وتوتره . حاول أن تعمل على حل هذه الصراعات والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك المشحون انفعاليا بسلوك إيجابي آخر .

والنفور والخوف . ومثل هذا الشخص لا تكون له القدرة التأثيرية في الطفل في المواقف الإيجابية (Bandura, 1979) .

ويحذر المعالجون السلوكيون من تأجيل العقاب إذا كان من الضروري ممارسته . فالأم التي ترى ابنها وهو يخرب أحد الأشياء في المنزل ، وتنتظر حتى يعود الأب لكي يقوم بدور العقاب ، فإنها بهذا الفعل لا تعاقب الفعل المخرب ولكنها عاقبت حضور الأب ، مما يجعل الأب مرتبطاً بإيقاع العقاب والأذى ويقلل فرص التقبل الوجداني له من قبل أطفاله ، وإنما ملاحظة منا تستحق البحث والتأمل ، إن ما تلاحظه من رفض بين كثير من أطفالنا لأبائهم إنما يعود في حقيقة الأمر لارتباط الأب بعقاب الطفل وتهذيبه . وتدعم الأمهات هذه الصورة الكريمة للأب عندما تحاول - بشكل مقصود أو غير مقصود - أن تدافع عن الطفل وتحميه من غضب الأب بعد أن تكون هي التي تسببت في ذلك بتأجيلها عملية تعديل السلوك حين عودة الأب .

أساليب أخرى من التعلم الفعال (الإجرائي) :

أثارت نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) محاولات أخرى لابتكار طرق وأساليب علاجية جديدة ، منها التقريب المتتالي^(١٠) الذي ينطوي على تقسيم العمل أو السلوك المراد تعلمه إلى خطوات أو مراحل صغيرة ، وتدعيم الطفل كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية . وبهذه الطريقة يمكن تدريب الأطفال على كثير من جوانب السلوك المعقد مثل القراءة والكتابة . وتعلم غسل الوجه وتجفيف اليد ولبس الحذاء أو الملابس أو ركوب دراجة ، أو تعلم قيادة سيارة (ويستخدم هذا الأسلوب مع أسلوب القدوة بزيادة فاعليته كما سنرى) .

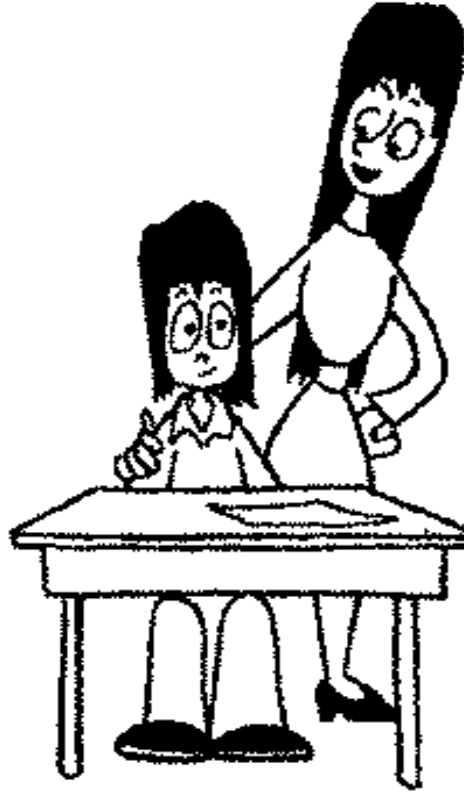
وهناك ما يسمى بالتدعيم الفارق لأي استجابة أخرى^(١١) ومن خلاله

يمكن أن تكافئ الطفل أو تدعم استجاباته عندما لا يظهر منه السلوك المحوري المرضي، فالحديث مع الطفل وتبادل الحوار معه بود وإعطاؤه بعض المدعمات كل نصف ساعة مثلا عندما لا يكون منغمسا في سلوك غير مرغوب فيه سيؤدي إلى زيادة سلوكه الإيجابي (Peterson & Harbeck, 1990).

وهناك أسلوب آخر يسمى تدعيم السلوك البديل^(١٢) للسلوك المحوري، يماثل الطريقة السابقة إلا أنه يتطلب تقديم التدعيم عندما يؤدي الطفل سلوكا مناقضا ومضادا للسلوك المرضي. ومن الاستخدامات الناجحة لهذا الأسلوب علاج مشكلة مص الطفل أصابعه بتدعيم قيامه بسلوك مضاد بإبقاء الأصابع خارج الفم. ويمكن كذلك في هذه الحالة إضافة طريقة التشكيل التي تحدثنا عنها مسبقا بزيادة متطلبات التدعيم تدريجيا بحيث لا يقدم التدعيم إلا بعد فترات تتزايد طولا يُبقي فيها الطفل إبهامه خارج فمه.

ويستخدم الأسلوبان السابقان بنجاح لعلاج مشكلات العدوان بين الأطفال المتخلفين (Giampo et. al., 1984) والأسوياء (Lazarus, 1971) على السواء. كذلك هناك تقارير حديثة تثبت نجاحهما في علاج بعض المشكلات العضوية والشكاوى الصحية التي ليس لها أساس عضوي وذلك بتدعيم الطفل عندما يُوَجَّل تعبيره عن الألم، أو عندما يبرز منه سلوك صحي يخالف لشكواه البدنية (Peterson & Harbeck, 1990).

أنواع من السلوك لا ينبغي تجاهلها



شكل رقم ١٣ > لا تتجاهل السلوك المؤذي للنفس أو الذي قد ينم عن اضطراب دائم في الشخصية أو الذي قد يتحول إلى اضطراب دائم وذلك كالبكاء والانسحاب الاجتماعي والعزلة الشديدة. قد تحتاج في النهاية إلى الاستعانة بالتخصصين، لكن لا تدع الطفل وحده يعاني مشاعره السلبية أو سلوكه الضار. تحدث معه وحاول أن تعرف مصادر تعاسته. فإذا كان الأمر يتطلب إيقاف أي عليه من الأمرة أو المدرسة أو أحد الزملاء فتعرف على هذه المصادر مبكراً وساعده على حلها. وإذا لم توجد أسباب واضحة تشجع الطفل على التعبير عن مشاعره، امنحه وقتاً كافياً لذلك، دعم جوانب السلوك التي تتعارض مع الاكتئاب والأذى بها فيها خلق فرص إيجابية للتفاعل الاجتماعي وتبادل الجودة ومساعدته على حل المشكلات الطارئة بتشجيعه على مواجهة مراقب التوتر أو الفشل.

الخلاصة

التدعيم إيجابيا كان أو سلبيا يؤدي إلى زيادة واضحة في جوانب السلوك المرغوب فيها بما فيها الصحة والنظافة والتوافق والتعاون . . الخ . . والتدعيم أنواع متفاوتة من الحوافز المادية إلى تلك المدعيات التي تشمل على جوانب اجتماعية أو نشاطات . ومن خلال التدعيم يمكن تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية . ويقوم جزء كبير من جهود المعالج السلوكي على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوانب السلوك الإيجابي للطفل من خلال ما يسمى بالتدعيم الإيجابي، أي إظهار الانتباه والثناء على الطفل عندما يصدر منه سلوك إيجابي .

أما العقاب وما يشتق منه من أساليب أخرى كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت - ولو أنه لا يؤدي إلى زيادة في السلوك الإيجابي - فإنه يؤدي إلى إيقاف السلوك السلبي . ولكي يكون العقاب فعالا، يجب أن يكون حازما، ومتسقا . . وخاليا من الهياج الانفعالي والمجادلة .

ويلعب التجاهل دورا متميزا في علاج كثير من مشكلات الطفل، لكن يجب عدم تجاهل جوانب السلوك الخطرة والمؤذية للنفس أو للآخرين . في مثل هذه الأحوال يجب معرفة مصادر إحباط الطفل، والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك السلبي بسلوك إيجابي آخر.

الفصل السابع

تدريب المهارات الاجتماعية للطفل

تتطلب نظرية التعلم الاجتماعي التعامل مع كثير من أنواع السلوك - مرضية كانت أم عادية - على أساس أنها تكونت بفعل التعلم من الآخرين عن طريق الملاحظة. وبالنسبة للأطفال، على وجه الخصوص، فقد بينت المحاولات المبكرة لهذه النظرية (Bandura, 1977) أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق تكتسب من قبل الطفل بتأثير الآخرين عن طريق ملاحظته لهم. كما تشير بعض الدراسات إلى أنه من الممكن علاج الأطفال من المخاوف المرضية بالطريقة نفسها، أي بملاحظة أشخاص آخرين يتفاعلون بطمأنينة ودون خوف مع الموضوعات المرتبطة بخوف هؤلاء الأطفال (Nietze & Susman, 1990). وتؤيد ملاحظات الأشخاص العاديين أننا نكتسب بالفعل رصيذا سلوكيا هائلا من خلال ملاحظتنا للآخرين ومحاكاتنا لما يفعلون.

لكن ما نكتسبه من الآخرين لا يكون بالضرورة إيجابيا. فالطفل الذي تحيط به أسرة خائفة جزعة سيكتسب بالفعل منها مخاوفها وموضوعات جزعها. والأب الذي يهرب من الضغوط بتناول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجا سلوكيا هرويا يشجع على عدم مواجهة المشكلات وحلها في وقتها المناسب.

وقد سبق أن وضحنا أن من الأسباب التي تجعل بعض فنيات العلاج

بالعقاب أسلوبا ممقوتا، أنها ترسم أمام الطفل نموذجا عدوانيا يشجع على استخدام العدوان ويؤدي إلى عكس ما يهدف إليه الوالدان تماما .

وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأسري (Madanes, 1988) أن هناك دائما ارتباطا قويا بين مخاوف الطفل ومخاوف آبائهم . ولهذا فقد نجد أسرة كاملة تخاف من حيوانات معينة ، أو تتحكم فيها اضطرابات محددة كالقلق الاجتماعي ، أو تنتشر في أفرادها اضطرابات سيكوسوماتية خاصة بها كالصداع والأرق ، وقرحة المعدة . إلخ . ونظرا لأن كثيرا من هذه الاضطرابات لا تخضع للوراثة بكاملها ، فإنها في الغالب قد اكتسبت بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يتخلقه كل منهم أمام الآخر — خاصة أمام الصغار — من نماذج سلوكية وتدعيمات لهذه الشكاوى .

وتسهم عمليات التعلم الاجتماعي في نمو أنماط الاضطراب الشديدة بها فيها الاضطرابات العقلية لدى البالغين والأطفال على حد سواء . وفي الحالات الأخرى الأقل خطورة من الأمراض العقلية تسهم عمليات التعلم الاجتماعي في ظهور الاضطرابات الاجتماعية بدرجات متفاوتة فتضعف قدرة الشخص على التفاعل الاجتماعي في المنزل أو المدرسة .

ومن الأسس الرئيسية للاضطراب النفسي لدى الأطفال ، القصور في المهارات الاجتماعية بكل ما يرتبط به من جوانب ضعف في التفاعل الاجتماعي الإيجابي . وقد يجيء قصور المهارات الاجتماعية مستقلا في شكل اضطرابات يلعب فيها هذا القصور الدور الأساسي كما هي الحال في حالات القلق الاجتماعي والحجل ، والتعبير عن الانفعالات الإيجابية (كالعجز عن إظهار الحب والموودة والاهتمام) أو السلبية (كالعجز عن التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان) .

وقد يجيء القصور الاجتماعي مصاحباً لكثير من الاضطرابات الأخرى .
فقد تبين أن أنواعاً كثيرة من الاضطراب السلوكي بين الأطفال - بما فيها
الاضطرابات العصابية والذهانية والسيكوفيزيولوجية - يصاحبها قصور واضح
في المهارات الاجتماعية بما فيها العجز عن الاحتكاك البصري ، أو تبادل الحوار ،
والجمود الحركي ، وعدم الاستجابة للتفاعل الاجتماعي .

ويوجد من الطرق العلاجية المبنية على نظرية التعلم الاجتماعي ما يمكننا
من تدريب الطفل على العديد من المهارات الاجتماعية ، لعل من أهمها :
التعلم من خلال ملاحظة النماذج (أو التعلم بالقدوة)^(١) ، تدريب القدرة
على توكيد الذات^(٢) ، لعب الأدوار^(٣) . وسنبين فيما يلي كيفية استخدام هذه
الأساليب وحدود تطبيقاتها ، وشروط الفاعلية فيها ، وأهم النتائج العلاجية
المرتبطة باستخدامها .

الاقتداء وملاحظة النماذج :

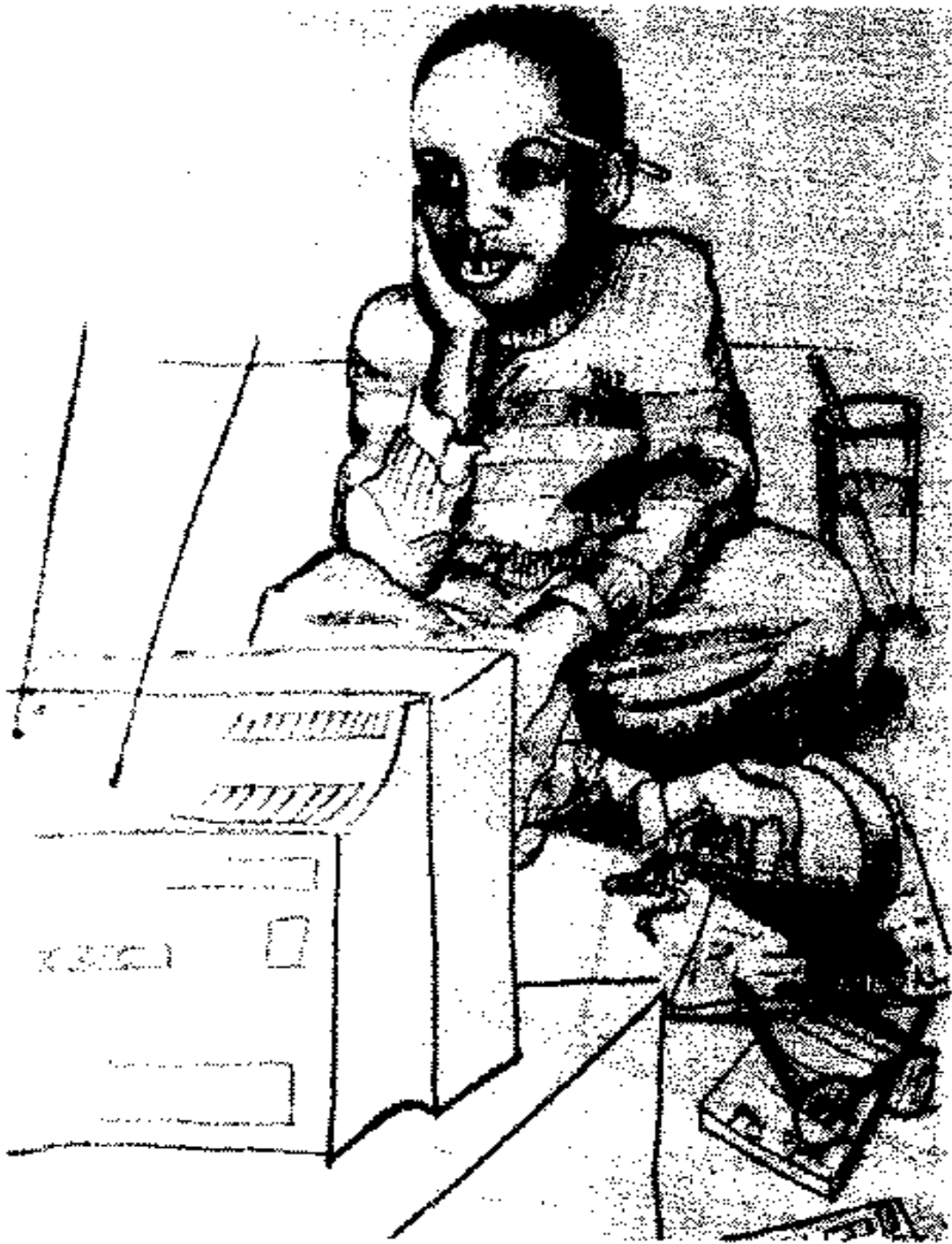
في إحدى التجارب المبكرة التي قام بها عالم النفس المعروفان «بانديورا»
و«راس» (Bandura & Ross, 1979) سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة
فيلم قصير يمثل طفلاً يتصرف بعنف وغلظة مع دمية ، فكان يركلها بقدميه ،
ثم يمزقها ، وينثر حشوها الداخلي مبعثراً إياه هنا وهناك . وقد بينت نتائج هذه
الدراسة أن الأطفال الذين شاهدوا هذا الفيلم - بالمقارنة بالأطفال الذين لم
يشاهدوه - كانوا يلجأون عند الإحباط لاستخدام نفس الأساليب العدوانية
عندما كان يسمح لهم باللعب مع دُمى مشابهة . لقد تعلموا بيسر أن يعبروا
عن إحباطهم بالعدوان (الركل - الضرب - التمزيق - النشر) من خلال أو بسبب
ما شاهدوه من نماذج عدوانية .

لقد أثبتت هذه التجارب أن بالإمكان اكتساب كثير من جوانب السلوك

المرضي من خلال مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج . فمن المعلوم مثلاً أن بعض انحرافات السلوك الجنسي - الاستجناسي^(٤) يمكن أن يتطور بين الأطفال الذكور الذين انفصل آباؤهم عنهم بسبب الموت أو الطلاق (Argyle, 1973) . ويبدو أن افتقار هؤلاء الأطفال للآباء - أو لبدائلهم - يحرمهم من وجود النموذج الذكري الذي يساعدهم على تمثل متطلبات الدور الاجتماعي الذكري واكتساب المهارات الملائمة لأدائه . وفي دراسة أخرى (Bandura, 1979) تبين أن الميول الاستجناسية تتزايد بين الأطفال في الأسر التي يفضل الأب فيها في إعطاء النموذج الذكري إما بسبب انحرافه هو الشخصي ، أو بسبب الدور الضعيف أو الهامشي الذي يلعبه في الأسرة ، أو بسبب عدم تدعيم الأسرة السلوك الجنسي الملائم مما يؤدي إلى قمع التعبير عن الجنسية الغيرية^{(٥)(٦)}

إن هذه التجارب في مجملها تشير إلى أن بالإمكان اكتساب السلوك المرضي من خلال التعلم الاجتماعي بملاحظة النماذج والافتقار بها . لكن الجانب المشرق والإيجابي لمعطيات هذه التجارب هو إمكان استخدام الأدوات التقنية التي انبثقت عنها في تحليل وعلاج السلوك المرضي ، واكتساب جوانب إيجابية معارضة لهذا السلوك (كنمو الغيرية ، والتعاون ، والمهارات الاجتماعية) .

وهناك عشرات الأمثلة وعشرات الحالات المنشورة التي تبين أن استخدام التعلم بالقدوة يؤدي إلى اكتساب كثير من المهارات الاجتماعية . فباستخدامه الاستخدام الفعال يمكن إحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال المصابين بعيوب الكلام (Madle & Neisworth, 1990) وتطوير الحكم الخُلقي المقبول اجتماعياً (Ingersoll, 1988) حتى بين الأطفال المتخلفين والمضطربين عقلياً (Madle & Neisworth, 1990) .



شكل رقم ١٤ : تستعد برامج التلفزيون أهميتها من خلال ما تعرضه من نماذج سلوكية وقيم واتجاهات . ومن الممكن استخدام التلفزيون بطريقة إيجابية من خلال البرامج التي تهدف إلى تدريب الطفل على اكتساب كثير من الجوانب السلوكية المرغوبة فيها . والتعلم الذي يتم بهذه الطريقة يعتمد على مبادئ القدرة وملاحظة النماذج الإيجابية من السلوك .

ولهذا الأسلوب دور متميز كذلك في علاج الأطفال المصابين بالاضطرابات العقلية كالفصام والأمراض الذهانية الاجترارية (٧) ومن الدراسات المشهورة في هذا المجال ما قام به «لوفاس» (Lovaas, 1967) من محاولات علاجية استخدم خلالها عرض النماذج لتعليم اللغة وبعض المهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل الاجتماعي، كالتمرين على الاحتكاك البصري، وتبادل التحية بين الأطفال الفصامين.

كما تعاون «لوفاس» مع مجموعة من زملائه (Lovaas, Freitag, Nelson & Walder, 1987) في استخدام أسلوب عرض النماذج واستخدام القدوة لتعليم مهارات الرعاية الذاتية (غسيل الوجه وترتيب الحشرات والملابس والامتناع) وأنماط اللعب، والتصرف الملائم للدور الاجتماعي بين الأطفال الفصامين والمعوقين. وتمكن «أوكانر» كذلك (O' Conner 1969) من معالجة حالات الانسحاب الاجتماعي والحجل والقلق الاجتماعي بالطريقة الآتية:

١ - سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير معد خصيصا لتدريب المهارة الاجتماعية ويعرض طفلا غريبا وجديدا يرى مجموعة من الأطفال تلعب وتتناقش فيما بينها، ويقرب الطفل من هذه المجموعة الغريبة عنه تدريجيا ويدخل مع أفرادها في حوار متزايد إلى أن يصبح جزءا منها.

٢ - بينما يسمح لمجموعة أخرى من الأطفال بمشاهدة فيلم آخر ليست له علاقة بتدريب المهارات الاجتماعية (٨).

وقد تبين عند المقارنة بين المجموعتين أن قدرة الأطفال في المجموعة الأولى قد زادت على قدرة مجموعة الأطفال الضابطة فيما يتعلق بكثير من المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على التفاعل الاجتماعي واختلاق موضوعات جديدة

للحديث . ومن الغريب أن هذا التقدم كان ملحوظا لدرجة أنه لم يعد هناك فرق كبير بين هؤلاء الأطفال الذين شاهدوا هذا النموذج ومجموعة ثالثة من الأطفال لم تكن بينهم مشكلات سابقة متعلقة بالقلق والانسحاب وضعف المهارات الاجتماعية .

ومن التطورات المفيدة لتطبيقات هذا الأسلوب استخدامه في مجالات علاج الاضطرابات الطبية وإسعاف الشخص نفسه في الحالات الطارئة . فقد أمكن الآن إعداد أفلام فيديو ملونة لتطوير مهارات الطفل في إسعاف نفسه خصوصا في الحالات التي يحتاج الطفل خلالها إلى استخدام أنواع من الحقن ، وبهذه الطريقة أمكن تدريب مجموعة من الأطفال المصابين بالسكر في المعسكرات الصيفية على استخدام الحقن الذاتي من خلال عرض فيلم لطفل في السادسة من عمره يتولى حقن نفسه بالأنسولين بطريقة تدريجية مع تعليمات لفظية شارحة لطريقة تطبيق الحقن . وقد تمكنت مجموعات كبيرة من الأطفال ذوي الأعمار الصغيرة نتيجة لمثل هذه التدريبات من تحقيق كثير من الإنجازات الصحية بما فيها القيام بالرحلات والمعسكرات الصيفية التي كان يتعذر عليهم القيام بها من قبل ، وذلك بسبب ما تمنحه إياهم هذه التدريبات العلاجية من حسرية في الحركة في معالجة التغيرات الطارئة (Peterson & Harbeck, 1990) .

وتتوقف فاعلية القدوة كأسلوب علاجي على شروط لعل من أهمها : وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه ، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك . ذلك لأن الطفل لكي يتقن أداء سلوك معين يجب أن يلاحظ أمامه تأدية هذا السلوك من قبل النموذج ، سواء كان هذا النموذج يقوم بهذا السلوك في مواقف فعلية (كما في حالة تعليم طفل صغير كيف يغسل وجهه

مثلا بأداء ذلك أمامه أو حثه على هذا الأداء) ، أو كان معروضا أمامه في مواقف أو مشاهد رمزية كما رأينا في الأمثلة السابقة .

كما يجب أن يكون النموذج مقبولا من الطفل ، فالأطفال لا يستجيبون بدرجة متساوية لما يشاهدونه ، وتتوقف معايير قبولهم هذا النموذج أو ذلك على كثير من المحركات منها : التشابه في العمر ، جاذبية النموذج ، توافق القيم ، والتماثل في بعض الخصائص الشخصية بين الطفل والنموذج . والأطفال في الغالب يتأثرون بالنماذج الناجحة أكثر من الفاشلة ، فنادرا ما يقبل طفل مرتفع الذكاء مثلا بمحاكاة نموذج لطفل متخلف إلا من باب الفكاهة والسخرية الفجة .



شكل رقم ١٥ : بالرغم من نقص الدراسات التي تبحث في دور الأب وتأثيره الوجداني في الطفل ، فإن هناك ما يشهد أن كثيرا من الانحرافات السلوكية قد ينتشر لدى الأطفال الذين انفصلوا عن وجود الأب أو يعيشون مع أم لا تسمح للطفل بالتوحد به . ومن ثم ينصح العلماء بأن يشارك الأب في تربية الطفل وملاعبته ، وأن يخصص وقتا طويلا له للإسهام في عملية تنشئته . ومن شأن ذلك أن يساعد الطفل على تقبل الأب ، ومن خلال ذلك يتمثل متطلبات الدور الاجتماعي الذكري ، ويكتسب كثيرا من المهارات المرتبطة بدور الرجل في المجتمع كتحمل المسؤولية والإيجابية والمبادرة الخ .



شكل رقم ١٦ : يتطلب العلاج الناجع للمطفل توجيهه لتعديل أخطائه وانحرافاته السلوكية بشئ
الوسائل الممكنة . ويولي المعالجون السلوكيون المعاصرون اهتماما خاصا لتدريب الطفل على اكتساب
المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على تبادل الأحاديث والتفاعل مع الأطفال الآخرين والدخول في
عمليات البيع والشراء ، فضلا عن تدريبه على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية الضرورية لتكوين
صلات اجتماعية



طويلة المدى بها
فيها تدريب الطفل
على الاحتكاك
البصري وتبادل
التحية والمناقشات
والأحاديث .



ويتوحد الطفل بالنموذج الذي يشاب إثابة إيجابية على أفعاله ولكنه لا يتقبل الذي يلقي العقاب أو الاستهجان، وهناك دراسة (Bandura, 1969) تين أن محاكاة العدوان في تجارب مماثلة لتجارب باندورا وزملائه تخفي عندما كان هناك من يأتي لعقاب الطفل المعتدي على تصرفاته العدوانية مع الدُسى .

وتزداد فاعلية التعلم بالنموذج عندما يكون عرض النموذج السلوكي مصحوبا بتعليقات لفظية تشرح ما يتم أو تصف المشاعر المصاحبة .

ونظرا لما يلعبه التعلم بالقدوة من أدوار مهمة في تعليم الطفل كثيرا من المهارات الاجتماعية في الفترات المبكرة من الطفولة، فإن علماء الصحة النفسية والعلاج السلوكي ينصحون الوالدين بالانتباه لدورهما في هذه الناحية . فالوالدان - أرادا أم لم يريدوا - يرسمان بتصرفاتها أمام الطفل نماذج من المهارات والسلوك التي يتعلم منها الطفل، وتمتد هذه المهارات لتشمل كثيرا من الجوانب السلوكية بما فيها اللغة ورعاية النفس ومواجهة الأزمات الانفعالية والاستجابة للمواقف الاجتماعية .

على أن الاقتداء بالوالدين أو بأحدهما لا يتم على نحو آلي . فقد تين أن الطفل يقتدي بأحد الوالدين إذا تحققت فيه أو فيها بعض الشروط التي منها:

١ - أن يقضي مع الطفل وقتا طويلا خلال عملية التنشئة المبكرة .

٢ - أن يكون على قدر مرتفع من الجاذبية للطفل .

٣ - أن يكون مقبولا وفق المعايير الاجتماعية والمحلية .

ومن المعلوم أن تزايد المشكلات السلوكية والاضطرابات بين الأطفال في الأسر المهاجرة - على سبيل المثال - قد يكون بسبب عدم تقبل الطفل معايير

أسرته الخاصة ، تلك المعايير التي تتعارض أو تختلف مع معايير المجتمع الجديد الذي وفدت إليه الأسرة .

تدريب القدرة على توكيد الذات^(٩) والتعبير الطليق عن المشاعر^(١٠)

يستخدم هذا الأسلوب - عادة - لعلاج حالات القلق الناتجة عند بعض الأطفال بسبب الخضوع والسلبية ، أو العجز عن التعبير بحرية عن المشاعر في المواقف الاجتماعية التي تتطلب الفاعلية فيها ذلك . ولهذا يستخدم هذا الأسلوب لتحقيق ثلاثة أهداف هي :

أ - تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرات الصوت ، واستخدام الإشارات ، والاحتكاك البصري الملائم .

ب - تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل فيما عدا التعبير عن القلق (Wolpe; 1959) ، أي التعبير الحر عن المشاعر والأفكار بحسب متطلبات الموقف بما في ذلك تدريب القدرة على الاستجابة بالغضب ، أو بالإعجاب والسود ، أو بالتراضي ، أو غير ذلك من مشاعر تتطلبها المواقف .

ج - تدريب الطفل على الدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدواني أو مندفع ، وتأخذ خطط تدريب هذه القدرة مسارات متعددة منها :

- ١ - التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو التحدي) وتأكيد الذات .
- ٢ - تدريب الطفل على التمييز بين الانصياع (أو الخضوع) وتأكيد

الذات .

- ٣ - استعراض نماذج لمواقف مختلفة تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية اكتسابها وطرق التعبير عنها .
- ٤ - تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجيا حتى يصل إلى المستويات المرغوب فيها من التعبير عن هذه القدرة .
- ٥ - التدعيم الإيجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل ولفت نظره إليها على أنها شيء جيد ومرغوب فيه .
- ٦ - علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية والعدائية بسبب تدخلها في تعريق ظهور السلوك التأكيدي .
- ٧ - تشجيع الطفل على تدعيم التغييرات الإيجابية التي اكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين بترجمتها في المواقف الخارجية الحية^(١١) (Herbert, 1987) .

وعادة ما يسبق هذا التعميم تدريب الطفل على لعب الأدوار الملائمة، فمن خلال ممارسة لعب الأدوار يمكن للمعالج أن يستحضر المواقف قبل حدوثها، ومن ثم يمكن له أن يصحح سلوك الطفل ويدربه على المهارات الاجتماعية الملائمة لهذه المواقف، بحيث تزداد ثقة الطفل في قدرته على التعامل فيها بعد مع هذه المواقف عندما تحدث .

ولتدريب هذه القدرة عادة ما يوجه المعالجون السلوكيون انتباههم إلى الجوانب اللفظية والجوانب غير اللفظية .

فمن حيث السلوك اللفظي يتم الانتباه إلى جوانب التعبير اللفظي المختلفة التي من شأنها أن تدل على تزايد هذه القدرة، فمثلا:

- ١ - أن تكون العبارة مباشرة وفي صلب الموضوع .
 - ٢ - أن تكون حازمة ولكن غير عدائية أو متفطرسة .
 - ٣ - أن تكشف العبارات المستخدمة عن احترام وتقدير للشخص الآخر الداخلي في عملية التفاعل ، ومعرفة بحقوقه .
 - ٤ - أن تعكس اللغة المستخدمة هدف المتحدث تماما ودون لف .
 - ٥ - ألا تترك مجالاً لتصعيد الخلاف .
 - ٦ - إذا تضمنت العبارة بعض التوضيح ، فيجب أن يكون التوضيح قصيرا بدلا من أن يكون سلسلة من الاعتذارات والتبريرات .
 - ٧ - أن يتعد محتوى الكلام عن لوم الشخص الآخر أو توجيه الاتهام له .
- أما من حيث جوانب السلوك غير اللفظي ، فمن المهم تدريب الطفل على ماياتي :

- ١ - الاحتكاك البصري الملائم .
- ٢ - المحافظة على مستوى صوت معتدل لا خافت ولا زاعق .
- ٣ - التدريب على نطق العبارات دون جملجة ودون كثير من التوقفات .
- ٤ - المحافظة على وضع بدني يتسم بالنقطة ، ويتعد عن العصبية ، والحركات اللا إرادية ، أو الابتسامات غير الملائمة . . إلخ .

(Herpert, 1987; Lang & Jackoon, 1976) .

لعب الأدوار^(١٢) و«البروفات»^(١٣) السلوكية :

يمثل لعب الأدوار منهجاً آخر من مشاهج التعلم الاجتماعي ، يدرب

بمقتضاه الطفل على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها ولإجراء هذا الأسلوب يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو من الخجل مثلا أن يؤدي دورا مخالفا لشخصيته أو أن يقوم مثلا بأداء دور طفل عدواني أو جريء . وأحيانا يتم تطبيق هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على تبادل الأدوار، وهي طريقة يستخدمها أحد مؤلفي هذا الكتاب (ع. إبراهيم) في تدريب المهارات الاجتماعية . وبمقتضى هذا الأسلوب نطلب من الطفل أن يؤدي الدور ونقيضه ، أي أن ينتقل من القيام بدور الخجول ، إلى دور الجريء ، أو من دور الغاضب إلى المعجب والشاكر والمدح لسلك طفل آخر .

وتدلل تقارير البحوث المجتمعة على فاعلية هذا الدور بأنه بالفعل يمثل طريقة ناجحة وفعالة في التدريب على أداء كثير من المهارات الاجتماعية ، وأنه يزيد من فاعلية الأطفال على التفاعل الاجتماعي ، وأنه يمثل طريقة جيدة لتحرير الطفل من القلق الذي يتعرض له في المواقف الحية .

ويوضح أرجايل (Argyle, 1984) أن هناك أربع مراحل على المعالج أن يتقنها لكي يستفيد من هذا الأسلوب استفادة فعالة :

- ١ - عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل المعالج أو من خلال نماذج تليفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية .
- ٢ - تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مساعده ، أو مع طفل آخر ، أو مع دمي أو عرائس .
- ٣ - نصحيح الأداء ، وتوجيه انتباه الطفل لجوانب القصور فيه ، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه .
- ٤ - إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له .

٥ - الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة .

وعلى وجه العموم ، فإن ممارسة السلوك قبل الدخول في العلاقات الاجتماعية من خلال لعب الأدوار الملائمة ، والإكثار من هذه الممارسة ، والتنويع منها بحيث تشتمل على مواقف متنوعة ، ستمد الطفل برصيد هائل من المعلومات النفسية الملائمة عندما يواجه المواقف التي تتطلب منه ثقة بالنفس . ومثل هذا الطفل سيجد نفسه أكثر قدرة على الانطلاق بإمكاناته إلى أساق انفعالية واجتماعية أكثر خصوبة وامتدادا عما كانت عليه من قبل . والتسائح في عمومها تبين - فضلا عن هذا - أن الأطفال الذين يتعالجون باستخدام هذه الأساليب عادة ما يتفوقون بعد علاجهم حتى على الأطفال العاديين عن لم يتلقوا مثل هذه التدريبات .

الخلاصة

يدرك العلماء اليوم أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق يكتسبها الطفل بتأثير من الآخرين وملاحظته لهم، وتفاعله معهم. وبالمنطق نفسه أصبح الآن من الممكن تحقيق تغيرات علاجية هائلة في سلوك الأطفال من خلال إكسابهم بعض المهارات الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين ومن خلال القدوة والمحاكاة للسلوك الاجتماعي الفعال. وقد ركزنا في هذا الفصل على شرح طرق التعديل السلوكي المستخدمة في تدريب الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية. . كالتعلم بالقدوة، وتدريب القدرة على تأكيد الذات، ولعب الأدوار.

وقد تبين على وجه العموم أن ملاحظة السلوك الإيجابي في الآخرين، أو التدريب على ممارسة هذا السلوك مثل الدخول في العلاقات الاجتماعية تمد الطفل برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعد على اكتساب المهارة والنجاح والتوافق. وقد ركزنا على شرح تفاصيل هذه الأساليب وكيفية إجرائها.



الفصل الثامن

تعديل أخطاء التفكير

لا يمكن في الحقيقة عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها. فالاضطرابات النفسية على وجه العموم بما فيها اضطرابات الطفل تعتبر، من وجهة نظر المعالج السلوكي - المعرفي، نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم. (Beck et al., 1978; Ellis, 1977; Freeman & Davis, 1991; Herbert, 1987; Meichenbaum, 1977)

وتبين ملاحظات أخرى أن ما يردده الطفل من أقوال لنفسه عندما يواجه المواقف هو مصدر رئيسي من مصادر الاضطراب. ولذلك يركز المعالج السلوكي - المعرفي أكثر من زملائه الآخرين على علاج أساليب إدراك الطفل واتجاهه نحو المواقف أكثر من تركيزه على تحليل المواقف الخارجية. (Meichenbaum, 1977)

المصادر المعرفية المرتبطة بالاضطراب النفسي عند الطفل :

يمكن تحديد أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة وهي :

١ - نقص المعلومات وقصور الخبرة، والسذاجة في حل المشكلات .

٢ - أساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف .

٣ - ما يحملة الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين
والمواقف التي يتفاعل معها .

٤ - التوقعات السلبية .

١ - نقص المعلومات والخبرة :

إن جزءاً كبيراً من الأخطاء التي يرتكبها الطفل قد تكون نتيجة مباشرة
لجهله بالطرق الصحيحة في التصرف أو التفكير، ومن ثم يجب علينا ألا ننسى
عند تعاملنا مع الطفل أن ما يصدر عنه من مشكلات هو في واقع الأمر نتيجة
لقصور في فرص التعلم والممارسة والتفاعل في جوانب مختلفة من الحياة .

ولهذا يتطلب العلاج المعرفي للطفل في بعض مراحله التركيز على التربية
المباشرة بإعطاء الطفل معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم وما
تطلبه التفاعلات الناضجة من شروط . ويفضل «إليس» (Ellis, 1966) أن
نعلم أطفالنا، من خلال التربية المباشرة والمفصلة، كيفية مواجهة المخاوف
وكيفية التغلب على الأخطاء بدلاً من الحكم على مخاوف الطفل بأنها غير
حقيقية أو حمقاء .

ومن هذا المنطلق تمكن «أزرين» و«نان» (Azrin & Nunn, 1977) من أن
يعالجا صعوبات الكلام والتعثر في نطق بعض الحروف من خلال تدريب
الأطفال مباشرة على نطق الكلمات التي تحتوي على الحروف التي يتعثر الطفل
في نطقها، مع التدريب خلال عملية النطق على التنفس المنتظم والقراءة
بصوت عالٍ .

واعتقاداً على هذا التصور يمكن أيضاً النظر إلى مشكلات الطفل الانفعالية

- كالقلق والاكتئاب - على أنها نتيجة مباشرة للمعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية (D'Zurilla & Goldfried, 1971). ونجد لهذا اهتماما واضحا بين علماء العلاج السلوكي - المعرفي لابتكار مناهج علاجية تقوم على تدريب الطفل وتعليمه مباشرة الأساليب الفعالة في حل المشكلات^(١) كما سنرى فيما بعد.

٢ - المعتقدات وأخطاء التفكير:

ثمة عدد آخر من الاضطرابات يتطور لدى الطفل بسبب ما يحمله من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين وعن المواقف التي يتفاعل معها. فالعدوان أو الاندفاع في التصرف عند الطفل، مثلا، قد لا يكون بالضرورة نتيجة مباشرة لاضطراب عضوي أو مواقف بيئية، ولكن قد يكون أحيانا انعكاسا لتفسير الطفل للمواقف الخارجية على أنها مهددة ومحبطة متأثرا بإدراكه لها (Kazdin, 1990).

ويصوغ بيك (Beck, 1967) نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية - وعلى وجه الخصوص الاكتئاب - في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن النفس والعالم والمستقبل. ومن رأيه أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب. فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي، ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليائسة، والتي نسميها اكتئابا. وبعبارة أخرى فإن المواقف المحايدة أو الغامضة تكتسب دلالتها ومعناها من خلال ما نعتقه بشأنها ومن خلال قدراتنا على مواجهتها (Beck, 1967. Beck, et. al., 1979; Kaslow & Arcusin, 1990).

٣ - التوقعات السلبية (٢) :

تلازم حالات الاضطراب - كالاكتئاب - توقعات أو أحداث سلبية أو مهينة للمرضى ، مما يجعلهم يعتقدون أنه لن يكون بمقدورهم تجنب حدوث هذه الأحداث . فعندما يتوقع الشخص أن شيئاً ما سيحدث ولن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه يبرز الاكتئاب كمجموعة من الاستجابات المصاحبة لهذه التوقعات ، ويفسر هذا التصور انخفاض مستوى الدافعية وكذلك انخفاض العمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب .

وتبين بحوث «سيليجمان» (Seligman, 1977) أن الاكتئاب لدى الطفل يعبر عن نفس هذه المعاني فالأطفال المكتئبون يكشفون عن قصور شديد في حل المشكلات العقلية والاجتماعية بالرغم من أن ذكاءهم قد يكون مرتفعاً أكثر من غيرهم . وقد اقترح «سيليجمان» مفهوم المعجز المكتسب (٣) كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب عند الإنسان العادي البالغ والطفل وحتى الحيوان . وفي إحدى تجاربه وضع كلباً في صندوق مكهرب لا يمكنه الهرب منه ، فكان الكلب في البداية يظهر علامات الانزعاج بها فيها العواء والنشاط الشديد للهرب من الصندوق (وكانه قد أصيب بحالة جزع (٤) وخسوف مرضي) . لكن عندما استمرت الصدمات الكهربائية ، استسلم الكلب في قاع الصندوق في حالة يائسة . ومن الطريف أن الكلب لم يبد أي محاولة للهرب من هذا الموقف إلى صندوق مجاور حتى عندما اتبحت له الفرصة . كما أنه عزف عن تناول الطعام وأصابه الهزال وكأنه قد أصيب بحالة اكتئاب شديد . لقد أثبت المجرب هنا أن الاكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للمعجز عن إيقاف الألم أو ضبطه مما أدى إلى تقاعسه وعجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد أن توافر له الفرصة لتحقيق ذلك .

ولعلاج الاكتئاب المكتسب بهذه الطريقة يقترح «سيليجمان» مفهوم الأمل المكتسب^(٥) الذي يمكن اكتسابه وفق خطة مماثلة . ففي تجارب «سيليجمان» التي أشرنا إليها بدأت الكلاب تنشط في الهرب من البيئة المؤلمة عندما قام المجرب عمداً بنقلها من الصناديق المكهربة إلى الصناديق الأخرى المجاورة عدداً من المرات . وبعبارة أخرى فقد تكون لديها الأمل من جديد (من خلال محاولة الهرب وتجدد مصادر الأمل في البيئة) عندما تعمد المجرب نفسه تشجيعها على ذلك .

وتماشياً مع هذه النتيجة يمكن القول إن إصابة الطفل بالاكتئاب هي تعبير مباشر عن سلسلة من الأخطاء الاجتماعية في حقه مما يجعله يتجه لتبني أسلوب العجز المكتسب فيعتريه التشاؤم ويلازمه فقدان الثقة بالنفس والعجز عن تطوير نفسه بالإمكانات المتوافرة لديه فعلاً .

وسيكون من الصعب علاج مثل هؤلاء الأطفال من اضطراباتهم دون أن تتولى البيئة عامدة متعددة استبدال عجزهم المكتسب بالأمل المكتسب من خلال وضعهم في تجارب ناجحة وفي مواقف مضمونة الفوز، إلى أن تشكل لديهم توقعات إيجابية وأمل جديد .

٤ - الأسلوب المعرفي :

من المعروف أن بعض أنواع الاضطراب النفسي لدى بعض البالغين والأطفال على السواء عادة ما تكون مصحوبة بخصائص فكرية في الشخص كالمبالغة والتهويل وتوقع الشر . فالاضطراب يلتحم بطرق خاطئة من التفكير .

ومن الممكن حصر الأساليب المعرفية الخاطئة والتي من شأنها أن تؤدي إلى الاضطراب وتدعمه في عدد من النقاط التي أمكن لنا حصرها بالاعتقاد على ما

أمدتنا به المصادر الرئيسية المنشورة في العلاج السلوكي المعرفي فيما يأتي :

(E. g., Bandura, 1969; Beck, 1979; Ellis, 1968, 1977 ; Freeman & Davis, 1991; Freeman & Zaken - Greenburg, 1988; Meichenbaum, (1977).

- ١ - التعميم السلمي الشديد : كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة أو حقاء .
- ٢ - التوقعات الكوارثية : مثال الطفل الذي يتجنب الدخول في مواقف خوفاً من أن يرتكب خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته .
- ٣ - الكل أو لا شيء : يتصرف الطفل باضطراب إذا كانت تصوراتهِ للأمور قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع . التطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرض الطفل لأي إحباط أو توتر مهما كان نافعاً .
- ٤ - قراءة أفكار الآخرين سلبياً : فالطفل الذي يردد بينه وبين نفسه ، عندما يوشك على الدخول في تفاعلات اجتماعية ، عبارات مثل : «سيجعلونني موضوعاً لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك» أو «إنهم يظنون بأنني أقل منهم» أو «أعتقد أنهم يضحكون عليّ الآن» ، مثل هذا الطفل سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب والانحراف بها فيها تعاطي مواد ضارة ، أو العدوان ، أو القلق الاجتماعي والانسحاب .
- ٥ - المقارنة : ستأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية ، وتعطل قدرة الطفل على النشاط والدفاعية ، (مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب أو القلق) إذا كان من النوع الذي يسرف في استخدام عبارات مثل : «إنهم أكثر قدرة مني» ، «إن هناك شيئاً ما خاطئاً فيّ بالمقارنة بهم» ، «إنني لست كذا مثله» .

٦ - تجريد إيجابيات الشخصية من مزاياها : «إنني لا أستحق هذا الإطراء» ،
«إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية» ، «هذا الاهتمام نوع من العطف
فلا يوجد في أو في شخصيتي شيء يستحق ذلك» .

٧ - التفكير القائم على الاستتجات الانفعالية : فالطفل الذي يفسر سلوك
الآخرين تفسيراً انفعالياً ، سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعي
الفعال ، وسيجد نفسه غالباً عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية
والرساوس والاضطرابات العضوية . ومن ثم فإن مهمة المعالج السلوكي -
المعرفي في هذه الحالات تحييب الطفل أفكاراً مثل : «التراجع عن الرأي
معناه ضعف» ، «القبول بالنصيحة امتهان للكرامة» .

٨ - تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل : توضح لنا
ملاحظات المعالجين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية - بين البالغين
والأطفال - تتميز في بعض الحالات بتفكير ينسب الشخص بمقتضاه فشل
أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه . مثلاً «فشل هذه المجموعة في
المسابقة كان بسببي وبسبب كسلي» .

٩ - الاتجاهات الكمالية - المطلقة : فالطفل الذي يجد نفسه - ربما نتيجة لتربية
خاطئة - يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة ، يصبح كشخص يسبح في
محيط ليست له معالم محددة ، أو كجواد يعدو في خطوط لا نهاية لها .
ولذلك يحذر المعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين المضطربين :
«يجب ألا يكون في أو في عملي أي ثغرة أو خطأ» ، «يجب ألا أترك بالمرّة أي
شيء للصدفة» ، «إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل
كل ما فعلت» . والتفكير الكمالى يختلف عن التفكير الإكمالى ، فلا بأس
بالطبع أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة ، وفي أوقات ملائمة .

إلا أن المشكلة التي تثير قلق الإحصائيين النفسيين تكمن في أن يتحول هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للاضطراب والجزع بسبب جوانب نقص غير معلومة ، ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي .

١٠ - إطلاقا وحتما : تنتشر في عبارات الأطفال في حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير . نخذ على سبيل المثال هذه العبارات : « لن أزوره ولن أتصل به إلا إذا بدأ هو ذلك » ، « يجب أن أكون محبوبا من الجميع » ، « مستحيل علي أن أحتمل نقده » ، « لن أسمح لنفسي إطلاقا أن أوجد حيث يوجد » . إن ترديد مثل هذه العبارات وإيمان الطفل بمحتواها سيحجم كثيرا من جوانب الفاعلية في سلوكه الاجتماعي والشخصي ، وسيجعله عرضة لانفعالات الغضب وما يرتبط بها من اضطرابات العدوان ، أو الانسحاب والتجنب وما يرتبط بهما من اضطرابات القلق الاجتماعي والاكتئاب .

١١ - ربط الاحترام الشخصي وتقدير الطفل لنفسه بعوامل خارجية : ويتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل خارجية لكي يشعر الطفل بقيمته ، مثلا : « إذا لم يتصل بي أحد ، أو لم يدعني زملائي لهذا الحفل فأنا شخص باهت » .

إن ما شرحناه هنا يمثل أهم الأساليب المعرفية التي يمكن للمعالج أن يتابعها ويحدها عند التعامل مع اضطرابات الطفل . وإحساسا بأهمية هذه العوامل المعرفية مجتمعة في نمو اضطرابات الطفولة وفهماها ، فقد أمكن للعلماء أن يطوعوا بعض الأساليب الفنية بهدف التعديل من العوامل المعرفية السائدة في الاضطراب النفسي ونوضح فيما يلي بعض هذه الأساليب مع أمثلة لتطبيقاتها واستخداماتها العلاجية .

الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير

١ - التوجيه المباشر والتربية وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف :

يلعب المعالج هنا دوراً شبيهاً بدور المدرس الماهر الذي يلحق تلميذه أساليب جيدة للمحفظ والتذكر وحل المسائل العلمية ، لكن مع فرق واحد وهو أن ما يعلّمه المعالج النفسي للمريض يرتبط بقدراته على حل المشكلات النفسية ومواجهة المواقف الصعبة . ويمتد هذا الأسلوب ليشمل العناصر الآتية :

أ - إعطاء معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد من أجل أن يكتشف الطفل أن مخاوفه غير موضوعية .

ب - تربية الطفل وتدريبه على مواجهة المواقف المعقدة : كيف يهرب من الخطر مثلاً؟ كيف يستغيث بالناس في مواقف الخطر؟ كيف يستخدم التليفون؟

ج - تدريب الطفل على بعض النشاطات الاجتماعية التي تعمل على تحسين وتنمية علاقاته بالأخرين . فالانسحاب الاجتماعي والانسواء لدى طفل معين قد يكونان نتيجة مباشرة لعدم إتقانه بعض المهارات الاجتماعية بما فيها من ألعاب أو مهارة في التحدث ، ولهذا فمن المطالب الرئيسية لزيادة الفاعلية الاجتماعية للطفل ، أن ندرجه على إتقان بعض الألعاب الشائعة ككرة القدم أو السلة ، أو الشطرنج لأنها تحول له لعضو حيوي في جماعات خارجية .

د - التدريب المباشر وإعطاء معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه واضطرابه حتى يمكن من التعرف إلى مصادرها ويستبق حدوثها ، ويقيس مدى تفوقه في علاجها . ونجد من ناحيتنا أن إعطاء معلومات - مثلاً - عن

الاستجابات الفسيولوجية - بما فيها تزايد دقات القلب وشحوب السوجه وغيرها من النشاطات الاستثارية - في حالات القلق والاضطرابات المرتبطة به قد يكون ذا فائدة عظيمة للطفل . فهي من ناحية تنبيهه إلى الإحساسات العضوية في المواقف الانفعالية ، وتعود من ناحية أخرى قدراته ضبط هذه الإحساسات والتحكم فيها من خلال الاسترخاء كوسيلة من وسائل العلاج .

٢ - الحوارات مع النفس (المونولوج) :

يبين «مايكنباوم» (Meichenbaum, 1977) أن من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة . إن الاضطراب الذي يصيب الطفل (بما في ذلك الخوف الشديد، والقلق، والانفداع، والعدوان في المواقف التي يواجهها ، اجتماعية كانت أو دراسية)، يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه، ومع ما تمنع به ذاته من أفكار أو حوادث . ويقدم «مايكنباوم» شهرته في مجال العلاج المعرفي على نجاحه في ابتكار وسائل أمكنه من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات وما تثيره من استجابات انفعالية مهددة، وعلى استبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليقات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله مع هذه المواقف .

ويرى «هربرت» (Herbert, 1987) أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه . ويقترح منهجا كاملا يمكن للمعالج من خلاله أن يطلب من الطفل أن يعيد ويردد عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل : «توقف» . . «فكر قبل أن تجيب» . . «ساعد لعشرة قبل أن استجيب» . وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليقات ذاتية أكثر تعقيدا من ذلك .



شكل رقم ١٧ : هناك ما يثبت أن الاضطرابات التي تصيب الأطفال بما فيها الخوف، الاجتهابي والتفلق وتجنب الاحتكاك بالآخرين والمداوة ، تعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل من أفكار أو حوارات ذاتية . ومن ثم يبين «مايكنابوم» أن من أنجح الوسائل لمعالجة المشكلات الانفعالية والتغلب عليها تدريب الطفل على التنبه للأخطاء أو التصورات الخاطئة بما فيها فكرته عن نفسه أو فكرة الآخرين عنه .

٣- الوعي بالذات ومراقبتها :

ويتضمن هذا الأسلوب تمكين الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو كاميرات تصوير (فيديو) وهو يتصرف في مواقف اجتماعية مختلفة . وبهذه الطريقة يستطيع الطفل أن يطور قدرته على ضبط ذاته وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه . ولهذا الأسلوب قيمة أخرى ، فهو يطلع الطفل مباشرة على الكيفية التي يدركه بها الآخرون . لكن نظرا لأن إعادة المشاهد قد تكون لها نتائج انفعالية سيئة عند البعض ، فإنه يجب الحذر الشديد عند استخدام هذه الطريقة ، مع العمل على الانتقاه الجيد للمشاهد التي تكون لها قيمة علاجية ، وكذلك تجنب المشاهد التي يعلم المعالج أن الطفل سيكون حساسا تجاهها (Herbert, 1987).

٤- تخيل النتائج^(٦)

يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على تخيل الموقف المهدد الذي حدث وأن يصف ما يراه من انطباعات ذهنية ، وأن يتحدث عن مشاعره والتغيرات الفسيولوجية التي تعتره ، وما يصحبها من أفكار وحوارات ذهنية . ومن خلال ذلك ، يساعد المعالج الطفل على استنتاج نوع الفكرة العقلانية التي يميل الطفل عادة إلى تكرارها ، حتى يمكن إخضاعها بعد ذلك للتعديل . فإذا حدث وتبين للمعالج أن أفكار الطفل هي بالفعل أفكار صحيحة وعقلانية وملائمة لتحليل الموقف ، فإنه يوجه جهده لأساليب علاجية أخرى (غير معرفية) كالاسترخاء أو مهارات التكيف^(٧)

٥- استخدام أسلوب التشيع بالفكرة الحاطئة :

يتطلب هذا الأسلوب حث الطفل ، بعد تحديد الفكرة أو مجموعة الأفكار المسؤولة عن اضطرابه ، على أن يعيشها بكل قوة وأن يتصور أقصى ما يمكن أن

تؤدي إليه من نتائج . والهدف من ذلك ليس أن تستخف بالطفل أو توضح له سخافة أفكاره ، لكن الهدف هو الوصول به إلى إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوأ من الأشياء ذاتها ، وأن الخوف من الأشياء وتجنبها قد يزيد من سوءها . ويفضل المعالجون استخدام هذا الأسلوب مع الطفل بعد توطيد العلاقة العلاجية معه .

٦ - توليد البدائل واستكشاف الإمكانيات المختلفة للحل :

يؤدي الاستغراق الانفعالي الشديد في المشكلة بالطفل أحيانا إلى أن يظن أنه لن تكون لديه بدائل لما سيخسر ، أو لما سيحدث من نتائج سيئة . ولهذا يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على إقراز أكبر قدر ممكن من الحلول . ويمكن بموجب هذه الطريقة ، مثلا ، أن يتخيل الطفل صديقا له جاءه يطلب نصيحته في مشكلة عارضة (هي مشكلة الطفل نفسها) ، وأن يحاول أن يعطيه أكبر عدد ممكن من الحلول ، ويوجه انتباهه بعدئذ إلى مناسبة تطبيق هذه الحلول على مشكلته ، وإلى تدعيم هذا الأسلوب من التفكير عندما تعرض له مشكلات أخرى .

٧ - التقليل من أهمية بعض الأهداف التي يسميها الطفل :

إن الطفل الذي يشعر - مثلا - أن حب الجميع مطلب ضروري وحتمي من مطالب السعادة والرضا عن النفس ، قد يدخل نتيجة لهذا في المواقف الاجتماعية وهو غير قادر على توكيد قدراته العقلية والحسوية . فقد يعزف - نتيجة لحرصه الشديد على أن يحظى بحب الجميع - عن توكيد نفسه ، ويتأخر عندما يتطلب الموقف إبراز مكاسبه أو إنجازاته ، أو يصر على الاقتراب من آخرين أو البقاء معهم في مواقف مكروهة . وبمساعدة الطفل على التقليل من أهمية هذا الهدف : «حب الجميع ضرورة حتمية» ، سنمكنه من تطوير قدرته

على تحمل الرفض ، والقدرة على توكيد الذات وغيرها من الخصائص المرتبطة بالصحة .

٨- لعب الأدوار:

إذا تأتى للطفل أن يعبر عن اتجاه جديد ، أو معتقد عقلاني ومناسب ، وإذا تأتى له أن يعيد ويكرر ذلك ، فإن الاتجاه الجديد سينحول في الغالب إلى خاصية دائمة . ومن المعروف أن التغير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها . فالطفل - من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابه - سيتمكن من أن يستبق - من خلال التفكير في هذه المواقف - التغير أو السلوك الذي سيحدث . ومن ثم فهو سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر فضلا عن هذا ، فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر على الطفل بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية ملائمة ستطعمه بشكل مباشر على المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل خيف أو مقلق عادة ما يكون أسوأ من الأشياء ذاتها ، وأن الاضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها . كما أن لعب الأدوار - من جهة ثالثة - يساعد الطفل على تعلم - ومباشرة - المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور كما سبق وأن تحدثنا .

٩- الواجبات المنزلية والخارجية :

لكي يمكن الطفل من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع معالجيه ، ولكي نساعد على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية ، ولكي نقوي وتدعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة ، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال أو المجازفات الخارجية . وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية .

فإذا كان الهدف من العلاج - مثلاً - هو تدريب مهارات الاجتماعية، فإننا قد نطلب منه أن يقوم خلال الفترة السابقة على الجلسة القادمة بعمل اتصالات هاتفية بأصدقائه، أو أن يبادر زملاءه بالتحية، أو أن يتدرب على جمع أسئلة حول موضوع معين وي طرح هذه الأسئلة على مدرسيه أو زملائه وأن يقوم بطريقة تلقائية بالتقرب والتعرف على الغرباء .

وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية، كأن نطلب منه أن يدخل في سلسلة من المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكية السابقة والعصائية . ويمكن أن تكون معرفية كأن نطلب منه أن يمارس بعض المهارات المعرفية مثل ممارسة الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين .

كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة ولترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج .

الخلاصة

لم يعد مقبولاً اليوم أن نعالج اضطرابات الطفل ومشكلاته دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، واتجاهاته نحو نفسه ونحو المواقف التي يتفاعل معها. فالاضطراب النفسي يعتبر من وجهة النظر الحديثة في العلاج السلوكي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص، ولما يحمله من آراء ومعتقدات شخصية. ويشرح لنا هذا الفصل بعض الأساليب التي يستخدمها المعالجون السلوكيون لتعديل أخطاء التفكير بها فيها: التربية المباشرة، وتعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية وتعديل الأساليب الفكرية المثيرة للانفعالات والقلق، وتعديل الحوارات مع النفس، ومراقبة الذات وعقابها أو مكافأتها عند ظهور أنماط معينة من التفكير.



الفصل التاسع

المساندة الوجدانية مع الطفل

منهج التعليم اللطف^(١)

برزت في السنوات الأخيرة حركة جديدة في العلاج يراها أصحابها (Mcgeee, Menolascino, Hobbs, & Menousek, 1987) بديلا للعلاجات السلوكية التقليدية في مجال التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية بين المتخلفين عقليا والمضطربين. ويطلق أصحاب هذه الحركة عليها اسم التعليم اللطف.

وبالرغم من بعض الاختلافات الرئيسية بين التعليم اللطف والعلاج السلوكي، فإن هناك نقاط تماثل تجعل أوجه الشبه بينها أكثر من أوجه الاختلاف. فالتعليم اللطف - مثله في ذلك مثل العلاج السلوكي - يبدأ بتحديد المشكلة تحديدا نوعيا ويرسم أهدافا مسبقة للعلاج، ويستخدم كثيرا من الأساليب الشائعة في العلاج السلوكي كالتدعيم والتجاهل. ومن ثم فإننا نراه مكملا - وليس بديلا - عن العلاج السلوكي. لكن التعليم اللطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منها:

١ - أنه يرفض استخدام العقاب تماما ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك بها في ذلك كل أشكال العقاب كتكاليق الاستجابة والإبعاد المؤقت.

٢ - يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية. ويشر بأن

أهداف العلاج يجب أن تكون متجهة لتكوين رابطة وجدانية بين المريض والقوة المعالجة .

٣ - يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة التسلطية (التي يرى أصحاب التعليم اللطيف أنها تميز حركة العلاج السلوكي) .

بعبارة أخرى فعملية العلاج في ضوء هذا المنهج تتجه إلى تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض ، وتتبنى وجهة نظر تربية نحو مشكلاته ، وتركز على التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج .

٤ - يراعي العلاج اللطيف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والسدء واحترام المريض ، وذلك كما سنرى تفصيلا فيما يلي :

الفلسفة العامة للعلاج اللطيف :

(١) كل التفاعلات الإنسانية - ناجحة أو فاشلة - تعتمد أساسا على اتجاهاتنا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة . فالاتجاه الذي يحملة كل منا نحو الآخر ، وما نحملة من أحكام أو آراء متبادلة من شأنها أن تحكم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل ، ومن ثم ، فإن كنا نعتقد أن الطفل المشاغب (مثلا) هو شخص قد أفسدته التربية والتدليل ، فإن تفاعلاتنا مع هذا الطفل ستتجه في الغالب الأعم إلى الحزم والعقاب وإسلاء الأوامر- وقد يسهم أسلوبنا هذا بدوره في تكوين معتقدات وأحكام لديه يرانا بمقتضاها أننا لا نفهمه وأنها تتسلط عليه ولا نصغي لمشاعره ، ولهذا فإن التفاعل الصحي ستبته منذ البداية الأحكام والآراء المتبادلة للأشخاص موضوع هذا التفاعل .

ويطلق أصحاب التعليم اللطيف على هذه المجموعة من القيم

الشخصية اسم الوضع القيمي (٢) أو الإطار المرجعي الشخصي الذي نسترشد به خلال عملية التفاعل ، والذي من شأنه أن يحكم نشاطاتنا اليومية .

والوضع القيمي شيء غير محدد بدقة . فهو كإطار مرجعي يتغير دوما بحسب ما نواجه من الشخص الذي نتفاعل معه . ومن ثم فهو يتعدل ويتغير عندما نواجه شخصا عدوانيا أو انسحابيا .

ومن المهم الانتباه إلى الجهاز القيمي لكل شخص خلال عملية العلاج والتفاعل . هذا الانتباه كفيلا بالألا يجعل هدفنا هو التركيز على تعديل جانب محدد من السلوك الشاذ ، أو القفز إلى استخدام الأساليب الفنية الجاهزة . إن معرفتنا بالجهاز القيمي للطفل العدواني أو المنسحب ، تساعدنا بأديء ذي بدء على إقامة إطار عمل يمكننا من خلاله تقدير نتائج التفاعل ، ومدى امتناده إلى المبدأ الرئيسي من مبادئ العلاج اللطيف وهو التبادل الإنساني بين الطرفين (المعالج والطفل) .

(٢) العلاج بالتعليم اللطيف يتبنى قيا غير تسلطية : فهو بعبارة أخرى يراعي بدقة ألا يؤدي التفاعل العلاجي إلى أي خسارة للطفل . ومن ثم يركز التعليم اللطيف على مساندة الطفل ، وعلى الصداقة ، والاعتقاد المتبادل بدلا من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع .

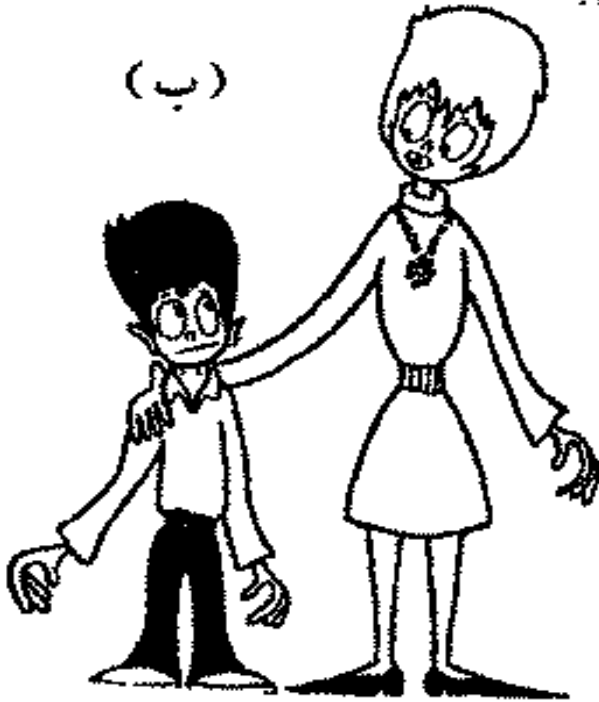
الهدف الرئيسي من التعليم اللطيف :

إن الهدف الرئيسي من العلاج اللطيف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض . ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة إيجابية بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج .

ونتيجة للمرابطة الوجدانية التي تتكون تدريجيا مع الطفل ، يتعلم الطفل ثلاثة أشياء هي :



شكل رقم ١٨ : تطورات في الأعراف الأخيرة حركة التعليم اللطيف كاستجابة معارضة لسيطرة الأساليب السلوكية المبكرة التي تعتمد نسبياً على دور العقاب في تعديل السلوك. وبالرغم من أن التعليم اللطيف يستخدم مفاهيم مماثلة للعلاج السلوكي، فإن أصحاب هذه النظرية يرفضون تماماً الأساليب العقابية (أ) وينظرون إليها على أنها نتيجة لسيطرة الفلسفة السلطوية في حركة العلاج النفسي بشكل عام. ويركز التعليم اللطيف بدلاً من ذلك على تكوين رابطة وجدانية بالطفل (ب) ويؤكد دور بعض العوامل غير السلطوية بما فيها المساندة الوجدانية في مواقف الضغط والتوتر (ج)، والاعتماد المتبادل بدلاً من التركيز على فرض الطاعة والانصياع. وتفترض هذه النظرية أن تكوين رابطة وجدانية بالطفل سيسمكّن من تحقيق تغييرات إيجابية في تفاعلاتنا معه، مما يجعلنا أكثر قدرة على استباق الخطر وضبط جوانب السلوك اللا تكيفي (خاصة العدوان والحرب من المسؤولية) عند حدوثها. وتحقق هذه النظرية أهدافها من خلال أساليب قسبة منها متصل: التجاهل - التذمير - التدخل، ومنها التعليم في صمت، وإعادة ترتيب البيئة لإحداث الاستجابة التكيفية الملائمة.



١ - إن وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة .

٢ - إن كلمتا "إننا وإيها" (بما فيها اللمس ، والابتسام ، والعناق) تعني الإثابة والمكافأة في ذاتها ، وليس التحكم والرغبة في الضبط .

٣ - إن مكافأة الطفل تأتي من إسهامه (وليس من مجرد خضوعه) .

ويفترض أن تشكيل الرابطة بالطفل وفق المبادئ الثلاثة السابقة سيجعل من المسور علينا تحقيق تغيرات إيجابية في تفاعلاتنا مع الطفل . فمن ناحية سيتمكن المشرف أو المعالج في مثل هذه الأحوال من الدخول في علاقات متبادلة ، ومتكافئة ، ومدعمة للطفل ، ومن ثم سيكون بإمكانه أن يستبق الأمور، لا أن تكون خططه قائمة على مجرد رد الفعل ودرء الخطر . فالمعالج الذي استطاع أن يبنى علاقة دافئة ، واستطاع أن يجعل هذه العلاقة هي صاحبة التدعيم الرئيسي للطفل ، سيكون بإمكانه التنبؤ بالسلوك ؛ قبل حدوثه ، وسيكون بإمكانه الاستفادة من هذه الرابطة في أكثر المواقف خطرا وحرجا . أي عندما يكون المريض في فترات هياج وعنف وغضب . ولهذا نجد أن العلاج اللطيف غالبا ما يحقق نجاحا كبيرا في مثل هذه الحالات بالذات .

وتكوين علاقة قائمة على الترابط والموازية ومساندة الطفل له قواعده وشروطه التي يمددها أصحاب هذه النظرية على النحو الآتي :

أ - اجعل وجودك مدعما للطفل ، وبعبارة أخرى ، يحتاج الوالدان والمشرفون على تربية الطفل إلى أن يجعلوا حضورهم أو وجودهم مع الطفل مرتبطا بالدفء والرعاية والتقبل والاهتمام .

ب - شجع الطفل على الإسهام والتبسط . ومن ثم يجب أن ترتبط استجابات الطفل الدالة على التفاعل والإسهام والتواصل بالنجاح والتدعيم دائما .

ومن هنا تأتي استفادة المعالج بالتعليم اللطيف من المبادئ السلوكية المرتبطة بالتدعيم الإيجابي (كالتبسم والعناق) . لكن استخدام التدعيم هنا مرتبط بالنجاح في العلاقة الإيجابية والاتصال ، وليس كمجرد استجابة لسلوك يصفه المعالج السلوكي بأنه سلوك جيد أو غير مرضي .

جـ- أن تكون تفاعلاتنا مع الطفل مرتبطة بنفس المبادئ .

د- عندما يعترف الطفل عن الإسهام والتفاعل لأي سبب ، يجب على المعالج (أو الأبوين) أن يخلق الظروف الملائمة التي من شأنها أن تجعل الإسهام والتفاعل ضروريين للطفل .

الخلاصة

المهدف الرئيسي من حركة العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية وتطوير علاقة إيجابية بالطفل كمطلب من مطالب العلاج . ونتيجة لهذه الرابطة يتعلم الطفل أن وجودنا لديه يرتبط بالأمان، والإثابة، ومن ثم تؤدي الرابطة الوجدانية مع الطفل إلى تغيرات إيجابية، ويمكن المعالج (أو القائمين بالرعاية) من الدخول في علاقات متبادلة ومتكافئة بالطفل في مواقف الهياج والعنف والعدوان. وللعلاج الملطف أساليب أخرى يتعرض لها الملحق ٢، وتمثل حالة الطفل الصعب في الفصل ٢٥ نموذجا لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح.



الفصل العاشر

مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

يتميز المعالج السلوكي بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة (الدخيل ١٩٩٠). ولهذا تتكاثرت طرقه - كماً وكيفاً - تبعاً لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. وقد انضح لنا مما سبق شرحه حتى الآن مدى التنوع والتطور في هذه الأساليب.

لكن تنوع هذه الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تقرير أي هذه الأساليب يسئ لها، وعلى أي أساس يختار أسلوباً دون أسلوب آخر، ومتي يجمع بين أكثر من أسلوب معاً عند التعامل مع الطفل؟

أي أن الخبير النفسي السلوكي قد يجد في تنوع هذه الأساليب ما يثير حيرته ويربكه عندما يجابه مشكلة سلوكية/ نفسية مطلوب منه إيجاد علاج ناجح لها. فجميع هذه الطرق التي عرضنا لها في هذا الكتاب - إذا نظرنا إليها بموضوعية - قد خضعت للبحث والتجريب والفحص العلمي، ولهذا فهي متساوية من حيث قيمتها العلمية.

لكن هناك معياراً إضافياً نرى أنه يساعد المعالج على اختيار أسلوب علاجي دون آخر، ألا وهو الملاءمة لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب أكثر ملاءمة من أساليب أخرى إذا أخذ في الاعتبار نوع المشكلة أو الاضطراب. ومن مراجعة أبحاث العلاج المشهورة يبدو أن هناك اتفاقاً على الأساليب العلاجية التي تلائم بعض المشكلات. ويبين الجدول رقم (٥)، الذي اعتمدنا في صياغته على عدد من المراجع المتقدمة في العلاج السلوكي، تفصيلاً للأساليب السلوكية التي عرضنا لها وما تصلح له من مشكلات.

جدول رقم (٥)
بيان بأنواع مشكلات الطفل
وما يلائمها من أساليب علاجية سلوكية

| أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية | الأساليب العلاجية |
|--|---|
| <p>..... المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الاجتماعي التعامل الاجتماعي مع العدوانة الخارجية ومواقف التهديد .</p> | <p>١ - التلمين التدريج (التمريض التدرجي لثنيه منفرد) والتعامل معه بأقل فستدر من الحساسية (تدريب الحساسية)</p> |
| <p>مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الاجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادي، التغوط، نظافة الفم والبلدان)، مشكلات الطعام (نقص الشهية، الشراهة، العزوف عن الطعام)، اضطرابات الانتباه، للمهارات الدراسية، اضطرابات السلوك (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).</p> | <p>٢ - مناهج التدعيم: التدعيم الإيجابي، التدعيم اللغوي، الاقتصاد الرمزي</p> |
| <p>اكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس). المهارات الاجتماعية (الحديث، اللغة البدئية) والدراسية (تنظيم جدول للعمل).</p> | <p>٣ - التشكيل والتقريب التدريجي</p> |
| <p>المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الاجتماعي (التجمل، التمييز البدئية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجتوح).</p> | <p>٤ - الاقتداء ومحاكاة النماذج</p> |
| <p>اضطرابات التعلم، الإقراط أو التهم، المعاندة.</p> | <p>٥ - ضبط الحثه</p> |
| <p>المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصراخ، البكاء، العدوان، النهمة، لفت الانتباه، التفاتخر، المعاندة والمجادلة، الإقراط في الملابس أو المظهر.</p> | <p>٦ - الانطفاء (سحب التدعيم الاجتماعي، والتجاهل)</p> |
| <p>إشعال النيران - بعض حالات السلوك القهري</p> | <p>٧ - التشيع بالنبه</p> |

تابع جدول رقم (٥)

| أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية | الأساليب العلاجية |
|--|---|
| السلوك الفوضوي . | ٨ - التصحيح المتكرر |
| السلوك التخريبي - المشاجرات والعراك ، الشتائم - التعيب . | ٩ - الإبعاد المؤقت عن مصدر الجاني |
| توسبات الغضب Taurus - العدوان - السرقة - التمليل - الإفراط الحركي داخل الفصل الدراسي - الجنوح ، إشعال النيران - الفوضوية في السلوك . | ١٠ - تكاليف الاستجابة |
| نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي بما فيها الخجل - عدم القدرة على رد الإهانات - التعامل مع العداوة الخارجية - المعجز عن التعبير عن النفس . | ١١ - تدريب المهارة (بما فيها تأكيد الذات - تدريب للمهارات الاجتماعية - لعب الأدوار) |
| نواحي القصور في السلوك الاجتماعي - المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التي تحدث بين المراهق وأسرته . | ١٢ - لعب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة . |
| مواجهة الأزمات العاطفة - المواقف الحرجة مثل الانفصال - قلق الموت - السلوك الإدمان - مواقف الصراع - المخاوف - العدوان - مواقف التوافق مع الضغوط . | ١٣ - التعديل المعرفي وتدريب المهارة على حل المشكلات . |
| الصراعات الاجتماعية - الاندفاع - الخوف - التقاصر عن الأداء الأكاديمي - الإفراط الحركي - ضعف الدافعية للعمل والنشاط . | ١٤ - مناهج ضبط الذات - الحوار الداخلي مع النفس . |
| التبول اللا إرادي - السلوك الفوضوي - زيادة السلوك الإيجابي . | ١٥ - التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة السلطانية والمقارب اللاتي . |
| السلوك التخريبي - السرقة - الصراخ - الصراع - رفض المدرسة ، أو الهرب منها . | ١٦ - الاتصافات المتبادلة والتعاقد مع المريض . |
| زيادة الوزن أو السمنة - الهزال - مشاكل السلوك الوالدي . | ١٧ - مراقبة الذات عند ظهور السلوك . |
| العدوان - تدمير الذات - الهرب من المنزل أو المدرسة . | ١٨ - أسلوب التعليم اللطيف والمؤازرة الوجدانية . |

الخلاصة

يشرح هذا الفصل ويلخص الأساليب المتنوعة والمستخدمة في ميدان العلاج السلوكي . . . ويبين نوع المشكلات أو الاضطراب الذي يصلح علاجه بأسلوب دون الأساليب الأخرى . ومن ثم، يكون بإمكاننا، بمقارنة هذه الأساليب بعضها ببعض الأخرى، أن نختار الملائم منها عند التعرض لمشكلات الطفل .



هوامش الباب الثاني

الفصل الخامس

- Habituation .. ١
- Reciprocal inhibition .. ٢
- Phobias .. ٣
- School Phobias .. ٤
- Relaxation .. ٥
- In vivo .. ٦
- Relaxation .. ٧
- Tics .. ٨
- Muscle relaxation .. ٩

الفصل السادس

- ١ .. الأسماء المستخدمة هنا أسماء غير حقيقية للمحافظة على خصوصية الحالات . كذلك تمنا بتبديل بعض البيانات الديموغرافية في الحالات المعروضة لنفس الغرض .
- Raven progressive Matrices .. ٢
- Draw - A - Person Test .. ٣
- Punishment .. ٤
- Response cost .. ٥
- Time out .. ٦
- Ignoring .. ٧

Testing Period.. ٨

Gentle Teaching.. ٩

Progressive approximation.. ١٠

Differential reinforcement of other responses (DRO).. ١١

Differential reinforcement of alternative behavior.. ١٢

الفصل السابع

Modeling.. ١

Assertive training.. ٢

Role playing.. ٣

Homosexuality.. ٤

Heterosexuality.. ٥

٦ - ولكن توجد تفسيرات أخرى لهذه الظاهرة . فهناك من يرجع انتشار الاستجناس إلى تدعيم

الأمرة للعلاقات مع الزملاء من الجنس نفسه ، وعدم تدعيم مثيلاتها مع الجنس الآخر . كما تبين

دراسة أخرى أن تطور الميول الاستجناسية يرتبط بوجود تجارب سيئة مع الجنس الآخر ، أو نتيجة لفشل

مباشر أو إحباط في العلاقات مع أفراد من الجنس الآخر (Whitaker & Wickelley, 1964) .

Autistic disorders.. ٧

٨ - تسمى هذه المجموعة في المصطلحات العلمية المجموعة الضابطة control group .

والهدف من وجود هذه المجموعة في التجربة ، التأكد من عدم وجود سبب آخر للتغير الذي قد يظهر

لدى المجموعة التجريبية (المجموعة الأولى في هذه التجربة) غير السبب الذي يفترضه المجرى .

Assertiveness training.. ٩

Emotional freedom.. ١٠

In Vivo.. ١١

Role playing.. ١٢

Rehearsal.. ١٣

الفصل الثامن

Problem solving skills .. ١

Negative expectations .. ٢

Learned helplessness .. ٢

Panic .. ٤

Learned hope .. ٥

Fantasize consequences .. ٦

Coping skills .. ٧

الفصل التاسع

Gentle teaching .. ١

Posture .. ٢



الباب الثالث

إجراءات العلاج السلوكي ونماذج من خططه

الفصل الحادي عشر: إجراءات العلاج السلوكي للطفل :
الخطوات الست

الفصل الثاني عشر : خطة سلوكية للتغلب على المخاوف
المدرسية

الفصل الثالث عشر: خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه
لدى الطفل .

الفصل الرابع عشر: خطة لضمان الاستمرار في التغييرات
الإيجابية للعلاج

الفصل الخامس عشر: برنامج للتدريب على مقاومة التبول
اللاإرادي وضبط المثانة

مقدمة الباب الثالث

«يجب عمل كل شيء ببساطة
ما أمكن ولكن ليس بشكل متبسط»

أينشتاين

إذا كان سيره وليام أوسلر William Ostert يقول إن دراسة ظواهر المرض دون الاطلاع على ما كتب عنها في السابق أشبه بالإبحار في محيط لا روافد له، فكذلك يمكن من ناحيتنا أن نقول إن العلاج السلوكي دون خطة مسبقة أشبه بالسباحة في بحر غير محدد المعالم. فمن دون خطة علاجية ومن دون إجراءات معدة سابقا، تصبح محاولات العلاج فوضى وبعثرة للجهد وضياعا لكثير من الفرص الجيدة والمواقف السانحة التي من شأنها أن تيسر العلاج.

والهدف من هذا الباب هو أن نشرح كل الإجراءات المطلوبة للقيام بخطة علاج سلوكي للطفل، وفضلا عما في هذا من فائدة للمتخصص فإن فيه أيضا فائدة لا يمكن إنكارها للآخرين من غير المتخصصين بسبب ما تمنحه لهم من فرص الاطلاع على إجراءات العلاج بما يتضمنه من شحذ للقدرة على تحديد أهداف العلاج وتحديد القوى الفعالة في عمليات التغيير.

ولكي يتمكن القارئ من التحكم الجيد في وضع خطة علاجية، يقدم له هذا الباب من - خلال فصوله المتنوعة - نماذج لخطط أثبتت فائدتها في علاج مشكلات محددة شائعة بين الأطفال بها فيها المخاوف المدرسية واضطرابات الانتباه والتبول اللاإرادي . . الخ .

وبالرغم من أن هذه الخطط ليست، بالضرورة، خططاً نهائية وكاملة
لعلاج هذه المشكلات التي وضعت لها، فإنه يمكن اعتبارها، بالطبع،
مرشحات لمزيد من الخطط الفعالة إذا ما تعذر العلاج بهذه الخطط التي
صغناها للقارئ. وتزداد قيمة الاطلاع على هذه الخطط إذا ما حاول القارئ
دمجها بدراسة الحالات الفردية في العلاج والتي يعطي الباب الرابع نماذج
متنوعة منها.



الفصل الحادي عشر

إجراءات العلاج السلوكي للطفل

(الخطوات الست)

لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التدعيم تتبع ست خطوات، هي:

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري:

السلوك المحوري هو السلوك الذي نريد علاجه وتعديله. أي أن السلوك المحوري هو مصدر الشكوى، وهو الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن تعديله سيؤدي إلى تحقيق العلاج. ويلزم تحديد السلوك المحوري تحديدا نوعيا. ولهذا فليس من المقبول أن نستخدم عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف في الشخصية، لأن المطلوب تحديد الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. (مثلا، بدلاً من ضعف الشخصية يمكن أن يقال إنه يعجز عن الاحتكاك البصري أو لا يعبر عن غضبه عندما تحرق حقوقه).

ويفترض بعد تحديد السلوك المحوري أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة - من خلال البيانات والمعلومات التي أمكن جمعها بملاحظة الطفل - عن كيفية تأثير هذا السلوك في صحة الطفل وتصرف الآخرين نحوه والتفاعل بين جميع الأطراف.

الخطوة الثانية : وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه :

بعد تحديد السلوك المحوري بالدقة المطلوبة تأتي الخطوة الثانية وهي جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك . ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة والامتحانات المعدة خصيصا لذلك ، حتى نصل لما يسمى بحد الانتشار (الخط القاعدي)^(١) ، وهو القدر الذي يظهر به السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج .

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين :

١ - تبيين لنا - كميا - مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه .

٢ - تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة .

وتمثل استمارة التسجيل المرفقة في الجدول رقم (٦) نموذجا لإحدى الامتحانات التي أعدت لملئها بالبيانات المستقاة من ملاحظة أنواع من السلوك المضطرب خلال ٢٤ ساعة . وعادة ما يعطي المعالج الأبوين أو المدرسين مثل هذه الامتحانات لملئها بالمعلومات المستقاة من تتبعهم لسلوك الطفل . أما إذا كان الطفل محجوزا في مؤسسة أو في مستشفى أو عيادة فإن المشرفين والمرضيين يقومون بملء هذه الاستمارة على نفس النمط ، بينما صممت استمارة التسجيل في الجدول رقم (٧) لتسجيل البيانات المستقاة من ملاحظة سلوك واحد (السلوك المحوري) خلال ٢٤ ساعة لمدة ٢٢ يوما ، أي ملاحظة تطور ذلك السلوك عبر فترات زمنية .

الخطوة الثالثة : السوابق واللواحق :

نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه :

مثال : الطفل يهجم على الأم في الأوقات التي تكون فيها مشغولة بنظافة أو إطعام أو مداعبة أخته الصغرى .

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطيء في الظهور .

مثال : بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الإخوة ، أو عندما ضحك الأب في السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه .

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية بعد ظهور السلوك غير المرغوب فيه . .

مثال : قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق .

وتمثل الامتياز المرفقة (السوابق واللواحق السلوكية) نموذجا جيدا لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى . وبالنظر إلى هذه الامتياز نجد أنها تغطي هذه الجوانب :

١ - أنواع السلوك مصدر الشكوى (يضرب - يشتم - يبصق . . إلخ) .

٢ - تاريخ حدوثه .

٣ - الوقت الذي استغرقه .

٤ - مع من حدث ؟ (الأب - الأم - أحد الإخوة - الزملاء) .

جدول رقم (٦)

جامعة الملك فيصل
مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر
قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

استمارة تسجيل السلوك خلال ٢٤ ساعة

الشخص : _____ العمر _____ التاريخ : / /
القائم (القائمون) بالملاحظة :

التعليقات : سجل حسب هذا الجدول ظهور السلوك .
كل ساعة غمض علامة (✓) إذا ظهر هذا السلوك . وعلامة (X) إذا لم يظهر خلال هذه
الساعة على مدار ٢٤ ساعة أو طوال فترة الملاحظة . لا تدع أي ساعة تمر دون أن تلاحظ السلوك كل
يوم وطوال اليوم لمدة : _____ أيام .

| م | السلوك | فترات الملاحظة | ملاحظات |
|----|--------------|----------------|---------|
| ١ | إعتداء | | |
| ٢ | ضرب | | |
| ٣ | تخطيم ملكية | | |
| ٤ | تبول | | |
| ٥ | إضرار بالنفس | | |
| ٦ | فزع | | |
| ٧ | تمحوش | | |
| ٨ | مشكلات | | |
| ٩ | | | |
| ١٠ | | | |
| ١١ | | | |
| ١٢ | | | |

٥ - كم مرة يحدث في اليوم؟ (بالاستعانة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base line data) .

٦ - ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟ (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج - رفض طلب له - إثارة مشادة - بعد توبيخه أو معايرته . . الخ) .

٧ - كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك؟ (الأمر بأن يسكت - تقييد الحركة - الضرب) .

٨ - ما المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطيء؟ (حصل على اللعبة التي كانت موضوعا للشجار - عدم الذهاب للمدرسة . . إثارة غيظ الأسرة) .

٩ - أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة - صراع بين الأبوين - طلاق - عطلة - عادة شهرية - احتمالات ممارسة عادة سرية . . الخ) .

الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية :

يتم في هذه المرحلة تصميم الخطة العلاجية، إذ اكتملت لدى المعالج صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضي (المحوري) المطلوب علاجها، وأصبحت لديه بيانات وافرة عن شيوخ هذا السلوك والمكاسب التي يجنيها منه الطفل . فضلا عن هذا فقد توافرت كذلك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتي تسهم في تقوية هذا السلوك، وتتضمن الخطة العلاجية مايلي :

أ - تحديد الأهداف النوعية التي تتطلع لإنجازها ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف بشكل إيجابي .

مثال : بدلا من أن يكون الهدف هو:

«التقليل من الشتائم والألقاظ النابية بنسبة ٥٠٪ في الأسبوع الأول»،
يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي :

«تزايد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظي بنسبة ٥٠٪ في الأسبوع الأول».

مثال آخر: بدلا من «التوقف عن المجادلة» قل «تزايد نسبة الإصغاء» أو «تزايد نسبة إلقاء الأسئلة» أو «تزايد السلوك الدال على التعاون» (حدد ذلك نوعيا).

وضح في الخطة الشروط أو الوسط الذي سيحدث خلاله السلوك الإيجابي، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الإيجابي.

مثال: إذا كان الهدف هو زيادة السلوك التعاوني في الأسبوع الأول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذه الزيادة مثلا: (أ) الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدته في المطبخ (ب) عدد المرات التي ينقل فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريرته في الأسبوع. (د) يساعد الأم على تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى. أي يمكن على وجه العموم وضع محكات السلوك الإيجابي إما في شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذي يقضيه في أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو بإحصاء عدة نشاطات سلوكية متنوعة يمكن تفسيرها بشكل إيجابي في فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

ب - أشرك الوالدين والطفل في وضع البرنامج، فمن خلال التعاون معها يمكن أن تحدد المدعيات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب فيه أو تيسر ظهوره.

جـ - استعن بقائمة التددعيات اللفظية أو المصورة (جدول ٣)، وحاول عند اختيار هذه التدعيات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

د - ووجه انتباه الوالدين إلى ضرورة الإكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوب فيها.

هـ - يجب أن تتضمن الخطوة كل الأساليب الفنية التي تستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب فيه، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب فيه . .

مثلاً: سيستخدم الأبوان طريقة الإبعاد المؤقت لمدة خمس دقائق في أي مكان منعزل إذا بدأ في نوبات الغضب أو الاعتداء .

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أواني المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغداء .

و - ينبغي أن تشمل الخطوة أيضاً على مدى زمني لتقييم هذا البرنامج بحيث يكون متناغماً مع خطة الأبرين العلاجية .

الخطوة الخامسة : بناء توقعات علاجية :

وتتكون عناصر هذه الخطوة مما يلي :

أ - تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأسرة . ويعني هذا تشجيع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بدلاً من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه .

مثلاً: تقوم العائلة بعمل جلسات أسرية - ثلاث مرات أسبوعياً - لمدة

جامعة الملك فيصل
مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر
قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

(استشارة ملاحظة)

السوابق والخواص السلوكية

اسم الشخص:

التعليقات: فيما يلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض. من المطلوب أن تقرأ ما هو هذا السلوك، وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرصودة بأخانة الأولى من الجدول التالي. - املاء بقية الخانات بحسب ما هو محدد في كل منها:

| م | السلوك | تاريخ حدوثه | تواتر الذي استمر | كم مرارتي اليوم | ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟ | الاستجابة اللازمة من الشخص أو الآخرين | ما اكتسب التي حصل عليه من جراء السلوك كإيجاباً | اكتب هنا أي ملاحظات تربط ظهور المشكلة |
|----|-------------------|-------------|------------------|-----------------|------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ١ | غضب أو اعتداء | | | | ١ - إيسر رفض الطلب | ١ - الأيسر بأن يسكت. | ١ - الأتيه له | مثلاً: |
| ٢ | تطيم ملكية | | | | ٢ - إيز تويته | ٢ - تجاهد. | ٢ - الأستبلاء | مولود جديد غيره |
| ٣ | تنظف | | | | ٣ - إيز تويته عن شيء. | ٣ - تويته | ٣ - عدم | التفصيل مرقب |
| ٤ | إسراء بالنفس | | | | ٤ - إيز مشاقه | المركبة | التطبيب | من الأسرة |
| ٥ | عزوب | | | | ٥ - إيسر اللعب مع الأخرى | ٤ - الخصام | المعترسة | شكاوى رعية |
| ٦ | بكتابه | | | | ٦ - أحد الأفراد | ٥ - حرمانه من ممتلكاته | ٤ - الحسوب من أداء الواجب | تغيرات بيولوجية كالعداء الشهوية |
| ٧ | صراخ | | | | عاطفه بصوت عال | ٦ - عزوله في مكان مفرد | ٤ - حسم | عند الفتيات مشكلات في |
| ٨ | تمش | | | | ٧ - قيسل | ٧ - الضرب | ٦ - عقاب أحد الأسرة | طلاق |
| ٩ | رقص | | | | ٨ - السامسب للمعترسة | ٨ - سؤله عن سب المشكلة | ٧ - عدم النوم | ذواج حديث |
| ١٠ | الاستجابة لأمر | | | | ٨ - الأندسبال | ٩ - التوصل إلى فعل ذلك. | ٨ - تغير مكان | أيام العطلات |
| ١١ | التيسر أو التيسر | | | | ٩ - تجاهل طلبه | ١١ - توجيه | ٨ - تغير مكان | أيام الدراسة |
| ١٢ | السلاوي على النفس | | | | ١٠ - معايرته | ١١ - تشياده لنشاط | ٩ - أي مكاسب | التعرض لألوان أو غيره |
| ١٣ | مشكلات أخرى: | | | | ١١ - مقارنته بأحد أقرنه | يدخل | أخرى تراها: | أوقات معينة بالليل أو النهار |
| | | | | | ١٢ - تيل النوم | ١٢ - التريوت | | أي تغييرات جديفة خاصة |
| | | | | | ١٣ - الإسهال | على جسمه | | بسبب الأسرة أو الشخص أو العمل تذكر: |
| | | | | | لاستبسال | ١٣ - تغير | | |
| | | | | | تأثرين | مستوصح | | |
| | | | | | ١٤ - الإسهال | أحدث | | |
| | | | | | المشروع | ١٤ - تشياده | | |
| | | | | | ١٥ - حوادث أخرى: | أخرى تذكر | | |

استخدم استشارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حدة



شكل رقم ١٩ : قائمة مدعيات مصورة تعرض على الطفل لكي يختار منها أنواع النشاط (النشاطات) المرغوب فيها، والتي تصبح باختيارها مدعيات تمنح للطفل حسب الخطة العلاجية. (عن: Daley, 1979)

جدول رقم ٣ قائمة المدحيات

اسم الشخص:
هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة. فالمطلوب أن تقرراً كل فقرة منها وإن تحدد قوة تأثيرها فيك، أو في الشخص أعلاه. أضف إلى القائمة ما تشاء.

| ممتلكات | نشاطات | اجتماعية وشخصية |
|---------------------------|---|--|
| ١- ملابس ... | ١- الذهاب إلى الملاهي | ١- مساعدة الأم في المطبخ |
| ٢- مجلات ... | ٢- رسم أو تلوين | ٢- المدح |
| ٣- كتب ... | ٣- خياطة أو تفصيل | ٣- اللعب مع الأب |
| ٤- أدوات ... | ٤- قص ولزق | ٤- الخروج للتنزه بمفرده |
| ٥- أفلام ... | ٥- الصيد | ٥- الخروج للتنزه بصحبة الأم |
| ٦- صور للتعليق ... | ٦- السباحة | ٦- الخروج للتنزه بصحبة الأصدقاء |
| ٧- مشروبات غازية | ٧- صلاة جماعية | ٧- إعطاء وقت للانفراد |
| ٨- عصير أو آيس كريم | ٨- القيادة | ٨- الإصغاء والانتباه للشخص |
| ٩- لبس | ٩- شراء أشياء من السوق أو المخبز | ٩- التفريظ العنفي وإبداء الإعجاب |
| ١٠- سجاائر | ١٠- إطعام صغار الحيوانات | ١٠- الذهاب إلى حفلة |
| ١١- شوكولاتة أو حلويات | ١١- الدخول في مناقشة | ١١- الذهاب إلى رحلة |
| ١٢- فهوة أو شاي | ١٢- ضئاء فردي أو جماعي | ١٢- زيارة أصدقاء |
| ١٣- نقود - ممتلكات | ١٣- مشاهدة تليفزيون - نشاطات | ١٣- الانتماء لجماعة رياضية أو ناد (اجتماعية وشخصية) |
| ١٤- أطعمة للتسلية | ١٤- الامتاع لراديو | ١٤- الكلام (تبادل الحوار) |
| ١٥- أشرطة تسجيل | ١٥- القراءة | ١٥- إطلاق نكتة |
| ١٦- أشرطة فيديو | ١٦- ألعاب (كرة القدم، سلة، تنس، شطرنج، سباحة، مصارعة) | ١٦- التربيت على الكتف |
| ١٧- ساندوتشات | ١٧- رحلات | ١٧- التأييد |
| ١٨- أدوات تلوين | ١٨- حمل مشروب | ١٨- الاحتكاك البصري والانسام |
| ١٩- راديو | ١٩- غسل | ١٩- الذهاب إلى الأسواق (ملابس، لعب سيارات، أدوات كهربائية) |
| ٢٠- تليفزيون | ٢٠- تنظيف | ٢٠- التصفيق له |
| ٢١- كاميرا للتصوير | ٢١- تربية حيوانات | ٢١- اللمس والقرب البدني |
| ٢٢- ساعة | ٢٢- ركوب دراجة | ٢٢- المساعدة على حمل شيء |
| ٢٣- ستريجو | ٢٣- كنس أو تنظيف | ٢٣- تقديم شاي أو فهوة |
| ٢٤- منيه | ٢٤- خياطة | ٢٤- مناقشات |
| ٢٥- ترتيب الأثاث | ٢٥- نط الحبل | ٢٥- اجتماعات عائلية |
| ٢٦- ممتلكات أو حوائف أخرى | ٢٦- نشاطات أخرى | ٢٦- أشياء أخرى |

نصف ساعة يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو التقصد، بل يتبادلان الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلون معه في عملية التفاعل . يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة ، والقرب البدني والترتيب .

مثال آخر : مكافأة أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابيا إما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصا لذلك .

ب - يقسم السلوك - الهدف - إلى خطوات فرعية ، وتشجيع كل خطوة عند ظهورها :

مثلا : عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب أو إلحاح أو نحيب) لمدة ١٥ دقيقة نذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف إثباته على ذلك وزيادة فترة التوقف عن السلوك السلبي . ويمكن بعد ذلك زيادة الفترة على ١٥ دقيقة تدريجيا ، كل أربعة أيام مثلا ، قبل أن نثيبه .

مثال آخر : يقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابيا (حسب الخطوة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل في العلاقات الاجتماعية . (مثلا عندما يلاعب أخته الصغرى ، أو عندما يعرض القيام بعمل شيء أو أداء نشاط مفيد) .

مثال آخر : تحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها دائما بالنجاح ، وإثباته على ذلك لإذاقته طعم النجاح في العمل . ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة في جدول (أ)

جدول رقم ٨

| قائمة نشاطات يمكن استخدامها لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أداءها دائما ينتهي بالنجاح | | | |
|--|--|--|---|
| ترتيب الأوراق تقليب الصحيفة أو المجلة وضع بعض الكتب في أماكنها الصحيحة الاستماع إلى أغنية أو الأخبار قراءة في جريدة أو خبر أو مجلة رواية خبر سمعه نوا | ترتيب مكان . . . عمل الواجبات المنزلية غسل وعاء عمل شاي أو قهوة كنس حجرتة كنس حجرة أخرى كنس المطبخ . . الخ نقل طبق أو صحن مكاته | التعاون مع أحد أفراد الأسرة في: تشغيل الراديو أو التلفزيون إطفاء الراديو أو التلفزيون إطفاء الأضواء إشعال الأضواء تنظيف السيارة الكتابة تعلم خبزة جديدة | حفظ تذكير شراء أشياء من الخارج تنظيف طفل آخر غسل الملابس تجهيف الملابس تنظيف الملابس ترتيب أرفف طبخ تذكير نساء بشيء معين . . . الخ . |

جـ - مساعد الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك
الخاطيء أو المرضي بحيث يستحيل عند ممارسة هذه النماذج أداء
السلوك المرضي .

مثال : تطلب الأم من الطفل أن يعطي أخاه الأصغر لعبة لكي يداعبه بها
كلما قامت بإرضاع أو ملاءبة الطفل الصغير (هنا لا يمكن أن يكون
الطفل عدائيا وودودا في الوقت نفسه) .

مثال آخر : لتجنب تلف شعر الرأس أو الحاجب يطلب من الطفل تبليل
يديه أو ضمها معا ، أو استخدامها في أداء أي نشاط أطول مدة ممكنة
(لا يمكن للطفل أن يتف شعره بينما يدها مغلولتان أو مشغولتان
بشيء آخر) .

د - الاحتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك .

هـ- إدماج الآباء والإخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج وإطلاعهم عليها .

الخطوة السادسة : تعميم السلوك :

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك، يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية . إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التي تعلمها في المنزل تحت إشراف مهني على مواقف جديدة كالأصدقاء .

ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية، والاحتكاك البصري، والتعبير عن الانفعالات بحرية . . الخ . .

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الإيجابية (مثلا: «لقد أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف من أن تفقد أعضائك»).

الخلاصة

يشرح لنا هذا الفصل الإجراءات السلوكية المستخدمة في عملية العلاج النفسي وفق ست خطوات هي : تحديد السلوك المحوري (أي السلوك الذي سيخضع للعلاج) ، قياس مدى شيوع هذا السلوك ، الظروف أو الحوادث البيئية السابقة لحدوث السلوك واللاحقة له ، وضع الخطة العلاجية ، بناء توقعات علاجية إيجابية ، ثم أخيراً تعميم السلوك الجديد على البيئة الطبيعية . . ومن ثم يمهد هذا الفصل للمخطط في الفصل التالي



الفصل الثاني عشر

خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية

يمثل الخوف من المدرسة إحدى المشكلات الرئيسية التي تشكل مصدرا من مصادر الضيق للأسرة . وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الانزعاج الشديد والرعب والتهارض في صباح كل يوم دراسي والنحيب والبكاء والتوسل بالبقاء في المنزل . ومشرح فيما يلي خطة علاجية يمكن اتباعها للتقليل من هذا النوع من المخاوف أو للقضاء عليه . وعادة ما يمكن القضاء على هذا الخوف في فترة قصيرة (قد تصل ثلاثة أيام في بعض الحالات) إذا ما أمكن استخدام هذه الخطة بشكل منتظم :

الإجراءات العلاجية :

- ١ - تكوين علاقة طيبة بالمدرسة ، والأطباء ، والعيادة للتعرف على المشكلة سريعا وقبل استفحالها .
- ٢ - تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية . فمثلا لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته ، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي . ويتم هذا طبعا إذا كنا متأكدين من سلامة حالته الصحية ، وإلا فعلينا التأكد من ذلك مبكرا أو بشكل خفي .
- ٣ - تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع التوضيح لها أن مخاوف طفلها ستختفي تدريجيا ، وأن العكس صحيح ،



شكل رقم ٢٠ : للتغلب على المخاوف المدرسية ، من المهم عدم مناقشة الطفل في مخاوفه ، وأن نصحبه وببساطة للمدرسة و نترك المكان ومنتدح في نهاية اليوم وبعد عودته نجاحه في قضاء يومه في المدرسة . ومن المهم أن يكون جو المدرسة ودودا بحيث لا يتعرض الطفل لصدمات أو عدوان من أساتذته أو زملائه حتى لا تحدث انتكاسات مرضية حادة .

أي أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه .

٤ - إجراء المزيد من اللقاءات العلاجية مع الأبوين لتخليصهما من قلقهما حول هذه المشكلة ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية ، وفق الخطوط التالية :

١- خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوف الطفل من الذهاب للمدرسة . فلا شيء يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف ، لأن الحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها . ويتطلب ذلك ألا تناقش مع الطفل الذهاب للمدرسة ، ولا تناقش معه أعراض خوفه . لا تستخدم أسئلة مثل : هل تشعر بالخوف لأن الذهاب للمدرسة أصبح وشيكاً؟ هل أنت مضطرب أو خائف أو قلبك يخفق لأنك ذاهب للمدرسة غدا؟

ب - أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع ، وبالساعات في الليلة السابقة على المدرسة ومن دون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب للمدرسة غدا .

ج - ايقظ الطفل في صباح اليوم التالي ، ساعده على ارتداء ملابسه ، وتنظيم كتبه وزوده ببعض الأطعمة الجذابة على ألا تكون من النوع اللصم الذي قد يؤدي إلى الشعور بالغثيان فيما بعد (لاحظ أن الغثيان من أعراض القلق . . وأن إثارة بشكل قصدي أو غير قصدي قد تؤدي إلى إثارة القلق وزيادة حدته) .

د - خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره ، ولا تشر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته (لا تسأل مثلا إن كان يشعر بالهدوء) .

كل المطلوب أن تأخذه للمدرسة وتسلمه للمشرفين ، وأن تترك المكان .

هـ - في المساء ، وعند العودة من المدرسة امتدح سلوكه ، واثن على نجاحه في الذهاب للمدرسة ، مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة ، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم كالقيء أو الإسهال .

و - أبلغه أن غدا سيكون أسهل عليه من اليوم ، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك . كرر هذه العبارة «إن غدا سيكون أسهل من اليوم» حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لتغيير الموضوع .

ز - كرر في صباح اليوم التالي نفس ما حدث في اليوم السابق ، وكرر بعد عودته

السلوك نفسه بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه ، مع امتداد سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة .

ح- عادة سنخفي الأعراض في اليوم الثالث . ولخلق مزيد من التعهيم يمكن أن تهديه في هذا اليوم الثالث شيئاً جذاباً ، أو يمكن عمل حفلة بسيطة احتفالاً بتغلبه على المشكلة .

ط- استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان الخارجي من أطفال آخرين أو المعاملة القاسية من مدرسيه وذلك لمعالجة هذه الأشياء أولاً بأول .



الفصل الثالث عشر

خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه لدى الطفل

تشتم الانتباه عند الطفل من الأشياء التي تعوق التفاعل معه، وتعوق استجابته للبيئة، وبالتالي تعطل من قدراته على التعلم بفعالية. وتشتم الانتباه في حد ذاته من الأعراض الرئيسية المرتبطة باضطرابات الحركة، وتمثل تحدياً حقيقياً لفاعلية العمليات العلاجية. وتزداد آثاره السلبية خاصة في المدرسة بسبب ما يخلقه من صعوبات في إدارة الفصل الدراسي، فضلاً عن مخاطر التأثير في الأطفال الآخرين. وتهدف الخطة العلاجية التالية إلى تركيز الانتباه وزيادة مداه الزمني تدريجياً، مع ما يصحب ذلك من تزايد الفترات المنقضية في أداء نشاط معين (للاستغراق في النشاط).

يحتاج المعالج أو المعلم أو الأيوان إلى أدوات منها: كرسيان، طاولة (منضدة)، وبعض المدعيات الإيجابية المرغوب فيها من الطفل (أطعمة، حلوى، ومشروبات)، فضلاً عن بعض الأدوات الأخرى بما فيها ملاحق، شوكة، مفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب... إلخ.

يمكن للتدريب أن يتم في أي مكان، ويمكن إتجاز التدريب حتى إذا كان الطفل مع الأطفال الآخرين في الفصل أو المؤسسة.

وتركيز الانتباه مهارة تتكون من أربع مراحل من السلوك، وعادة ما يكون

أي طفل قادرا على أداء كل مرحلة منها، ولكنه قد يعجز عن القيام بها في الوقت المناسب وبالترتيب الملائم .

مراحل تشكيل سلوك الانتباه :

تعتمد عملية تدريب الطفل الذي يعاني تشتت الانتباه على تشكيل سلوكه بشكل منظم حتى يكون قادرا على أداء المراحل الأربع للانتباه وهي :

- ١ - الاستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت محدد .
- ٢ - النظر إليك والاستجابة لك عندما تناديه أو تذكر اسمه .
- ٣ - النظر إلى شيء معين عندما تطلب منه ذلك : أي في الوقت الملائم .
- ٤ - أداء عمل أو نشاط معين لفترة محددة .

المرحلة الأولى :

بالنسبة للتدريب على المرحلة الأولى : اطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي الذي يواجهك . إذا استجاب لك وجلس ولمدة ٣٠ ثانية قدم له مدعيا إيجابيا ، مع مدحه ، واتجه للمرحلة الثانية .

إذا لم يستجب الطفل ، وبدأ ينط ويقفز هنا وهناك ، أو أفرط في الحديث أو الحركة ، واستمر في سلوكه الفوضوي ، فإنك تحتاج إلى تدريبه على الجلوس بهدوء بالطريقة التالية :

اسأله أن يجلس بهدوء ، واجعل سؤالك له مصحوبا بحثه بلطف من ذراعه أو كتفه حتى يجلس لمدة ٥ ثوان . امتدح ذلك لفظيا على الفور ، مع تقديم مدعم ملموس (طعام أو حلوى) . استمر في الطلب إليه أن يجلس بهدوء مع التوقف تدريجيا عن الحث البدني ، وفي كل مرة يجلس استمر في

امتداح سلوكه وتدعيمه بالطريقة نفسها .

خلال جلوسه لا تقدم المدحيات اللفظية أو الملموسة والطفل يتحرك بشدة أو يهز الكرسي الذي يجلس عليه . انتظر على الأقل ٥ ثوان لكي يبدأ قبل أن تعطيه التدعيم المطلوب .

عندما ينجح الطفل في الجلوس بهدوء لمدة ١٠ ثوان ، ابدأ تدريجياً في زيادة هذه الفترة خمس ثوان في كل مرة حتى يبلغ طول الفترة (٣٠ ثانية) ، وتجنب زيادة هذه الفترة بشكل مفاجيء أو سريع ، وكن صبورا . وفي كل مرة يحدث فيها السلوك الصحيح (الجلوس بهدوء للفترة المحددة) قدم التدعيمات اللفظية بسخاء .

ويجب ألا تستغرق جلسة التدريب أكثر من ١٠ إلى ١٥ دقيقة . بل يمكنك أن تطلب من الطفل أن يغادر كرسيه ويتجول بالغرفة كل دقيقتين أو ثلاث . ولكن تأكد أن يتم ذلك بعد أن يكون الطفل قد جلس بهدوء لوقت ملائم . انتقل للمرحلة الثانية بعد أن يصل الطفل للسلوك المحوري وهو الجلوس بهدوء لمدة ٣٠ ثانية .

المرحلة الثانية :

ويتطلب التدريب في المرحلة الثانية ، تدريب الطفل على النظر إليك عندما تنادي اسمه ويتم ذلك وفق الخطوات التالية :

اسأل الطفل أن يجلس كما تدرب على ذلك . عندما يجلس بهدوء انطق اسمه عالياً . إذا نظر لك الطفل ولو لفترة خاطفة (ثانية أو ثانيتين) ، قم بتدعيمه فوراً . لا تقم بالتدعيم إذا كان الطفل يفرط في الحركة .

إذا لم ينظر الطفل إليك عند مناداته باسمه ، فإنك تحتاج إلى تدريبه على تشكيل هذه الاستجابة .

عندما يجلس الطفل اطلب منه أن ينظر إليك : «محمد انظر إليّ» . انتظر فترة قصيرة ثم قم بتدعيمه حالما يوجه نظره إليك ، واستمر في هذا الإجراء . في كل مرة ينظر إليك قم بتدعيم ذلك السلوك فوراً . حاول بعدئذ أن تزيد تدريجياً الوقت الذي يمر بين بدء النظر إليك وتقديم المدعم لتزيد فترة نظره إليك ، إلى أن يصبح قادراً على النظر إليك لمدة 5 ثوان عندما تنطق اسمه .

إذا لم يحدث ذلك ولم ينظر إليك عندما تنادي اسمه . كرر الطلب : «محمد انظر إليّ» ، ولكن أضف هذه المرة الحث البدني بوضع أصبعك أسفل ذقنه وثنى رأسه برفق حتى يتمكن من رؤيتك . قم بتدعيمه فوراً . ضع المدعم أمام عينيك ثم قدمه له فوراً حالما يتمكن من النظر إليه ، ومن ثم النظر إلى وجهك وعينيك .

كسر هذا الإجراء السابق القائم على الحث اللفظي والبدني مع التدعيم الفوري حتى يتمكن الطفل من الوصول للاستجابة الملائمة (النظر إليك عندما تنطق اسمه) . تخلص تدريجياً من الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر إليك من خلال الحث اللفظي فقط . تذكر أن تخفص تدريجياً المدعم عن مستوى عينيك حتى تتأكد أن الطفل أصبح قادراً على النظر إليك وليس النظر للمدعم فحسب .

استخدم نفس الإجراء لزيادة الوقت المنقضي في الجلوس بهدوء . وعندما يكون الطفل قادراً على ذلك مع النظر إليك عندما تنطق اسمه . . توجه للمرحلة الثالثة .

المرحلة الثالثة :

في المرحلة الثالثة يتم تدريب الطفل على النظر لبعض الموضوعات أو القيام ببعض النشاطات البسيطة عندما تطلب منه ذلك . ولكي يتم التدريب بنجاح ينبغي اتباع الخطوات التالية :

ضع واحداً أو أكثر من الموضوعات أو الأدوات التي سبق إعدادها (ملعقة أو مفتاح أو كتاب أو كرة . . إلخ) . اسأل الطفل أن «يجلس» وأن «ينظر إليك» كما في الخطوتين الأولى والثانية . اسأله بعدئذ «أن ينظر إلى الكرة» (مثلاً) بينما أنت تشير بأصبعك إليها . دعم الطفل لفظياً وبدنياً فوراً إذا ما استجاب لك بالنظر إلى الكرة .

إذا لم يحدث ذلك . استخدم أسلوب الحث البدني بالطريقة السابقة . أعد عليه طلبك بأن ينظر إلى الكرة ، وأنت في الوقت نفسه تلوي رأسه برفق لكي يكون من السهل عليه أن ينظر إليها . كرر نفس الإجراء في المرحلة الثانية أي بأن تجعل المدعم قريباً من الموضوع الذي تريد من الطفل أن ينظر إليه . ثم قم بالتدعيم فوراً . حاول أن توقف تدريجياً الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر للشيء المطلوب كاستجابة للتعليقات اللفظية فحسب ، ومن دون مساعدة منك . تذكر: يجب أن يكون الطفل جالساً ويهدوء خلال الاستجابة حتى تعطيه المدعم . وعندما يحدث ذلك ، علمه أن يارس نشاطات معينة استجابة للتعليقات التي تلوتها عليه كما في المرحلة الرابعة .

المرحلة الرابعة :

في المرحلة الرابعة يتم تدريب الطفل على أداء نشاط معين لفترة زمنية بسيطة تزداد تدريجياً بالطرق نفسها التي استخدمناها في الخطوات الثلاث السابقة :

اطلب من الطفل أن يؤدي نشاطاً بسيطاً باستخدام الأدوات الموضوعة على المنضدة مثل : رص المكعبات ، وضع الأدوات في صندوق ، تجميع أشياء بسيطة . . إلخ . اطلب منه أن يجلس وأن ينظر إلى الأشياء المطلوبة . ثم قل له «محمد أريدك أن ترفع هذه الأشياء في هذا الصندوق» وأشر كالعادة

بأصابعك إلى الأشياء ثم الصندوق، وإذا فعل الطفل ذلك قدم التدعيم المرغوب فيه فوراً. استمر في التدعيم كل ٣٠ ثانية خلال قيام الطفل بأداء النشاط المطلوب: وهي نقل الأشياء المطلوبة إلى الصندوق. إذا توقف الطفل عن النشاط. انتظر بضع ثوان، وكرر طلبك له بأن ينقل الأشياء إلى الصندوق. دعم فوراً حالما يعاود الاستجابة، واستمر في التدعيم كل ٣٠ ثانية إذا استمر في أداء النشاط المطلوب.

إذا لم يستجب الطفل منذ البداية للقيام بالنشاط الذي طلبته منه، استخدم الحث اللفظي مع الحث البدني، بأن تمسك يديه برفق وتوجهها إلى الأشياء المطلوب عملها. ولكن تجنب إرغام الطفل على ذلك، ودعّم حالما يستجيب ثم استمر في التدعيم كل ٣٠ أو ٤٠ ثانية إذا ما استجاب الطفل. قلل تدريجياً الحث البدني حتى تصل به إلى الاستجابة للقيام بالنشاط المطلوب عند إعطاء التعليمات. اعمل تدريجياً على زيادة الفترة المتقضية قبل تقديم المدعم.

وإذا راعيت هذه التعليمات السابقة. . وأخذت تنتقل تدريجياً من مرحلة إلى المرحلة التي تليها. . وإذا عملت على زيادة الوقت المنقضي بين ظهور النشاط وتقديم التدعيم تدريجياً وبصبر ودون إرغام، فسيكون بإمكان الطفل أن يستجيب للتعليمات المطلوبة وأن يستغرق في أداء الأنشطة المختلفة مدة ١٠ دقائق على الأقل في كل مرة.

الفصل الرابع عشر

خطة لضمان الاستمرار

في التغيرات الإيجابية للعلاج

إن قضية الامتثال في التغيرات الإيجابية العلاجية التي ننجزها مع الطفل قضية جوهرية لا تقل من حيث الأهمية عن تنفيذ خطط العلاج نفسها. وتبرز أهمية هذه القضية إذا تذكرنا أن كثيرا من الإنجازات العلاجية التي نحصل عليها بطريقة العلاج السلوكي قد تختفي بسرعة إذا لم نستمر في تقوية السلوك الجديد.

وتتبع خطتنا في ذلك الخطوط السلوكية العريضة نفسها التي استخدمناها في اكتساب السلوك الجديد. وعلينا هنا أن نتذكر أن عدم تدعيم السلوك أو عدم الاستمرار في تدعيمه بعد اكتسابه يعني أننا نتجاهله، وأن التجاهل يؤدي إلى الانطفاء. وإذا كنا نوصي باستخدام التجاهل للتخلص من السلوك التدميري أو المرضي، فإننا بنفس الزخم نحذر من استخدام التجاهل في حالة السلوك الإيجابي لأن هذا سيؤدي إلى توقفه وانطفائه. ولهذا نوصي بالخطوة التالية لتأكيد الاستمرار في التغيرات العلاجية:

الخطوة:

١- الآن وقد تعلم الطفل أن يحاكي تصرفاتك، وأن يستجيب لتعليقاتك، أو أن يقوم بأي تصرفات أخرى مرغوب فيها، يبقى عليك أن تستمر في

امتداح سلوكه الجديد المكتسب بين الحين والآخر. إن الاستمرار في استخدام كلمات مثل «شكراً» بين الحين والآخر عندما يقوم الطفل بالنشاط المطلوب كفيل بأن يضمن استمرارية ذلك النشاط.

٢ - وننصح بشكل عام بتجنب التعليقات السلبية، أو خلق توقعات سلبية. فمن الأفضل أن نحجم عن استخدام كلمات مثل «لا» . . «هذا خطأ» . . بدأت من جديد تعود إلى العنف» . . إلخ. فاستخدام مثل هذه الكلمات تذكر الطفل بفشله السابق، وربما يؤدي إلى إثارة السلوك نفسه الذي كانت تثيره من قبل وهو الفشل، وكذلك يؤدي - استخدامها - إلى الإقلال من الدوافع والنشاط الإيجابي. علاوة على ذلك فإن هذه التعليقات التي تأتي عادة بعد الحدوث العرضي للسلوك السلي قد تمثل اهتماماً بذلك السلوك يدعمه ويقويه، كما سبق وأن ذكرنا.

٣ - وننصح بالاستمرار في الحث اللفظي لتوجيه انتباه الطفل وضبط هذا الانتباه وجعله محصوراً بالنشاطات المرغوب في أدائها.

٤ - على أن الحث اللفظي يجب أن يكون متسقاً، خاصة إذا كان القائم بالتدريب أكثر من شخص واحد.

٥ - كما أنه يجب الاستمرار أيضاً في تجاهل السلوك السلي أو أنماط التعلم القديمة وتبنيه كفلسفة عامة.

وقد تبدو هذه التوجيهات بدائية وبسيطة، وهذا صحيح، ولكن بديتها وبساطتها تجعلها قوية الفعالية، لأن بالإمكان الاستمرار فيها، واستخدامها في تشجيع السلوك المكتسب على الاستمرار وتعميم هذا السلوك على مواقف، أي أوقات وأماكن جديدة ومنتدة، أقرب إلى المواقف الحقيقية التي يتعامل معها الطفل عادة.



«إن عملكم معاً . .
أدى حقاً إلى نتائج
رائعة!»

«هذا جهد ممتاز . .
هل تريد مساعدة؟»



مشاركة

شكل رقم ٢٦ : من المهم بمعد
تحقق بعض التغيرات الإيجابية في
السلوك الشخصي والاجتماعي
للطفل ، أن تستمر في تدعيمه لأن
ذلك سيؤدي إلى تقوية السلوك
الجديد وزيادة انتشاره . ويحذر
علماء العلاج السلوكي من تجاهل
السلوك الإيجابي كالتعاون
والمشاركة وتحمل المسؤولية لأن
تجاهل هذا السلوك الإيجابي يؤدي
إلى انطفائه .



تعاون

الفصل الخامس عشر

برنامج للتدريب على مقاومة

التبول اللا إرادي وضبط المثانة

أ- نهارا:

عندما يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث يصبح قادرا على ضبط مثانته، ويمكن أن يحافظ على نفسه من دون تبليل ملابسه ببوله. إلا أنه يحتاج بالطبع إلى التدريب. ويمكن إتمام هذا التدريب خلال أسبوعين أو ثلاثة، سنشرح فيما يلي برنامجا يحقق هذا الغرض:

(١) قم بتصميم جدول للمكافآت يشبه الجدول التالي:

جدول المكافآت الرمزية

التاريخ:

العمر:

الاسم:

| الجمعة | الخميس | الأربعاء | الثلاثاء | الاثنين | الأحد | السبت |
|--------|--------|----------|----------|---------|-------|-------|
| | | | | | | |

النجمة معناها أن الطفل:

(٢) علق الجدول في مكان بارز.

(٣) اشتر بعض الهدايا البسيطة ، مستخدما جدول التدعيمات الموجود في هذا الكتاب ، (جدول ٣) بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتتية . اشتر أيضا بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية .

(٤) اشرح للطفل البرنامج بعبارات بسيطة مثل «أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك، وأن تبقى جافا طوال اليوم . وفي كل مرة تذهب إلى الحمام ، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول ، وستحصل أيضا على هدية تحب أن تملكها أو تأكلها . ولنبدأ من الآن» .

(٥) إذا ذهب فعلا إلى الحمام للتبول ، امتدح ذلك لفظيا وعلق على ذلك بأن هذا جميل ، وأنه الآن يستحق أن تلتصق له نجمة (وقم بلمس النجمة في المكان المناسب . . . واسأله ماذا يريد أن تكون هديته . . . من قائمة الهدايا الموجودة لديك) .

(٦) اعلن في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأنه نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة وأعد امتداح سلوكه وتعاونه .

(٧) في الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه ضع نجمتين إضافيتين .

إذا رفض الطفل أن يذهب للحمام ، لا تسرغمه ولا تسخر منه ، ولا تغضب ، ولكن حثه لفظيا ، واستمر في عملية التدعيم بالشكل السابق ، وإذا لم يستجيب للحث اللفظي لا تغضب ولا تؤنب بل أضف بعض الحث البدني بترييت خفيف ولطيف . . . وقل «هيا سأخذك إلى هناك» . كافي أي مظاهر دالة على الاستجابة الإيجابية كما في الخطوات السابقة .

في الأيام التي تمر دون أن يبلل نفسه ، استمر في مضاعفة التدعيم بإضافة

نجمتين ، وامتدح هذا السلوك في نهاية اليوم علنا أمام بقية أفراد الأسرة . . ثم أسأله كيف يريد أن تكون مكافأته من قائمة الهدايا الموجودة أو من هدايا خارجية يمكن شراؤها .

توقف تدريجيا عن موضوع الهدايا . . ولكن استمر في امتداح السلوك . . وإضافة النجوم لكي أن تتحول هي إلى مصدر للتدعيم الرئيسي .

في الأيام التي يبذل فيها الطفل نفسه ، لا تغضب ولا تؤنب ، بل كن هادئا واكتف بتعليق بسيط «لقد نسيت اليوم وبللت نفسك ، دعني آخذك للحمام حتى آيين لك كيف تقوم بتنظيف ملابسك» .

اطلب منه أن يخلع ملابسه المبتلة وأن يضعها في المكان المعد للغسيل .

ب - التبول الليلي :

ويستخدم البرنامج التالي في حالة التبول اللا إرادي أثناء النوم . وهو يتميز كسابقه بالبساطة . وربما يحقق النتيجة المرجوة في فترة قصيرة . وإذا لم ينجح فإن من الممكن استشارة أحد المتخصصين للبحث عن طريقة أخرى .

يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ويحتاج إلى المواد نفسها بما فيها جدول المكافآت والنجوم اللاصقة ، والهدايا والمدحيات المحسومة . تشرح الأم - أو الأب - للطفل أو الطفلة البرنامج بعبارة بسيطة مثل : «واضح أنك الآن كبير وتبدأت تنمو وتنضج . . واعتقد أنك تريد أن نساعدك على أن تتوقف عن عملية التبول أثناء الليل . . فإنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك . وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت . . ولهذا نريدك أن تختار الأشياء التي تعجبك أو تحب أن تكون لديك من هذه القائمة (قائمة المدحيات)» . والآن

إذا مرت هذه الليلة دون أن تبلل نفسك فستحصل على مكافأتك فوراً .
وستحصل على نجمة ذهبية في هذا الجدول المعلق هنا .

قدم المدعم المطلوب في اليوم التالي مباشرة إذا نجح الطفل في الحفاظ على
عدم تبلله .

ويمكن تقديم المدعم فوراً ويومياً في الأسبوع الأول ، وكل يومين في الأسبوع
الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث . . إلى أن يتوقف المدعم المحسوس .
لكن استمر لفترة طويلة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل .

امتدح السلوك أمام أفراد الأسرة كل مرة ينجح فيها . وإذا فشل الطفل في
يوم من الأيام ، لا تقم بتأنيبه أو نقده ، بل دعه يضع الملابس والأغطية المبللة
في المكان المعد للغسيل .

تذكر أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر .

استمر في تطبيق البرنامج حتى ينجح الطفل في المحافظة على نفسه أثناء
الليل دون بلل لعدة أسابيع . .

هوامش الباب الثالث

الفصل الحادي عشر

Base line _ ١



الباب الرابع

نماذج من حالات العلاج السلوكي للطفل

الفصل السادس عشر: حالة الطفلة التي عانت الصعوبات
الدراسية وتشتت الانتباه

الفصل السابع عشر: حالة الطفل المكتئب (الانتحاري)

الفصل الثامن عشر: حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

الفصل التاسع عشر: إيقاع الأذى بالنفس (حالة الطفل ذي
الحكة الدامية)

الفصل العشرون: حالة الطفل الخجول المنعزل

الفصل الحادي والعشرون: حالة الطفلة المذعورة

الفصل الثاني والعشرون: حالة الطفل الذكي المتخلف في
دراسته: (قصة من النجاح الأكاديمي)

الفصل الثالث والعشرون: حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي
التدميري (طفل مولع بإشعال الحرائق)

الفصل الرابع والعشرون: التغلب على مشكلة تبسول لا إرادي
بالطرق السلوكية

الفصل الخامس والعشرون: طفل شديد العناد، ملحاح، وسهل
الاستشارة (أسلوب ملطف للتغلب على
مشكلات صعبة)

مقدمة الباب الرابع

«أخبرني سانسى أرنسي فقد أتذكر

ولكن أشركني في الموضوع فسأعي وأفهم»

مثل صيني

يتكون هذا الباب من أحد عشر فصلا، يمثل كل فصل منها دراسة منفصلة لحالات مرضية نموذجية مستقلة منها الاكتئاب، والحجل، والذعر، والتخلف الدراسي والعقلي، والسلوك التدميري . . إلخ . ويختتم هذا الباب بفصل عن العلاج السلوكي بالتعليم الملتطف لطفل عانى صعوبات واضطرابات متعددة المصادر. ويبدأ كل فصل منها بشرح لطبيعة كل مشكلة وحدود تأثيرها في سلوك الطفل وعوامل ضبطها بشكل عام مع بعض النصائح والتوجيهات لضمان النجاح في العلاج وتعديل السلوك .

وقد راعينا في اختيارنا لهذه الحالات أن تمثل عينات متنوعة لاضطرابات سلوكية بعضها يمثل نماذج لحالات من البيئة العربية والبعض الآخر لعينات واردة من الغرب أشرنا إلى مصادرها في الموقع الملائم . كذلك راعينا في الطرق التي استخدمت في العلاج أن تمثل قطاعا متنوعا من الأساليب المرتبطة بالنظريات الأربع الرئيسية في التعلم والعلاج السلوكي . ومن ثم سيجد القارئ أمثلة للتدعيم وتعديل أخطاء التفكير والتعليم الملتطف وتدريب المهارات الاجتماعية فضلا عن أماليب تشريط السلوك .



General Office of the State Library of COAL
Philadelphia, Pa.

الفصل السادس عشر

الطفلة التي عانت الصعوبات

الدراسية وتشتت الانتباه

«عالية» طفلة تبلغ من العمر ست سنوات . رأيناها لأول مرة وكانت في مسيل أن تلتحق بالصف الأول الابتدائي . وكان هناك اهتمام واضح من قبل أسرتها لمعرفة ما إذا كان بإمكانها مسايرة زميلاتها في الدراسة بسبب صعوبات في تعلم القراءة والكتابة وتأخر العضلات الرقيقة ، والتشتت السريع والعجز عن التركيز .

عندما رأينا «عالية» في المرة الأولى كان من الواضح أنها على قدر كبير من الإيجابية والنشاط ، ولم تبدر منها أي دلائل مرضية خطيرة . فهي تستجيب للأسئلة بطريقة ملائمة ، وتعرف ما حولها جيدا ، ولم يكن هناك ما يدل على وجود مخاوف أو مشكلات «انفعالية» أو سلوكية خاصة . بل كانت هناك على العكس علامات تدل على تفوقها في عمليات التفاعل الاجتماعي مما أضفى عليها جاذبية خاصة . إلا أنه بادر منها بعض العلامات الدالة على التشتت السريع في الانتباه والتبرم من بعض أنواع النشاط التي تحتاج إلى استغراق وانتباه للتفاصيل الدقيقة .

الاختبارات التي طبقت على «عالية» :

(١) اختبار «كولومبيا» للنضج العقلي لتقدير مستوى الذكاء .

(٢) اختبار تذكر الأشكال لقياس القدرة على التذكر.

(٣) اختبار «فاينلاندا» للنضج والذكاء الاجتماعي .

(٤) اختبار «بندر جشتالت» للمساعدة لاستبعاد دور العوامل العضوية في الصعوبات التي تعانيها الطفلة .

وبناء على نتائج اختبارات الذكاء والنضج العقلي وما تجمع لدينا من ملاحظات وجدنا أن «عالية» من ناحية التفكير والذكاء تقع في فئة عادية في بعض الاختبارات (اختبار كولومبيا) وفي فئة أعلى من المتوسط في البعض الآخر (كاختبار الذكاء الاجتماعي فاينلاندا)، إلا أنها حصلت على درجات منخفضة في الاختبارات التي تتطلب انتباها، وتركيزا دقيقا على التفاصيل والتذكر القريب .

وتوحي هذه النتائج في عمومها بأن مشكلة «عالية» لا ترجع بأي حال من الأحوال إلى تخلف أو تعويق عقلي، بل ترجع إلى صعوبات في التعليم Learning Disabilities ولهذا سنركز - في بقية هذا التقرير - على طبيعة هذه الصعوبات وعلى إعطاء بعض التوجيهات المحددة التي كانت لها فائدتها القصوى في تطور الخطة العلاجية .

جوانب القوة :

(١) نضج اجتماعي واضح .

(٢) الميل للمبادرة والقيادة .

(٣) الخلو من التشخيص السيكياتري (فهي ليست عصايبية أو ذهانية كما أنها ليست متخلفة) .

(٤) النشأة في أسرة ذات مستوى ثقافي وتعليمي مرتفع وتشجع النجاح الأكاديمي والمهني .

(٥) اهتمام واضح من قبل الأسرة، ووجود دافع قوي لسدى الأم بشكل خاص لمتابعة التعليمات ومسايرة خطة التدريب بحكم عملها مدرسة.

المشكلات التي تحتاج إلى المتابعة والتدريب :

تتركز المشكلات الرئيسية في صعوبات التعلم، خاصة في النشاطات ذات الطابع الأكاديمي أو الدراسي . ونعتقد أن أكبر صعوبتين عانتها «عالية» وقت العلاج كانتا :

(١) التشتت السريع وضعف الانتباه للنشاطات التي تحتاج إلى فترة طويلة من التركيز. فهي لا تكمل ما تبدأه، ولا تهتم أحيانا بالتعليمات، وتتجنب أو تتحايل حتى تتعد عن أداء الأعمال، خاصة إذا كانت قريبة من موضوعات دراسية أو مياثلهما من الأعمال التي تتطلب انتباها طويلا المدى . ويبدو لنا أن السبب في ذلك يرجع إلى القلق أو الخوف من الفشل ربما بسبب التركيز على هذا الجانب . فخوفها من أداء العمل بصورة ناجحة (أو كاملة) يدفعها إلى تجنب التعامل مع العمل الأصلي أساسا خوفا من التوتر النفسي الذي قد يثور.

وعموما فإن هذا الجزء من المشكلة سنضعه تحت فئة مايسمى بصعوبات الانتباه^(١)

(٢) كذلك لاحظنا أن هناك جانبا آخر من شخصية «عالية» يستحق الاهتمام وهو وجود صعوبة واضحة في تحمل الإحباط . صحيح أن هذا الجانب لا يتعلق مباشرة بالنشاط الدراسي أو الأكاديمي، إلا أنه يخلق ظروفا من شأنها أن تعوق النمو في هذه النشاطات . فنتيجة لهذه السمة فإن «عالية» كثيرا ما تنتقل بسرعة من موضوع لآخر، وتندفع لإعطاء إجابات قبل أن تعطى حظها من التفكير.

الخططة العلاجية

للتغلب على الصعوبات السابقة ولإعانة «عالية» على النمو الدراسي دون خلق مصاعب «انفعالية»، ركزنا توجيهاتنا على ثلاثة جوانب:

(أ) جو التعلم والتدريس .

(ب) زيادة التركيز والانتباه والدافع للعمل الدراسي .

(ج) زيادة قدرتها على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعوبات، وبالتالي تدريبها على التأمل والتفكير قبل القفز إلى الإجابة .

(أ) الجو التعليمي

حيث إنه من الضروري مساعدة «عالية» بشكل عام على تنظيم وقتها والاستفادة بقدر الإمكان من الوقت المتاح للدراسة، فإننا قمنا بتنفيذ الخططة التالية:

(أ) عمل جدول لها بعد العودة من الدراسة مباشرة بحيث يحدد هذا الجدول وقتا لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسة، ووقتا للعب، ووقتا لمساعدة الأم (أو غيرها) في بعض النشاطات المنزلية . ونصحنا بأن يبدأ الجدول بعد الانتهاء مباشرة من تناول طعامها إثر عودتها للمنزل وأن تكون أولى فقراته (لمدة ساعة مثلا): الانتهاء من الواجب والإعداد للدرس القادم في اليوم التالي من الدراسة . وبعد انتهاء هذا الوقت تُشجع «عالية» على اللعب والحركة لساعة أخرى مثلا . على ألا يتم أثناء ذلك التعرض بالمرّة لموضوعات الدراسة . ويمكن بالطبع تحديد وقت للتلفزيون، ولو أننا نصحنا بالتركيز على النشاطات الحركية التي تتطلب جريا أو سباحة أو حركة . ويمكن الاستعانة بالأم (أو غيرها) في هذا التطبيق .

(٢) التجاهل الكامل للأشياء السلبية ، وقد بينا للأبوين أن هذا لا يعني تجاهل الطفلة كشخص ، ولكن المقصود هو تجاهل التركيز على جوانب الضعف أو القصور لديها .

(٣) أكدنا على الأبوين أنه يجب عليها تقديم التشجيع الإيجابي للإنجاز ولظواهر السلوك الدال على العمل والنشاط كما يتمثل في الاستجابة للتعليمات بدقة ، والانتهاز من النشاط أو العمل المحدد ، مع تجاهل حثها على كل السلبيات الأخرى التي قد تحدث بين الحين والآخر .

(٤) ركزنا على إنجاز وحل مشكلة واحدة أو اثنتين فقط في كل مرة ، ونظرا لأن المشكلة الأساسية للطفلة هي مشكلة القراءة وصعوبة التعرف على الحروف أو الكلمات أو الجمل ، فإن من الواجب التركيز في كل مرة على تعريفها بحرف واحد أو حرفين كتابة وقراءة مع مكافأتها على ذلك ، ثم الانتقال بعد ذلك تدريجيا إلى موضوعات أخرى خلال الجلسة .

(٥) يجب أن يكون المكان المعد للعمل خاليا من كل المشتتات ، فيرتب الجلوس بحيث يكون إلى طاولة ، لا يوجد عليها إلا الورقة والقلم والكتب ، في مواجهة الحائط ، في أحد أركان الحجرة . كما يفترض أيضا ألا تكون هناك مشتتات صوتية في المنزل (مثلا صوت تليفزيون أو راديو) في ذلك الوقت .

(٦) وبيأ أن «عالية» تحب أن تكون محاطة بالآخرين ، فقد اقترحنا أن يتم العمل مع «عالية» بشكل ثنائي إما مع الأم أو الأب ، ويساعدها العمل بهذا الشكل على التقاط جوانب التشجيع ومساعدتها على تنظيم ذهن ، كما أنه يخلق أمامها فرصا للتفاعل والاهتمام من قبل الأسرة .

(٧) أكدنا أن من المفروض ألا ينتهي وقت الدراسة بمسألة صعبة أو معقدة، إذ يجب إعطاؤها دائما شيئا تستطيع النجاح فيه في نهاية كل فترة حتى لا تخلق إحباطا أو فشلا. كذلك طلبنا من الأبرين تجنب الغضب عندما يبدو أنها تعاني صعوبة تكرر أو أداء عمل مهما بدا بسيطاً لها. بل نصحنها في هذه الحالة بأخذ ثلاث أو خمس دقائق راحة لكلا الطرفين نبدأ بعدها بروح من الحماسة والتشجيع.

(٨) بينا للأبرين أن من المستحسن تجزيء وتقسيم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال الصغيرة البسيطة بحيث تتم مكافأتها - بنجمة مثلا - على أداء هذه الأعمال البسيطة.

(٩) أكدنا كذلك على جعل عملية التعلم شيقة ومصدرا للمتعة.

(١٠) كما أكدنا ضرورة امتداح العمل من حيث جودته والوقت الذي نُضي فيه سواء نجحت الطفلة أم لم تنجح.

(ب) زيادة التركيز والانتباه للتفاصيل

طلبنا من الأبرين ضرورة توفير المواد الآتية :

(١) أدوات مدرسية، كراسات، أقلام تلوين، أوراق ملونة، أستيك، مسطرة، . . الخ.

(٢) كتب بسيطة لتعليم القراءة والتعرف على الحروف والكلمات.

(٣) نجوم لاصقة بألوان مختلفة.

(٤) كراسة مكافآت.

(٥) مقص وألوان مائية، وصلصال.

(٦) مكافآت صغيرة مخبأة في مكان لا تصل إليه الطفلة . . مثلا قطع شوكولاته، أو أي ملبوسات أو مأكولات نجيبها «عالية» . . (يمكن الاستعانة في ذلك بقائمة التدعيمات في الجدول رقم ١١).

(٧) عداد أرقام أو سبورة .

ولزيادة الرغبة في التركيز والانتباه صممنا التدريبات التالية :

التدريب الأول : الاطلاع على كل الحروف الأبجدية لمعرفة الحروف التي تعرفها والحروف التي لا تعرفها :

- اعط الطفلة قائمة من الكلمات البسيطة تشمل في البداية الكلمات التي تتكون من حرفين (مثلا - أب - أم، أخ، ند - إلخ).

- اطلب منها أن تتعرف على كل حرف، وإذا تعرفت على أي حرف فالصق لها «نجمة» في كراسة خاصة بالمكافآت . أما إذا لم تتعرف على الحرف فتجاهل ذلك وانطق أمامها الحروف واطلب منها أن تكررهما، وإذا كررتها فالصق لها نجمة، وبيّن لها أن كل نجمة تحصل عليها ستكون لها قيمة فيما بعد لأنها ستحول لشيء نجبه أو مكافأة .

ثم انتقل بعد ذلك لقوائم كلمات من ثلاثة حروف أو أربعة، واستخدم أسلوب النجمة في كراسة المكافآت .

التدريب الثاني : لزيادة الانتباه :

وصف الصور : اجمع مجموعة من الصور المتباينة من الكتب أو المجلات واطلب من الطفلة أن تصف كل ماترى في هذه الصور، وكافئها على كل تفصيل أو شيء تذكره الطفلة بنجمة في كراسة المكافآت .

التدريب الثالث : وصف التفاصيل من الذاكرة :

اعرض صورة أمام الطفلة لمدة ١٠ ثوان ثم خبئها، واطلب منها أن تذكر

ماذا رأيت في الصورة . اعط لها «نجمة» لكل تفصيل تذكره من الذاكرة .
اعرض الصورة من جديد واطلب منها أن تصف ما تراه في الصورة وهكذا .
اعط لها نجمة لكل تفصيل تذكره . إلا أنه يجب أن تكون قيمة هذه النجمة
أقل من النجمة التي حصلت عليها مقابل التفاصيل التي ذكرتها من الذاكرة ،
ومن ثم فإنه يجب أن يكون لون النجمة مختلفا عن النجمة في الحالة الأولى .

التدريب الرابع : التصنيف :

اطلب من الطفلة أن تجمع في كراسة مستقلة كل الصور التي تنضوي تحت
موضوعات معينة . . فمثلا : حيوانات أو طيور أو أناس أو مشاهد طبيعية .
قسم الكراسة لها بحيث تخصص عددا من الصفحات لكل فئة من هذه
الفئات . ثم اطلب منها أن تقص صورا وأن تضعها تحت كل فئة وتلصقها
بالصمغ أو ورق اللصاق في المكان المناسب من الكراسة . اعط نجمة أو
نجمتين لكل شيء تنجح في قصه أو لصقه في المكان المناسب .

التدريب الخامس : تجميع الصور المتقطعة :

اعطها صورا مقطعة في شكل مكعبات منفصلة عن بعضها ، واطلب
منها تجميعها ، وكافئها على الوقت الذي قضته في حل وتجميع هذه الأشياء ،
وليس على الدقة ، بإعطائها نجمة لكل دقيقة تستغرقها في أداء هذا النشاط
ونجمة للأشياء أو القطع الموضوعة في مكانها الصحيح .

التدريب السادس : كشف أوجه الشبه والاختلاف في مجموعة من

الكلمات :

ولد . . دلو . مثلا . . كافء وشجع ولكن تجاهل الخطأ .

التدريب السابع : التعرف على الحروف في النص :

اطلب من الطفلة مثلا أن تضع دائرة حول حرف الألف أو الباء أو أي

حرف آخر في نص مكتوب ، وكافتها بنجمة على كل دائرة صحيحة . ركز في كل درس على خمسة حروف أو أقل . وافصل ما بين الحروف المتشابهة . فلا تجمع بين حرف «ج» و«خ» أو «ق» و«ف» في درس واحد، بل من الأفضل أن تجمع بين «ج» مع «أ» أو «ر» ، وذلك تجنباً للخلط بين الحروف وعدم التبلور الجيد للحرف والتداخل .

التدريب الثامن : التعرف على كلمات :

اكتب لها مثلاً كلمة «أب» واطلب منها أن تضع دائرة حول كلمة «أب» في نص مكتوب ، وكافء كل دائرة في مكانها الصحيح بنجمة .

التدريب التاسع : نسخ الحروف بالأصابع :

اطلب منها أن تكتب حرف الألف بأصابعها وليس بالقلم بنمى أصابعها في ألوان . كافء الدقة . امسك بأصابعها بين يديك وساعدها على رسم الحرف أو الكلمة الصحيحة . ارسم أمامها الحروف بنفسك واطلب منها ملاحظتك وأنت تفعل ذلك إلى أن تتمكن من عمل الشيء نفسه بنفسها ، واعطها نجمة وكلمات تشجيع لذلك .

إن التكرار واعطاءها الوقت الكافي لإنجاز العمل مهمان للغاية، فهذا يحول الدراسة إلى موضوع شيق للعب وليس واجباً ثقيلاً .

التدريب العاشر : الانتقال للقلم بعد الأصابع ولكن من خلال عملية الشف :

اطلب منها أن تشف الحروف بالقلم وكافء وشجع جهودها هذا باستخدام كرامة المدحيات .

التدريب الحادي عشر : زيادة الانتباه لكلمات مسموعة :

يمكن أن تستخدم لذلك شريط كاسيت^(٢) يتضمن بمجموعة من

الكلمات . اطلب منها أن تسمع ثم أن تعيد بعض الكلمات التي سمعتها .
كافية كل كلمة بنجمة أو بالتشجيع أو بالترتيل أو لفظيا بالشكر . كرر هذا
التمرين إلى أن تنجح في رواية قصة سمعتها من التسجيل . ويمكن لهذا
الغرض تسجيل قصص بسيطة تقرأها من كتاب مثلا ثم تطلب منها أن تحكي
هذه القصص .

التدريب الثاني عشر : زيادة الانتباه للأشياء الملموسة :

اطلب من الطفلة أن تحيي وجهها ، واكتب الكلمات التي تعرفها بأصابع
يديك على ظهرها أو على ذراعها ، واطلب منها أن تقول لك ما هذا الحرف .
كافئها في كل مرة تنجح في ذلك .

التدريب الثالث عشر : تحليل وتحويل الكلمات إلى حروف :

اطلب منها أن تحصي عدد الحروف في كل كلمة من قائمة كلمات وأن
تكتب كل حرف مستقلا .

التدريب الرابع عشر : كرر التمرين السابق مُسَجِّلا لتشجيع عملية
الانتباه عند الإصغاء :

يمكن أن تكون عملية المكافأة بطريق النجوم أو التدعيم اللفظي ،
ويمكن إشراك أخيها الأصغر عارف في عملية التدعيم حتى يكون للتدعيم
تأثير قوي . كذلك يمكن القيام بهذه التدريبات نفسها معه حتى يقوم
بمعاونتها مستقبلا ، وحتى لا يشعر بأنها هي الموضوع الرئيسي للانتباه .

التدريب الخامس عشر : الجري :

هناك دلائل قوية على أن الجري يساعد على زيادة النشاط الذهني
والانتباه . ولهذا ننصح بالجري وإدماجه في نشاطها اليومي بمكافأتها على كل
دقيقة تجري فيها تحت إشراف الأسرة سواء داخل المنزل أو خارجه .

(ج) زيادة القدرة على تحمل الإحباط ومواجهة الصعوبات

هناك أدلة واضحة على أن «عالية» عندما تواجه موقفا صعبا أو محبطا، فإنها بسبب القلق، تتجه إما إلى الاندفاع الشديد بإعطاء حلول غير واضحة أو أنها تعتمد إلى الانسحاب تماما متجنباً بذلك القيام بأي محاولة على الإطلاق. وهذا الأسلوب لا يساعدها على تحمل المسائل الدراسية الصعبة. إذ إنها لا تعطىها حقها من الانتباه والتركيز، ويحرمها هذا بالطبع من استغلال إمكاناتها الكثيرة بصورة إيجابية. لهذا ننصح بأن تتضمن خطة العلاج التوجيه والتركيز على بناء بعض العادات الطيبة التي تمكنها من تحمل التوتر وعدم التشتت عندما تكون المواقف صعبة أو عسيرة. ولهذا يجب أن نشجع «عالية» على ما يأتي:

١ - لا تبدأ أي نشاط مع «عالية» إلا بتخطيط مسبق. بمعنى أنه يجب تهيئتها مسبقاً من خلال جدول العمل في الوقت المناسب. كما أنه يجب ألا يكون الشخص الذي يعلمها أو يجلس معها (الأب أو الأم أو المعلمة) مرهقا أو مشغولا بشيء آخر مما يجعله هو شخصيا نافذ الصبر مثلاً.

٢ - التعليم في صمت: عند الاندماج مع «عالية» في نشاط دراسي لتجنب التدعيم القسوي وكلمات التشجيع الكثيرة إلا إذا كان ذلك مرتبطاً بالنجاح في أداء مهمة معينة، لأن التوقف المؤقت عن هذا التشجيع وهذه التعليقات يجعلها تشعر بالإحباط سريعاً وربما تعتقد أنها على خطأ فتزداد درجة القلق لديها.

٣ - يجب أن يمتلئ جدولها اليومي بنشاطات دراسية وغير دراسية من النوع الذي ينتهي بها دائماً إلى النجاح في أدائها: يعني مثلاً غسل طبق،

تنظيف طاولة ، ترتيب درج المكتب ، تنسيق أوراق لوالدها أو لوالديها
(استعن بجدول النشاطات) .

٤ - يجب إعطاؤها وقتا خاصا ، نصف ساعة يوميا مثلا ، بمفردها مع الأب
أو الأم ، ويجب أن يكون ذلك في غير أوقات جدول الدراسة ، وتترك لها
الحرية في شغل هذا الوقت مع أحد الوالدين ، ويجب عدم التعرض
لموضوعات الدراسة بالمرّة خلال هذا الوقت الخاص بها (ويمكن
تخصيص الوقت نفسه أيضا لأخيها عارف) .

٥ - إذا بدأت عملا فيجب تشجيعها على إنجازه ولو كان صعبا ، لأن الأمور
المعلقة تثير القلق ، والأمور التي ننجزها في وقتها تثير الشعور بالفخر
والثقة بالنفس .

٦ - يجب تعليمها أن تخطط وتشارك في التخطيط في جدولها اليومي بحيث
يتضمن وقتا لانتهاء من الأعمال الدراسية والواجبات المنزلية ، ووقتا
للعب ، ووقتا للأعمال المنزلية الخاصة بها .

٧ - اعط فترات راحة ، بحيث يطلب منها كل ٢٠ دقيقة من العمل أن
تترقب لمدة خمس دقائق للراحة .

٨ - عندما تكمل واجبها المنزلي اطلب منها أن تريكم إياه ، وشجع الجدية
في أداء العمل وليس التفوق . أي أن التركيز يكون على أسلوب العمل
والجدية ومجاهدة النفس وليس على الدرجات .

٩ - ينبغي تجنب مقارنتها بأي من الإخوة أو الزميلات .

١٠ - كن على اتصال بهيئة تدريسيها ومدرسيها ومشاركتهم هذه الخطوة .

التقدم :

أشارت التقارير التليفونية والشخصية المتجمعة من الوالدين إلى وجود

مزيد من التقدم الأكاديمي والشخصي . وكان من نتيجة ذلك أن الأسرة قررت إلتحاقها بالصف الأول بعد أن كان هناك تردد واضح في ذلك من والديها ، حيث كانت النية متجهة إلى تأجيل دخولها المدرسة الابتدائية . فضلا عن هذا ، فقد حدث تقدم انفعالي واجتماعي واضح ، إذ تزايد الوقت الذي تمنحه لياها الأم ، كما بدأ الأب يعطيها وقتا إضافيا للتدريس والتسامر بالرغم من مشاغله المتعددة . وبالرغم من أن الطفلة تظهر لديها بين الحين والآخر صعوبات مرتبطة بضعف الدوافع الدراسية ، والتشتت ، فإن تذكير أفراد الأسرة بالاستمرار في الخطوط العامة للمخطة كان دائما يؤدي إلى نتائج وتصحيحات فورية وسريعة . وهي الآن في الصف الثالث .



الفصل السابع عشر

حالة الطفل المكتئب «الانتحاري»

لفترة قريبة كان يُعتقد أن الاكتئاب اضطراب يصيب البالغين فقط ويرتبط بضم العمر. ولكن هناك اتفاقاً الآن على أن الاكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال كما يصيب البالغين. وعادة ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال في شكل مشاعر بالحزن والعجز والذنب والإحساس بالدونية. ويرتبط الاكتئاب لدى الأطفال بكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى مثل الشكاوى العضوية والغضب وتدني المستوى الأكاديمي. والطفل الذي يعاني الاكتئاب عادة ما يجد صعوبة في التركيز والانتباه، ويشملكه التشاؤم واليأس. ويسجل المرشد النفسي الطبي الأمريكي (DSM-3-R) عدداً من الأعراض ترتبط بالاكتئاب منها: الأرق، التعب السريع، انخفاض مستوى الطاقة، انخفاض مستوى الأداء الأكاديمي والنشاط المدرسي والمنزلي، ضعف التذكر، انخفاض مستوى الانتباه والتركيز، فضلاً عن ظهور مشاعر الانسحاب الاجتماعي والتفوق. وتوضح الحالة التالية محاولة لعلاج الاكتئاب عند طفل في العاشرة من عمره من خلال تشكيل مهاراته الاجتماعية بما في ذلك القدرة على الاحتكاك البصري والمرونة الحركية والحوار. (From: Matson, Scris, Fialkov, & Kazdin, 1982).

بيانات عامة

كان الطفل في العاشرة من عمره، وكان يعاني اكتئاباً حاداً، أدى إلى حجزه

في المستشفى بسبب محاولته الانتحار. وقد كان الطفل ذا ذكاء متوسط ، وذا تاريخ تميز بنوبات من الغضب والعنف وتدهور مستوى الأداء المدرسي . ويتطابق المقاييس النفسية ، حصل على درجات تضعه - من الناحية الإكلينيكية - في فئة الاكتئاب . وأشارت تقارير العاملين بالمستشفى والمشرفين عليه في العنبر العلاجي إلى أن تفاعلاته الاجتماعية وقدراته على التواصل مع الآخرين تتسم بالعجز، بما في ذلك صعوبة تبادل النظر مع الآخرين، والحديث بنبرات صوت متردة، وخافتة، والإجابات الموجزة والمبتورة . أما تعبيرات الوجه فقد اتسمت بالجمود والخلو من أي تعبيرات « انفعالية » قوية . كما أن لغته البدنية غير ملائمة، فقد كان يغطي وجهه بيده، ويشيح برأسه جانبا عندما كان هناك من يحاول أن يبادل الحديث .

العلاج

اعتمدت خطة العلاج على حث وتدريب الطفل على تنمية أنواع من السلوك معارضة للسلوك المرضي في المجالات الأربعة الآتية :

الأوضاع البدنية: وقد تضمن هذا الجانب التعديل من الأوضاع البدنية للطفل بحيث تكون ملائمة، أي أن تتسم بإظهار الاهتمام أو الرغبة في الحوارات المشارة معه . ولهذا، فقد كان من المطلوب أن يكف الطفل عن الأوضاع البدنية غير الملائمة، مثل تغطية وجهه بيده، أو الإشاحة برأسه بعيدا عن المعالج أو المتكلمين معه .

تبادل النظر والاحتكاك البصري: تطلب تحقيق هذا الهدف تشجيع الطفل على تبادل النظر والاستمرار في الاحتكاك البصري مع الذين يتحدثون معه .

نبرات الصوت ونوعية الكلام: تضمن هذا الجانب تدريب الطفل على نطق كل الكلمات بصوت عال وواضح النبرات، والإجابة عن كل الأسئلة

التي توجه له بحيث تشتمل إجاباته على أكثر من كلمة ، أي لا تكون موجزة ومبتورة .

السوجدان أو المشاعر الملائمة التي حاول المعالجون تنميتها لدى هذا الطفل : اشتملت هذه على تسوين انفعالاته أثناء الكلام أو الحوار من حيث الصوت ، والإشارات ، وإيماءات الرأس والوجه .

إجراءات العلاج

استغرقت جلسات العلاج وتدريب المهارات الاجتماعية السابق ذكرها عشرين جلسة لمدة ٢٠ دقيقة لكل منها . وفي كل جلسة منها كان المعالج يطلب من الطفل أن يقوم بأداء أو محاكاة الجوانب المرغوبة فيها من السلوك الجديد . فضلا عن هذا ، كان المعالج يتبادل مع الطفل أنواعا من الحوار أعدها خصيصا لهذا الغرض لكي تلائم متطلبات وأهداف العلاج . كما شجع الطفل على أن يقوم بلعب الأدوار في الجوانب التي تحتاج إلى تدريبات حركية للجسم بما فيها استخدام الإشارات والاحتكاك البصري ، وخلال ذلك كان على المعالج أن يعطي الطفل عسائدا أميناً عن أدائه ويشجعه على تصحيح استجاباته الخاطئة خاصة فيما يتعلق بالاحتكاك البصري واللغة البدنية الملائمة .

النتائج والمتابعة

وفي نهاية كل جلسة ، كان المعالج يمسد الطفل بالتشجيع وبعض التدعيمات الملموسة (كالحلوى ، والمشروبات) ، لتعاونه على تنفيذ البرنامج بغض النظر عن نجاحه في تنفيذ أهداف الجلسة .

أدى تدريب المهارات الاجتماعية إلى تحسن وتفوق في المهارات الأربع

السابقة، وقد استمر تحسن الطفل لمدة ١٢ أسبوعاً وهي الفترة التي أمكن متابعته فيها.

وبهذا يبين العلاج الناجح لهذه الحالة أن بالإمكان تدريب المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين ومعالجة أوجه القصور في السلوك الاجتماعي لديهم، هذا القصور الذي يعتبر أحد العناصر الرئيسية في وصف السلوك المتسم بالاكتئاب.



الفصل الثامن عشر

حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

نقدم هذه الحالة للقارئ لاطلاعه على أحد الأساليب السلوكية التي يمكن تطبيقها بديلاً للعقاب ، والتي أمكن توظيفها بنجاح بهدف إيقاف مجموعة من الأطفال عن استخدام الألفاظ النابية والشتم القبيحة . وإن كانت الخطة العلاجية في هذه الدراسة قد استخدمت مع مجموعة من الأطفال الذين تشابه سلوكهم ، إلا أن بالإمكان تطبيق هذه الخطة في الحالات الفردية التي تعاني المشكلة نفسها . ثم إن نجاح الخطة في هذه الدراسة مع مجموعة تعاني اضطراباً حاداً في السلوك يوحي بأن استخدامها مع مجموعات أقل اضطراباً سيكون أكثر يسراً .

والمقصود باللغة النابية - كما استخدمها المعالجون في هذه الدراسة (Epstein, Rupp, & Cullinom, 1978) - الميل الذي يديه بعض الأطفال إلى استخدام الألفاظ ذات المضمون الجنسي ، أو التي تشير إلى استخدام عضو من أعضاء الجنس أو الإخراج من أجل التقيح من شخص آخر في مواقف التفاعل .

وقد تكونت مجموعة هذه الدراسة من ستة أطفال من ذوي الاضطراب السلوكي في أحد فصول التعليم الخاص ممن كانوا موضوعاً للشكوى من قبل معلمهم وزملائهم ومشرفيهم بسبب ميلهم إلى استخدام الألفاظ الجارحة بوفرة .

أما الطريقة التي استخدمت لتعديل هذا السلوك فقد اعتمدت أسلوب التدعيم الفارق للانخفاض في سلوك الشتم^(١).

وقد هدفت الخطة إلى التوقف التدريجي عن السباب اليومي حتى يختفي تماما. ومن ثم فإن الطفل الذي يمر اليوم الدراسي كله عليه من دون أن يستخدم لفظا نابيا كان يحصل على عشرين نجمة يمكنه استبدالها في نهاية اليوم بمدحاً ملموسة أو نشاطات مرغوب فيها (لعب - حلوى - نزهة - تذكرة لمشاهدة فيلم سينمائي). وبالطبع فقد كان على الطفل لكي يصل إلى هذه النتيجة أن يمر بمراحل سابقة، كانت فيها الفترات الخالية من السباب تتزايد تدريجياً. وقد تتخللها مرات قليلة من السباب خلال اليوم الدراسي. ثم بسبب الزيادة التدريجية لهذه الفترات تقلص السباب تدريجياً إلى أن يختفي تماماً. وقد كان المعالج خلال مراحل الخطة يسجل على لوحة ظاهرة أي لفظ فيصح استخدامه أحد الأطفال وذلك دون تعليق أو تأنيب لقائله.

النتائج

بعد ٢٨ يوماً، أي قبل الموعد المحدد لانتهاء الخطة بخمسة أيام، توقف جميع الطلاب عن استخدام الألفاظ النابية. واستمر هذا التوقف حتى نهاية العام الدراسي. وهو ما يوحي بأن استخدام التدعيم الإيجابي عندما يتوقف الطفل تدريجياً عن السلوك المستهجن كان ذا نتائج فعالة وإيجابية في إيقاف الشتم والألفاظ النابية، وأن من الممكن استخدامه كبديل من العقاب لعلاج مثل هذه الأنواع من السلوك التي تسبب الكثير من الإزعاج لكثير من الأسر ورجال التربية في المدرسة.

الفصل التاسع عشر

إيقاع الأذى بالنفس

(حالة الطفل ذي الحكمة الدامية)

إيقاع الأذى بالنفس أو سلوك التدمير - الذاتي من الاضطرابات السلوكية التي تشيع لدى بعض الأطفال وتسبب إزعاجا واضحا نتيجة لمخاطرها الصحية على الطفل - وهي تأخذ أشكالا مختلفة منها: نفض شعر الرأس والحاجب ، خبط الرأس على الأرض أو الحائط ، استخدام أدوات حادة أو مدية بهدف إيذاء النفس ، أو حك الجلد إلى أن يدمى .

وتمثل الحالة التالية نموذجا سلوكيا للتغلب على إحدى هذه المشكلات ، ويمكن استخدام هذا النموذج للتحكم في مظاهر سلوك التدمير - الذاتي المماثلة :

بيانات عامة

كان الطفل في الثامنة من العمر عندما تم تحويله لعيادة العلاج السلوكي من أحد أقسام الأمراض الجلدية . وقد بين التقرير عند التحويل أن هذا الطفل بدأ منذ ثلاث سنوات يحك جلده إلى أن يدمى . وبالرغم من أن الحكمة قد بدأت نتيجة لمشكلة جلدية سابقة ، فإنها استمرت حتى بعد أن أمكن علاج هذه المشكلة طبييا . وقد أدى هذا السلوك إلى تكون البثور والدمامل على جلد الطفل ، وأثار ذلك مخاوف أطبائه وأسرتهم من أن تتطور الحالة إلى مستوى يصعب التحكم فيه .

وقد اعتمد المعالجان السلوكيان (Carr & McDowell, 1980) اللذان قاما بعلاج هذه الحالة مبدأ التدعيم الاجتماعي بالطريقة التالية :

العلاج

يتكون علاج الحكمة الدامية لدى الطفل من ثلاث مراحل . في المرحلة الأولى تم فحص الظروف المحيطة لتحديد المواقف السابقة أو المرتبطة ببدء الحك . وركز العلاج في المرحلة الثانية على إيقاف التدعيم الاجتماعي والانتباه الذي يحصل عليه الطفل نتيجة سلوكه التدميري . أما المرحلة الثالثة فقد اعتمدت استخدام أسلوب الإبعاد المؤقت عندما يبدأ الحك ، مع التدعيم الاجتماعي عندما تقل البثور والعلامات الدامية على الجلد .

وقد بينت المرحلتان الأولى والثانية أن السلوك التدميري (الخربشة والحك الدامي) كان يحدث بشكل مكثف عندما كان الطفل يلعب ، أو يشاهد التليفزيون ، أو أثناء اللقاءات الأسرية عندما كانت الأسرة تلتقي فيما بينها لمناقشة أي أمر من الأمور . إضافة لهذا ، فقد تبين أن السلوك التدميري كان يلقي اهتماماً واضحاً من الأسرة ، فقد كان الوالدان يطلبان من الطفل أن يتوقف عن ذلك ويضربانه ، وأحياناً يقبضون على يده حتى لا يستخدم أظافره في الحك .

إجراءات العلاج وتنفيذه

اتخذ تنفيذ الخطة العلاجية عدداً من المحاور منها إبعاد الطفل وإرساله إلى مكان منزوٍ في المنزل لمدة ٢٠ دقيقة كلما بدأ يحك جلده . فضلاً عن ذلك ، فقد كان على الطفل أن يختار مدعماً اجتماعياً في بداية كل أسبوع . وقد تضمنت التدعيمات الاجتماعية الذهاب إلى حفل سينمائي أو زيارة متحف للأطفال ، أو اللعب ، أو شراء أجهزة . إلخ . وقد ارتبطت تقديم المدعّم المرغوب فيه باختفاء بعض العلامات الدامية أو أحد البثور على جلده .

استغرقت الخطة العلاجية شهرين ، بدأ السلوك التدميري خلالها يتضاءل بشكل ملحوظ . لكن السلوك رجع إلى ماكان عليه عندما توقف الوالدان عن استخدام الخطة بعد انتهاء الشهرين . وعندئذ طلب منها المعالج أن يستأنفا الخطة لأربعة شهور أخرى . وفي نهاية الشهور الأربعة ، كان التحسن واضحا بالرغم من توقف استخدام الإبعاد المؤقت والتدعيم كليهما ، فضلا عن أن جلد الطفل قد بدأ يتماثل للشفاء والصحة .

وتسوحى نتائج دراسة هذه الحالة بأن التدمير - الذاتى قد يحدث نتيجة عوامل عضوية ، لكن استمراره يكون مرهونا بالانتباه والتدعيم الاجتماعى ، وغيرها من المكاسب الثانوية . ومن الواضح أن الانتباه لهذه العوامل والتحكم فيها بشكل علاجي يؤدي إلى تحسن واضح حتى ولو كان الاضطراب قد بدأ لأسباب عضوية .



الفصل العشرون

حالة الطفل الخجول المنعزل

يتزايد الخجل الشديد، والعزلة، وقلة الأصدقاء عند بعض الأطفال لدرجة تعوقهم عن التفاعل الاجتماعي السليم، وتحرمهم من فرص النمو والتعبير عن الذات. وبالرغم من أن هذا النوع من الأطفال عادة ما يكون حاد الذكاء، فإن أحكام الناس عليهم تضعهم في درجة أقل مما هم عليه، ويبراهم زملائهم على أنهم أقل جاذبية ومهارة من زملاء الآخرين الذين يتسمون بالانطلاق وبمض الجراءة في التعبير عن النفس.

والخجل الشديد والعزلة يستحقان في حد ذاتهما الجهود العلاجية خاصة عندما يصبحان مصدرا لإحباط الطفل والأسرة وشقائهما، فضلا عن أنها مسابقتان أو مصاحبتان لاضطرابات أخرى أشد خطرا، مما يوجب ضرورة الاهتمام العلاجي بهما. وتمثل الحالة التالية نموذجا لاستخدام تدريب المهارات الاجتماعية لدى طفل عربي عانى معاناة شديدة من الخجل لدرجة أعجزته عن التفاعل مع زملائه وأدت به إلى كراهية المدرسة.

بيانات عامة

قدم الطفل «ماجد» الذي يبلغ الرابعة عشرة من عمره لعيادة العلاج النفسي الخارجية بأحد المستشفيات الجامعية مع والديه. وقد قام أحد الكتاب (ع. إبراهيم) بإجراء المقابلة الشخصية مع الوالدين ومع الطفل، وقام بوضع خطة لتدريب المهارات الاجتماعية للطفل على غرار ما هو مستخدم في مثل هذه الحالات وحسب التفاصيل التي سيأتي ذكرها.

الشكاوى الرئيسية

المشكلة الرئيسية للطفل، كما عبر عنها الوالدان، هي القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية والانطواء المرضي الشديد والخجل والعزلة وانعدام الأصدقاء والانفراد بالنفس لفترات طويلة بحجة الصلاة أو الاستماع إلى التسجيلات الدينية بحيث يقضي أغلب وقته في حجراته. وقد كانت علاقاته الاجتماعية حتى بالأقارب والجيران محدودة للغاية، واقتصرت على المجاملات الاجتماعية القصيرة، التي يترها بسبب خجله الشديد.

وقد لاحظ المعالج بالفعل أن الطفل كان يتجنب الاحتكاك البصري، وقد كان يرد على الأسئلة الموجهة إليه بإجابات قصيرة (نعم، أو لا، أو لا أستطيع أن أحدد بالضبط).

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب حصل الطفل على درجات مرتفعة في كلا المقياسين. وهذا يشير إلى أن قلقه العصبي قد تفاقم إلى حد ربما كان السبب في ارتفاع درجاته على مقياس الاكتئاب بما في ذلك الإحساس باليأس والعجز. لكن عملياته المعرفية وقدراته على التفكير والاستيعاب والتذكر كانت - بحسب الملاحظات المسجلة والاختبارات المستخدمة - على مستوى لا يأس به. كذلك لم يكن هناك ما يشير إلى وجود اضطرابات إدراكية شاذة (هلاوس)، أو اضطرابات في اللغة والتفكير مما جعلنا نستبعد وجود اضطرابات ذهانية مصاحبة أو مسؤولة عن الحالة التي كان «ماجد» فيها. لهذا فقد شعرنا أن قصور المهارات الاجتماعية هو المصدر الرئيسي لتطور الأعراض المرضية لدى «ماجد».

الخطة العلاجية

تركزت الخطة العلاجية على زيادة قدرات «ماجد» على الحوار ومبادلة

الأحاديث الودية والعابرة . وقد تطلب تحقيق هذا الهدف تدريب «ماجد» على اكتساب أربع قدرات هي :

(١) إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتتابعة عن موضوع معين .

(٢) التعليق على ما يسمع مع تنويع هذا التعليق بحيث يشمل إما إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ .

(٣) الاحتكاك البصري الملائم .

(٤) التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين وتنمية علاقاتهم بهم بصورة تتسم بالدفء والتقبل .

وقد تم تدريب كل قدرة من القدرات السابقة بشكل مستقل ، واستغرق تدريبها ما خمسة عشر أسبوعاً في عشرين جلسة علاجية استغرقت كل منها نحو ٤٠ دقيقة في المتوسط .

الأساليب العلاجية

أما الأساليب التي استخدمت فقد تنوعت بحيث اشتملت على كثير من الفنيات السلوكية بما فيها :

(١) التدريب على الاسترخاء العضلي .

(٢) الاقتداء بالمعالج : الذي كان يقوم أحياناً بتمثيل السلوك الملائم ، كالمقدرة الملائمة على الاحتكاك البصري ، أو التعبير عن الرأي في مناقشة أو مشادة تكون قد حدثت مع «ماجد» .

(٣) لعب الأدوار : حيث كان المعالج يطلب منه أن يؤدي أو يقوم بتمثيل السلوك الملائم بعد الاتفاق على خطوطه العريضة .

(٤) واجبات منزلية خارج العيادة : كان يطلب من «ماجد» أن يقوم ببعض المجازفات الاجتماعية المحسوبة ، بأن يبادر بعض الزملاء بالتحية ، والدخول معهم في حوارات اجتماعية ، وعمل اتصالات تليفونية .

(٥) التعديل المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة : كتدريبه على تجنب نقد النفس ، وعلى الانتباه للحوارات الداخلية الانهزامية التي كان «ماجد» يرددتها عند الدخول في احتكاكات اجتماعية مع الآخرين . ومن الأفكار التي ركزت عليها خطة العلاج والتعديل :

(١) التفوق والنجاح الأكاديمي لا يعني بالضرورة الانزواء وتجنب التفاعل الاجتماعي تماما مع الآخرين .

(ب) التدين لا يعني التخلي عن السعادة الشخصية .

(ج) التطرف في الأحكام بديل غير ملائم للتعبير الحر عن الرأي وطريقة غير صحية لمواجهة القلق الذي يثور عند تعارض أفكارنا مع الآخرين .

وقد راعى المعالج أن تقتصر كل جلسة علاجية من جلسات العلاج على هدف واحد من الأهداف العلاجية ، يقوم خلالها بعرض المشكلة ، وما تم إتجازه من أجزاء منها في الجلسات السابقة ، مع تحديد المطلوب عمله والتدريب عليه في المستقبل وتصحيح الأداء وابتكار بعض الواجبات المنزلية الملائمة .

فمثلا ، إذا كان الهدف هو التدريب على إلقاء الأسئلة فقد كان الطفل يدرّب في كل جلسة على تنمية أحد الجوانب المرتبطة بمهارة إلقاء الأسئلة .

ومن ثم خصصنا جلسة للتدريب على إلقاء أسئلة مناسبة للموقف وليست الأسئلة نفسها التي دربه المعالج عليها ، وجلسة مستقلة للتدريب على إلقاء أسئلة متلاحقة ومتناسكة حول موضوع معين بدلا من الأسئلة المتناثرة الموقفة . . وهكذا .

أما عن التقدم في العلاج ، فقد كان التحسن واضحا في كل المهارات الأربع التي كانت موضوعا للتدريب . ويتبع الطفل لمدة أربعة شهور بعد انتهاء الجلسات كان التقدم في هذه المهارات مستمرا . ويسؤال الوالدين كان هناك اتفاق على حدوث التحسن ، فضلا عن التحسن في تكوين الأصدقاء وفي المرونة الاجتماعية .

وبالرغم من أن الوالدين استمرا يراجعان المعالج لأسباب سلوكية أخرى خاصة بطفلها ، فإن تقدمه في اكتساب المهارات الاجتماعية ، ونمو قدراته على التفاعل الاجتماعي وصلا لدرجة من التحسن بحيث لم يكونا موضوعاً بعد ذلك للعلاج أو لقلق الوالدين والطفل .



الفصل الحادي والعشرون

حالة الطفلة المذعورة

الخوف لسدى الطفل يمثل فصلا رئيسيا من فصول أي كتاب عن الاضطراب الانفعالي والعلاج النفسي للأطفال، ويمثل كذلك إحدى الشكاوى الرئيسية لزوار العيادات النفسية من الأطفال . فضلا عما يسببه من تعاسة وإزعاج للطفل ، فإن الأسرة بكاملها قد تعاني بسبب وجود طفل خائف .

وللتغلب على مخاوف الطفل ، توجد مناهج علاجية عرضنا لبعضها وسنعرض في الحالة التالية تطبيقا عمليا لأحد أهم هذه الأساليب شيوعا : وهو التعرض التدريجي لموضوع الخوف .

اعتبارات عامة في علاج الخوف

على أن هناك بعض الاعتبارات العامة التي يجب على الوالدين أن يراعياها عند التعامل مع مخاوف الطفل :

١ - التزم الهدوء والثبات لكي ترسم أمام الطفل نموذجا لسلوك معارض للخوف والجزع . ولا تنس أن كثيرا من مخاوف الأطفال تكتسب من خلال ملاحظة الكبار والاقتراء بهم .

٢ - عالج كل خوف على حدة ، ولا تتوقع علاجاً لكل مخاوف الطفل في وقت واحد .

- ٣ - تجنب التعرض المفاجيء أو الخاد أو المباغت للموضوعات المخيفة .
 - ٤ - عرض الطفل تدريجيا وفي خطوات صغيرة لموضوع خوفه .
 - ٥ - امتدح سلوك الطفل لأي نجاح يحققه في القضاء على مخاوفه .
 - ٦ - تجاهل العبارات الدالة على الخوف ولا تعلق عليها .
 - ٧ - اجعل توقعاتك واضحة .
 - ٨ - كن صبورا ، ولا تدفع الطفل دفعا - قبل أن يكون معدا - للمراحل التالية .
- والخسالة التالية التي قام بتناولها المعالج السلوكي «هيربرت» (Herbert, 1987) تمثل توضيحا عمليا لهذه المبادئ في علاج مخاوف الأطفال .

وصف الحالة

الطفلة، التي نحن بصدد الحديث عن حالتها، تبلغ الخامسة من العمر، وقد تحولت إلى إحدى عيادات العلاج السلوكي بسبب الخوف الشديد من الحيوانات^(١)، وقد بدأت مخاوفها، في أول الأمر، عندما كانت في الثالثة من العمر، محصورة بالكلاب . ثم بدأ هذا الخوف يتطور ويشد ويتعمم حتى تحول إلى خوف مرضي شديد من كل الحيوانات والطيور والحشرات . ووصل بها الخوف لدرجة أعجزتها تماما، ومنعتها من مغادرة منزلها، وأوقفت كل نشاطاتها الاجتماعية . وإذا حدث وشاهدت حيوانا أو حشرة أثناء اللعب مع زميلاتها فقد كانت تجزع وتفر عائدة إلى المنزل . وقد تطور خوفها إلى اضطراب هستيرى، قوامه الجزع والصراخ والصياح الشديد . بل أوشكت في إحدى المرات أن تتعرض لحادثة مرورية كادت تؤدي بحياتها عندما صادفت حشرة

تسرحف فأأخذت؁ لذعرهما؁ تجري في منتصف الشارع مخالفة قواعد السلامة .

الإعداد للخطة العلاجية

تم الإعداد للخطة العلاجية التي سنعرض تفاصيلها توا من خلال الاتفاق بين المعالج والأم؁ على أن تتولى الأم تنفيذ الخطة في المواقف الحية التي لا يكون فيها المعالج موجودا مع الطفلة . وقد عرض المعالج الخطة المتدرجة على الأبوين وطلب منها أن يتقدما نحو مراحل العلاج مرحلة مرحلة تدريجيا ودون تعجل تجنبا لحدوث أي نكسات علاجية .

خطة العلاج

تكونت خطة العلاج من مرحلتين رئيسيتين هما : التعرض التدريجي الرمزي والتعرض التدريجي في مواقف حية بالشكل الآتي :

تولى المعالج في المرحلة الأولى تعريف الطفلة للحيوانات من خلال القصص والرسم وتلوين صور الحيوانات والطيور والحشرات المختلفة وقصها ، فضلا عن اللعب بالنماذج الحيوانية المحشوة أو المصنوعة من المطاط . وقد كان الهدف من هذه التدريبات خلق ألفة بين الطفلة وموضوعات الخوف ، فضلا عن تكوين رابطة سارة ومبهجة ومثيرة للخيال والتقبل مع موضوعات الخوف (أي الحيوانات والطيور) . ولأن هذه التدريبات أجريت في منزل الطفلة ، فقد كانت لها فائدتها التربوية للأم التي كانت تلاحظ المعالج خلال هذه التدريبات وتعلم منه بعض الفنون المطلوبة للتخلص من القلق من خلال اللعب ، والاسترخاء ، وتغيير الانتباه . وفي النهاية كان بإمكان الأم أن تتولى استكمال هذه التدريبات مع الطفلة .

أما المرحلة الثانية فقد تضمنت تعريض الطفلة تدريجياً لمواقف حيية لموضوعات الخوف .

وقد استغرق تنفيذ المرحلتين عدداً من الجلسات بالشكل الآتي :

الجلسات : الأولى والثانية والثالثة :

خلال هذه الجلسات الثلاث الأولى أسهم المعالج والام مع الطفلة في تنفيذ النشاطات الآتية :

(١) عرض رسوم حيوانات أو طيور لتوضيح بعض موضوعات مرتبطة بقصص الحيوانات التي كان يحكيها المعالج للطفلة .

(٢) تلوين نماذج من الصور المثلثة لمشاهد طيور أو حيوانات أو حشرات انتقاها المعالج بعناية وشجع الطفلة على قصها بعد تلوينها . وطلب منها وضعها في كتاب نشاطات خاصة بالطفلة ، أو تعليقها في حجرتها .

(٣) استمعت الطفلة بهذه النشاطات بعد فترة خوف وتوجس نتيجة لقيام المعالج بتشجيعها وإعطائها معلومات إيجابية عن الموضوعات المرتبطة بمخاوف الطفلة (مثال : الدجاج يمدنا بالبيض ، الكلاب تحمي أصحابها بوفاء وترشد المكفوفين ، النحل يتج لنا عسل النحل . . إلخ).

(٤) تعاونت الأم في اختيار قصص مرتبطة بالحيوانات والطيور وغيرها وقراءتها للطفلة .

وفي نهاية الجلسة الثالثة ، كان من الواضح أن الطفلة بدأت تدريجياً بالتغلب على توجسها السابق ، فأصبحت تتعامل بقليل من الخوف ، وبدأ

فلقها يقل عند التعرض للرمزي لصور الحيوانات والطيور والحشرات وللقصص المرتبطة بها، وأدى هذا التقدم إلى الانتقال للمرحلة التالية من العلاج.

الجلسة الرابعة :

أخذ المعالج الطفلة للتنزه بجوار إحدى البحيرات القريبة، وطلب منها أن تلتقط - باستخدام آلة التصوير - صوراً للمبجج والطيور البحرية من مسافة بعيدة. ثم قرب الطفلة تدريجياً لالتقاط صور قريبة، وصحبها في العودة إلى محل للطيور المنزلية، وشجعها على إطعام الطيور المنزلية. لكنها بدأت تشعر بالقلق والخوف عندما طلب منها التقاط صورة لكلب يسير في الشارع ولهذا فقد أجل المعالج موضوع التعرض للكلاب لجلسة قادمة.

الجلسة الخامسة :

بدأت هذه الجلسة باللعب بنموذج كلب من المطاط في المنزل وتبع ذلك نزهة إلى الحديقة المجاورة للتعرض التدريجي للحيوانات. وقد استمرت الطفلة في التقاط صور للحيوانات، واستطاعت هذه المرة أن تلتقط صوراً للكلاب من مسافة قريبة وبعيدة. ولكنها جفلت عندما رأت عنكبوتاً على أرضية الحديقة، إلا أنها لم تتحدث عن هذه الحادثة كثيراً، كذلك تجاهل المعالج هذه الحادثة ولم يجعل منها موضوعاً مهماً للحديث.

الجلسة السادسة :

قامت الطفلة في النصف الأول من الجلسة في المنزل برسم عنكب، وتلوينها وتعليقها في حجرتها، وخلال ذلك كان المعالج يجادلها عن العنكب وكيف تعيش، والمبالغات التي تُروى عنها خطأ بأنها قد تضررتنا بينما هي في

الحقيقة لا تضر الإنسان.

وفي النصف الثاني من الجلسة السادسة سحب المعالج الطفلة إلى أحد المستشفيات البيطرية حيث أمكن أن تلاحظ بعض الحيوانات كالكلاب، وقد أبدت الطفلة تشوقها واهتمامها بالكلاب أكثر من المرات الماضية، فكانت تسأل عن الكلاب الضالة وأوجه الرعاية التي تقدم لها، ولم يبد عليها الجزع عندما كانت تسمع نباح الكلاب في المستشفى، لكنها رفضت أن تلمسها أو تداعبها حتى بعد أن شجعها المعالج على محاكاته في ذلك.



الفصل الثاني والعشرون

حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته

(قصة من النجاح الأكاديمي)

إن كثيرا من مشكلات التعلم والتأخر الدراسي لا ترجع إلى التخلف العقلي وانخفاض مستوى الذكاء بقدر ما ترجع إلى أخطاء في التربية والعجز عن تكوين الدافع الملائم للنجاح والتفوق لدى الطفل . ولهذا فإن هناك اعتبارات أخرى يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع الطفل الذي يبدأ أداءه المدرسي في التدهور . وسنذكر فيما يلي هذه الاعتبارات لنقل بعد ذلك للقارئ نموذجاً عملياً لإحدى حالات النجاح في العلاج السلوكي في مجال التفوق الأكاديمي .

اعتبارات عامة لمعالجة مشكلات الدراسة

هناك اقتراحات عامة يجب مراعاتها في حالات تدهور الأداء المدرسي ويطء التعلم وهي :

- (١) اجعل من التعلم والدراسة خبرة مرتبطة بالسور والمتعة .
- (٢) اجعل من التعلم خبرة مرتبطة بالنجاح وليس بالفشل (أي ركز على النجاحات التي يحققها الطفل حتى ولو كانت صغيرة) .
- (٣) قدم العلاج حسب خطوات صغيرة . أي ينبغي تشكيل السلوك

المؤدي للتعلم في شكل مراحل صغيرة مع مكافأة كل تقدم جزئي نحو الهدف العام .

(٤) امتدح بسخاء .

(٥) شجع الطفل على ربط خبرة التعلم بنشاط عملي ، فالأشياء التي نقوم بعملها نتعلمها أسرع ونحتفظ بها في ذاكرتنا بشكل أقوى .

(٦) ارسم أمام الطفل النموذج الملائم للنجاح والعمل والنشاط . فمن العسير على الطفل أن ينمي إمكانيات التعلم والتفوق أو يستجيب لنصائحك ، بينما أنت تقضي الغالبية العظمى من الوقت في الثرثرة ومشاهدة التلفيزيون والحفلات الاجتماعية التافهة والزيارات طوال أيام الأسبوع .

(٧) اختر مكانا جيدا لطفلك . . بعيدا عن الضوضاء ومعددا خصيصا للعمل .

وقبلا يلي وصف لحالة الطفل موضوع هذه الدراسة (Eimers & Aithison, 1978) .

وصف الحالة

كان الطفل موضوع هذه الحالة في الحادية عشرة من العمر عندما أحضره والداه وهما في حالة من الجزع والانزعاج . فالطفل يرسب في المدرسة . وما هو أسوأ من ذلك أنه لا يبدو أنه يهتم أو يكثر لذلك . وبالرغم من أن الطفل كان متفوقا في دراسته في العامين الأولين لالتحاقه بالمدرسة ، فإن أداءه بدأ في التدهور تدريجيا .

ودلت اختبارات الذكاء التي استخدمها المسالج مع الطفل على أن نسبة

ذكائه فوق المتوسط . كذلك لم تتضح صعوبات في التعلم أو قصور عقلي واضح في الجوانب الأخرى من التفكير. وقد استبعدت هذه النتائج أن تكون مشكلة هذا الطفل بسبب التخلف أو صعوبات التعلم. وقد أيد مدرسه هذه الملاحظات وأضافوا أنه كان من قبل تلميذا جادا وأن لديه إمكانيات أكيدة على التفوق، إلا أنه يهمل في أداء واجباته، ولا يبذل أي جهد إضافي تطلبه منه مدرسته، وهو لا يبذل أي مجهود لحل واجباته المنزلية مما ضاعف من مشكلاته الدراسية وتدهوره.

لقد تبلورت المشكلة الحقيقية وراء التدهور الدراسي لهذا الطفل في دافعه الدراسي. ولهذا فقد نصحت معلمة الفصل والي الذي الطفل بأن يستعينا بعبادة نفسية لمساعدتها ومساعدة الطفل على التغلب على هذه المشكلة قبل تفاقمها. وقد قام المعالج بوضع خطة من مرحلتين لزيادة دافعه الدراسي والتغلب على بعض مشكلاته السلوكية داخل الفصل الدراسي وعارنه في تنفيذها الوالدان والمدرسون (Eimers & Aithison, 1977).

خطة العلاج

المرحلة الأولى: تقوية الدافع الدراسي:

ركز المعالجون على مشكلة أداء الواجبات المنزلية كسلوك محوري، وقد بدأوا واضحا أن الأبوين لم يبذلوا اهتماما بهذا الجانب، وأهملا سؤال الطفل عن أصحاله المنزلية وتركها له دون متابعة. صحيح أنها كان يطلبان منه بين الحين والآخر أن يؤدي واجبه، لكنه كان يجيبها بأنه قد فعل ذلك، فكانا يقبلان ما يقوله بطيب خاطر ويسمحان له بالخروج للعب أو مشاهدة التلفزيون معها. ولهذا فقد كان من أسباب جزع الأبوين أنه قد خدعها بادعائه بأنه يحل واجباته، وعندما اكتشفا ذلك أظهرها له أشد الغضب، وأرغها على البقاء

في حجرته يوميا لساعتين لإنهاء واجباته المنزلية . وبالرغم من موافقته على البقاء لساعتين في حجرته ، فإنه استغل هاتين الساعتين في قراءات خارجية ومجلات أطفال . واستمر لا يؤدي واجباته المنزلية كما دلت التقارير التي كانت تأتي من مدرسته . وعند هذا الحد شعر الأبوان بضرورة استشارة المعالج النفسي . وفيما يلي الخطة العلاجية التي وصفها المعالج وقام بتنفيذها مع الوالدين :

الخطوة الأولى : تحديد المشكلة وتعريفها :

بين المعالج - - - واتفق معه الوالدان في ذلك - - - أن المشكلة الرئيسية للطفل تتركز في فقدان دوافعه للعمل . فقد عزف الطفل عن العمل والدراسة لأنه ببساطة لم يتلق التدعيم الملائم والإثابة لهذين النشاطين ، أو بعبارة أخرى ، لم يتلق تدعيبا ملائما لإنهاء العمل المدرسي والواجبات اليومية . ولم يكن تهديد معلمة الفصل بالرسوب أو تخفيض درجاته كافيا لإذكاء دوافعه مرة أخرى . وقد رأى المعالج ، أن الحل الرئيسي لمشكلة هذا الطفل يكمن في أن يجعل من الدراسة وأداء الواجبات المنزلية أمرا مشجعا وجذابا ومرتبطا بالتدعيم الاجتماعي والإثابة .

الخطوة الثانية : مكان خاص للعمل :

من الأسباب التي تبين للمعالج أنها تعوق الطفل عن أداء واجباته المنزلية ، السماح له بإكمال هذه الواجبات في حجرته . فقد كانت حجرته مملوءة بكثير من جوانب النشاط واللعب بما في ذلك مجلات الأطفال ولعبة الكهربيائية وكل لعبة المفضلة . لهذا فقد أوصى المعالج الوالدين بأن يخصصا مكانا ملائما للدراسة ، وقد اتفق الوالدان على أن تكون منضدة الطعام هي المكان الملائم لذلك . فقد خلت هذه البقعة من المنزل من المشيقات ، فضلا عن أنها تميزت بإضاءة جيدة ، وكسأت على العموم مكانا جيدا للدراسة إضافة إلى أنها تمكن الوالدين من مراقبة الطفل .

الخطوة الثالثة : إثارة الحوافز والتدعيم الإيجابي :

تبلورت الخطوة الثالثة في ابتكار نظام لإثارة حوافز الطفل ، تم بمقتضاه الاتفاق مع الوالدين على إثابة الطفل على كل نجاح أو تغير إيجابي في دراسته . وقد روعي في برنامج الحوافز ما يأتي :

(١) اختيار حوافز أو مدحّمات مرغوب فيها من الطفل تستحق منه أن يبذل جهدا للحصول عليها .

(٢) الزيادة التدريجية للوقت الذي يقضيه في أعماله المدرسية كل ليلة . وقد حذر المعالج الوالدين من تغليب رغبتها في النجاح السريع على توشيحرص في تطبيق مقتضيات العلاج التي تتطلب التدرج الحذر في زيادة الوقت الذي يمنحه الطفل للعمل ، وفي مكافأة كل تقدم في هذا الاتجاه .

(٣) امتداح الطفل بين الحين والآخر خلال انشغاله بدراسته وتشجيعه على مجهوداته . .

(٤) المكافأة الفورية : تعتبر الدرجات التي تعطىها المعلمة للجهد الدراسي مكافأة غير مباشرة ، ومن ثم فإن تأثيرها التشجيعي ضعيف . ولهذا أصبح تقديم المكافأة الفورية ضروريا . وقد نوّعت المكافأة الفورية وعددت لتشتمل على بعض الأطعمة المحيية ، أو قضاء نصف ساعة في مشاهدة التلفزيون أو الفيديو ، أو استخدام التلفون ، أو الخروج للتنزه واللعب . . الخ ، وكانت تقدم كل مساء .

الخطوة الرابعة : المتابعة :

اعتمدت الخطوة الرابعة على متابعة تقدمه وتقييمه . وهنا تبين من خلال

الاتصال بمعلمة الفصل أن درجاته قد أخذت في التحسن ، وأن واجباته المنزلية كانت تتم في وقتها وبشكل ملائم . لكن المعلمة لاحظت أن الطفل بالرغم من التحسن الأكاديمي ، فإن سلوكه في داخل قاعة الفصل اتسم بالاندفاع نحو الشتم وإثارة بعض الفوضى مما كان يحول بينه وبين الانتباه الجيد . وقد شعرت المعلمة أن الطفل بإمكانه أن يتفوق أكثر وأن يحقق إمكاناته بصورة أفضل لو تخلى عن هذه المشكلات السلوكية .

ولهذا فقد اتفق الوالدان مع المعالج على وضع خطة أخرى للتغلب على هذه المشكلات السلوكية وفق الخطوات التالية :

المرحلة الثانية : التغلب على المشكلات السلوكية

الخطوة الأولى : تحديد المشكلة :

دعا المعالج معلمة الفصل لحضور إحدى الجلسات مع الوالدين بغرض تحديد مشكلات الطفل ، ولكي يكسب تعاونهم في التخطيط للعلاج وتنفيذ الخطة . وقد تبين أن مشكلات الطفل في المدرسة شملت ما يأتي :

أ - العزوف عن أداء أعماله الإضافية في المدرسة ، أي الافتقار لدافع المنافسة الدراسية .

ب - التنكيت مع الزملاء ، والتعليقات غير الملائمة ، وكثرة الحركة ، وعدم الانضباط . وقد تبين أن هذه المشكلة ترتبط بالرغبة في إثارة الانتباه بشكل غير ناضج . وقد كان من الواضح أن زملاء فصله قد أحبوا طريفته وكانوا يستجيبون لتصرفاته المضحكة ، ونكاته بالضحك والمودة . حتى المعلمة ، ولو أنها لم تكن تشارك زملاءه سعادتهم بتصرفاته ، فقد كانت تبدي اهتمامها السلبي من خلال السخرية

ومحاولة الإسكات . لقد تحول الطفل إلى نجم الفصل وموضوع الانتباه الرئيسي لزملائه ومعلمته بسبب سلوكه غير اللائق .

الخطوة الثانية : التحكم في الإثابة :

تبلورت الخطوة الثانية في البحث عن حل للمشكلة . وقد تركزت خطة الحل على التقليل من الإثابات التي يحصل عليها بسبب سلوكه المشاغب ، أي بالتقليل من الانتباه الإيجابي والسلبي الذي يحصل عليه من زملائه ومعلمته . كذلك تركزت الخطوة على زيادة حوافزه وإثابته على السلوك الملائم . وقد اتفق أن يكون السلوك الملائم هو العمل على إنهاء واجباته المدرسية والإضافية وعدم تأجيلها حتى العودة إلى المنزل .

الخطوة الثالثة : الإبعاد المؤقت⁽¹⁾ عن مواقف التدعيم السلبي :

تم تنفيذ الخطوة بحيث يتم الإبعاد عن الفصل لمدة خمس دقائق عندما يصدر منه سلوك منساف للذوق بما في ذلك التنكيت أو التعليقات غير الملائمة . وبذلك تم حرمانه من المدحّمات التي كانت تأتيه من جراء سلوكه المشاغب . وكان يسمح له بالعودة للفصل بعد خمس دقائق ، إلا أنه كان يُستبعد من الفصل من جديد ولمدة مضاعفة إذا ما استمر في السلوك نفسه .

وبالرغم من نجاح الإبعاد المؤقت ، فإنه كان يمثل - من الناحية العلاجية - نصف الحل . فمن خلال الإبعاد المؤقت تعلم الطفل أنواع السلوك التي يجب التوقف عنها ، لكنه لم يتعلم بعد السلوك الجيد المطلوب عمله . ولهذا فإن من المفروض تدريبه على أنواع السلوك الملائمة داخل الفصل من خلال برنامج خاص لإثارة حوافزه لأداء السلوك الملائم ، وهو ما طبق في الخطوة الرابعة .

الخطوة الرابعة : تدعيم السلوك الإيجابي :

تنطوي الخطوة العلاجية هنا على إثابة الطفل ومكافأته للوقت الذي يقضيه في مقعده وهو يؤدي واجباته المدرسية المطلوبة . وقد تعاون المعالج مع المعلمة على وضع جدول مكافآت خاص تعده له يوميا ، ويحصل الطفل بمقتضاه على نقاط (أو رموز) مقابل الوقت الذي يقضيه في العمل والمتفق عليه مع الطفل والمعلمة سابقا .

وفي نهاية اليوم توقع المعلمة هذا الجدول وترسله مع الطفل إلى المنزل حيث يتم تحويل هذه النقاط أو النجوم إلى مدحمت متفق عليها بحسب جدول تدعيم سابق .

وتتطلب هذه الخطوة كذلك الاستمرار في امتداح وتقريظ الطفل على تحسنه وعلى التغيرات الإيجابية التي يحققها . كما تقتضي هذه الخطوة أيضا التوقف عن اللوم أو النقد عند ظهور السلوك الخاطيء وتجاهل السلوك الدال على الشغب أو عدم الانضباط والفوضى .

وكان امتداح السلوك الإيجابي وتجاهل السلوك السلبي يتم أيضا في المدرسة حيث دربت المعلمة على استخدام الخطوة نفسها .

الخطوة الخامسة : التقييم والمتابعة :

عند تقييم المرحلة الثانية من العلاج ، تبين أن الطفل قد نجح نجاحا مذهلا في تحقيق أهداف العلاج . فلقد اختفى ... بعد خمس مرات من تنفيذ برنامج الإبعاد المؤقت ... سلوكه المشاغب ، وتحول إلى طفل نموذجي بمعنى الكلمة . وقد بدأ تحسنه التدريجي يتنامى بشكل ملحوظ ، وانعكس ذلك التحسن على درجاته في الفصل الدراسي التالي حيث ارتفعت إلى B+ (جيد جدا) .

ولم تكن هناك مشكلة واضحة عندما حدث توقف تدريجي عن خطة الخوافز، فلم يتراجع عن سلوكه الجيد عندما توقف تنفيذ هذه الخطة تماماً، فقد «أدمن» الطفل السلوك الجيد، وأصبحت دوافع النجاح الذاتية والتدعيمات التي كان يحصل عليها بسبب تفوقه وانتقاله لهذا المستوى كافية لاستمراره في السلوك الإيجابي. كذلك تحققت تغيرات في سلوك الوالدين، فقد اعتادا امتداح السلوك الجيد، وتوقفاً عن النقد والعقاب، مما شكّل تدعياً إضافياً لاستمرار تفوقه في السنة التالية التي أمكن تتبعه خلالها.



الفصل الثالث والعشرون

حالة الطفل ذي

السلوك الاجتماعي التدميري

(طفل مولع بإشعال الحرائق)

تصل مشكلة انحراف السلوك الاجتماعي عند بعض الأطفال أحيانا إلى درجة من الخطر تجعل العلاج السريع مطلبا ملحا . ومن هذه المشكلات تأتي مشكلة السلوك التدميري في المقدمة . ومن الأمثلة الأكثر أهمية لهذا السلوك نذكر تحطيم الأثاث ، وإشعال النار ، وإيذاء الآخرين ، وإتلاف ملكياتهم .

اعتبارات عامة للتحكم في السلوك التدميري

وهناك اعتبارات عامة يجب مراعاتها بشكل عام عند التعامل مع هذا النوع من السلوك :

- (١) حدد بصورة نوعية السلوك الاجتماعي السيء الذي يلزم تعديله (مثلا إشعال الثقاب - استخدام لغة نابية) .
- (٢) ارسم هدفا إيجابيا أمام الطفل يكون معارضا للسلوك الخطيء واجعل منه هدفا جذابا للطفل (من خلال ربطه بنظام للمحافز والمكافأة) .
- (٣) استخدم بسخاء التدعيم الاجتماعي والتفريغ لأي تغير إيجابي .
- (٤) إذا كان لابد أن تمارس العقاب ، فيجب أن يكون سريعا وفوريا

ومصحوبا بوصف للسلوك البديل . وفي هذه الحالات يكون الإبعاد المؤقت أحد الأساليب المفضلة .

(٥) قم بتدريب الطفل على التخلص من أوجه القصور التي قد تكون السبب المباشر أو غير المباشر، في حدوث السلوك الهدام . مثل تدريبه على اكتساب ما ينقصه من المهارات الاجتماعية ، وعلى استخدام اللغة بدلا من الهجوم الجسدي ، وعلى تحمل الإحباط ، وعلى تأجيل التعبير عن الانفعالات ، وعلى التفوق في المدرسة .

(٦) ارسم أمام الطفل قدوة جيدة ، فلا تسرف في أسلوب العقاب أو التهجم اللفظي ، ولا تفقد السيطرة على النفس . فهذه الأنماط من السلوك ترسم نموذجا عدوانيا للطفل يجعل من المستحيل التغلب على مشكلة السلوك العدواني لديه . بل قد تؤدي هذه القدوة الغظة التي يخلقها العقاب إلى نتيجة عكسية .

(٧) استعن بالوالدين والمدرسين لتنفيذ خطة تدعيم السلوك المعارض للسلوك العدواني حتى يحدث تعميم للخبرة المتعلمة .

(٨) يكون السلوك التخريبي للطفل أحيانا نابعا من حرمانه من ممارسة هذا السلوك وتخويفه منه وعدم إطلاعه على طبيعته ، ولهذا يستخدم المعالجون أسلوب التشبع بالنبه والذي من خلاله يتم تمكين الطفل من ممارسة السلوك الخطيء (كإشغال الثقب) بشكل مكثف تحت إشراف المعالج ، كما في الحالة التي ستحدث عنها في هذا الفصل .

وصف الحالة

كان عمر الطفل في الحالة التي نحن بصددنا سبعة أعوام . وكانت

مشكلته الرئيسية أنه استطاع في مناسبات مختلفة أن يحصل على أعواد الثقاب ، ويشعلها في مواقع مختلفة من المنزل ، مما أدى إلى إشعال بعض الحرائق في المنزل بما في ذلك حجرته ، ولولا يقظة والدته التي كانت متبها لهذه المشكلة لكان من الممكن أن تحدث عواقب وخيمة .

فضلا عن هذا فقد كانت هناك مشكلات سلوكية أخرى لدى هذا الطفل منها الخوف من الظلام ، والامتناع لئلاكل خلال الليل ، وتسلق أعمدة التليفون ، والكذب على الوالدين ، وعصيان الأوامر .

على أنه تقرر ضرورة البدء بعلاج مشكلة اللعب بأعواد الثقاب وإشعال الحرائق وذلك لحظرها الشديد من ناحية ، ولإستحالة التركيز على أكثر من جانب واحد من المشكلات المتعددة التي كان الطفل يعانيها من ناحية أخرى .

وبعد جلسات قليلة مع الوالدين رسمت خطة العلاج وتم تنفيذها في جلسات متعددة تحت إشراف المعالجين السلوكيين (فيشر) و(جوكروس) (Fischer & Gochros, 1975) .

خطة العلاج

تطلبت خطة العلاج أن يقدم المعالج أو مساعده للطفل حانما يجيء للعبادة صندوقا يحتوي على علب كثيرة من الثقاب وأن يطلب منه إشعال أي عدد من أعواد الثقاب شريطة أن يتبع خمس خطوات للحماية من الأخطار . وكان المقصود من هذه الخطوات تنمية العزوف عند الطفل عن إشعال أعواد الثقاب .

(١) لا يستخرج الطفل إلا عود ثقاب واحدا من العلبة في كل مرة ، وعليه أن يغلق العلبة بإحكام قبل بدء إشعال العود .

(٢) عند إشعال العود، يجب أن يكون قريبا من المطفأة التي تكون على بعد حوالي ذراع واحدة من الطفل .

(٣) يجب أن تكون الذراع المسكة بالعود محدودة وغير قريبة من الجسم وليست مستندة إلى المتفسسة أو إلى الذراع الأخرى (لإثارة التعب والكف السريع) .

(٤) يجب أن يسمح لعود الثقاب بأن يظل مشتعلا حتى نهايته قبل إلقائه في المطفأة .

نتيجة العلاج

قضى الطفل ثلاث جلسات في عملية إشعال أعواد الثقاب تميز سلوكه خلالها بالفرح والاستشارة ولم تبدُ عليه علامات الملل خلال هذه الجلسات الثلاث .

امتدت الجلسة الرابعة ساعة كاملة وأربعين دقيقة والطفل يمارس إشعال أعواد الثقاب حسب الشروط التي سبق ذكرها . ولكن قبل انتهاء هذه الجلسة بعشر دقائق سأل الطفل ما إذا كان بإمكانه أن يتوقف عن هذه العملية، ويؤدي لعبة أخرى في العيادة .

عندما عادت الأم بالطفل في الجلسة الخامسة أفادت بأن هناك تغيرا ملموسا حدث لدى الطفل . فقد توقف عن إشعال الثقاب بالمنزل، كما ظهرت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكه .

بعد ثلاث جلسات أخرى من التدريب على التشجيع بالمنبه، قرر الطفل أنه يود التوقف عن إشعال الثقاب مرة أخرى، طالبا البحث عن لعبة أخرى يؤديها .

استمرت الأم تُحضِرُ الطفل لمدة ستة شهور إضافية لعلاج بعض المشكلات الأخرى، وقد كان التحسن - حسب إفادتها - واضحا جدا في سلوك الطفل وتوقفت تماما عما عملية إشعال الثقاب .



الفصل الرابع والعشرون

التغلب على مشكلة

تبول لا إرادي بالطرق السلوكية

بعد سن الثالثة من العمر وما بعدها يصبح التحكم بالتبول والتغوط من قبل الطفل أمراً ضرورياً. ويتم تشخيص التبول اللا إرادي^(١) كمشكلة سلوكية إذا سابين الفحص الطبي الشامل للطفل أنه لا توجد لديه أي عيوب أو تشوهات خلقية في المسالك البولية، أو أنه ليس لديه أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول أثناء النوم (Stanton, 1982).

وقد بينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال أن حوالي ١٩٪ من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لا إرادي ليلي. ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمنهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من مشكلة التبول اللا إرادي منخفضة للغاية، إذ تبلغ ١٤٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، ونصل إلى ١٦٪ بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل حاد لتصل إلى ٣٪ فقط عند من تحطت أعمارهم العشرين عاماً (Schaefer et al., 1986) وهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحياناً ٩٣٪ (Mahoney, 1973).

والحالة التالية مثال جيد لظاهرة التبول اللا إرادي الليلي لفتاة في الخامسة عشرة من عمرها تم علاجها سلوكياً، باستخدام أساليب التدعيم - بشكل خاص - كفنيات علاجية مشتقة من نظرية التعلم الإجرائي (الفعال)^(٢) .

وصف الحالة

قدمت إلى أحد الكتاب (رضوى إبراهيم) بالعيادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيات الجامعية فتاة في الثامنة عشرة من عمرها تصحبها أمها . وقد بدأ واضحاً منذ المقابلة التشخيصية الأولى أن المريضة كانت تعزف عن الاحتكاك البصري مما أوحى بأنها تتسم بالخجل الشديد والحياء وعدم الثقة في نفسها، ومع ذلك فقد كانت من الناحية الجسمية على درجة عادية من الصحة والجمال والجاهزية .

الشكاوى الرئيسية

الشكاوى الرئيسية لهذه الفتاة - وكما عبرت عنها الأم بنوع من اليأس الشديد - هي عدم قدرة ابنتها على ضبط نفسها في عملية التبول أثناء النوم . وقد أشارت الأم إلى مجموعة من التقارير والفحوص الطبية التي كانت تحملها معها مؤكدة أن نتائج هذه التقارير أثبتت أن ابنتها طبيعية طياً، إذ ليس لديها أي مشكلة عضوية تدعو إلى استمرار التبول الليلي اللاإرادي وبشكل يومي . وقد ذكرت الأم أيضاً أن ابنتها استخدمت في السابق علاجات بالأدوية لفترات طويلة في محاولة وقف التبول اللاإرادي مثل التوفرانيل (Tofranil) وغيره من علاجات طبية أخرى، وجميعها لم تعط أي نتائج إيجابية في التغلب على هذه المشكلة . وقد أدى استمرار هذه المشكلة إلى وجود حساسية شديدة لدى الابنة، فهي عادة ما تتأثر وتتفعل لأقل الأسباب، وتشعر بالنعاسة والرغبة في البكاء في أحيان كثيرة . كما تطور لديها عزوف واضح عن العلاقات

الاجتماعية ، فلم يكن لديها صديقات ، وهي تميل إلى العزلة والانفراد بالنفس لأوقات كثيرة ، وتجنب للاحتكاك أو المشاركة في أنشطة الأسرة المختلفة على الرغم من إلحاح أمها عليها بالمشاركة ، وكانت دائما تجد المبررات لابتعادها عن جو الأسرة بشكل عام . وبالرغم من شعورها بالضيق والغضب الشديدين تجاه أمها ، فقد كان من الواضح أن مريضتنا متعلقة ومرتبطة بالأم ارتباطا قويا . فقد وصفتها في إحدى الجلسات العلاجية «بأن أمها مثل الملاك الذي أنزله الله لها كي يحميها من كل صعوبات حياتها» . وقد بدأ واضحا أيضا تعلق الأم بابنتها إذ عبرت الأم للمعالجة بأنها تحرص حرصا خاصا على هذه الابنة ، رغم وجود ثلاث بنات أخريات لها ، اثنتين أكبر من المريضة وواحدة تصغرها ، إضافة إلى خمسة أبناء آخرين . فالأم تخاف على هذه الابنة وتشعر بمعاناتها ، وقد كانت هناك أسباب أخرى لطلب العلاج منها أن هناك أكثر من شاب يرضب في الزواج من هذه الابنة خاصة بعد زواج أختها الكبرى وعقد قران أختها الثانية التي تكبرها بعامين . وقد ارتسمت ملامح الحزن والحيرة والتردد في عيني كل من الأم والابنة عند ذكرهما فكرة الزواج وهي تعاني مثل هذه المشكلة .

ويتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب⁽³⁾ حصلت المريضة على درجات مرتفعة على كلا المقياسين . وكان هذا مؤشرا إلى أن قلقها العصبي قد تفاقم إلى حدٍ سبب الارتفاع في درجاتها على مقياس الاكتئاب بما يتضمنه من إحساس قوي باليأس والعجز . ولكن عملياتها المعرفية وقراراتها على التفكير والاستيعاب كانت ، بحسب الملاحظات المسجلة والاختبارات المستخدمة ، على درجة لا بأس بها بالرغم من انقطاع المريضة عن الدراسة منذ ثلاث سنوات بعد نهاية المرحلة المتوسطة ، إذ فقدت الحماسة للدراسة ، ولم تمنع الأسرة في تركها المدرسة حيثئذ والبقاء في المنزل حسب رغبتها . ولهذا فقد

شعرت المعالجة بأن حالة التبول اللا إرادي هي المسؤول الأول الذي أدى إلى قصور المهارات الاجتماعية لدى المريضة وإلى تطور الأعراض المرضية الأخرى . ومن ثم أصبحت هذه المشكلة هي السلوك المحوري الذي استهدف الانتباه إليه والتركيز عليه في العلاج بحسب الخطة العلاجية التالية .

الخطة العلاجية

بما أن المشكلات التي تعانيها مريضتنا متعددة، كان لابد لنا من التركيز على مشكلة واحدة من بين هذه المشاكل لتكون محورا رئيسيا للعلاج، بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيها إلى تغيرات إيجابية تشجع المريضة على التغير في نواح أخرى وتشجع أسرتها على التعاون معها .

ولهذا تركزت الخطة العلاجية على مرحلتين أساسيتين :

كان التركيز في المرحلة الأولى على التبول اللا إرادي كسلوك محوري للعلاج . وبما أن موضوع التبول اللا إرادي هو محور اهتمامنا في هذا الفصل فسنركز عليه بتفصيل أكثر .

أما المرحلة الثانية فقد كان الهدف منها زيادة قدرات مريضتنا على الحوار ومبادلة الأحاديث الودية والعبارة، وتنمية المهارات الاجتماعية لديها مع تشجيعها على تغيير أنماط الاتصال وأساليب تفاعلها بأفراد أسرتها، ولتحقيق هذه المرحلة من العلاج فقد قسمت المرحلة الثانية إلى أربع خطوات صغرى تهدف إلى تدريبها على :

(١) إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكشفة أو المتابعة لموضوع معين .

(٢) ضرورة التعليق على ما تسمع، على أن تتسم تعليقاتها بالتنوع بحيث تشمل إما على إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ .

(٣) الاحتكاك البصري الملائم عند الحديث مع الآخرين .

(٤) التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين ، وتنمية علاقاتها بصورة تسم بالدفء والتقبل . وقد تم تدريب كل قدرة من هذه القدرات السابقة بشكل مستقل واستغرق تدريبها على خطة العلاج بأهدافها الرئيسية عشرين جلسة علاجية على مدى خمسة عشر أسبوعا استغرقت كل منها نحو ٤٠ دقيقة في المتوسط .

المرحلة الأولى :

للتغلب على مشكلة التبول اللا إرادي قامت المعالجة بتنفيذ البرنامج التالي للتدريب على التحكم في التبول وضبط المثانة ، وتم ذلك بالاتفاق مع المريضة والأم معا .

وفيما يلي خطوات هذا البرنامج :

١ - استخدمت المعالجة جدولا للمكافآت يشبه الجدول التالي :

٢ - طلبت المعالجة أن يعلق الجدول في مكان خاص بالمريضة (مثلا على

جدول تدعيمات

| السبت | الأحد | الاثنين | الثلاثاء | الأربعاء | الخميس | الجمعة |
|-------|-------|---------|----------|----------|--------|--------|
| | | | | | | |

النجمة معناها أن المريضة :)

الحائظ بجانب سريرها أو في غسرتها أو في أي مكان تراه المريضة مناسباً).

٣ - شراء بعض الهدايا البسيطة لتستخدم كتدعيات بحيث تتضمن أشياء ترغب المريضة عادة في شرائها مثل مأكولات أو مشروبات أو مجلات، وطلب من الأم أن تقوم بشراء بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

٤ - شرحت المعالجة للمريضة وأمها البرنامج بعبارات واضحة ومفهومة بالشكل الآتي :

« أريد أن أساعدك على أن تتوقفي عن التبول في ملابسك أثناء الليل، وأن تبقي جافة طوال الليل، فأنا أعرف أن تلك المشكلة تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسل أغطيتك وملاءات سريرك. وستستخدم لذلك برنامجاً للمكافآت، ونريدك أن تختاري الأشياء التي تعجبك أو تحبين أن تكون لديك من عدة مدعّمات يتم تحديدها مسبقاً. وإذا مرت الليلة دون أن تبلي نفسك فستحصلين على مكافآتك فوراً، وستحصلين على نجمة في هذا الجدول المعلق هنا».

٥ - تحول النجمة (٤) في اليوم التالي إما إلى تدعيم مباشر بإعطائها أحد المدعّمات المتوفرة، أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر في نهاية الأسبوع أو أي فترة أخرى. ونتيجة لهذا كان على الأم أن تعرض على الابنة في نهاية اليوم الخروج لمبادلة المكافآت الرمزية (النجوم) بأشياء تشتريها في مقابل ما حصلت عليه، أو أسبوعياً إذا ما رغبت الابنة في توفير نجوم أكثر.

٧ - طلب من الأم أن تقوم بتقديم المدعم الرمزي في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت الابنة في الحفاظ على عدم تبولها .

٨ - إذا استمرت المريضة في التوقف عن التبول السلاإرادي كل ليلة لأسبوعين متتاليين فالخطة تقتضي أن نعمل على تلاشي الاعتماد على المدعم الحسي تدريجياً بحيث يقدم المدعم يوميا في الأسبوع الأول ، وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلى أن يتوقف المدعم المحسوس (الهدايا التي تم شراؤها من قبل أو الهدايا الخارجية) تماما ، على أن تستمر المريضة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل لضمان استمرارية التعديم الاجتماعي المتمثل في الانتباه للتغيرات الإيجابية .

٩ - وطلب من الأم أن تمتدح سلوك الابنة خاصة أمام أفراد الأسرة كل مرة تنجح المريضة فيها في الكف عن التبول على نفسها . أما إذا فشلت فلا ضرورة للتأنيب أو اللوم . وعلى المريضة فقط أن تقوم بغسل الملابس والأغطية المبللة .

١٠ - ولكي نخفف عن المريضة مخاوف الفشل فقد أخبرناها بأنها ستنجح في بعض الليالي وستفشل في البعض الآخر في أول الأمر .

١١ - طلب من الأم أن تستمر في تطبيق البرنامج حتى تنجح المريضة في الكف عن التبول على نفسها أثناء الليل . وفيما عدا ذلك كانت أوامر المعالجة للأم واضحة «لا تتقدي ، لا تؤنبي إذا ظهر السلوك السلبي (تبليل نفسها ليلا) ، وتصرفي بشكل عام بالتشجيع ، واطهري اهتمامك وامتدحي سلوكها كلما بدر منها ما يدل على اهتمام بمظهرها ونظافتها» .

وقد كان التغيير في سلوك المريضة واضحاً للعيان ، فقد توقف التبول الليلي اللا إرادي في نهاية الأسبوع الثاني من تنفيذ هذا البرنامج . وفي الوقت نفسه بدأت المريضة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لأفراد أسرتها ، وبدأت تظهر جوانب أخرى في سلوكها مثل قضاء وقت أكبر في صحبة الأسرة سواء داخل المنزل أو الخروج معهم للزيارات الاجتماعية . كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوب فيها ، مع تشجيع الجوانب المرغوب فيها في السلوك باستمرار . وقد انعكس كل هذا إيجابياً على المريضة فبدأت تفكر في العودة إلى تكملة دراستها مرة أخرى والالتحاق بإحدى المدارس الليلية القريبة من منزلها للحصول على الشهادة الثانوية . وبدأت تنظر إلى المستقبل بتفاؤل أكثر إذ ذكرت للمعالجة في إحدى الجلسات العلاجية «بأنها تمني أن تصبح معلمة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة لحبها الشديد للأطفال في هذه المرحلة من العمر» . وقد جعلتها كل هذه التغييرات الإيجابية هدفاً للكثير من الاستجابات الوجدانية والاهتمام من الأسرة .

وقد استمرت علاقتنا العلاجية بالمريضة بتشجيعها على التغيير الإيجابي في المهارات الاجتماعية بحسب الخطة التي عرضنا لها في بداية هذا الفصل بعنوان المرحلة الثانية ، والتي لا يتسع المقام هنا لشرح نتائجها أو تقويمها بسبب الاستمرار في العلاج حتى تقديم هذا الفصل للطباعة .



الفصل الخامس والعشرون

طفل شديد العناد ملحاح ، وسهل الاستشارة

(أسلوب ملطف للتغلب على مشكلات صعبة)

تمثل الحالة التالية محاولة ناجحة لاستخدام أسلوب سلوكي ملطف وغير عقابي في مجال علاج المشكلات الاجتماعية للطفل . وقد ناقشنا أبعاد هذا الأسلوب تحت عنوان التعليم اللطيف في الأجزاء السابقة .

وتتمثل قيمة هذه الحالة في النقاط الآتية :

(١) بما أن هذه الحالة هي لطفل عربي فإن هذا يدل على إمكان نجاح هذا الأسلوب في البيئة العربية .

(٢) وبما أن المريض في هذه الحالة لم يكن مقيماً في مؤسسة أو مستشفى عند البدء في خطة العلاج ، فإن النجاح في هذه الحالة يدل على فعالية التعاون بين الأسرة والمعالج (ع . إبراهيم) ، وعلى إمكان تدريب أفراد عاديي لتولي مهام علاجية فعالة .

(٣) إن الأسلوب المستخدم - وهو الأسلوب اللطيف - يمثل تطوراً جديداً للاتجاه السلوكي الذي يأخذ في الاعتبار بعض الانتقادات الشائعة للاتجاه السلوكي خاصة عندما يستخدم في علاج العدوان ، كما سنرى في تفاصيل هذه الحالة .

(٤) وما يزيد من أهمية هذه الحالة هو أن الاضطراب كان مصدره عضوياً، إذ شُخص على أنه تخلف عقلي مصحوب بإفراط حركي، مما يوحي بإمكانات كبيرة للعلاج السلوكي حتى عند التعامل مع المشكلات ذات المصدر العضوي.

وصف الحالة

كان «مصعب الناجي» في الثالثة عشرة من العمر عندما حُوّل إلى عيادة العلاج السلوكي بالمستشفى الجامعي. ويعيش مع والديه وأخت تصغره بستة أعوام في إحدى المدن السعودية بعد انتقال الأسرة من إحدى الدول العربية منذ ٧ سنوات.

ويعمل الأب في شركة تأمين كبرى، وهو يجيد اللغة الإنجليزية، ويهتم بالاطلاع على الكتب والمجلات العامة في الطب وعلم النفس. وبالرغم من أن اطلاعه قد أكسبه بعض الأفكار الخاطئة عن مشكلة ابنه، فإنه أبدى تعاوناً متريداً مع المعالج، وبدأ تدريجياً يغير أفكاره عن العلاج ويتحمس لخطة العلاج السلوكي في وقت قصير نسبياً.

أما الأم فلإنها ربة منزل وتصغر الزوج بنحو ١١ سنة، وقد وصف الأب علاقته بها بأنها تتسم بتقبل متبادل، إلا أن هناك، حسب تعبيره، «عدم توافق في الطباع، يمكن بسبب فرق السن. . مع أنها من نفس العائلة. . وأحياناً فيه كثير من المشادات وصلت لدرجة الانفصال. . المشاكل بدأت منذ زمن طويل. . أنا بطبيعتي عصبي. . هي يمكن حامية إنني قافل على حياتها. . لكن هي بتسألني كثير في تفاصيل حياتي العملية. . وده بيزهقني، ويطلع عيني، ويشد أعصابي، لكن هدفها طيب. . ست كاملة من حيث متطلبات الرجل. . الخ».

وللاهمرة ثلاث فتيات أخريات ولكنهن جميعاً متزوجات ويقمن مع
أزواجهن .

بدأت مشكلات «مصعب» منذ كان في الخامسة من العمر . وبالرغم من
أن الأب يذكر أن الطفل بدأ يمشي في سن مبكرة (سنة وشهرين) ويلاغي في ٩
شهور . إلا أن نموه اللغوي أخذ يتراجع . . مما جعله يبدأ بالكلام في سن ٥
سنوات تقريبا .

الشكاوى

نحتم الأب وصفه لابنه - بعد أن ذكر سلسلة طويلة من المشكلات التي
يعانيها - بهذه العبارة : «لم أترك طبيبا نفسيا معروفا أو غير معروف إلا ذهبت
له» . وقد عدّد للمعالج أسماء أطباء ومستشفيات وعيادات نفسية معروفة في
مصر والسعودية .

وقرر أن مشكلات «مصعب» متعددة ، وقد حاول المعالج بالتعاون معه أن
يصوغها على النحو الآتي :

١ - يستمر في تكرار كلمات بشكل دائم ، ويكثر من تكرار السؤال نفسه
حتى وإن كرر الأب له الإجابة نفسها عددا من المرات . فالأب يكرر
عبارات مثل «أنت معصب يا بابا . أنت معصب» ؟ «أنت زعلان . .
مني» ؟ «أنا كويس» «ما تقوليش كفاية» . . يكرر كل عبارة أكثر من
٣٠ مرة في المحادثة الواحدة .

٢ - يستعجب للمواقف بانفعال شديد وغضب . وبالرغم من أنه لا
يضرب ولا يعتدي على أحد ولا يحطم ، إلا أنه ، عندما يغضب - من
الأب مثلا - يندفع نحوه ويمسك يديه ويعرق حركته .

- ٣- يخاف ويجزع من الحيوانات خاصة القطعة التي تعيش في المنزل .
- ٤ - يجزع من أي جرح بسيط بالرغم من أنه لم يتعرض لإصابات من قبل .
- ٥ - تشتت الانتباه وعدم التركيز .
- ٦ - قليل الصبر، ومندفع في أفكاره .
- ٧ - لا يستطيع أن يقرر حتى في الأشياء الخاصة الصغرى .
- ٨ - يكره المدرسة .
- ٩ - يؤذي نفسه باللطم والحريشة .
- ١٠ - التبول اللا إرادي ليلاً .

عُرض مصعب على قسم الطب النفسي بالمستشفى وذلك قبل أن يلتحق بالمعالج بالعمل فيه . وتدل التقارير خلال الفترة السابقة على العلاج السلوكي على أن تشخيصات المريض امتدت إلى: تخلف عقلي، إفسراط حركي، اضطرابات سلوكية، صعوبات في النطق والكلام، اضطراب في الانتباه والتركيز، وذهان طفولة .

وكان من نتيجة المشكلات التي عاناها الطفل أن مدرسة تحفيظ القرآن التي كان ملتحقاً بها رفضت استمرار قبوله . وعندما حوله الطبيب النفسي إلى مدرسة للتعليم الخاص والتربية الفكرية رفضت المدرسة بدورها قبوله . فقد كانت نسبة ذكائه - على حسب المقاييس التي استخدمتها المدرسة - تضعه في فئة تخلف عقلي معتدل، وتتراوح بين ٤٠ : ٤٥ ، بينما هي لا تقبل إلا من تكون نسبة الذكاء عندهم ٥٠ على الأقل . فضلاً عن هذا فقد أفادت المدرسة بأن «الطفل كشف - عند فحصه - عن وجود مخاوف مرضية شديدة وقلق

وعدم استقرار كما يعاني حركة زائدة غير موجهة ، ويحتاج إلى صبر وجهد كبيرين حتى يستجيب للمنبهات . ولهذا فهو يحتاج إلى علاج نفسي لضبط مشكلاته السلوكية قبل قبوله بالمدرسة

ونتيجة لهذا بقي الطفل في المنزل دون دراسة مع الاستمرار في زيارة عيادات الطب النفسي ، على أمل أن يتحسن وتقبله مدرسة التربية الفكرية . وفي هذه الفترة بالذات أمكن للمعالج الحالي (ع . إبراهيم) أن يشترك في علاج الطفل .

المشكلات وأهداف العلاج

عندما جاء الأب مع الطفل ، كان من الواضح أن هناك قلقا وتوترا شديدين عند كليهما . في خلال الجلسة الأولى تمت ملاحظة الطفل مع أبيه ، وكان هناك نوع حاد من التوتر في العلاقة بينهما . فكلاهما أبدى قلقا حادا ، وكان الأب - بشكل خاص - يعزف عن الاحتكاك البصري بابه ويتحدث عنه وكأنه غير موجود دليلا على وجود درجة عالية من العزوف عن الاتصال الوجداني الإيجابي بالطفل .

أما الطفل نفسه ، فقد كان ينظر إثر كل عبارة يتفوه بها إلى وجه الأب لكي يرى وقعها عليه ، وكان يعدل ويبدل من إجاباته بناء على ما كان يقرأ في ملامح الأب ونظراته . وقد أبدى في ذلك مهارة شديدة إذ كان بين الحين والآخر يقطع كلامه ليقول «أنت زعلان يا بابا . . أنا مبتكلمش كويس؟ . . أنت معصب . . أنت معصب؟ أنت شكلك مش مبسوط مني . . مبسوط مني؟ مبسوط مني؟» وكان الأب يستجيب بالرد بعبارات مثل :

.. أنا معصب بسبب تصرفاتك .

- أنا حابقي مبسوط منك . . لو بقيت كويس .

- أنا مش زعلان . . لكن متضايق من اللي بتعمله .

لقد اتسمت علاقة التفاعل بينها باختصار بما يأتي :

١ - الافتقار إلى الاتصال الوجداني بالطفل .

٢ - إثارة مشاعر الذنب وإشعار الطفل بأن ما يعانيه الأب (أو الأسرة) هو

بسبب تصرفات «مصعب» .

٣ - افتقار لغة التواصل إلى التحديد النوعي للمطلوب من الطفل أن

يعلمه ، والاكتفاء بعبارات عامة غير محددة في ذهنيها «لما تبقى

كويس» «انت عارف أنا زعلان ليه»؟

٤ - إن هذا النمط من الاتصال يخلق موقفا متسا بالضغط النفسي^(١)

ويخلق جوا أسريا عاما مشحونا بالتوتر^(٢) طوال الوقت ، يستجيب له

كلاهما بطريقة غير فعالة .

٥ - الطفل نفسه غير مدرب على إظهار الاستجابات التكيفية الملائمة في

المواقف المشحونة بالتوتر . بعبارة أخرى فهو لا يتحمل معايشة التوتر

أو الوسائل الغامضة خلال مواقف التفاعل مع الأسرة .

وقد أحس المعالج أن إضافة جزء خاص عن مشكلات التفاعل في داخل

أسرة هذا الطفل تعتبر مطلباً حيويًا من مطالب المعالج ، فضلا عن المشكلات

السابقة التي ذكرها الأب وذكرتها التقارير السابقة .

كذلك أحسنا أن الهدف الرئيسي للعلاج يجب أن يتجه نحو العمل على

إعادة «مصعب» للقبول بالمدرسة بأسرع ما يمكن . فبقاؤه في المنزل يشعر الأسرة

والطفل كليهما بالفشل ، ومثل هذا الشعور لا يخلق مناخا اجتماعيا إيجابيا

صحيحاً . ومن ثم فقد تركزت أهداف العلاج على مايلي :

١ - خلق مناخ اجتماعي تفاعلي مطمئن للأسرة .

٢ - تقليل المخاوف الاجتماعية للطفل ، لأنها هي التي تعوقه عندما تطبق عليه المدرسة مقاييس الذكاء (حصل مصعب على نسبة ذكاء ٤٥ في مدرسة التربية الفكرية ، بينما دلت التقارير السابقة على أنه كان يحصل على نسبة ذكاء ٨٠٪ ، مما يدل على أن القلق والتوتر الاجتماعي للطفل في موقف الاختبار كانا مسؤولين إلى حد بعيد ، إذ يدل على ذلك تقرير مدرسة التربية الفكرية والذي يؤكد عزوفه عن التعاون في تطبيق المقاييس المستخدمة) .

٣ - إعطاؤه فرص للنجاح في أداء بعض الأعمال حتى ولو كانت صغيرة في داخل نطاق الأسرة .

الهدف القريب

١ - التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه بنسبة ١٥٪ في الأسابيع الثلاثة الأولى . وقد عرفنا السلوك غير المرغوب فيه بأنه السلوك الدال على عدم الطمأنينة الانفعالية مثل : تكرار الكلام وتكرار الأسئلة ، والإمساك بيد الأب وتعويق حركته .

٢ - إقامة علاقات اجتماعية مطمئنة بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة . أي أن تزداد نسبة تفاعلاته الاجتماعية الإيجابية في الشهر الأول بنسبة ١٥٪ . وقد تحددت العلاقات الاجتماعية بقضاء وقت ملائم يومياً في مبادلة الأحاديث ، اللعب المستقل ، عدم الالتصاق الشديد بالأب أو الأم .

٣ - تناقص مخاوفه الاجتماعية وتزايد الوقت الذي يقضيه في اللعب مع

الأطفال الأتحرين ، أو الخرج معهم لأطول مدة ممكنة .

تحليل السلوك

طلبنا من الأب أن يلاحظ الطفل ، وأن يسجل ملاحظاته باستخدام جداول الملاحظة وقائمة السوابق والسواحق . وفيما يلي بعض الملاحظات التي سجلها الأب والتي تعطي أمثلة لبعض الحوادث التي كانت تصدر عن الطفل ، وكيف كان الأب أو الأسرة تستجيب لها .

الحادثة الأولى :

«أنا (الأب) مشغول بإعداد دواء لأختي . يدخل خلفي ويبدأ مباشرة «إنت مش زعلان مني» ويكرر ذلك بسرعة . وفي الوقت نفسه يمسك بيدي المشغولة في إعداد الدواء . (حيث لا يهتم إلا أن أرد عليه بكلمة «لا» لمرات حتى يهدأ) .

كيف استجاب الأب لذلك؟

كتب الأب الاستجابة التي حدثت نتيجة لهذا التصرف كالآتي :

«هذه المرة نهرته ، حيث احتدت أعصابي لعدم إمكان إسكاته في مرة أو اثنتين . طلبت من أمه أخذه بعيدا حتى لا أفقد كامل أعصابي معه نظرا لأن الدواء بين يدي وأحاول إعطائه لأختي . أمرته أمه أن ينصرف وعليه أن يهدأ وذلك بعد أن كنت أنا قد نهرته وأفهمته أنني لن أجأوبه» .

الحادثة الثانية :

«اليوم : مساء الأربعاء . . أولاد العمارة أسفل خرجوا ولعبوا جميعا في ساحة الدورة نزل مصعب وأخته الصغيرة . لكنه كان على جانب الدرج عازلا نفسه . لاحظته الأطفال الآخرون ومنهم من هو أصغر منه وأخذوا في معاكسته . . لكن

خفت ردة الفعل عليه» .

كيف استجاب الأب لذلك؟

«رغم خوفي من ردة الفعل عليه . . وملاحظتنا له سأته بتجاهل الأمر .
وجدته متأثرا . . ويود أن يتكلم ولكن يخشى ذلك . . أسأله ماذا . . لكن لا
يجيب .

دخلت في الموضوع سأته هل هو خائف من الصغار . . قال العكس .
أخبرته أنه إذا أحد أذاه أن يرد له الأذى ولا يستسلم للخوف» .

الحادثة الثالثة :

«معظم الأوقات يصمم على الذهاب معي للصلاة في المسجد القريب .
ذهبنا لصلاة الجمعة . وأخذت في قراءة المصحف ، وأعطيت له «قرآن» . .
حاول أن يقرأ بعض السور التي يعرفها حتى أذن المؤذن وبدأت الخطبة .

جلس مواجهها من بعيد للخطيب الذي أخذ يحرك يديه بشدة أثناء الخطبة
وبصوت عال عتد . وأخذ مصعب يضحك ، وهو ينظر إلى من حوله ويحاول
كتمان الضحك . . واستمر كذلك إلى نهاية الخطبة في ضحكات متقطعة
يكتمها ويعود إليها» .

كيف استجاب الأب لذلك؟ :

«شعرت بأن ذلك ليس مناسباً ، معظم الوقت حاولت أن أنهاء وأطلب ألا
يكرر ذلك ولكن لا فائدة» .

الحادثة الرابعة :

«في مشوار بالسيارة . . أخذ في ترديد بعض الكلمات وأنا أقود السيارة وأنا

أقول له بس لحسن يحصل حادث . ولكنه استمر يكرر بعدها : «مش حتعمل حادث؟ أنت معصب، لا تعصب . أنت مش معصب بابا . . . جاويني أنت مش زعلان مني . . . ثاني مرة مش راح أعيد الكلام أنا ما أعيد الكلام» .

كيف استجاب الأب لذلك؟ :

«كنت احتقن غيظا . . . ولاحظ أنني احتقن غيظا فكرر بتوتر الكلمات نفسها . . . وكلما أنهره يزيد» .

الحادثة الخامسة :

«اتصل تليفونيا بنا صديق من الخارج ، لما رفعت الساعة تقدم مني وأخذ يكلمني مقاطعا بشدة . . . وهو يعرف هذا الصديق» .

كيف استجاب الأب لذلك؟

«نهته وأنا أحاول أن أركز على المكالمة . . . وأشرت له أن يسكت ، زاد توتره وأخذ يكرر: «بابا معصب . . . بابا زعلان . . . أفهمته أنه يجب أن يسكت» .

نكتفي بالحوادث الخمس السابقة لأنها تمثل جيدا طبيعة المشكلات التي يعانيها الطفل والأسرة ، ولأنها تكشف لنا عن الأخطاء السلوكية التي ترتكبها الأسرة في الاستجابة للطفل . ومنها نلاحظ أن :

١ - سلوك الطفل هو تكرار الكلمات . . . وعادة ما يستجيب له الأب والأم كلاهما بالانتباه السلبي . . . أي الغضب ، احتقان الوجه ، الأمر بالسكوت .

٢ - سلوك الطفل يتزايد ولا يتوقف نتيجة للانتباه السلبي .

٣ - التكرار وسلوك الطفل الذي تشكو منه الأسرة يحدث عسادة في

المواقف شبه الرسمية أو الدينية . . حيث تكون الأسرة (في العادة الأب) مشغولة عنه .

٤ - أحيانا يستجيب الأب للأمر بالتجاهل . . لكنه عادة يتجاهل الطفل وليس السلوك الخاطيء فحسب . وحتى في هذا التجاهل عادة ما ينظر إلى الابن بغيظ أو كيا عبر في إحسدي المرات «أضغط على أنساني أو شفتي» . بعبارة أخرى ، كشف لنا تحليل السلوك أن جوانب السلوك اللا تكيفي التي تصدر عن الطفل (بها فيها التكرار، والقلق وإيذاء الأخت، والضحك في أماكن غير ملائمة، وتعويق حركات يد الأب) تسبقها دائما ثلاثة عوامل :

أ - الحاجة للانتباه والاستحواذ على اهتمام الأسرة، أي عندما يكون الأب أو الأم مشغولين عنه بأمر مهم .

ب - عندما يمثل الموقف ضغطا على الطفل . أي عندما يتطلب الأمر منه القيام بواجبات اجتماعية أو أكاديمية محددة (في أوقات الصلاة، وأماكن العبادة والمدرسة) .

ج - عندما يتضمن الموقف نتائج غير سارة . أي في ظل مواقف التهديد وإعطاء الأوامر والنهي واللموم والتخويف .

لقد كان واضحا أن «مصعب» عندما كان يواجه موقفا من المواقف الثلاثة السابقة كان يدخل في حلقات متشابهة من السلوك غير المرغوب فيه ، بها فيها إيذاء الخوف بشكل طفلي ، وتكرار الأسئلة على نحو مغيظ ، أو تعويق حركات الأب . وفي مثل هذه الأحوال كان الأب ينهره ، ثم يزداد انفعاله فيضربه ، وبعدها بقليل . ويتأثر مشاعر الندم والذنب . - يغير الأب اتجاهه العقابي ليلاعبه أو يصحبه للخروج أو غير ذلك من مظاهر الانتباه . لقد تعلم

«مصعب» أن سلوكه السلبي ومخاوفه تعطيه في النهاية نتيجة إيجابية وهي
الانتباه والتدعيم ومن ثم فقد ساعدتنا هذه الملاحظات على وضع الخطة
التالية :

خطة العلاج :

لقد تركزت خطة العلاج بحيث يكون هدفها الرئيسي خلق جو أسري
مطمئن وخال من التوتر الحاد الذي كان من الواضح أنه يعوق التواصل
الوجداني مع الطفل . لقد شعرنا أن خلق جو اجتماعي قائم على الثقة
والتفاهم بين الطرفين سيمكن الأسرة من بذل كل الجهد للتقليل من المخاوف
والتوترات التي يشعر بها الطفل والتي أدت من قبل إلى فشله في الاختبارات
التي أعدها المدرسة لقبوله . ومثل هذا المناخ سيساعد الطفل أيضا على قبول
التوجهات الإيجابية ومن ثم سيتمكن من تطوير إمكاناته بحيث يلتحق
بالمدرسة بأسرع صورة ممكنة . لقد رسمنا هدف العلاج على أساس العودة
السريعة للمدرسة بكل ما يتطلبه ذلك من التخلص من القلق والتوتر، فضلا
عن تنظيم التفكير والجهد . واعتقدنا أن كل ذلك يجب أن يبدأ من داخل
الأسرة . وبالذات من خلال تحسين أنماط التفاعل باستخدام منهج للتعليم
السلوكي وفق النقاط التالية :

أ - إقامة رابطة وعلاقة مع الطفل .

ب - استباق مواقف الضغط النفسي ومعالجة الأمور قبل حدوثها .

ج - التعامل مع المشكلات عند ظهورها .

أ - إقامة رابطة وعلاقة مساندة مع الطفل :

١ - يمد الأب والأم الطفل برصيد مستمر من الامتداح والإعجاب في حالة

إسهامه في أي نشاط إيجابي ، حتى وإن ظهر السلوك غير المرغوب فيه في الوقت نفسه .

٢ - يتجاهل الجميع السلوك السلبي مادام أنه لا يوجد خطر ظاهري منه على الأسرة أو على الطفل ، مع الانتباه لأي مظاهر إيجابية حتى وإن كانت مجرد التوقف عن السلوك السلبي .

٣ - يحافظ الأبوان على نبرات صوت هادئة ودافئة ، وتعابير وجه ودودة ، واحتكاك بصري ودي مع الترتيب على الجسم (بها في ذلك الترتيب على الكتف أو الظهر بين الحين والآخر) . ومن ثم فقد طلبنا من الأب أن يتوقف تماما عن إظهار علامات الامتناع ، أو النظر للطفل بشك أو تأنيب وذلك لتدعيم وخلق علاقة متبادلة ومطمئنة بين الطرفين .

٤ - يشجع الجميع أي محاولة تصدر من الطفل للتواصل أو الحديث حتى وإن أدى ذلك إلى توقف الأب أو الأم عن أداء عمل مهم . فمثلا ، إذا حاول «مصعب» مبادلة الحديث والأب يقود السيارة فقد طلبنا من الأب أن يتوقف عن نهره أو يقول له «كفى أو توقف أو عيب أو أنت كررت السؤال قبل ذلك . . إلخ» ، بل أن ينظر إليه بود ، وابتسام ، وأن يجيبه باختصار . فإن توقف عن ذلك فهذا جيد ، أما إذا تطرق إلى حديث آخر فاستمر في إدارة الحوار الهادئ والنظرة الودية . ولكن إذا وجدت أن الطفل قد بدأ يتصرف بطريقة خطيرة ، أو حاول أن يمسك مثلا بمجلة توجيه القيادة مما يشكل خطراً على قيادة السيارة ، فقف على جانب الطريق ، واستمر في حوارك معه ، واسمح له . . . والسيارة واقفة . . . بأن يدير عجلة القيادة وأن يحتبها لوقت كاف ، حتى تشعر أن فضوله لذلك قد أشبع قبل أن تستأنف السير . وهكذا .

٥ - طلب من الأبوين ملء وقته بنشاطات متعددة ومعددة وقصيرة، يستطيع دائما أداؤها بنجاح. ويمكن لهذه النشاطات أن تمتد لتشمل تفاعلات اجتماعية (يتعاون مع الأب مثلا في ترتيب الأثاث، أو قص بعض المقالات من الجرائد والمجلات) أو مساهمات روتينية (كنس، تنظيف طفايات السجائر وتفريغها، ترتيب الحجرة. .) أو نشاطات تعليمية (قص ولزق، رسم، إعادة قصة أو حادثة سبق وأن شاهدتها في الطريق مع الأب مثلا. . إلخ). وقد قام المعالج بالتعاون مع الأب بإعداد قائمة بهذه النشاطات روعي فيها أن تكون سهلة وبمكنة الأداء. . وقد أطلقنا على هذه القائمة اسم قائمة النشاط الإثابي، أي النشاط الذي ينتهي بإثابة الطفل لسهولته، أو لأنه يخلق فرصة لتدعيم الطفل وإثابته اجتماعيا من قبل الأسرة عند أدائه. فضلا عن أنه يعطي الطفل فرصة لتحقيق بعض المكاسب وتذوق طعم النجاح، ومن ثم الحصول على تدعيم اجتماعي في ظروف مقبولة.

٦ - طلب من الأبوين كذلك عقد لقاء أسري من ٤ إلى ٥ مرات أسبوعيا مدته نصف ساعة يلتقي فيها الطفل مع بقية أفراد الأسرة لتبادل المكافآت. وقد طلبنا من الأبوين أن يتجنبنا خلال هذا الاجتماع النقد أو السخرية أو إعطاءه قائمة بالأخطاء التي قام بها. بل طلب منهما عكس ذلك وهو التركيز على النواحي الإيجابية مع تقديم قائمة للطفل بالأشياء الإيجابية التي قام بها خلال الفترة السابقة.

٧ - عندما يكون الطفل منهمكا في نشاط تعليمي بنفسه أو مع الأسرة فقد نصحبناهم باستخدام أسلوب التعليم في صمت، أي التوقف عن التدعيم الإيجابي (المدح) أو العقاب (النقد) مادام أنه منهمك في نشاط معين. لقد تبين لنا من خلال ملاحظة الطفل أن التكرار

والالتصاق بالوالدين كأننا ننتيجتين واضحتين لعدم الاتساق والتخبط في الاتصال اللفظي بالطفل . وفي مثل هذا النوع من العلاقات تفقد الكلمات معناها وتفقد قوتها التدميمية ، فضلا عن هذا فقد اكتشفنا أن كثيرا من أنماط الاتصال اللغوي بين الطفل «مصعب» وأبيه كان من عوامل تهييج الطفل وإثارة توقعاته السلبية والتركيز على الحصول على انتباه الأب أكثر من التركيز على النشاط نفسه . وفي مواقف كثيرة كانت اللغة والاتصال بالطفل تتحولان إلى طلبات وأوامر وإلحاحات ثم تنقلب إلى تهديد ثم مواجهة . ولهذا فقد كان التعليم الصامت في مواقف النشاط بديلا للكثير من الأخطاء اللفظية في الاتصال والتعامل بالطفل .

ب - امتياع مواقف التوتر:

يُن تحليل سلوك الطفل أن المشكلات تشور بشكل حاد في المواقف الطارئة ، أو الجادة ، وعندما تكون الأسرة مهتمة بشخص أو ظرف آخر . ولهذا فقد شملت الخطة تشجيع الأسرة على :

١ - التمهيد بالحديث معه قبل الدخول في مثل هذه المواقف . مثلا ، يطلب منه أداء عمل ما ويقال له «سأقوم الآن بالاتصال بالتليفون لفترة ١٠ دقائق . . فعليك إنهاء هذا العمل خلال ذلك» .

٢ - إبلاغه مقدما بما سيحدث وما نتوقع منه خلال الموقف القادم مثلا : «سنقود السيارة الآن وسنعود للمنزل فهل هناك شيء توده قبل أن نبدأ رحلتنا» .

٣ - إعطائه فرصة للاختيار ومشاركته في اتخاذ القرارات الخاصة بهذه المواقف :

«سأعد الدواء الآن لاخنتك . . فهل تود أن تأتي معي أو تفضل أن تبقى أمام التليفزيون» .

جـ- المعالجة اللطيفة للمشكلات غير المرغوب فيسها عند حدوثها :

بالرغم من البرنامج الذي شرحناه فإننا نتوقع حدوث مواقف من شأنها أن تثير السلوك غير المرغوب فيه : القلق . . التكرار . . تعويق حركات الأب : النشاط الزائد . . أو الاستشارة في أوقات غير ملائمة . في مثل هذه المواقف طلبنا من الأبوين اتباع خطوات أخرى منها :

- ١ - تجاهل السلوك السلبي ولكن لا تتجاهل الطفل .
- ٢ - غير موضوع التفاعل أو وجه انتباهه لنشاط آخر .
- ٣ - استمر في عملية تغيير الموضوع والنشاط الجديد .
- ٤ - دعم وكافيء الطفل إذا نجح معه أسلوب تغيير الموضوع واندمج في أي نشاط بديل .
- ٥ - حافظ على تعبيرات وجهك واحتكاك بصري متسم بالود (يعني تجنب الامتناع ، أو النظرات الحادة ، أو الصوت المحتد أو العالي . .)
- ٦ - زود تدريجيا تفاعلك بالطفل للمحافظة على استمرار الرابطة والعلاقة الودية به .

النتائج

أما عن التحسن في سلوك المريض فقد كان واضحا للغاية . إذ تحقق الهدف الرئيسي بعد انتهاء الإجازة الصيفية . فقد أعيد اختباره في مدرسة التربية

الفكرية وساعده انخفاض درجة قلقه على أداء مقاييس الذكاء بنجاح ، فقبل هذه المدرسة ، ولا يزال بها بعد تتبع لمدة عامين .

فضلا عن هذا أكد الأب وجود تغيرات إيجابية إضافية في سلوك الطفل .
وعدّد الأب هذه التغيرات في النقاط الآتية :

- ١ - قلت عمليات الإمساك بي وتعويق الحركة (الأب) أثناء الكلام .
 - ٢ - تكرار الكلمات قلّ بوضوح ، وإن كان أحيانا يكرر كلمات مثل «أنت زعلان مني ماتزعلش» إلا أن تكراره لها ليس بالمقدار نفسه .
 - ٣ - يشغل نفسه أحيانا بامتطاء البسكليتة واللعب بها ساعة أو ساعتين .
 - ٤ - يحاول أن يتصرف ويعتمد على نفسه إلى حد ما .
 - ٥ - يطلب المساعدة في الوقت المناسب ولهدف محدد (مثلا رفع كرسي دراجته) .
 - ٦ - يستخدم التليفون ليطلب أخته التي تعيش في مكان آخر .
 - ٧ - يرد على التليفون ويأخذ رسالة . وإذا عرف الشخص يتكلم معه ويحاول أن يخلق مواضيع للحديث .
- كما أكد الطبيب النفسي الذي كان يراه في مواعيد متقطعة أنه «قد تحسن كثيرا» .

وبالرغم من أننا مازلنا نرى الأسرة ومآزال الطفل يراجعنا لأسباب أخرى للمحافظة على هذه الإنجازات العلاجية . فإن الهدف الرئيسي لخطة العلاج السلوكي قد تحقق بالكامل . وفي هذا الإنجاز دليل ساطع على إمكان الاستفادة من هذه الخطة العلاجية في البيئة العربية ، وفي أشد أنواع الاضطرابات السلوكية والعقلية حدة .

هوامش الباب الرابع

الفصل السادس عشر

1 - Attention difficulties

٢ - إذا لم يكن جهاز التسجيل متاحاً فيمكن بالطبع أن تنظر عليها التمرينات المطلوبة بحسب المطلوب في التدريب .

الفصل الثامن عشر

1 - Differential reinforcement of low rates of swearing (DRL) ، وينطوي هذا الأسلوب عموماً على تقديم المدعم كلما مرت فترة معينة من دون حدوث السلوك المحوري ، ثم زيادة طول هذه الفترة تدريجياً قبل تقديم المدعم إلى أن يختفي السلوك تقريباً .

الفصل الحادي والعشرون

1 - Animal Phobia

الفصل الثاني والعشرون

1 - Time out

الفصل الرابع والعشرون

1 - Nocturnal Enuresis

٢ - Operant learning

٣- النسخة العربية من مقياس «زكرمان وليوبين» (Zuckerman & Lubin) وللقربىم إلى العربية بعنوان «قائمة تحليل العنصسات والمشاعرة»، وهو يسمح بتقدير مستوى القلق والاكتئاب والعداوة (Ibrahim, 1990).

٤- بالرغم من أن طريقة التدعيم باستخدام النجوم أمر قد لا يتناسب مع الكبار، فإن نجاح هذا الأسلوب في الحالة الراهنة وغيرها مرتبط بقابلية المريض لذلك ومستواه التعليمي والخصائي والاقتصادي. ونشجع من ناحيتنا على ضرورة أن يكون المعالج على وهي كبير بأحتياجات المريض أثناء علاجه بطريقة التدعيم. وقد أشرنا في موقع سابق إلى أن قيمة المدعم تتوقف على كثير من العوامل الشخصية والخصارية، وإلا بدت المدعيات مصطنعة وقليلة التفاعلية في تعديل السلوك.

الفصل الخامس والعشرون

١- Stress

٢- Tension



الباب الخامس

إيقاعات النمو وطباع الشخصية

الفصل السادس والعشرون : النمو والتغير في السلوك

الفصل السابع والعشرون : تغيرات في النمو: أمثلة ونماذج

الفصل الثامن والعشرون : النضج العقلي والنمو

مقدمة الباب الخامس

«وكل طريق أنسأ الفتى

على قسدر الرجل فيه الخطى»

المتنبي

«إن الإنسان ليس حيوانا متعقلا، إنه

قادر على التعقل فحسب»

جوناثان سويفت

حذرنا في موقف سابق (الفصل الأول) من التعجل في وصف سلوك طفل معين بالشلوذ أو المرض . إذ إن كثيرا من الشكاوى عن تصرفات الأطفال التي يجهر بها الأبناء أو المشرفون على رعايتهم، بما فيها العدوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والتبول اللا إرادي، واضطرابات النوم، قد تكون سمات من سمات النمو الرئيسية . وتفترض البديهة الاجتماعية والحس الذكي - ويتفقان في ذلك مع توجيهات علماء النفس - أن نتجه في مثل هذه الحالات إلى تشجيع هذه الجوانب السلوكية إلى أن يتخطاها الطفل إلى المراحل التالية بنجاح .

وهدفنا هنا هو أن نطلع القارئ على بعض قوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه التمييز في سلوك الأطفال بين ذلك الذي تفترضه متطلبات النمو، وذلك الذي يمكن وصفه بالمرض أو الشلوذ .

الفصل السادس والعشرون

النمو والتغير في السلوك

الحب والنوايا الطيبة وحدهما لا يخلقان طفلاً صحيحاً وآباء ناجحين . فهناك جوانب أخرى في نمو الطفل ، ينبغي أن يلتم بها الآباء والمعلمون إذ من شأنها أن ترشد نوايانا الطيبة وحبنا للطفل حتى نعامله بصورة أكثر فاعلية . ولعل أهم ثلاثة أشياء ينبغي معرفتها عند التعامل مع الطفل هي ما يأتي :

١ - إن السلوك الإنساني عموماً - بما فيه سلوك الطفل - يتطور وينمو في مراحل ودورات . صحيح أن هذه المراحل قد تتداخل فيما بينها من خلال فترات انتقال بين كل مرحلة والمرحلة التي تليها ، لكن السلوك بشكل عام ينبثق على فترات . ولهذا فمن الممكن التنبؤ به ومن ثم الإعداد له بما يلزم لمزيد من الصحة والتطور . بعبارة أخرى ، ومع اتفاقنا على أن سلوك الطفل في المستقبل سيكون مرتبطاً بطريقة ما بما يلقاه من رعاية أو إهمال أو تعامل أبوي ، فإن أساسيات سلوك الطفل تعتمد في نموها وتطورها على جوانب أخرى ثابتة من النمو .

٢ - السلوك الإنساني - في كثير من أجزائه - يعتمد على عوامل بنائية ، ومعنى هذا ، أن الطفل يتصرف ويسلك هذه الطريقة أو تلك بسبب بنائه البدني واستعداداته الجسدية .

٣ - ينبغي التنبيه دائماً إلى مرحلة النمو التي يعيش فيها الطفل وذلك قبل القفز بالحكم على سلوكه بالمرض مثلاً . وقد بين «جيزيل» Gesell -

منذ فترة طويلة - أن البدء بتدريب الطفل مبكرا على أداء نشاط معين وقبل أن يكون مستعدا من ناحية النضج العضلي والمهارات الأساسية قد تكون له نتائج سلبية ، وضرره يكون أكثر مما لو لم نقوم به على الإطلاق .

٤ - النمو لا يسير بطريقة مستقيمة ولكنه يأخذ أحيانا شكلا حلزونيا . صحيح أنك تتوقع نضجا أكثر كلما نيا الطفل وتقدم في العمر، لكن هذه القاعدة ليست صحيحة على إطلاقها . فالتقدم والنضج يسيران أحيانا بشكل دورات تفصل بينها مراحل من عدم النضج والسلوك الطفلي سبق للطفل أن مسر بها من قبل . فمثلا تكشف بعض الدراسات المحكمة عن سلوك الأطفال في السنوات العشر الأولى من العمر، وأيدتها في ذلك دراسات أخرى عن الأطفال حتى سن السادسة عشرة، أن السلوك يتطور في شكل دورات، تحدث الدورة الأولى بين سن الثانية والخامسة وتتكرر نفس الدورة بين سن الخامسة والعاشر، وتحدث الدورة نفسها مرة أخرى بين سن العاشرة والسادسة عشرة (Lige, Ames, & Baker, 1982) .

وهذا يشير إلى أن الحكم على طفل بعدم النضج أو المرض أمر ينبغي الحذر منه ليس فقط في الأعمار الصغرى بل حتى سن السادسة عشرة .

والمتفق عليه عموما أن الطفل في الأعمار ٢ ، ٣ ، ٥ ، ٥ ، ٦ ، ١٠ ، ١٢ ، يكون أسهل قيادا وتوازنا من الطفل في سن ٥ ، ٢ ، ٥ ، ٥ ، ٩ ، ١١ ، ١٥ . فالطفل في الفئات العمرية الأخيرة يتميز بسلوك أصعب ، وأكثر تعشا واختلالا من السلوك في الفئات العمرية الأخرى .

ومن ثم نجد انتشارا أكثر للمخاوف المرضية والقلق والاضطرابات العصبية في الأعمار ٥, ٥ و ٩ و ١١ و ١٥، إلا أنه لا يعني ذلك القبول بهذه الاضطرابات في هذه المراحل كما سنرى.

اعتبارات أخرى :

إن القبول بمراحل النمو لا يعني أن كل الأطفال سيمرون بنفس التغيرات العضوية في الوقت نفسه، وبنفس القوة. صحيح أن الغالبية العظمى من الأطفال العاديين ستتمثل في السلوك الانفعالي أو الاجتماعي عند الدخول في مرحلة من مراحل النمو، لكن هناك - بالطبع - أطفالا سيتأخر دخولهم مرحلة معينة، وآخرين يسبقون غيرهم في دخول تلك المرحلة. لهذا فإن الاختلافات بين الأطفال في العمر الواحد أمر ينبغي توقعه وينبغي حسابه.

إذن فإن الأهم هو الترتيب الذي تمر فيه مراحل النمو وليس التحديد الدقيق للعمر المناسب للدخول هذه المرحلة أو تلك.

والانتقال من مرحلة إلى أخرى يعني أن سلوك الطفل قد يتقلب إلى ضده. فالطفل في سن الخامسة مثلا قد يبدي تعلقا شديدا بأمه فيتبعها كالظل أينما تذهب، ولكنه في السادسة يدخل في مرحلة امتداد اجتماعي، فلا تراه الأم لأنه في غالبية الوقت إما خارج المنزل أو مع أصحابه، أو يكون مستغرقا في اكتشاف شيء جديد في المنزل أو في الخارج. ويتطلب التوازن في النمو ألا نسمح بالتحكم الكامل لأحد الميول بسلوك الطفل، بل أن يوجه الطفل للتكامل بين اتجاه وآخر، كالتعلق والانفصال عن الأسرة مثلا، لأن القبول بغلبة أي ميل سيكون تخليا عن إحدى نواحي التكامل الصحي والنمو السليم.

وينبغي أيضا أن نتذكر أن لكل مرحلة من مراحل النمو إيجابياتها

وسلبياتها . لكن يجب أن نتذكر أن هذه الإيجابيات أو تلك السلبيات ينبغي تقويمها في ضوء متطلبات المرحلة ذاتها ، وليس حسب قيمنا أو متطلباتنا الشخصية . بعبارة أخرى ، فإنه ينبغي تقويم خصائص كل مرحلة بالمقارنة بالغالبية العظمى من الأطفال العاديين . مثال : الطفل في سن ٥ , ٥ إلى ٦ قد يكون أكثر تمردا وعدوانية وإلحاحا وأناية من الطفل في سن ٧ الذي يتميز بدوره بالتقلب الوجداني والتذمر والتعبير عن عدم السعادة . وإذا كان الطفل من النوع الأول (من سن ٥ , ٥ إلى ٦ سنوات) يسهل توجيهه إيجابيا بحيث يكون أقل أناية وأكثر تحمسا وجرأة وحبا للحياة ، فإنه يصعب توجيهه بحيث يكون أكثر قدرة على الانضباط والتأني وإعمال التفكير كما هي الحال في طفل السابعة الذي يسهل بعض التوجيه اكتسابه هذه الإيجابيات .

تغيرات سلوكية وليست اضطرابات :

تتعلق الغالبية العظمى من شكاوى الآباء والأمهات بالسلوك الاجتماعي والانفعالي والفكري لأطفالهم . ولأن هذه الشكاوى تكون شيئا متوقعا نتيجة للنمو فإنه لا ينبغي لنا وصفها بالاضطراب ، بل على أنها تغيرات سلوكية . وليس معنى ذلك أنه لا ينبغي الاهتمام بهذه الشكاوى ، أو النظر إليها على أنها مشكلات نمو ومن ثم فإن التحسن آت ولا داعي للانزعاج أو عمل شيء إزاءها . ليس ذلك هو ما نعنيه ، بل إن ما نريد تأكيده هو أن من القصور العلمي ألا يعرف المهتمون بصحة الطفل احتياجات نموه وطبيعته فيصرفون إلى التبرم ووضع مسؤولية مصاعب الطفل كاملة على الأبوين .

إن معرفتنا بما سيحدث أو ما لا يحدث من تغيرات لا يعني تحريرنا من المسؤولية تماما إزاءها بقدر ما يعني إدراكنا ما يتناسب مع النمو ، بحيث تكون حلولنا أكثر واقعية وملاءمة . كما أن هذه المعرفة تعني تحريرنا من مشاعر

الذنب أو وقع المفاجأة عندما نتعامل مع مشكلات الطفل . ثم إن هذه المعرفة بمراحل النمو ومتطلباتها وخصائصها تقودنا إلى رسم خطط للعلاج مرتبطة بالنمو وملتزمة به . وتقودنا هذه المعرفة في أحيان كثيرة إلى التسلح بالصبر إلى أن يتم تجاوز العاصفة بأقل خسائر ممكنة .

وسنعرض في الفصلين التاليين أهم المشكلات السلوكية التي ينبغي أن نحسب حساب عامل النمو في التخطيط لعلاجها أو التفكير في هذا العلاج على الإطلاق .



الفصل السابع والعشرون

تغيرات في النمو

أمثلة ونماذج

أ- مشكلات الأكل والطعام

هناك ثلاث مشكلات رئيسية ترتبط بسلوك الأكل والطعام لدى الطفل

هي :

(١) رفض الأكل والعزوف عن الطعام .

(٢) النهم والجشع في الأكل .

(٣) مشكلات مرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها

التقيؤ والتجشؤ و تأخر الانفطام و الإصرار على الأطعمة المسلية

السريعة وعدم القبول بالأكل الذي تتوافر فيه شروط الصحة والغذاء

الجيد .

ومن بين هذه المشكلات الثلاث نجد أن مشكلة الشهية للطعام هي من

المشكلات الرئيسية التي تثير جزع كثير من الأسر . وعلى حسب ملاحظات

خبراء النمو، فإن شهية الطفل للطعام تقل عموما بين السنة الثانية والسنة

الثالثة من العمر . وتبدأ الشهية في الاعتدال بدخول السنة الثالثة ، وتمتد الشهية

لسلاكل حتى تشمل أنواعا من الطعام كان يرفضها الطفل من قبل . ولكن

الشهية تدخل في مرحلة تناقص جديدة في السنة الرابعة، فضلا عن أن الطفل في هذه السنة قد يرفض أنواعا من الطعام كان قد سبق له أن قبلها وأحبها. وتحسن الشهية من جديد في الفترة من ٥، ٤ إلى ٥ سنوات، ثم تبدأ في الاعتدال وتستمر على ذلك حتى سن ٨ سنوات.

وبالرغم من أن الفترة من ٥، ٤ حتى ٨ سنوات تشهد تطورا طيبا وشهية جيدة للأكل، فإن الطفل في سن ٦ قد تسهل إثارة قرفه أو اشمئزازه من أنواع معينة من الأكل لمجرد لونها أو ملمسها أو لأنه يرى أحد أطفال الأسرة الصغار يتعاطاها بطريقة تثير اشمئزازه.

وتتزايد الشهية بعد ذلك لدرجة كبيرة، مما يشير قلق الأسرة، خاصة عندما يكون الطفل في سن ١٢. ففي هذا السن يبدو الطفل كما لو كان يمتلك معدة لا تمتلئ. لكن عملية الضبط تبدأ في سن ١٣ سنة وتتنظم عادات الأكل الأخرى بصورة أفضل فيبدو الطفل أكثر انضباطا.

وتتفاوت الأطفال فيما بينهم في سلوك الأكل بحسب الطبيعة المزاجية وبناء الشخصية. فبعضهم يعيش ليأكل. فالطفل الممتلئ المستدير هو من هذا النوع الذي لا يشكو فقدان الشهية. ولكن هناك بعض الأطفال من النوع النحيف الضئيل الذين لا يفكرون في الأكل إلا نادرا، وهم عادة يجوعون فجأة وتمتلئ معداتهم بسرعة. ولهذا ينصح أطباء الأطفال أن تكون وجباتهم متعددة، وألا تقتصر على الوجبات الثلاث الرئيسية. وإذا ألحنا على مثل هذا النوع من الأطفال في الأكل فإنهم عادة ماسيزداد عزوفهم عنه، وقد يتقيا الواحد منهم إذا كان الإلحاح قويا. ولحسن الحظ، فإن هذا النوع الأخير من الأطفال أكثر نشاطا، وأكثر صحة من النوع الممتلئ الذي يكثر من الأكل، هذا بالرغم من أن وزنهم يبقى دائما أقل.

وعموماً، فإن هناك اعتبارات سلوكية ينبغي الانتباه لها عند التعامل مع مشكلات الشهية والطعام هي:

- (١) تقديم الطعام بصورة جذابة.
- (٢) تقديم الطعام بكميات قليلة.
- (٣) تقديم الطعام ووضعه على المائدة دون تعليق أو إلحاح.
- (٤) عدم التركيز على كمية الطعام التي ينبغي أكلها، فمثل هذا التركيز سيؤدي إلى عزوف الطفل ذي الشهية الضعيفة عن الاستمرار في الأكل.

(٥) العزوف عن بعض أنواع الطعام قد يكون نتيجة لأسباب صحية غير معروفة كالحساسية، وما تسببه من عدم راحة. ولهذا تأتي أهمية الفحص الطبي للطفل الذي لا يأكل كثيراً.

(٦) المحافظة على اتجاه ثابت، وعدم إبداء القلق أو المخاوف الشديدة تجاه سلوك الإقلال من الطعام. فلا شيء يثير عزوف الطفل وهروبه من الأكل أكثر من الجزع الذي تبديه الأم على طفلها وإلحاحها على إكمال كمية كبيرة من الأكل.

(٧) تذكر أن الطعام من مباحج الحياة للطفل وللبالغين، فلا تفسده عليهم بالإلحاح والضغط.

ب - مشكلات الإخراج والتخلص من الفضلات

من الدروس الرئيسية في النمو أن تدريب الطفل مبكراً جداً على التبول الملائم لا ينجح، ليس لأن الطفل مضطرب، أو لا يمتلك إرادة وقوة كافيتين له على ذلك، إنما لسبب بسيط هو عدم النضج في الوصلات العصبية^(١)،

وأن هذه الرصلات تنضج عند بعض الأطفال أسرع من البعض الآخر.

ولهذا فإن التدريب على التبول لا يحدث بنجاح عادة قبل سن ٢ أو ٥، ٢ سنة. وقد ينجح بعض الأطفال في ضبط المثانة في هذه الفترة دون محاولات تدريب سابقة من الأسرة، والفتيات عادة ينجحن أسرع من الذكور في التدريب على ذلك.

ولكن يجب ألا نشعر بالجزع وخيبة الأمل إذا تأخر الطفل عن ذلك نظراً لأن هناك فروقاً فردية كثيرة بين الأطفال في ضبط المثانة. بل قد يتأخر بعضهم حتى سن ٦ أو ٧. وعموماً، فإنه لا يوجد بالضرورة لدى الأطفال الذين يتأخرون في ذلك ما يدل على اضطرابهم الاجتماعي أو الانفعالي، كما يخشى الآباء وكما تروج لذلك بعض النظريات التحليلية المبكرة في علم النفس. فهناك أطفال يتكلمون أسرع مما يمشون، وهناك أطفال يتدربون بسرعة شديدة على ضبط المثانة لكن سلوكهم الاجتماعي قد يتأخر تطوره، والأطفال الذين يتأخر تدريبهم على التبول قد يكون نموهم سريعاً وملائماً في كل الجوانب الاجتماعية والانفعالية الأخرى (Lige, Ames, & Baker, 1981).

جـ- مخاوف لكل عمر

تمر في حياة كل طفل مواقف أو خبرات تثير مخاوفه وجزعه. وقد تتحول هذه إلى مخاوف دائمة. ويجب علينا كأباء وأمهات أن نساعد أطفالنا ونحميهم من الخبرات المفاجئة والمواقف المخيفة.

ولكن هناك مخاوف لا نستطيع أن نحميهم منها دائماً، لأنها تأتي مصاحبة للنمو، ولكنها قد تختفي من تلقاء نفسها. صحيح أن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى استجابتهم لهذه المخاوف، لكن لكل مرحلة عمرية مخاوفها الخاصة. وتوضح الأبحاث أن مخاوف الطفل في سن الثانية تختلف عن مخاوفه

في سن الثانية والنصف أو الرابعة مثلاً . ويوضح الجدول (رقم ٨) بياناً
بالمخاوف الشائعة في كل عمر والتي نشعر أن ذكرها يعطي المعالج والأبوين
كلاهما أرضية ملائمة للتعامل مع مخاوف كل عمر، وتقديم بعض البصيرة
والحكمة في مساعدة الطفل وتدريبه .

ويتضح من الجدول السابق (٨) أن لكل مرحلة مخاوفها ، وأن مخاوف
معدة تظهر في فترة وتختفي لتظهر في فترة أخرى .

كذلك فإن مخاوف الأطفال ليست جميعها شيئاً سيئاً فهي تعلمهم الحذر
وحساب المخاطر . والإعداد للآزمات الطارئة ، وتجنب الدخول في مواقف قد
تكون خطيرة على سلامة الواحد منهم أو منهن .



جدول (٨)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

| نوع المخاوف | العمر |
|--|---------|
| <p>مخاوف متعددة منها مخاوف سمعية مثل الخوف من . القاطرات ، الرعد ، الناقلات الضخمة ، المكائن الكهربائية . مخاوف بصرية : الألوان القائمة ، المجسمات الضخمة . مخاوف مكانية : لعب أو عرائس متحركة ، الانتقال لبيت جديد . مخاوف شخصية : انفصال عن الأم وقت النوم - خروج الأم أو مغادرتها المنزل - المطر والرياح . مخاوف مرتبطة بالحيوانات : خاصة الحيوانات الوحشية .</p> | عامان |
| <p>مخاوف مكانية : الخوف من الحركة أو الخوف من تحريك بعض الموضوعات . مخاوف من الأحجام الضخمة خاصة الناقلات .</p> | ٢,٥ سنة |
| <p>مخاوف بصرية : المسنون - الأفعى - الظلام - حيوانات - رجال الشرطة - النصوص . مغادرة الأم أو الأب المنزل خاصة ليلاً .</p> | ٣ سنوات |
| <p>مخاوف سمعية ، خاصة الماكينات الظلام - الحيوانات البرية - مغادرة الأم المنزل خاصة بالليل .</p> | ٤ سنوات |
| <p>فترة خالية نسبياً من المخاوف . لكن المخاوف إن وجدت تكون ملموسة وواقعية كالخوف من الإبر ، أو الأشرار والاختطاف ، والكلاب ، والخوف من عدم عودة الأم أو الأب للمنزل .</p> | ٥ سنوات |
| <p>فترة تزيد في المخاوف . . تأخذ أشكالاً مختلفة مخاوف سمعية : جرس الباب - التليفون - الأصوات المنخفضة - أصوات الحشرات وبعض أصوات الطيور . مخاوف خرافية : الأشباح والعفاريت - الساحرات - الخوف من اختباء أحد في المنزل أو تحت المخدع . مخاوف مكانية : الخوف من الضياع أو فقدان - الخوف من الغابات</p> | ٦ سنوات |

تابع جدول (٨)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

| العمر | نوع المخاوف |
|----------------|---|
| ٦ سنوات | والأماكن الموحشة . الخوف من بعض العناصر الطبيعية : الخوف من النار - الماء - الرعد - البرق - الخوف من النوم المفرد - البقاء في المنزل أو في حجرة - الخوف من ألا يجد الأم بعد العودة لمنزله ، أو أن يحدث لها لذي ، أو أن تموت . الخوف من أن يعتدي عليه أحد بالهروب - الخوف من الخروج والدم - والتنظيف . |
| ٧ سنوات | تستمر المخاوف في الانتشار لتشمل : مخاوف بصرية : الظلام - الممرات الضيقة - الأقبية - تفسير الظلال على أنها أشباح أو كائنات . الخوف من الحروب والدمار - الخوف من الجواسيس والتصوير - أو احتيائه أحد في المنزل أو تحت المخلع . مشاكل لا تصل لدرجة الخوف ولكنها مرتبطة بالنمو كالخوف من أن يصل متأخرًا للمدرسة أو أن يتأخر عن موعد الحافلة - أو أن يفقد حب الآخرين الخوف من إهمال الآخرين له . |
| من ٨ : ٩ سنوات | تضاهل عمرها المخاوف في هذه الفترة . ويختفي المخاوف من الماء ، وتقل بشكل ملحوظ مخاوف الظلام . |
| ١٠ سنوات | تظهر مخاوف جديدة منتشرة بين أطفال هذه المرحلة ، بالرغم من أن نسبة المخاوف تقل بشكل عام عما هي عليه في الأعوام السابقة ، وعما هي عليه في الأعمار اللاحقة (١٢ سنة) . ومن أهم مخاوف هذه الفترة الخوف من الحيوانات خاصة للثعابين والحيوانات الوحشية . الخوف من الظلام (وإن أنه يوجد لدى عدد أقل من أطفال هذه الفترة) . الخوف من النار والمجرمين أو القتل أو التصور . |

الفصل الثامن والعشرون

النضج العقلي والنمو

مشكلة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم من المشكلات التي يجب معالجتها أساساً كمشكلة تتعلق بالنمو والتطور، وليس كاضطراب أو خلل في الشخصية أو السلوك .

ويمكن تعريف التخلف العقلي على العموم على أنه الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط ، وله درجات تبدأ من الدرجات التي تقل عن المتوسط حتى تصل إلى مستوى التخلف العقلي العميق^(١) ، وهو مستوى يصعب عنده تدريب الطفل ، ويقتضي بالتالي أن يظل الطفل الذي في هذا المستوى تحت إشراف مهني أو أسري كامل بسبب عجزه عن رعاية نفسه وحمايتها من الأخطار.

وعادة ما يُكتشف التخلف العقلي من خلال استخدام مقياس الذكاء ، التي تحتوي في الغالب الأعم على مشكلات حسابية ، وكميات ، ومتاهات تحتاج لبعض المهارة في حلها ، فضلاً عن أشياء وموضوعات تحتاج لإعمال التفكير والحل والتركيب وإدراك العلاقات المكانية ، وما إلى ذلك .

وبالرغم من أن هناك اعتقاداً بين عدد لا بأس به من علماء النفس بأن الذكاء تحكمه قوانين وراثية ، فإن تجارب عدة بينت أن تدريب الأطفال على النشاط الحركي ، والعقلي ، وحل المشكلات يرفع نسبة ذكائهم بما يزيد على ٢٥٪ . وهي نسبة عالية إذ من شأنها في بعض حالات التخلف العقلي البسيط

أن تنقل الطفل إلى مستوى عادي من الذكاء يمكن له عنده أن يواصل دراسته وأن يرضى نفسه بشكل مستقل .

وإذا كان علماء النمو يشجعون على تدريب إمكانيات الطفل العقلية ، فإنهم يدركون أن فاعلية هذا التدريب ترتبط بوجود الاستعداد العضوي (النضج) الملائم لذلك . ومن هنا ينظر علماء النمو بحذر إلى التبكير الشديد في تدريب الطفل على القراءة والحساب في السنوات الأولى من العمر .

ومن الدروس التي نستقيها من الأبحاث على النمو أن الذكاء والنضج العقلي يتطوران في مراحل ، وتطور الذكاء في هذه المراحل يبين أنه لا يقتصر على المهارات في استخدام الأرقام والحساب واللغة كما توحي لنا مقاييس الذكاء العادية ، بل إنه يحتوي على مهارات أخرى لا تتطلب القراءة أو الكتابة أو التعامل بالأرقام والرموز، ويمكن ملاحظة بعض هذه المهارات في السنين الأولى للطفل وذلك كالمهارات الحسية والحركية كالجلوس والمشي والحركة والكلام ، وهي المهارات التي يلجأ لها العلماء لتقدير نسبة ذكاء الطفل في الأعمار السابقة على تعلم القراءة والكتابة .

ويوضح الجدول رقم (٩) بعض المرشحات التي تساعد الآباء على تقدير مستوى النضج العقلي لدى الطفل في أعمار مختلفة .

ومن هذا الجدول يتضح لنا أن النضج العقلي مسألة مراحل وتطورات ويمكن الاستدلال عليه في غالب الأحوال من مظاهر تطور مختلف - بشكل ما - عن القراءة أو الكتابة أو اللغة . وغالبا ما يأخذ هذا النمو في الأعمار الصغرى مظاهر حركية . ولهذا فالطفل الذي يمشي مبكرا قد يحصل فيها بعد على درجات عالية على مقاييس الذكاء ، أو على الأقل درجات متوسطة . ولن يحصل على درجات أقل من ذلك . . أي لن يكون متخلفا إلا في بعض الحالات النادرة نتيجة للإصابات والحوادث .

جدول (٩)

مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

| العمر | مظاهر النضج |
|------------|--|
| ١٦ أسبوعاً | التبسم التلقائي للوجوه المعروفة الضحك بصوت عالٍ الاستجابة بفرح لمشهد الطعام. يستطيع الجلوس مستنداً لعشر أو خمس عشرة دقيقة. |
| ٢٨ أسبوعاً | يمسك لفترة قصيرة ينحني إلى الأمام مستنداً إلى يديه يقبض على الأشياء إذا وجدت على مرمى من ينقل الأشياء من يد إلى يد أخرى أصوات متميزة (كتونة لتطق الحروف المتحركة) يأكل الأشياء الصلبة يضع قدميه في فمه عندما يكون واقفاً على ظهره. |
| ٤٠ أسبوعاً | يزحف على اليدين والركبتين يتجول داخل المكان مستنداً إلى قطع الأثاث قد يكون باستطاعته نطق كلمات مثل «ماما» و«دادا» |
| ١٢ شهراً | يستطيع أن يمشي بالاعتماد على يد شخص آخر يستطيع التفوه بكلمتين بالإضافة إلى «ماما» و«دادا» يتعاون قليلاً عندما تقوم الأم بتلبسه ملابسه |
| ١٥ شهراً | يستطيع السير خطوات قليلة بمفرده يستطيع أن يزحف وهو يصعد على السلم يقلب صفحات كتاب بيديه رصيده اللغوي من ٤-٦ كلمات يُعطي ثعبته لوالدته، ولكنه يستردها من جديد. |
| ١٨ شهراً | يسير بمفرده ونادراً ما يقع يستطيع أن يصعد السلم بالاعتماد إلى إحدى يديه على شخص آخر يستطيع أن يجلس على كرسي صغير، أو يصعد ليجلس على كرسي كبير ينظر إلى صور كتاب يستطيع أن يطعم نفسه، ولكنه يمشي الطعام. |

تابع جدول (٩)
مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

| العمر | مظاهر النضج |
|---------|---|
| ٢٤ شهرا | يستطيع أن يصعد وينزل السلم بمفرده يستخدم جملة من ثلاث كلمات قد يعبر عن حاجته إلى الطعام أو التبول تستطيع تدريبه على ضبط التبول نهارا ابتداء من ٢,٥ سنة يشير إلى نفسه بالاسم . |
| ٣٦ شهرا | يبدل قدميه عند صعود السلم يستطيع ركوب وتبديل دراجته بثلاث عجلات يستخدم كلمات الجمع بشكل مناسب يستطيع أن يطعم نفسه من أوعية الطعام دون دلق أو بعثرة يصب المياه من وعاء إلى كوب يستطيع أن يلبس حذاءه يحفظ بعض الأناشيد أو الأغنيات الشائعة |
| ٤٨ شهرا | يرسم مربعا بالمحاكاة يعد أربعة أشياء (بالإشارة) ينظ باستخدام قدم واحدة يفصل ويمسك وجهه ويديه يستخدم فرشاة الأسنان يرسم شخصا (الرأس والذراعين والساق) يلبس ويخلع ملابسه مع بعض الإشراف، يربط حذاءه يلعب لعبات تعاونية تلقائية مع الأطفال الآخرين يستطيع أن يخرج أمام البيت دون أن يعبر للشارع (يدرك الخطر) . |
| ٦٠ شهرا | يقف على القدمين بالتبادل (المهجلة) يعد ١٠ أشياء يعرف كم أصبعاً في كل يد يعرف القفود أو بعضها يتعرف على الألوان يلبس ويخلع ملابسه مستقلاً يكتب اسمه (بالمحاكاة) يكتب من ١ إلى ٥ . |

لكنّ الطفل الذي يتأخر عن الألفصال في نفس عمره في مظاهر التضج العضوي لن يكون بالضرورة متخلفاً . فكثير من الألفصال الأذكباء قد يتأخر نموهم العضلي وقدرتهم على الكلام أو المشي .

وبالرغم من أننا ننصح بالاسترشاد بالأخصائيين عندما يتأخر الطفل في الكلام عن سن ٣ أو ٤ سنوات ، فإن التأخر عن الكلام أو استخدام اللغة يجب ألا يكون بالضرورة مصدراً للإزعاج أو القلق . فهناك فروق فردية كبيرة بين الألفصال في هذه الناحية . فمنهم من يستطيع استخدام جمل قصيرة في الشهر ١٨ . ومنهم من يتأخر - خاصة بين الذكور - في ذلك حتى ٥ ، ٢ سنة أو مابعدھا .

ويحسن على العموم أن ننظر إلى مسألة النمو العقلي على أنها مسألة متعددة الأوجه ، ومن الأفضل النظر إليها من أربعة جوانب أو نشاطات هي :

١ - تطور حركي (مهارة في استخدام الجسم في الجلوس والمشي والصعود، والتزول . . . إلخ) .

٢ - سلوك تكيفي (حل مشكلات يومية، رعاية النفس ، غسل الوجه ، التجفيف ، الأكل مستقلاً ، الاستحمام ، تصفيف الشعر ، . . اللبس والمخلع . . إلخ) .

٣ - سلوك لغوي (استخدام الكلمات والجمل بشكل ملائم والنمو اللغوي بشكل عام) .

٤ - سلوك شخصي واجتماعي (اللعب التعاوني - استخدام النقود ، تنظيف المنزل أو المخبز - حماية النفس . . إلخ) .

ولأن التضج العقلي يتكون من أربعة جوانب سلوكية ، فإن من المتوقع أن

الطفل الواحد قد يتطور بإمكاناته في جانب منها أسرع من الأخرى ، والعكس صحيح . فالبعض قد يتأخر في السلوك اللغوي ، لكن سلوكه التكيفي عادي أو أكثر من العادي . وليس لأن أحد الأطفال متخلف مثلا في التطور الحركي نستنتج أنه طفل متخلف عقليا في كل الجوانب الأخرى من سلوكه . ومن ثم فإن الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها في الحكم على الطفل قد يكون مضللا ومعطلا لإمكانات تنميته في كل جانب من جوانب النضج والنشاط العقلي . فمن المهم أن يتجه الآباء إلى جوانب القوة لتدعيمها وجوانب الضعف لتدريبها فهذا أفضل من الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها .

هوامش الباب الخامس

الفصل السابع والعشرون

Nerve Connections - ١

الفصل الثامن والعشرون

Profound Mental Retardation - ١



ملاحق

ملحق ١ : تدريران مفصلان للاسترخاء

ملحق ٢ : برنامج لتدريب الطفل بطريقة
ملطفة على توثيق تفاعله الإيجابي
بيئته الاجتماعية

ملحق (١)

تدريبان مفصلان للاسترخاء

يشتمل هذا الملحق على تدرّيبين للاسترخاء . الأول منها ينصح باستخدامه في المراحل الأولى من التدريب على الاسترخاء . وهو يعتمد على القيام بإرخاء وشد أعضاء الجسم حتى يستطيع الطفل أن يطلع مباشرة على إمكان القيام بالتحكم في عضلات الجسم . . ومن ثم إرخائها في الوقت المناسب (إبراهيم ، ١٩٨٣)

أما التدريب الثاني فهو تدريب للاسترخاء العميق وينصح باستخدامه بعد اكتمال التدريب على الاسترخاء بالطريقة الأولى القائمة على الشد - الإرخاء . وينقل هذا التدريب الشخص مباشرة إلى الاسترخاء العميق لكل عضلات وأعضاء الجسم بشكل تصاعدي . ويركز بصورة أقوى من التمرين الأول على إثارة الإيحاء بالاسترخاء وإثارة الصور الذهنية والتخيلات التي من شأنها أن تيسر للطفل الدخول في مراحل أعمق وأعمق (أخذناه بتصريف من إبراهيم ، ١٩٨٧) .

التدريب الأول

تدريب على الاسترخاء

العضلي بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلي أخذناه من مصادر متعددة لأنه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية ، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى خاصة في المراحل الأولى من التدريب :

«استلق الآن على مكان مريح (أريكة أو كرسي أو سرير) وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك . أغمض عينيك ، واصنع لي . سأنبهك الآن لبعض الإحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها .

الذراعان :

جميل ! إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح ، ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت) . وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً . كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى (الذراع اليسرى بشكل خاص) ، أغلق راحة يدك اليسرى . . أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت) ، لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر ، وتشتد . انتبه لهذا التوتر والشد . لاحظته . والآن دع هذا . افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح (على مسند الأريكة أو وسادة)

ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وماهي عليه الآن من استرخاء (عشر ثوان صمتا) . والآن مرة أخرى كرر هذا . أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وبثقة ، ولاحظ التوتر والشد من جديد . لاحظته ثم من جديد دع هذا كله . افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ماكانت عليه من توتر وماهي عليه الآن من استرخاء . (١٠ ثوان صمتا) .

اليدان :

لتتجه الآن ليدك اليمنى . أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى . ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (٥ ثوان صمتا) . والآن استرخ ، استمر في وضعك المريح وأرخ يدك اليمنى . لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر وماهي عليه الآن من شد وتوتر ، أرخها ودعها في وضع مريح فأرذا أصابعك باسترخاء . لاحظ أيضا أن هناك تمبلا ولينا قد بدأ يتشران في ذراعيك اليمنى واليسرى ، كلتا ذراعيك الآن قد بدأت تسترخي . . وتسترخي .

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد . اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد . ادرس هذا التوتر ولاحظه . والآن استرخ وعسد بمعصميك إلى وضعهما المريح ، ولاحظ الفرق بين التسوتر والاسترخاء (عشر ثوان) كرر هذا مرة أخرى . معصمك إلى الخلف والشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد . ثم استرخ وأرخ معصميك . . عد بهما إلى وضعهما المريح . . دع نفسك على سجيتهما ، واشعر باسترخاء أكثر وأكثر .

الكفان :

والآن أطبق بإحكام كفبيك . وائتها في المقدمة في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع . حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه . والآن استرخ . أسقط ذراعيك إلى

جانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وماهي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه . (عشر ثوان صمتا) . كرر هذا مرة أخرى .
 اقبض كفيك بإحكام وأثنهما في اتجاه الكتفين ، محاولا أن تلمسها بقبضتك .
 توقف وأسقط ذراعيك واسترخ . اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء . دع
 تلك العضلات على مسجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان) .



شكل رقم ٢٢ : اغلق اليدين بإحكام ثم لاحظ التوتر والشد في المعصم وظهر اليد . ثم أرنهها وهدد بمعصمك إلى حالتها الأولى فاردا أصابعك ، ودع يديك تتوخميان في وضع مريح . لاحظ بعد ذلك أن هناك تنميلا وليتنا تمد بدأ ينتشران في اليدين والمعصمين وأجزاء كثيرة أخرى من الجسم .

الكتفان :

والآن دعنا نتحول إلى الكتفين . ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفيهما . لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة ، ادرس هذا التوتر ولاحظه . توقف . استرخ عابدا بكتفيك إلى وضع مريح . دع عضلاتك على مسجيتها أكثر فأكثر . لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر السابق والاسترخاء الذي بدأ ينتشر في الكتفين (عشر ثوان) . كرر ذلك مرة أخرى . ارفع كلتا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين . والآن استرخ . أرخ عضلات كتفيك ، وهدد بهما إلى وضع مريح . ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان) .

عضلات الوجه :

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك . الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش) . والآن استرخ ، وعد عضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي . أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد . ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة ، وأعلى العينين . والآن أرخ الجبهة ، واسترخ عضلاتها . ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان) .

العينان :

والآن أغلق عينيك بإحكام . أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثوان) والآن دع تلك العضلات على سجيئها ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد . أغلق عينك بإحكام وقوة . التوتر يشملها . استمر (٥ ثوان) . والآن استرخ . . ودع عضلات عينك على سجيئها في وضعها المريح المغمض (١٠ ثوان) .

الفك والأسنان :

والآن أطبق فكك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء . لاحظ التوتر في الفكين . (٥ ثوان) . والآن دع فكك واسترخ ، ودع شفئك منفرجتين قليلا ، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (١٠ ثوان) . مرة أخرى أطبق الفكين . لاحظ ماقيها من توتر (٥ ثوان) . والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيئها . مسترخيا أكثر فأكثر (١٠ ثوان) .

الشفقتان :

والآن اتجه إلى شفتيك ، زمهما ، واضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام . .
جميل . اضغط كلا منهما على الأخرى بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر
حول الفم . والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح .
مرة أخرى اضغط على شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم . استمر (٥ ثوان) .
لاحظ كيف أن تلك العضلات قد بدأت تتراخي بعد هذا الشد والاسترخاء
التوالي . الآن كلتا يديك ، ووجهك ، وذراعاك ، وكتفك ، ومختلف عضلاتك
جميعها مسترخية في وضع هادىء .

الرقبة :

والآن لتتجه إلى الرقبة . اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند
إليها . اضغط إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر
بالذات . استمر . ادرس ذلك . والآن دع ذلك ، وعد برأسك إلى وضع مريح ،
وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي أنت عليه الآن .
استمر الآن فيما أنت فيه ، أكثر فأكثر ، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع . كرر
هذا من جديد شد رأسك إلى الخلف . ولاحظ التوتر المستمر . استمر في ذلك
لحظة (٥ ثوان) والآن دع ذلك وانتقل إلى استرخاء عميق . . عميق
(١٠ ثوان) .

والآن مد رأسك إلى الأمام ، كما لو كنت ستدفن ذقنك في صدرك . لاحظ
التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة . والآن استرخ . دع كل هذا واسترخ على
سجيتك (١٠ ثوان) كرر ذلك . ادفن ذقنك في صدرك . استمر في ذلك قليلا
(٥ ثوان) والآن استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثوان) .



شكل رقم ٢٢ : ثني الرقبة إلى الأمام
أو الضغط بها إلى الخلف وسلسلة
لزيادة التوتر والشد في منطقة الرقبة
والجزء الأعلى من الظهر. أما المسودة
بها إلى وضع مريح ولين فتؤدي إلى
الشمور بالاسترخاء العميق في هاتين
المنطقتين نفسيهما ومواضع أخرى من
الجسم.

الجزء الأعلى من الظهر:

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوِّس ظهرك. قوِّسه كما لو كان
صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى.
والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فإرداً ظهرك في وضع مريح
سواء كنت على كرسي أم على أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر
والاسترخاء الحالي. (١٠ ثوان). مرة أخرى قوِّس الظهر. لاحظ التوتر
المستثار. استمر قليلاً (٥ ثوان). والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها
المسترخي تاركاً كل شيء على سجيته (١٠ ثوان).

والآن خذ نفساً عميقاً. . شهيقاً عميقاً. لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ يتشر
في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية، وانفث الهواء،
وامتدر في تنفسك العادي، ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن
صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ ثوان). أعد ذلك من
جديد. خذ شهيقاً عميقاً، واكتمه، لاحظ التوتر، والعضلات التي تتوتر.

والآن اذفر وتنفس بطريقة عادية ومرحجة ، تاركا عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان).

البطن :

والآن اقبض عضلات البطن . شدّها إلى الداخل . حافظ على هذا الوضع قليلا . والآن استرخ ، ودع تلك العضلات تتراخي . استرخ ودع نفسك على سجيتها (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد . شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها . لاحظ هذا التوتر وأدرسه (٥ ثوان) . والآن استرخ ، دع كل شيء يتراخي في عمق أكثر وأكثر . توقف عن أي شد ، وتخلص من أي توتر في أي عضلة ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (١٠ ثوان) .

الفخذان :

والآن افرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع . افردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (٥ ثوان) . والآن استرخ ودع ساقيك تسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح واسترخاء محسوس (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد . الصق ركبتيك ، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى نحس بتوتر شديد في الفخذين (٥ ثوان) . والآن استرخ . أرخ عضلات جسدك . . دع كل الأعضاء على سجيتها وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (١٠ ثوان) .

الساق والأقدام :

والآن إلى بطن الساق . حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه . انتبه إلى أنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر والانقباضات العضلية في بطن الساق وفي القصبة على السواء . والآن

استرخ . عد بالقدمين إلى وضعهما السابق ، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان) . والآن هذه المرة : اثن قدميك إلى الخلف في اتجاه وسخ القدم ، محاولا أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين ويطنهما . استمر قليلا . والآن عد إلى مسجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق . ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (١٠ ثوان) .

لاحظ أن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء . لاحظ أنك تستطيع أن تشد عضلاتك وأن توترها وبالقدر نفسه تستطيع أن تسترخي بجسمك كله . إنك تسترخي وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية ، فحاول أن ترخيها . راجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالا . نبدأ بعضلات القدم ويطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان) . أرخ عضلات الفخذين ، والركبة ويطن الساق والقصبة . . . (٥ ثوان) العجز والردفين (٥ ثوان) ، البطن وأسفل الظهر والوسط (٥ ثوان) أعلى الظهر ، والصدر والكفين (٥ ثوان) ، راحة اليد والأصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزرور (٥ ثوان) . . . جبهتك مسترخية (٥ ثوان) . . . كل عضلات الجسم مسترخية ومستلقية في وضع مريح . . . والآن استمر في هذا الوضع المريح وساعد من واحد إلى عشرة . . . وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق ١٠٠٠ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ . جميل أنك قد أخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الآن . . . وساعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك ، ومجلس ، وتستيقظ في نشاط هادئ : ٥ ، ٤ ، ٣ ، ٢ ، ١ ، عيناك مفتوحتان ، وأنت الآن في كامل يقظتك وفي كامل نشاطك دون قيود .

التدريب الثاني الاسترخاء العميق

اجلس أو ارقد في استرخاء

أغمض عينيك إن أردت . . أو اتركها مسبلتين

أنت الآن تجلس في سكونة واسترخاء ، تتنفس بانتظام وببطء .

لا قلق، ولا شسدة، ولا تسوسر . . كل القلق يتسرب من كل جسمك

تدرجياً .

إحساس بالراحة والهدوء ينتشر في جسمك كله .

خذ الآن نفساً عميقاً ببطيئاً ثم أخرجه بنفس البطء والهدوء .

أ... الاسترخاء التصاعدي للمنطقة السفلى من الجسم

القدمان :

الآن وجه كل انتباهك وتركيزك إلى قدمك اليسرى .

أريدك أن تركز على قدمك اليسرى وتخيل كل التواءات والأصابع في تلك

القدم وكيفية تركيبها كأنها صورة فوتوغرافية .

ركز على قدمك اليمنى بالشكل نفسه .

حاول بقدر الإمكان أن ترخي كلتا قدميك اليسرى واليمنى وأن تضعهما

في هدوء واسترخاء الآن أنت تشعر بأنهما ثقيلان في الوزن ويسري الدفء في

كل منهما .

كلتا قدميك الآن دافئة ثقيلة ومسترخية وهناك تنميل خفيف يسري فيها .

تذوق واشعر باسترخائها وثقلها والدفء والاسترخاء يسري في القدمين اليمنى واليسرى .

الساق والركبة :

والآن إلى الساق والركبة جميع عضلاتها أيضا مسترخية والتنميل ينتشر الآن في الركبتين والساقين والقدمين اليمنى واليسرى .

تنفسك في الوقت نفسه منتظم . . الاستنشاق والزفير بطيئان وفي يسر . . مع كل نفس تتنفسه تحس بالاسترخاء أكثر . . وأكثر في الجسم كله وفي القدمين والركبتين . . ومؤخرة الساق بشكل خاص .

جميعها تسترخي وتسترخي . . . وتسترخي في سكونة .

من المهم أن تشعر وتحس بقوة بهذا الاسترخاء . حاول أن تحس بالاسترخاء في كل جسمك . . خاصة في القدمين والساقين حيث الدفء والثقل وكأنها قطعنا قماش ملقتان ومنفصلتان عن الجسم .

الفخذان :

وجه انتباهك وأفكارك إلى منطقة أخرى . . إلى الفخذين ، انتباهك جميعه الآن مركز عليها . . حاول أن تطرد منها كل التوترات والتقلصات إلى أن تشعر بكل التوتر يتسرب منها تدريجيا .

الردفان :

الآن إلى المنطقة العضلية التي تعلق الفخذين إلى الردفين . . هما أيضا مسترخيتان والتوتر يتسرب منها تدريجيا وقد أخذتا ثقلاان وثقلان .

لاحظ أن كل المنطقة السفلى من الجسم مسترخية . . انتباهك كله مركز في هذه المنطقة ، إذا لم يكن انتباهك فيها . . حاول أن توجهه الآن إلى المنطقة السفلى بكل أعضائها ، وعضلاتها مسترخية ودافئة وثقيلة وكأنك قد أخذت لتوك حماما دافئا وأنت تستلقي بعده .

ب - المنطقة الوسطى

البطن والمعدة :

حاول الآن أن ترخي منطقة البطن والمعدة من الداخل ، دع معدتك تسترخي وتتفتح . ومنطقة البطن والوسط جميعها مسترخية وخالية من كل التقلصات العضلية . في هذه المنطقة بالذات تتركز عضلات كثيرة تتأثر بكل الاضطرابات العصبية والقلق . . لهذا حاول الآن أن تشعر باسترخائها وأن تتلوقه ، شاعرا بأن كل التوتر العضلي يتسرب من منطقة البطن . . والمعدة . . دون عودة .

تنفس في نفس الوقت بانتظام . . وببطء . . وهدوء .

حاول أن تفكر في كلمة «مسترخ» . . وفي كل مرة تعيدها تشعر معها بأن الجسم كله يسترخي . . البطن والمعدة والفخذان والساقان وأصابع القدمين .

ج - المنطقة العليا

الصدر :

والآن إلى منطقة الصدر والقفص الصدري ، إنها مسترخية ، والتوتر والشد يتسريان منها إلى الخارج في كل نفس تتنفسه .

إن الاسترخاء الآن والتنميل يسطرون عليك من الصدر إلى البطن ثم الرذفين والفخذين والساقين ، حتى أصابع القدمين . . وكبي تصل إلى أقصى

وأعمق درجات الاسترخاء فيها . . فإني سأذكر اسم كل عضو منها وما عليك عندما تسمع الاسم إلا أن توجه انتباهك إلى هذا العضو وحاول أن ترخيه وكأنه قطعة قماش منفصلة عنك .

الصدر والقفس الصدري مسترخيان

البطن والوسط

المعدة مسترخية ومتنفخة

الردفان مسترخيتان . . وثقلتان

قصة الساق

القدم

أصابع القدمين كلها خاصة الأصبعين الكبيرين

إنك الآن مسترخ وكأنتك مرهق ومتعب . . وعلى وشك النوم بعد عشاء يوم طويل وشاق .

بالشكل نفسه أرخ الكتفين .

التوتر يتسرب من كل الكتفين

الظهر والعمود الفقري :

الظهر . . خاصة العمود الفقري الذي يمتد من أسفل الرقبة حتى مؤخرة الظهر، إنه نائم ومسترخ بكامله .

الذراعان مسترخيتان بدءاً من الكتف حتى الأصابع

كل أصابع اليدين مسترخية، الإبهام والسبابة والأصابع الصغيرة

والوسطى . . كلها مسترخية ونائمة وثقيلة
الكوع واليدين مسترخية وثقيلة
كلتا الذراعين مسترخية وثقيلة
دع الآن أفكارك تتحول في كل المنطقة
أبدأ من المنطقة التي تحت الرقبة . . . إنها مسترخية
كذلك الكتفان
كذلك الراحان
الكوع . .
الرسغ
اليدين . .
أصابع اليدين .
جميعها ثقيلة . . . نائمة . . منعمة . . . مسترخية .
تنفسك بتنظيم . .
وحركة الدم في داخلك تنتظم .

كل جسمك الآن دافئ ومسترخ . . وثقيل وراقد في مسلام ومكينة
وهدوء . . إحساس لم تشعر به أبدا من قبل . . تجربة وخبرة . . إنك الآن في
كامل القوة والحياة والسلام مع التنفس .

كل جسمك الآن مسترخ . . وتنفسك هادئ . . وضغطك يتضاءل وأنت
تردد بينك وبين نفسك كلمة مسترخ ومطمئن . . وراض . . وتشعر مع كل

كلمة منها بالتنميل اللطيف يسري في جسمك كله .

الوجه والرأس :

تنفسك بطيء . . ومع كل نفس تشعر بأن الجسم كله تقريبا مسترخ
وثقيل . . الاسترخاء يسيطر على كل منطقة وكل عضلة في الجبهة . . والعين
والحوajib والرأس . . والفكين والسلسلة الظهرية والبطن . . والمعدة .
والأطراف . . والأصابع . . والساقين . . والفخذين . . كل شيء مسترخ . .
ومسترخ بعمق . . وبعمق أكثر وأكثر .

وكلما ترخي وجهك . . أعمق . . وأعمق . . يسري الهدوء ويسري السكينة
هنا وهناك . . كل الجسم . . يشعر بالثقل . . والسكينة .

وأنت شبه نائم . . في حالة أشبه بحالة النائم . . إن لم تكن نائما بالفعل .

إنك نائم أو كالنائم . . عيناك مغمضتان والسكينة والأمان من حولك .

وتسمع صوتي . . ولا تسمع غير صوتي يتقل بك من استرخاء عميق . .
إلى استرخاء أعمق وأعمق . . وأعمق .

ولا يوجد من حولك الآن إلا ظلام . . معه السكينة . . ضغط الدم . .
وأعباء الحياة جميعها تتقلص ولا وجود لها . .

لا تفكير خارجيا . . في هذه اللحظات ، ولا هموم أو مشغوليات . . الحياة
تسير سيرها الطبيعي . . ومن الأحسن أن يدعوها تسير سيرها الطبيعي دون
تعقيدات أو هموم .

الفكان والشفقان مرخية ومتفرجة .

الأسنان والفم منفرجان قليلا وكأن ابتسامة خفيفة ترسم عليها . .

الرقبة والزور مسترخيان

فكر في جسمك وابلع ريقك إن أحببت . . وأشعر بالاسترخاء . . إن كنت الآن تفكر في أي شيء آخر غير جسمك . . فمن الأحسن أن تعود بكل أفكارك وتركيزك إلى الجسم . .

جبهتك الآن مسترخية . . كل وجهك مسترخ . . عيناك مسترخيتان ومسبلتان أو مغمضتان إن لم تكونا مغمضتين من قبل . . فمك مسترخ . . وشفتاك منفرجتان . . رقبتك مسترخية . . الزور مسترخ ونائم في عمق . . وعمق، كتفك مسترخيتان أكثر وأكثر . . ثقيلتان

مفاصل الذراعين، والرسغ . . واليد . . والأصابع جميعها مسترخية أكثر وأكثر . .

الصدر وما يحيط به مسترخ

البطن والمعدة

قدمك دافتتان .

وأنت بكاملك مسترخ . . وكأنك نائم بعد عشاء يوم طويل وشاق . . وجهك وعمل .

كل الجسم نائم . . لكنك تحس بالأشياء التي تدور من حولك . . وإن كنت لا تعيرها أي اهتمام .

لا اهتمام بشيء إلا بصوتي

ولا تفكير في شيء غير جسمك

ولا استجابة لشيء إلا لصوتي . . وهو ينقلك من هدوء إلى هدوء أعمق . .

إلى السكينة

والراحة

والهدوء

والتخفف من كل أعباء الحياة حتي ولو للحظات

استمر في ذلك ما أحببت . .

أما إن شئت أن توظف نفسك فيما عليك إلا أن تعد من ١ إلى ٥ . وعندما
تصل إلى ٥ تفتح عينيك وتتساءب إذا أردت . إنك تشعر بإحساس هادئ
يتملك جسمك كله . . إحساس خال من القلق والتوتر تماما مع إحساس
بالقوة والنشاط والحياة .

وقد تريد أن تجعل من هذا الإحساس بالقوة الهادئة أسلوبا لك في الحياة
بعد ذلك .

نعم القوة الهادئة .

شكل رقم ٢٤ : شخص في
حالة من الاسترخاء العميق .
لاحظ الجلوس السليمة والعين
المسبلة . . وانخفاض التوترات
والتقلصات في السوجه
واليدين . لاحظ أيضا أن
الساقين متباعدتان أثناء عميقها
وهي مقلودتين . . مما يزيد من
عملية الاسترخاء في المنطقة
السفلى من الجسم .



ملحق (٢)

برنامج عام للعلاج بطريقة التعليم اللطيف والمساندة الوجدانية

الهدف من البرنامج :

الهدف من أي برنامج لهذا النوع من العلاج هو خلق بيئة اجتماعية مُتقبلة للطفل وذلك بالعمل على :

١ - زيادة الرابطة الوجدانية وتوثيق علاقات الطفل الاجتماعية ببيئته الاجتماعية في داخل المنزل أو المدرسة أو المؤسسة .

٢ - التخفيف من العوامل أو المثيرات المنفصرة التي من شأنها أن تؤذن بظهور السلوك المضطرب أو تطوره .

٣ - تحسين التفاعلات الإيجابية والاتصال بالطفل مما يمنح الأبوين والقائمين على رعاية الطفل قدرة أكبر - فيما بعد - على معالجة اضطراباته والتنبؤ بها بما في ذلك ثوراته الانفعالية، والتعاكس، وتخطيم الأثاث، والقصب والحنق . - إلخ . ومن المتوقع أنه كلما تحققت الأهداف السابقة بدأت الرابطة الوجدانية بالطفل تقوى، وكلما قويت هذه الرابطة تزايد فهم الطفل لبيئته، وبالتالي يبدأ سلوكه المضطرب في التناقص والتضاؤل التدريجي .

عناصر الخطة العلاجية :

أ- زيادة السلوك الإيجابي

١ - تدعيم أي سلوك آخر عدا السلوك المضطرب :

يقوم العاملون أو القائمون على رعاية الطفل وفق هذا العنصر بالعمل - قصدا وعمدا - على خلق مواقف للتفاعل والاحتكاك الاجتماعي بالطفل لعدد يتراوح بين مرتين إلى أربع مرات في الساعة لمدة تتراوح بين ١٥ : ٣٠ ثانية في كل منها . ويكون هدف هذا التفاعل تدعيم ومكافأة أي سلوك آخر يقوم به الطفل يكون مختلفا عن السلوك المضطرب . ويأخذ التفاعل أشكالا بسيطة كالابتسام والتحية والترتيب والسؤال عن الأحوال وتبادل الأحاديث الودية ، والحوار والفكاهة . - إلخ .

٢ - تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض :

يطلب العاملون أو القائمون على رعاية الطفل أن يقوم الطفل بمعاونتهم في نشاط معين يتسم بالتعاون ، أو المشاركة في إنجاز عمل معين يحتاج تنفيذه إلى فترة تتراوح بين دقيقتين إلى خمس دقائق (انظر أمثلة لهذه النشاطات في قائمة النشاطات المرصودة في نهاية الخطة) . ومن المطلوب أن يتم ذلك عددا من المرات خلال اليوم الدراسي أو خلال فترات الاحتكاك التي كان السلوك المضطرب يتزايد خلالها . ويوصى بأن يتم ذلك مرة كل ساعة على الأقل . كن خلاقا في ابتكار نشاطات قصيرة وملائمة لظروف الطفل وبيئته . لاحظ أن الهدف هنا هو تدعيم أنواع السلوك البديلة للسلوك المضطرب إذ لا يمكن أن يكون الطفل مضطربا ومتعاوننا في الوقت نفسه . فالمشاركة نقيض للسلوك التدميري أو السلوك غير اللائق الذي يثير الشكوى .

٣ - جدول النشاط الدراسي :

تعاون مع الطفل في وضع جدول ، بحيث يشمل على الأقل ساعتين للدراسة بما في ذلك إعداد الواجبات المنزلية والإعداد للمدرس المقبل ومراجعة المعلومات السابقة . . إلخ . يجب أن يتضمن الجدول نشاطات أخرى تتخلل أداء النشاطات الدراسية .

ب - التحكم في السلوك اللاتوافقي

٤ - التدخل والمقاطعة : Interruption

عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه (التحطيم والتمزيق والتهديد والحركة الزائدة وإيقاع الأذى بالنفس) لا تترك الطفل أو تخرج عليه . بل حاول أن تتدخل لإيقاف هذا السلوك بأقل قدر ممكن من التهديد والإثارة . وهناك أساليب للتدخل والمقاطعة للسلوك غير المرغوب فيه تكون أحياناً بهدف حفظ ماء وجه الطفل وإعطائه فرصة للتراجع وتعديل السلوك الخاطيء . ومن أساليب التدخل أن تطلب منه أن يقوم بعمل ما أو يتعاون معك في نشاط معين مع التدخل الناجح باستخدام المدعّمات للخروج بالطفل من المواقف الانفعالية المحتدمة ، ومنها الحث البدني والترييت مع توجيه انتباهه لنشاط آخر أو تشجيعه على الاستمرار في نشاط إيجابي سابق . والتدخل الناجح في هذه المواقف الانفعالية المحتدمة هو التدخل الذي لا يؤدي إلى تفاقم المشكلة ، والذي يساعد على الاستمرار في النشاط الإيجابي (الدراسة مثلاً) وليس على توقفه أو إلغاءه .

٥ - التوجيه لنشاط بديل : Redirection

الهدف من هذا الأسلوب توجيه الطفل لنشاطات أو استجابات بديلة

(افعل هذا بدلا من ذاك) . وعندما يتم ذلك بنجاح يفهم الطفل أن الاستجابات السابقة التي سبق إيقافها والتدخل فيها لم تعد مجدية أو مثيرة للانتباه . ويجب أن يستخدم هذا الأسلوب بتلاحم شديد مع أسلوب التدخل والمقاطعة . . أي أن التوجيه لنشاط بديل يتم أثناء مقاطعة السلوك غير التكيفي . ويحسن أن يتم ذلك بصمت دون كثير من الجدل والنقاش ومن خلال الحث البدني، والإيحاءات، مع الاستمرار في التواصل والحوار.

٦ - التجاهل Ignoring

الهدف من التجاهل في خطط التعليم اللطيف إطفاء الاستجابات غير المرغوب فيها بتجاهلها . وفي مثل هذه الأحوال من المطلوب أن تتصرف كما لو كانت الاستجابة غير المرغوب فيها لم تحدث . تجنب خلال ذلك التفرج على الطفل أو الاتصال البصري به، وقلل بقدر الإمكان من الاحتكاك البدني (كاللمس أو التريبت) . قلل أيضا من فرص القرب الجسمي، أي حافظ على مسافة بعيدة إلا إذا كان قربك منه ضروريا ومفروضا . إذا كان من الضروري أن تتدخل أو تستجيب فاجعل ذلك يحدث باقتضاب وبأقل قدر ممكن من الجدل .

٧ - دَعْمٌ وكافء : Reward

بعد التدخل في إيقاف السلوك المضطرب وتوجيه الطفل لنشاط بديل أو جديد، دَعْمٌ استمراره في هذا النشاط من خلال مشاركته والتعاون معه . . والانتقال به من نشاط إلى نشاط آخر حتى تتلاشى الاستجابات المرضية . وإذا كان من الصعب الانتقال بالطفل إلى النشاط البديل الذي يرتبط بالمكافأة والتدعيم، فحاول أن تركز على أي سلوك يصدر عن الطفل ويجعله موضوعا للمكافأة . بعبارة أخرى، . إذا لم تحدث المواقف المؤدية إلى المكافأة . . فاجعل

المكافأة والتدعيم مكنين بتوجيهها لأي نشاط أو سلوك آخر لائق يصدر عن الطفل . وتعطي قائمة النشاطات التالية نماذج لأنشطة يمكن تشجيع الطفل على أدائها ثم مكافأته عندما يفعل ذلك .

قائمة بالنشاطات (أمثلة) :

أ - نشاطات اجتماعية : التحية باليد، الرد على التليفون، رعاية حيوان أو طفل آخر، المرافقة في تناول الطعام، حديث انفرادي، التنزه بصحبه .

ب - نشاطات ترفيهية : ركوب دراجة، الذهاب للمراجيح، الجري، ألعاب رياضية أخرى كالسباحة أو كرة القدم، قراءة مجلة أو كتاب، مشاهدة تليفزيون، الذهاب للسينما، التسوق، مناقشة اجتماعية أو مناظرة .

ج - نشاطات منزلية : تنظيم الحجرة، تغليف الكتب أو الكراسيات، الإسهام في تنظيف أدوات المطبخ، الإسهام في إعداد المائدة، الإسهام في إعداد ميزانية المنزل .



فهرس تفصلي
المفاهيم الرئيسية التي وردت
في الكتاب مع التعريف بها

إبعاد مؤقت Time out :

طريقة علاجية يتم من خلالها إبعاد الطفل في مكان أقل تدعياً بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك فيه خطر على الآخرين - كالعدوان والتدمير - أو على النفس . وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح بين دقيقتين إلى عشر دقائق بحسب عمر الطفل . ومن الأمثلة على ذلك إبعاد الطفل في مكان ناعم بالمنزل لمدة ثلاث دقائق مثلا عندما يبدأ بالدخول في سلوك عدواني كتخطيم الأثاث أو الاعتداء على أحد أفراد الأسرة .

اكتئاب Depression :

يأتي الاكتئاب في شكل اضطراب عصبي ، أو ذهاني . وتتمثل الخواص الرئيسية للاكتئاب العصبي في الميل إلى الحزن وفقدان الشهية ، والتشاؤم ، والتأنيب المستمر للنفس . ويسمى أحيانا اكتئابا استجابيا Reactive Depression لأنه عادة ما ينشأ نتيجة استجابة لفقدان موضوع (شخص ، مكان ، مركز اجتماعي) أو نتيجة فشل في أداء عمل أو مهنة أو انقطاع علاقة اجتماعية وثيقة . أما الاكتئاب الذهاني فهو درجة شديدة من الاكتئاب ، ومصادره الخارجية غير محددة . وقد تنتهي حالات بعض المصابين به بمحاولة الانتحار أو الانتحار الفعلي . وتصحبه اضطرابات عقلية وإدراكية كالهلاوس والهواجس .

اختبار المصفوفات المتتابعة Progressive Matrices :

واحد من أشهر اختبارات الذكاء ، ويمتاز بتحرره النسبي من التأثيرات الحضارية والثقافية . من وضع «رافين» (Raven, 1960) .

أخصائي (خبير نفسي) Psychologist :

عالم نفسي أو ممارس للتقييم العقلي والنفسى وللعلاجات النفسية المشتقة

من بحوث علم النفس . عادة ما يكون حاصلًا على الدكتوراه في علم النفس مع التدريب العملي والممارسة المهنية لمدة أربعة أعوام على الأقل بعد الحصول على بكالوريوس في علم النفس والعلوم السلوكية .

استجابة شرطية : Conditioned response

أي الاستجابة لمنبه أمكن اكتسابها بطريق التعلم ، أي الاستجابات التي لا يكون مصدرها الأفعال المنعكسة .

استرخاء : Relaxation

طريقة من العلاج يتم بمقتضاها تدريب الشخص على إيقاف كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والقلق .

استهجان اجتماعي : Social disapproval

أن تيين للمريض (أو للطفل المشكل) بصوت ثابت وقاطع (ولكن ليس صارمًا) ، أنه قد ارتكب خطأ بتصرفه هذا ، أو أن سلوكه غير مقبول . ويحذر علماء العلاج السلوكي من الإسراف في استخدام هذا الأسلوب ، خاصة إذا ما استمر السلوك المستهجن . لأن الإسراف في استخدامه يثير صراعات ويؤدي إلى تبادل للاتهامات بين الطفل وبين الشخص الذي يستهجن هذا السلوك ، ويؤدي هذا بدوره إلى تزايد أنواع السلوك غير المرغوب فيها أو تفاقمها .

أسلوب معرفي : Cognitive Style

يستخدم هذا المصطلح في العلاج السلوكي المعرفي للإشارة إلى طريقة تفكير الشخص وما يحمله عن نفسه أو عن العالم من آراء أو اتجاهات . ويرى المعالجون أن الاضطراب النفسي يلتحم بقوة بأسلوب التفكير . ومن أهم الأساليب المعرفية التي ترتبط بالاضطراب وسوء التوافق : المبالغة والتحويل ،

الأسلوب الكوارثي (توقع الكوارث والمصائب)، الاتجاهات الكيالية المطلقة . . الخ . ويعتبر «ألبرت إليس» Ellis و«بيك» Beck من الولايات المتحدة أهم من أسهموا في تطوير هذا الاتجاه .

تعويقات النمو العقلي **Developmental Disabilities** :

(انظر تخلف عقلي).

اقتداء **Modeling** :

تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك (انظر كذلك تعلم اجتماعي).

اقتصاد رمزي **Token Economy** :

أسلوب من العلاج السلوكي تطور بتأثير من نظريات «سكينر» ضمن التعلم الإجرائي، ويعتمد على تقديم مدعم رمزي Token إثر ظهور السلوك المرغوب فيه . بعبارة أخرى فهو يقوم على نفس مبدأ التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب فيه . ويتم إجرائيا باستخدام وسائط تدعيمية (فيشات، نجوم لاصقة، قطع معدنية) تُعطى للشخص إثر قيامه بالسلوك المرغوب فيه . وتسمى هذه الوسائط مدعّمات ثانوية لأنه لا قيمة لها في حد ذاتها . وتحول بعد ذلك إلى مدعّمات أولية كالطعام، أو المشروبات أو أي نشاط ترفيهي . ويساعد أسلوب الاقتصاد الرمزي على حل مشكلة التدعيم الفوري . فعندما لا يتوافر التدعيم الإيجابي (كالمكافأة المادية أو المعنوية التي نعد بها الطفل) يمكن أن نمنحه بدلا من ذلك فيشة أو نجمة لاصقة على كراسة خاصة للمكافآت، حتى يمكن استبدالها بعد ذلك، وفي وقت ملائم، بمكافأة أو تدعيم أولي . ومن الأمثلة على ذلك أن نضع للطفل نجمة لاصقة كل ١٥

دقيقة يقضيها في أداء عمله المدرسي . وفي نهاية اليوم نجمع هذه النجوم ونعطي للطفل في مقابل كل نجمة مكافأة مادية أو معنوية متفقا عليها .

انفعال Emotion :

من أنواع السلوك المتعلقة بالمشاعر والأحاسيس والاستجابات الوجدانية والمزاجية . ومنه الانفعالي Emotional أي الشخص الذي يغلب عليه التصرف باندفاع ودون روية .

انطفاء Extinction :

حجب مدعّم عند ظهور سلوك غير مرغوب فيه ، كالتجاهل عندما يلجأ الطفل إلى سلوك غير مرغوب فيه . وهناك أشكال كثيرة من السلوك غير المرغوب فيه والعادات السيئة يمكن أن تتوقف بتجاهلها .

بوليميا Bulimia :

اضطراب بدني نفسي يطلق على الشخص عندما يسرف في تناول الطعام ثم يلجأ بعد ذلك للتخلص منه بالتقيؤ القسدي أو باستخدام العقاقير المسهلة .

استعادة تلقائية Spontaneous Recovery :

عودة السلوك للظهور من جديد بعد توقفه أو انطفائه .

تخطيط البيئة Environment planning :

طريقة من طرق العلاج يقصد بها التحكم في الشروط الخارجية وتكييفها بطريقة فعالة بحيث إما أن تسمح لأنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بالظهور، أو أن تعمل على تجنب المواقف التي يرتبط ظهورها بظهور السلوك

غير المرغوب فيه . ويستخدم هذا المصطلح كمرادف لمفهوم ضبط البيئة

. Environment Control

تخلف عقلي **Mental Retardation** :

حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي عام دون المتوسط ، يبدأ خلال مرحلة النمو، ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي للفرد. ويعتمد تشخيص التخلف العقلي على استخدام اختبارات الذكاء المقتنة .

تدرج القلق **Anxiety Hierarchy** :

الترتيب التصاعدي للحوادث أو المواقف المثيرة للقلق أو الخوف بهدف تعريض الشخص لها حتى يعتادها (انظر كذلك : تقليل الحساسية أو التبلد الحسي) .

تمرّن سالب **Negative Practice** :

أداء سلوك غير تكيفي بطريقة مستمرة حتى يتم التوقف عنه . ومن الأمثلة على ذلك أن نطلب من الطفل أن يستمر لمدة ساعة على الأقل في تمزيق كمية من المجلات والجرائد القديمة إثر قيامه بتمزيق كتبه .

تدعيم **Reinforcement** :

أي حدث أو شيء يحدث أو يقدم بعد ظهور السلوك أو نتيجة له ويؤدي إلى زيادة في تكرار ذلك السلوك أو حدثه أو مدة حدوثه .

تدعيم إيجابي **Positive Reinforcement** :

هو تقديم مدعم إيجابي (مادي أو اجتماعي) يتبع سلوكا معينا ويؤدي إلى تزايد في شيوع هذا السلوك مستقبلا . ومن الأمثلة على ذلك القيام بشكر

الطفل ومكافأته وتقريظه عندما يصدر منه سلوك نعتبره إيجابيا كالتعاون ، أو التفاعل الإيجابي أو أداء واجباته . . إلخ .

تدعيم جزئي (متقطع) Partial Reinforcement :

هو تقديم المدعم بين الحين والآخر عند ظهور السلوك وليس في كل مرة يظهر فيها ذلك السلوك . ويلاحظ أن نسبة كبيرة من السلوك تتكون بفعل التدعيم المتقطع . وتشير التجارب إلى أن الاستجابات التي يتم اكتسابها بطريقة التدعيم المتقطع تكون أكثر استمرارا ومقاومة للانطفاء من تلك التي اكتسبت بفعل التدعيم المستمر (انظر كذلك تدعيم مستمر) .

تدعيم سالب Negative Reinforcement :

تأثير التدعيم السالب في السلوك مثل تأثير التدعيم الإيجابي إلا أن الفرق هو أن الذي يحدث في التدعيم السالب هو إنهاء أو إيقاف حدث أو فعل مستمر بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع هذا السلوك تبعا لذلك ، بينما الذي يحدث في التدعيم الإيجابي هو تقديم أو حدوث فعل أو شيء بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع السلوك وتكراره نتيجة لذلك . ومن الأمثلة على ذلك التوقف عن إصدار صوت منفر (كصوت جرس) أو انتقاد الأم عندما يعود الطفل إلى عمله وإنهاء واجباته .

تدعيم عفوي Accidental Reinforcement :

هو الحدث الذي يحدث صدفة بعد السلوك وليس نتيجة طبيعية أو مخططة له . ويؤدي إلى زيادة شيوع ذلك السلوك . وقد استخدم «سكينر» هذا المصطلح لتفسير تكوّن السلوك الخرافي في تجربة قَدّم فيها المدعم للحمام كل عدة ثوان فوجد أن السلوك الذي يحدث قبل ذلك المدعم يزيد تكراره بالرغم من

أن العلاقة بين السلوك والمدعم أتت بالصدفة . ويعتبر الانتباه غير المقصود للطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب فيه مدعماً لهذا السلوك ولا استمراره بعد ذلك بالرغم من عدم استمرار التدعيم .

تدعيم فارق لسلوك الأخر :

: Differential Reinforcement Of Other Behavior (DRO)

موقف يتم خلاله تدعيم أي سلوك فيما عدا سلوك واحد (السلوك المضطرب) . ويقدم المدعم بهذه الطريقة كل فترة تمر لا يحدث فيها السلوك المراد إيقافه . ويعني هذا أن حدوث السلوك المراد إيقافه يؤدي إلى تأخير حدوث المدعم لفترة محددة . ويؤدي هذا النوع من التدعيم إلى تناقص في السلوك المراد إيقافه وتزايد في شئوع أي سلوك آخر . ومن الأمثلة على ذلك تقديم المدعم لطفل اعتاد إيذاء نفسه مثلاً عند إثباته أي سلوك آخر عدا السلوك المؤذي .

تدعيم فارق لسلوك مناقض للسلوك غير المرغوب فيه :

Differential Reinforcement Incompatible Behavior (DRI)

تقديم مدعم إيجابي إثر ظهور سلوك يناقض أو يتعارض حدوثه مع حدوث السلوك المراد إيقافه ، وبهذا يتم تدعيم السلوك الذي لا يمكن أن يوجد مع ظهور السلوك المضطرب ، فإذا كان هناك طفل مثلاً يقوم باستخدام يديه في سلوك غير مرغوب فيه كتف شعره أو خربشة وجهه أو ضرب رأسه ، فإن تدعيم وتشجيع أي سلوك يستخدم من خلاله يديه في نشاط آخر مرغوب فيه ، مثل ترتيب لعبه أو تكوين صورة أو ركوب دراجة ، ويمنعه من استخدامها في إيذاء الذات يعتبر مثلاً جيداً على هذا النوع من التدعيم .

تدعيم مستمر Continuous Reinforcement :

تقديم مدعم إثر كل مرة يحدث فيها سلوك معين ، كأن تمنح الطفل قطعة حلوى إثر كل مرة يستجيب فيها لطلب معين أو عندما يؤدي استجابة معينة .

تشبع بالمنبه Stimulus Satiation :

العملية التي يتم من خلالها التقليل من فاعلية منبه تدعيمي بالعمل على الإكثار من هذا المنبه أو المدعم حتى يفقد خاصيته التدعيمية . ومن الأمثلة على ذلك إعطاء الطفل كميات كبيرة من الأقلام أو المحاسيات في كل مرة يستولي على أو يسرق إحداها من إخوته أو زملائه . ورغم الصعوبات المنهجية في استخدام هذا الأسلوب فإنه يستخدم كطريقة علاجية في حالة ظهور استجابات غير مرغوب فيها كسرقة أشياء تافهة ، أو الرغبة في تجميع بعض الأشياء ، فالتشبع بالمنبه طريقة لتجريد مدعم سابق من قيمته التدعيمية .

تشريط Conditioning :

عملية من التعلم القائم على الاقتران أو الربط بين منبه واستجابة (انظر استجابة شرطية ، منبه شرطي) .

تشكيل Shaping :

عملية تدريجية علاجية تعتمد على تعليم الطفل أداء سلوك جديد مركب كالاستحمام أو تعلم اللغة أو القراءة ، وذلك بتقسيم هذا السلوك المركب إلى أجزاء أو خطوات صغيرة متتابعة يمكنه اكتسابها ، ثم تقديم المدعم إثر أدائه كل خطوة تقربه من تعلم السلوك الكلي . وعادة ما يتم التشكيل بتقسيم السلوك الجديد إلى خطوات أو استجابات أصغر يشجع الطفل على إتقانها .

الإفراط في التصحيح Over Correction :

إحدى الوسائل العقابية المستخدمة في تعديل السلوك . والهدف منها تدريب الطفل على السلوك الملائم من خلال تصحيحه أخطائه حتى يصل لمستوى الإجابة الملائمة . من الأمثلة على ذلك ما يستخدمه المشرفون على دور الرعاية عندما يطلبون من الطفل الذي يتبول في مكان غير ملائم أن ينظف بقعة التبول وكل المساحة التي تم فيها ذلك . وي مارس المدرسون هذا الأسلوب عندما يطلبون من الطفل الذي أخطأ في كتابة كلمة معينة أن يكتبها ٥٠ مرة مثلاً .

تعلم اجتماعي Social Learning :

النظرية التي تؤكد أهمية العوامل الاجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين ، أو ملاحظة النماذج السلوكية في البيئة . ويتضمن التعلم الاجتماعي دراسة الدور الذي تلعبه أساليب التنشئة والتطبيع الاجتماعي للطفل .

التعلم الفعّال (الإجرائي) Operant Learning :

نظرية في التعلم دعا لها وطورها العالم الأمريكي المعروف «سكينر» Skinner وتثبت أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو سلبية كالعقاب (التعلم بالعاقبة مرادف لهذا المصطلح) .

تعلم معرفي Cognitive Learning :

التعلم من خلال التفكير في المواقف بتحليلها وإدراكها ، وتفسيرها .
تعلم بالمساندة الوجدانية : (انظر علاج ملطف) .

تعويد **Habituation** :

أسلوب علاجي يتم من خلاله التغلب على الحساسية المفرطة تجاه بعض الموضوعات المثيرة للخوف والقلق بتعريض الطفل المستمر لها بدلا من تجنبها والهروب منها .

تفكير كوارثي **Catastrophic Thinking** :

أسلوب أو طريقة غير عقلانية في التفكير، يفسر الفرد من خلالها كل الأمور البسيطة على أنها كارثة أو مصيبة مع توقع نتائج فظيعة من مقدمات لا تشير بالضرورة إلى ذلك .

تقليل الحساسية (تبلد حسي) **Desensitization** :

تقليل الاستجابات الانفعالية الحادة كالقلق والخوف تدريجيا عند مواجهة المواقف المثيرة بالانفعال (انظر كذلك تدريج القلق) .

تكاليف الاستجابة **Response Cost** :

إيقاف بعض المدعّمات أو فرض غرامة عندما يظهر سلوك غير مرغوب فيه ، مثل منع الطفل من مشاهدة التلفزيون لمدة (نصف ساعة) إثر ظهور سلوك غير مرغوب فيه .

التلاشي **Fading** :

الإقلال التدريجي من التدعيم بعد اكتساب السلوك المرغوب فيه . والتدرج في التوقف عن مساعدة الطفل وفي سحب التدعيم عندما يصل لمرحلة إتقان أداء سلوك معين ، يعتبر مثالا جيدا على هذا الأسلوب . كذلك يعتبر التقليل التدريجي من الشروط المؤدية لظهور سلوك معين مثالا آخر على التلاشي .

التفكير (كأسلوب علاجي) Aversion :

أسلوب علاجي يقوم على قرن منبه منفر أو منبه مؤلم وغير سار بسلوك غير مرغوب فيه ويسؤدي إلى انطفاء هذا السلوك وانقراضه . ويستخدم عادة في علاج حالات الإدمان والشذوذ الجنسي ، والإفراط في تناول الأطعمة .

توكيدية (تأكيد الذات) Assertiveness :

طريقة من طرق تدريب المهارات الاجتماعية وتستخدم في حالات علاج القلق الاجتماعي وذلك بتدريب الطفل على التعامل بحصرية مع انفعالاته الإيجابية والسلبية . ومن الثابت أن التدريب على حرية التعبير الانفعالي يعتبر سلوكا مناقضا للقلق ، إذ لا يمكن أن يكون الشخص قادرا على التعبير عن أي انفعال آخر عندما يكون القلق هو الانفعال الوحيد الغالب على الشخص في تعامله مع مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة .

الجهاز العصبي التلقائي Autonomic Nervous System :

الجهاز العصبي الذي يتولى عملية الضبط للموظائف الآلية الفسيولوجية كالتنفس ، ودقات القلب ، ونشاط المعدة ، وإفرازات الغدد . . . إلخ .

خبير نفسي Psychologist :

(انظر أخصائي نفسي)

حد الشبوع (الخط القاعدي) Baseline :

كمية شبوع سلوك معين قبل التدخل في إيقافه أو علاجه .

حوارات مع النفس Monolog :

(انظر مونولوج)

ذهان Psychosis :

الاضطراب شديد يصيب وظائف التفكير والانفعال والسلوك الاجتماعي ، مما يؤدي إلى فقدان صلة المريض بواقعه في الحالات الشديدة من الذهان ، ويحتاج المريض بسببه إلى العناية في مصحة أو مستشفى للصحة العقلية خاصة إذا اشتد هذا الاضطراب لدرجة تجعل المريض خطرا على نفسه ، أو خطرا على الآخرين أو عاجزا عن قضاء حاجاته الحيوية (انظر كذلك فصام . اكتاب) .

سلوك Behavior :

أي نشاط يصدر عن الكائن سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية ، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كال تفكير والتذكر والإبداع . . إلخ .

سلوك محوري Target Behavior :

أنواع الاستجابات أو السلوكيات التي يهدف المعالج إلى إيقافها أو تقويتها . وعادة ما يكون السلوك المحوري هو السلوك الذي لا يستريح له الفرد ، أو يؤدي إلى نتائج سلبية للآخرين أو لكليهما : الفرد نفسه والآخرين .

سوابق السلوك Antecedents :

الأفعال أو المؤثرات التي تحدث قبل ظهور السلوك غير المرغوب فيه أو تنبئ به بحدوثه أو تساعد على ظهور الاستجابة المضطربة (انظر اللواحق السلوكية) .

صندوق سكينر Skinner Box :

الجهاز الذي استخدمه «سكينر» لدراسة سلوك الحيوانات عندما تتعلم

سلوكا فعالا

(انظر تعلم فعال) .

التحكم بالبيئة Environment Control :

(انظر تخطيط البيئة) .

تحكم المنبه Stimulus Control :

تحكم المنبهات أو المواقف الخارجية في حدوث السلوك أو توقيفه . ويمكن استخدام المنبه الذي له هذه السمة للتحكم بالسلوك المرغوب فيه أو بتوقف السلوك غير المرغوب فيه .

ويكتسب المنبه هذا سمة التحكم بسلوك ما عندما يصبح مؤشرا قويا لنتيجة ذلك السلوك .

طبيب نفسي Psychiatrist :

الطبيب الذي يتخصص في دراسة وعلاج الأمراض النفسية والعقلية باستخدام الوسائل العضوية والطبية .

عائد بيولوجي (مردود حيوي) Biofeedback :

مراقبة عمل أعضاء الجسم ووظائفه (كضغط الدم، أو نشاط الغدد، أو النشاط الكهربائي للمخ) من خلال المعلومات المعدة لقياس هذه الوظائف كأجهزة قياس ضغط الدم أو أجهزة الرسم الكهربائي للمخ . . إلخ .

عصاب Neurosis :

اضطراب يتميز بسرعة الاستشارة الانفعالية والقلق الشديد والوساوس . وتسيطر على العصبي أحيانا أعراض محددة كالخوف المرضي والاكتئاب .

وعادة ما يتسم سلوك العصابي بالتعاسة ، وسيطرة مشاعر الذنب ، وعدم الفاعلية في المواقف الاجتماعية . (انظر كذلك : عصاب القلق ، القلق ، الاكتئاب ، الوسواس القهري ، المخاوف المرضية (فوبيا) ، هستيريا كأشكال من العصاب) .

عصاب القلق Anxiety Neurosis :

المعاناة المستمرة الدائمة من القلق . (انظر قلق وعصاب) .

عقاب Punishment :

منه مؤلم ومنفر يقدم أو يأتي إثر ظهور السلوك (انظر تكاليف الاستجابة ، إبعاد مؤقت ، تنفير ، تدعيم سلبي) .

علاج بالتحليل النفسي Psychoanalytical Therapy :

استخدام المبادئ النظرية المشتقة من نظريات «فرويد» وتلامذته في التحليل النفسي ، وتطبيقها في ميدان علاج الاضطرابات الانفعالية .

علاج بالتنفير Aversion Therapy :

(انظر تنفير) .

علاج سلوكي Behavior Therapy :

تعديل السلوك المرضي وتغييره مباشرة باستخدام النتائج المشتقة من نظريات التعلم وعلم النفس التجريبي .

علاج سلوكي - معرفي Cognitive-Behavior Therapy :

تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته (انظر معرفي) .

علاج كيميائي Chemo Therapy :

استخدام العقاقير الطبية في علاج الاضطرابات الانفعالية والعقلية .

علاج بالتعليم اللطيف Gentle Teaching Therapy :

طريقة جديدة تلقى في الوقت الراهن اهتماما كبيرا في علاج المشكلات السلوكية غير التكيفية خاصة بين الأطفال المتخلفين عقليا بالتركيز أساسا على تكوين رابطة وجدانية ، ومساندة للطفل ، مع التجنب الكلي لأساليب التنفير والعقاب .

علاج معرفي Cognitive Therapy :

مجموعة المدارس العلاجية التي تنفق على تأكيد فكرة أن العلاج الناجح يجب أن يكون مصحوبا بتحسين في طريقة التفكير والإدراك . (انظر علاج سلوكي - معرفي) .

علاج وجودي Existential Therapy :

طريقة من العلاج النفسي المشتقة من الفلسفات الوجودية ، تولي اهتمامها الرئيسي لدور إدراكنا الخفاص للبيئة وخبراتنا المباشرة بها (هنا - والآن) .

علاج نفسي Psychotherapy :

علاج بالطرق التقليدية المتأثرة إلى حد كبير بنظرية «فرويد» ، وتعتمد على الحوار بين المعالج والمراجع وتنطوي على فكرة أن عوامل المشكلة داخل الشخص ذاته ومن ثم لا تولي للبيئة السلوكية اهتماما كبيرا .

علم النفس Psychology :

العلم الذي يختص بدراسة السلوك الإنساني والحيواني باستخدام المنهج العلمي .

عالم نفس :

(انظر أخصائي نفسي)

فصام Schizophrenia :

اضطراب ذهاني تصاحبه أعراض تدل على الاضطراب الفكري والانفعالي
كالمهلوس البصرية والسمعية ، والهواجس ، والتناقض الوجداني (انظر
ذهاني).

فوبيا (خوف مرضي) Phobia :

خوف مرضي شديد من موضوع محدد أو مواقف لا تستثير بضرورتها الخوف
الشديد . ومن أهم المخاوف العصابية الشائعة الخوف من بعض الحيوانات
والخوف من الظلام والخوف من المرتفعات . . إلخ . وتتميز الأعراض
الإكلينيكية للخوف المرضي بوجود نشاط شديد في الوظيفة الاستشارية من
الجهاز العصبي التلقائي . (انظر قلق، عصاب).

قدوة Model :

(انظر تعلم اجتماعي - اقتداء).

قلق Anxiety :

توجس أو خوف غير محدد المصدر تصحبه زيادة في النشاط الاستشاري في
الجهاز العصبي المركزي . (انظر عصاب القلق).

السلوك القهري Compulsive Behavior :

أفعال متكررة أو طقوس يجد الفرد نفسه مضطرا لممارستها بشكل مستمر
كمحاولة للتخفيف من القلق (انظر عصاب، وسواس قهري).

كوارثي Catastrophic :

(انظر أسلوب معرفي ، في تفكير كوارثي).

لاحق (لواحق) Consequences :

توابع السلوك ونتائجها (بما فيها المكاسب والتدعيمات) التي تأتي بعد السلوك .

لعب الأدوار Role playing :

منهج من مناهج التعلم الاجتماعي ندرج بمقتضاه الشخص على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي إلى أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها .

مونولوج أو حوار داخلي Monolog :

يبين «مايكنباوم» Meichenbaum (١٩٧٧) أن حديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن الموقف الذي يواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب والمرضي مع ذلك الموقف . ولهذا يعتمد المعالج السلوكي المعرفي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة المراجع على التغلب على الاضطراب .

مدعم أولي Primary Reinforcer :

مثل الطعام والشراب عندما يقدم إثر القيام بسلوك معين فيؤدي إلى زيادة تكرار ذلك السلوك أو حدثه أو طول مدة حدوثه .

مدعم ثانوي (شرطي) Secondary (Conditioned) Reinforcer :

مدعم لا قيمة له في حد ذاته لكنه يؤدي إلى تحقيق مدعم أولي كالفيشات والنجوم اللاصقة التي تُعطى للطفل إثر قيامه بسلوك مرغوب فيه .

منبه شرطي : Conditioned Stimulus

منبه محايد يمكن إثارته قصدا من خلال اقترانه بمنبه آخر.

مستويات عليا من التشریط Higher Order Conditioning

عملية يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد، بحيث إن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الاستجابة الشرطية. (انظر استجابة شرطية).

هرمون Hormone

عناصر كيميائية تفرزها الغدد بهدف تنظيم وظائف الجسم.

هزال مرضي Anorexia Nervosa

اضطراب يحدث نتيجة لتوقف المريض تدريجيا عن تناول الأطعمة، فيعتاد الجسم كميات أقل وأقل من الطعام حتى يفقد الشخص وزنه ويصاب بالهزال الشديد.

هلاوس Hallucinations

اضطرابات تتعلق بالإحساس بأشياء لا يحس بها الآخرون كالهلاوس السمعية Auditory Hallucinations أي سماع أصوات لا يسمعها الآخرون والاستجابة لها، أو الهلاوس البصرية Visual Hallucination أي رؤية أشكال أو حيوانات لا يراها المحيطون بالشخص. وعادة ما يرتبط ظهور الهلاوس بالأمراض العقلية الذهانية ولكن يمكن إثارتها تجريبيا من خلال تعاطي بعض المخدرات أو العقاقير كمقار الـ LSD.

هستيريا **Hysteria** :

اضطراب عصبي تتطور من خلاله أعراض عضوية كالشلل أو فقدان البصر دون أن يكون لذلك أساس جسي . وعادة ماتكون الامتجابة الهستيرية محاولة للهروب من المشكلات والمسؤوليات، ولتحقيق مكاسب ثانوية كالحصول على العطف والرعاية .

هواجس **Delusions** :

معتقدات ثابتة لا أساس لها من الصحة .

(انظر ذهان) :

وسواس قهري **Obsessive Compulsive** :

عصاب يتميز بوجود أفكار حوارية ثابتة وأفعال قهرية متكررة . (انظر عصاب، قهري) .



المراجع

مراجع عربية

إبراهيم (عبدالستار). القلق: قيود من الوهم. القاهرة: كتاب الهلال،
مايو ١٩٩١.

إبراهيم (عبدالستار). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص
والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ، ١٩٨٧.

إبراهيم (عبدالستار). الإنسان وعلم النفس. الكويت: عالم المعرفة.
فبراير ١٩٨٥.

إبراهيم (عبدالستار). العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان.
الكويت: عالم المعرفة، ١٩٧٩.

إبراهيم (عبدالستار)، الدخيل (عبدالعزیز بن عبداللہ)، إبراهيم
(رضوی). الحاجة لعلاجات وبرامج سلوكية متعددة المحاور للتغلب على
مشكلات الطفل المعوق. المؤتمر العالمي الأول للجمعية السعودية الخيرية
لرعاية الأطفال المعوقين. الرياض ٧-١٠ نوفمبر ١٩٩٢.

إبراهيم (عبدالستار)، الدخيل (عبدالعزیز)، إبراهيم (رضوی). العلاج
السلوكي متعدد المحاور، ومشكلات الطفل. مجلة علم النفس (من ص ٦-
٢٥) العدد ٢٦/١٩٩٣ م.

الدخيل (عبدالعزیز بن عبداللہ) سلوك السلوك: مقدمة في أسس
التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته. القاهرة: الخانجي، ١٩٩٠.

الدخيل (عبدالعزیز بن عبداللہ) . الجذور التاريخية السلوكية ، قافلة
الزيت . ۱۹۹۳ .

حجار (محمد حمدي) . العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات
والمؤثرات العقلية .

الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ۱۹۹۲ .

حجار (محمد حمدي) . العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل .

الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ۱۹۹۰ .



REFERENCES

مراجع أجنبية

- Adesso V.J. (1990). Habit disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy**. (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- American Psychiatric Association. (1987) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** Third Edition-R. Washington, D.C.: APA.
- American Psychological Association. (1988). **Hospital practice: Advocacy issues**. Washington, DC: APA.
- Argyle, M. (1973). **Psychology and Social problems**. London: Methuen & Co.
- Argyle, M. (1986). Social behaviour. In M. Herbert (Ed), **Psychology for Social Workers** (2nd ed.), London: Methuen.
- Bandura, A. (1969). **Principles of behaviour modification**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). **Social learning theory**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Beck, A.T. (1967). **Depression**. New York: Harper.
- Beck, A.T. (1971). Cognition, affect and psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 24, 495-500
- Beck, A. (1974). Depressive neurosis. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), **American handbook of psychiatry** Vol. 3. New York: Basic Books.
- Beck, A.T. (1976). **Cognitive therapy and emotional disorders**. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy**. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.
- Beck, A.T., Brady, J.P., & Quen, J.M. (1977). **The history of depression**. New York: Insight Communication.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy**. New York: Bruner/Mazel, Inc.
- Carr, E.G., & McDowell, J.J. (1987). Social control of self-injurious behaviour of organic etiology. In C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M. Sichel, & J. R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Craighead, W.B., Kazdin, A.E. & Mahoney, M.J. (1976). **Behaviour**

- modification: Principles, issues, and applications.** Boston: Houghton Mifflin.
- Daley, M.F. (1979). Reinforcement menu: Finding effective reinforcers. In J.D. Krumboitz & C.E. Thoresen (Eds.) **Behavioural counseling cases and techniques.** New York: Holt, Rinehart & Winston.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem-Solving and behaviour modification. **Journal of Abnormal Psychology, 78,** 107-126.
- Elmers, R., & Aitchison R. (1977). **Effective parents, responsible children.** New York: McGraw Hill.
- Ellis, A. (1962). **Reason and emotion in psychotherapy.** New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behaviour therapy (CBT). In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.
- Ellis, A. (1990). **How to stubbornly refuse to make your self miserable about anything.** New York: Lyle Stuart Book.
- Eysenck, H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. **Behavioural and Brain Sciences, 2,** 155-166.
- Fischer, J., & Nehs, R. (1987). Treatment of swearing behaviour. In C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Foa, E.B., & Wilson, R. (1991). **Stop obsessions: How to overcome your obsessions and compulsions.** New York: Bantam Books.
- Frame, C., Matson, J.L., Sonis, W.A., Fiakov, M.J., & Kazdin, A.E. (1987). Social skills-training with a depressed boy. In C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Franks, C.M., & Barbrack, C.R. (1986). Behaviour therapy with adults: an integrative perspective. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S., Bellack (Eds.) **The Clinical psychology handbook,** New York: Pergamon Press.
- Freeman, A., & Davis, D.D. (1990). Cognitive therapy of depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.) New York: Plenum Press.
- Giampa, F.L., Walker-Burt, G., & Lamb, D. (1984). **Group homes curriculum, Part III.** Michigan, Lansing: Michigan Department

- of Mental Health's Office of Resource Development.
- Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1977). **Clinical behaviour therapy**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M.R., & Goldfried, A.P. (1975). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer, and A.P. Goldstein (Eds.), **Helping people change**. New York: Pergamon Press.
- Gonzales, L., Hays, R.B., Bond, M.A., & Kelly, J.G. (1986). In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.), **The clinical psychology handbook**. New York: Pergamon Press.
- Harris, S.L. (1986). Behaviour therapy with children. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack, (Eds.), **The clinical psychology handbook**. New York: Pergamon Press.
- Hawton, K., & Kirk, J. (1991), Problem-solving. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems**. Oxford: Oxford University Press.
- Herbert, M. (1987a). **Behavioural treatment of children with problems: A practice manual**. London: Academic Press.
- Herbert, M. (1987b). **Conduct disorders of childhood and adolescence: a social learning perspective** Chichester: John Wiley.
- Ibrahim, A. & Ibrahim, R (1990). The behavioural non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioural problems. I: Techniques and theoretical foundations. **The Arab Journal of Psychiatry**. 1, No 3, 201-210.
- Ibrahim, A., Glick I. & Ibrahim, R. (1991) The behavioural non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioural problems. II. An applied case study of severe aggression. **The Arab Journal of Psychiatry**. Vol. 2. No. 1, 44-52.
- Ilg, F.L., Ames, L.B., & Baker, S.M. (1981). **Child behaviour: Specific advice on problems of child behaviour**. New York: Harper & Row.
- Ingersoll, B. (1988). **Your hyperactive child**. New York: Doubleday.
- Ingram, R.E., & Scott, W.D. (1990). Cognitive behaviour therapy. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.), New York: Plenum Press.
- Karoly, P. (1975). Operant methods. In F. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds.). **Helping people change**. New York: Pergamon.

- Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- Kazdin, A.E. (1990). conduct disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), **International handbook of behaviour modification and therapy**. (2nd Ed.) New York: Plenum Press.
- Kendell, P.C., & Bemis, K.M. (1986). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioural approaches. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.) **The clinical psychology handbook** New York: Pergamon Press.
- Krasner, L. (1990). History of behaviour modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), **International handbook of behaviour modification and therapy**. (2nd Ed.), New York: Plenum Press.
- Lazarus, A.A. (1971). **Behaviour therapy and beyond**. New York: McGraw Hill.
- Levis, D.J. (1990). The experimental and theoretical foundations of behaviour modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy**. (2nd Ed.), New York: Plenum Press.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). **Social skills training for psychiatric patients**. New York: Pergamon Press.
- Lovaas, O.I. (1977). **The autistic child: Language development through behaviour modification**. New York: Irvington.
- Madanes, C. (1988) **Strategic family therapy**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Madic, R.A., & Neisworth, J.T. (1990). Mental retardation. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- McGee, J. Menolascino, F.J, Hobbs, D.C., & Menousek, P.E. (1987). **Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation**. New York: Human Sciences Press.
- Meichenbaum, D.H. (1969). The effects of instruction and reinforcement on thinking and language behaviour in schizophrenics. **Behaviour Research and Therapy**. 7-101-114.
- Meichenbaum, D.H. (1977). **Cognitive-behaviour modification** New York, Plenum Press.
- Mischel, W. (1968). **Personality and assessment**. New York: John

- Wiley & Sons.
- Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality. *American Psychologist* 39, 351-364.
- Morrison, R.L. (1990). International dysfunctions. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behaviour modification and therapy* (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- Neisworth, J.T., & Smith, R.M. (1973). *Modifying retarded behaviour*. Boston: Houghton Mifflin.
- O'Connor, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 15-22.
- O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1975). *Behaviour therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Patterson, L., & Harbeck, C. (1990). Medical disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behaviour modification and therapy*. (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- Pichot, P. (1989). The historical roots of behaviour therapy. *J of Behaviour Therapy & Exp. Psychology* 0, Pp. 107-114.
- Schaefer, C.E., Millman, H.L., Sichel, S., & Zwilling, J.R. (1987). *Advances in therapies for children*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schnaling, K.B., Fruzzetti, A.E., & Jacobson, N. (1991). Marital problems. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Seligman, M. (1988). 'Me' decades generate depression: individualism erodes commitment to others. *The APA Monitor*, Vol. 19, No. 10.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviourism*. New York: Knopf.
- Spiegler, M.D. (1983). *Contemporary behaviour therapy*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company.
- Stampfl, T.G., & Lewis, D.J. (1976). Implosive therapy: A behavioural therapy. In J.T. Spence, R.C. Carson, & J.W. Thibaut (Eds.) *Behavioural approaches to therapy*. Morristown, NJ:

General Learning Press.

- Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188-199.
- Weiss, R.L., Heyman, R.E. (1990). Marital distress. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behaviour modification and therapy* (2nd Ed.) New York: Plenum Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition* Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behaviour therapy* (2nd ed.), New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel, Inc.
- Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behaviour therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis*, New York: Pergamon Press.



المؤلفون في سطور

د. عبدالستار إبراهيم

- أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي بكلية الطب، جامعة الملك فيصل بالسعودية .
- نشر أكثر من ١٠٠ بحث ومقال في كثير من المجلات العالمية المتخصصة والثقافية في الولايات المتحدة وأوروبا والوطن العربي .
- نشر كثيرا من الكتب الجامعية والثقافية في علم النفس والعلاج النفسي وغيرهما من موضوعات تهم القارئ العام والمتخصص .
- عضو وزميل بكثير من الجمعيات العلمية العالمية في علم النفس والصحة النفسية كالجمعية النفسية الأمريكية APA، وأكاديمية العلوم والفنون والأدب بولاية ميتشيجان، وجمعية الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة الدولية . . الخ .
- حاصل على البورد الأمريكي في الرعاية الصحية والخدمة النفسية .
- حاصل على إجازة الممارسة الإكلينيكية المتخصصة في ولايتي ميتشيجان وكاليفورنيا .

• صدر له من قبل في هذه السلسلة كتابان أحدهما : «العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان» والآخر «الإنسان وعلم النفس» .

د. عبدالعزيز بن عبدالله الدخيل

- قام بعدة مهام إدارية في جامعة الملك فهد للبترول والمعادن آخرها عمله وكيلًا للجامعة للشؤون الأكاديمية .

• حصل على الدكتوراه من جامعة أريزونا في توسان عام ١٩٧٤ في علم النفس العلاجي والتجريبي .

• إلى جانب ما نشره وقدمه من أبحاث حول السلوكية، له كتاب حول الموضوع بعنوان



تيارات الأدب الألماني

تأليف :

د. عبدالرحمن بدوي

«سلوك السلوك» نشر عام ١٩٩٠ . كما قام مع اثنين من زملائه بترجمة كتاب عملي
موجه لمعلمات مرحلة ما قبل المدرسة بعنوان «المرشد العملي» نشره مكتب التربية
العربي لدول الخليج عام ١٩٩٣ .

• يقوم الآن بكتابة كتابين الأول بعنوان «إساءة معاملة الأطفال» والثاني بعنوان
«التعامل مع الأطفال» وهو موجه للأباء بلغة ميسرة .
• عضو في جمعية التحليل السلوكي الدولية .

د . رضوى إبراهيم

• أستاذ مساعد علم النفس الطبي بقسم الطب النفسي - كلية الطب والعلوم
الطبية ، جامعة الملك فيصل .

• تُشرف على الخدمات الإكلينيكية للعيادات الخارجية والداخلية بقسم الطب
النفسي ، جامعة الملك فيصل .

• حصلت على الماجستير والدكتوراه في علم النفس من جامعة ميتشيجان ومركز
فيلدنغ للدراسات العليا بالولايات المتحدة الأمريكية .

• حصلت على كثير من برامج التدريب والتخصص في العلاج النفسي والأسري
والتنويم المغناطيسي .

• زاولت وتزاول العلاج النفسي في الولايات المتحدة والسعودية .

• تهتم في الوقت الحالي بممارسة العلاج النفسي والبحث فيه ، خاصة عن دور
العوامل الحضارية في تشخيص الأمراض النفسية وعلاجها .

• نشرت وأسهمت في نشر كثير من البحوث المتخصصة في مجالات علم النفس
والطب النفسي بالولايات المتحدة والشرق الأوسط .

صدر عن هذه السلسلة

- ١- الحضارة / تأليف : د/ حسين مؤنس / يناير ١٩٧٨
- ٢- القواميات الشعر العربي المعاصر / تأليف : د/ إحسان عباس / فبراير ١٩٧٨
- ٣- التفكير العلمي / تأليف : د/ فؤاد زكريا / مارس ١٩٧٨
- ٤- الولايات المتحدة والمشرق العربي / تأليف : / أحمد عبدالرحيم مصطفى / أبريل ١٩٧٨
- ٥- العلم ومشكلات الإنسان المعاصر / تأليف : د/ زهير الكرمي / مايو ١٩٧٨
- ٦- الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها / تأليف : د/ عزت حجازي / يونيو ١٩٧٨
- ٧- الأديان والمشكلات في السياسة العالمية / تأليف : / محمد عزيز شكري / يوليو ١٩٧٨
- ٨- تراث الإسلام (الجزء الأول) / ترجمة : د/ زهير السهوري / أغسطس ١٩٧٨
تحقيق وتعليق : د/ شاكر مصطفى
مراجعة : د/ فؤاد زكريا
- ٩- أضواء على الدراسات الفقهية المعاصرة / تأليف : د/ نايف خرما / سبتمبر ١٩٧٨
- ١٠- جمعا العربي / تأليف : د/ محمد رجب النجار / أكتوبر ١٩٧٨
- ١١- تراث الإسلام (الجزء الثاني) / ترجمة : د/ حسين مؤنس / نوفمبر ١٩٧٨
د/ إحسان العماد
مراجعة : د/ فؤاد زكريا
- ١٢- تراث الإسلام (الجزء الثالث) / ترجمة : د/ حسين مؤنس / ديسمبر ١٩٧٨
د/ إحسان العماد
مراجعة : د/ فؤاد زكريا
- ١٣- الملاحة وعلوم البحار عند العرب / تأليف : د/ أنور عبدالعليم / يناير ١٩٧٩
- ١٤- جمالية الفن العربي / تأليف : د/ حنيف بيهي / فبراير ١٩٧٩
- ١٥- الإنسان الحائر بين العلم والحرفنة / تأليف : د/ عبدالمنعم صالح / مارس ١٩٧٩
- ١٦- الضغط والمشكلات المعاصرة للتنمية العربية / تأليف : د/ محمود عبدالفضيل / أبريل ١٩٧٩
- ١٧- الكون والقرب السودان / إعداد : رؤوف وصفي / مايو ١٩٧٩
مراجعة : زهير الكرمي
- ١٨- الكوميديا والتراجيديا / ترجمة : د/ علي أحمد محمود / يونيو ١٩٧٩
مراجعة : د/ شوقي السكري
د/ علي الراعي
- ١٩- المسرح في العصر المعاصر / تأليف : / سعد أردش / يوليو ١٩٧٩

| | | |
|-------------|--|--|
| أغسطس ١٩٧٩ | ترجمة حسن سعيد الكرمي مراجعة: صدقي حنابل | ٢٠- التفكير المستقيم والتفكير الأعمق |
| سبتمبر ١٩٧٩ | تأليف: د/ محمد علي الفراء | ٢١- مشكلة إنتاج الغذاء في الوطن العربي |
| أكتوبر ١٩٧٩ | تأليف: رشيد الحمد د/ محمد سعيد صباريني | ٢٢- البيئة ومشكلاتها |
| نوفمبر ١٩٧٩ | تأليف: د/ عبدالسلام الترماتيني | ٢٣- الرق |
| ديسمبر ١٩٧٩ | تأليف: د/ حسن أحمد عيسى | ٢٤- الإبداع في الفن والعلم |
| يناير ١٩٨٠ | تأليف: د/ علي الراعي | ٢٥- المسرح في الوطن العربي |
| فبراير ١٩٨٠ | تأليف: د/ عواطف عبدالرحمن | ٢٦- مصر وفلسطين |
| مارس ١٩٨٠ | تأليف: د/ عبدالستار إبراهيم | ٢٧- العلاج النفسي الحديث |
| أبريل ١٩٨٠ | ترجمة: شوقي جلال | ٢٨- أفريقيا في عصر التحول الاجتماعي |
| مايو ١٩٨٠ | تأليف: د/ محمد حمارة | ٢٩- العرب والتحدي |
| يونيو ١٩٨٠ | تأليف: د/ عزت قرفي | ٣٠- العدالة والحرية في فجر النهضة العربية الحديثة |
| يوليو ١٩٨٠ | تأليف: د/ محمد زكريا عتاني | ٣١- الموشحات الأندلسية |
| أغسطس ١٩٨٠ | ترجمة: د/ عبدالقادر يوسف مراجعة: د/ رجا الدريني | ٣٢- تكنولوجيا السلوك الإنساني |
| سبتمبر ١٩٨٠ | تأليف: د/ محمد فتحي عوض الله | ٣٣- الإنسان والثروات المعدنية |
| أكتوبر ١٩٨٠ | تأليف: د/ محمد عبدالغني سعودي | ٣٤- قضايا أفريقية |
| نوفمبر ١٩٨٠ | تأليف: د/ محمد جابر الأنصاري | ٣٥- تحولات الفكر والسياسة في الشرق العربي (١٩٣٠-١٩٧٠) |
| ديسمبر ١٩٨٠ | تأليف: د/ محمد حسن عبدالله | ٣٦- الحب في التراث العربي |
| يناير ١٩٨١ | تأليف: د/ حسين مؤنس | ٣٧- المساجد |
| فبراير ١٩٨١ | تأليف: د/ سعود يوسف هياش | ٣٨- تكنولوجيا الطاقة البديلة |
| مارس ١٩٨١ | ترجمة: د/ موفق شخاشيرو مراجعة: زهير الكرمي | ٣٩- ارتفاع الإنسان |
| أبريل ١٩٨١ | تأليف: د/ مكارم الغمري | ٤٠- الرواية الروسية في القرن التاسع عشر |
| مايو ١٩٨١ | تأليف: د/ عبده بدوي | ٤١- الشعر في السودان |
| يونيو ١٩٨١ | تأليف: د/ علي خليفة الكواري | ٤٢- دور المشروعات العامة في التنمية الاقتصادية |
| يوليو ١٩٨١ | تأليف: فهمي هريدي | ٤٣- الإسلام في الصين |
| أغسطس ١٩٨١ | تأليف: د/ عبدالباسط عبدالمنعمي | ٤٤- اتجاهات نظرية في علم الاجتماع |

| | | |
|-------------|---------------------------------|--|
| سبتمبر ١٩٨١ | تأليف : د/ محمد رجب النجار | ٤٥- حكايات الشطار والعيارين في التراث العربي |
| أكتوبر ١٩٨١ | تأليف : د/ يوسف السبي | ٤٦- دعوة إلى الموسيقى |
| نوفمبر ١٩٨١ | ترجمة : سليم الصويص | ٤٧- فكرة القانون |
| | مراجعة : سليم بيسو | |
| ديسمبر ١٩٨١ | تأليف : د/ عبدالحسن صالح | ٤٨- التنبؤ العلمي ومستقبل الإنسان |
| يناير ١٩٨٢ | تأليف : صلاح الدين حافظ | ٤٩- صراع القوى العظمى حول القرن الأفريقي |
| فبراير ١٩٨٢ | تأليف : د/ محمد عبدالسلام | ٥٠- التكنولوجيا الحديثة والتنمية الزراعية |
| مارس ١٩٨٢ | تأليف : جان ألكسان | ٥١- السينا في الوطن العربي |
| أبريل ١٩٨٢ | تأليف : د/ محمد الرميحي | ٥٢- النفط والعلاقات الدولية |
| مايو ١٩٨٢ | ترجمة : د/ محمد عصفور | ٥٣- البداية |
| يونيو ١٩٨٢ | تأليف : د/ جليل أبو الحب | ٥٤- الحشرات الناقلة للأمراض |
| يوليو ١٩٨٢ | ترجمة : شوقي جلال | ٥٥- العالم بعد مائتي عام |
| أغسطس ١٩٨٢ | تأليف : د/ عادل الدمرداش | ٥٦- الإدمان |
| سبتمبر ١٩٨٢ | تأليف : د/ أسامة عبدالرحمن | ٥٧- الديمقراطية النغابية ومعضلة التنمية |
| أكتوبر ١٩٨٢ | ترجمة : د/ إمام عبدالفتاح | ٥٨- الوجودية |
| نوفمبر ١٩٨٢ | تأليف : د/ انطونيوس كرم | ٥٩- العرب أمام تحديات التكنولوجيا |
| ديسمبر ١٩٨٢ | تأليف : د/ عبدالوهاب المسيري | ٦٠- الأيديولوجية الصهيونية (الجزء الأول) |
| يناير ١٩٨٣ | تأليف : د/ عبدالوهاب المسيري | ٦١- الأيديولوجية الصهيونية (الجزء الثاني) |
| فبراير ١٩٨٣ | ترجمة : د/ فؤاد زكريا | ٦٢- حكمة العرب |
| مارس ١٩٨٣ | تأليف : د/ عبدالقادي علي النجار | ٦٣- الإسلام والاقتصاد |
| أبريل ١٩٨٣ | ترجمة : أحمد حسان عبدالواحد | ٦٤- صناعة الجوع (خرافة الندرة) |
| مايو ١٩٨٣ | تأليف : عبدالعزيز بن عبد الجليل | ٦٥- مدخل إلى تاريخ الموسيقى المغربية |
| يونيو ١٩٨٣ | تأليف : د/ سامي مكى المعالي | ٦٦- الإسلام والشعر |
| يوليو ١٩٨٣ | ترجمة : زهير الكرمي | ٦٧- بنو الإنسان |
| أغسطس ١٩٨٣ | تأليف : د/ محمد مولاكو | ٦٨- الثقافة الألبانية في الأبجدية العربية |
| سبتمبر ١٩٨٣ | تأليف : د/ عبدالله العمر | ٦٩- ظاهرة العلم الحديث |
| أكتوبر ١٩٨٣ | ترجمة : د/ علي حسين حجاج | ٧٠- نظريات التعلم (دراسة مقارنة) |
| | مراجعة : د/ عطية محمود هنا | القسم الأول |
| نوفمبر ١٩٨٣ | تأليف : د/ عبدالملك خلف التمحي | ٧١- الاستيطان الأجنبي في الوطن العربي |
| ديسمبر ١٩٨٣ | ترجمة : د/ فؤاد زكريا | ٧٢- حكمة العرب (الجزء الثاني) |

| | | |
|-------------|---------------------------------|--|
| يناير ١٩٨٤ | تأليف : د / مجيد مسعود | ٧٣- التخطيط للتقدم الاقتصادي والاجتماعي |
| فبراير ١٩٨٤ | تأليف : أمين عبدالله عمود | ٧٤- مشاريع الاستيطان اليهودي |
| مارس ١٩٨٤ | تأليف : د / محمد نيهان سويلم | ٧٥- التصوير والحياة |
| أبريل ١٩٨٤ | ترجمة : كامل يوسف حسين | ٧٦- الموت في الفكر المغربي |
| | مراجعة : د / إمام عبدالفتاح | |
| مايو ١٩٨٤ | تأليف : د / أحمد عثمان | ٧٧- الشعر الإغريقي ترانثا إنسانيا وعالميا |
| يونيو ١٩٨٤ | تأليف : د / عواطف عبدالرحمن | ٧٨- قضايا التبعية الإعلامية والتقاليد |
| يوليو ١٩٨٤ | تأليف : د / محمد أحمد خلف الله | ٧٩- مفاهيم قرآنية |
| أغسطس ١٩٨٤ | تأليف : د / عبدالسلام الترماني | ٨٠- الزواج عند العرب (في الجاهلية والإسلام) |
| سبتمبر ١٩٨٤ | تأليف : د / جمال الدين سيد محمد | ٨١- الأدب اليوغسلافي المعاصر |
| أكتوبر ١٩٨٤ | ترجمة : شوقي جلال | ٨٢- تشكيل العقل الحديث |
| | مراجعة : صدقي حطاب | |
| نوفمبر ١٩٨٤ | تأليف : د / سعيد الحفار | ٨٣- البيولوجيا ومصير الإنسان |
| ديسمبر ١٩٨٤ | تأليف : د / رمزي زكي | ٨٤- المشكلة السكانية وخرافة المalthusية |
| يناير ١٩٨٥ | تأليف : د / بدرية العوضي | ٨٥- دول مجلس التعاون الخليجي ومستويات العمل الدولية |
| | | ٨٦- الإنسان وعلم النفس |
| فبراير ١٩٨٥ | تأليف : د / عبدالستار إبراهيم | ٨٧- في ترانثا العربي الإسلامي |
| مارس ١٩٨٥ | تأليف : د / توفيق الطويل | ٨٨- الميكروبات والإنسان |
| أبريل ١٩٨٥ | ترجمة : د / عزت شعلان | |
| | مراجعة : د / عبدالرزاق العدواني | |
| | مراجعة : د / سمير رضوان | |
| مايو ١٩٨٥ | تأليف : د / محمد عماره | ٨٩- الإسلام وحقوق الإنسان |
| يونيو ١٩٨٥ | تأليف : كاترين رابيل | ٩٠- الغرب والعالم (المقسم الأول) |
| | ترجمة : د / عبدالوهاب المسيري | |
| | مراجعة : د / هدى حجازي | |
| | مراجعة : د / فؤاد زكريا | |
| يوليو ١٩٨٥ | تأليف : د / عبدالعزيز الجلال | ٩١- تربية البسر وتحالف التنمية |
| أغسطس ١٩٨٥ | ترجمة : د / لطفي فطيم | ٩٢- عقول المستقبل |
| سبتمبر ١٩٨٥ | تأليف : د / أحمد منحت إسلام | ٩٣- لجنة الكيمياء عند الكائنات الحية |
| أكتوبر ١٩٨٥ | تأليف : د / مصطفى المصمودي | ٩٤- النظام الإعلامي الجديد |

| | | |
|-------------|------------------------------------|---|
| نوفمبر ١٩٨٥ | تأليف : د/ أنور عبدالملك | ٩٥ - تغير العالم |
| ديسمبر ١٩٨٥ | تأليف : ربحينا الشريف | ٩٦ - الصهيونية غير اليهودية |
| | ترجمة : أحمد عبدالله عبدالعزيز | |
| يناير ١٩٨٦ | تأليف : كاترين ريلي | ٩٧ - الغرب والعالم (القسم الثاني) |
| | ترجمة : د/ عبدالوهاب المسيري | |
| | د/ هدى حجازي | |
| | مراجعة : د/ فؤاد زكريا | |
| فبراير ١٩٨٦ | تأليف : د/ حسين فهم | ٩٨ - قصة الأثرولوجيا |
| مارس ١٩٨٦ | تأليف : د/ محمد عماد الدين إسماعيل | ٩٩ - الأطفال مرآة للمجتمع |
| أبريل ١٩٨٦ | تأليف : د/ محمد علي الريحي | ١٠٠ - الوراثة والإنسان |
| مايو ١٩٨٦ | تأليف : د/ شاكرا مصطفى | ١٠١ - الأدب في البرازيل |
| يونيو ١٩٨٦ | تأليف : د/ رشاد الشامي | ١٠٢ - الشخصية اليهودية الإسرائيلية |
| | | والروح العدوانية |
| يوليو ١٩٨٦ | تأليف : د/ محمد توفيق صادق | ١٠٣ - التنمية في دول مجلس التعاون |
| أغسطس ١٩٨٦ | تأليف : جاك لوب | ١٠٤ - العالم الثالث وتحديات البقاء |
| | ترجمة : أحمد فؤاد بلبح | |
| سبتمبر ١٩٨٦ | تأليف : د/ إبراهيم عبدالله علوم | ١٠٥ - المسرح والتغير الاجتماعي في الخليج العربي |
| أكتوبر ١٩٨٦ | تأليف : هريوت . أ . شيلر | ١٠٦ - المتلاعبون بالعقول |
| | ترجمة : عبدالسلام رضوان | |
| نوفمبر ١٩٨٦ | تأليف : د/ محمد السيد سعيد | ١٠٧ - الشركات هامة القومية |
| ديسمبر ١٩٨٦ | ترجمة : د/ علي حسين حجاج | ١٠٨ - نظريات التعلم (دراسة مقارنة) |
| | مراجعة : د/ عطية محمود هنا | (الجزء الثاني) |
| يناير ١٩٨٧ | تأليف : د/ شاكرا عبدالحميد | ١٠٩ - العملية الإبداعية في فن التصوير |
| فبراير ١٩٨٧ | ترجمة : د/ محمد عصفور | ١١٠ - مفاهيم تقليدية |
| مارس ١٩٨٧ | تأليف : د/ أحمد محمد عبدالخالق | ١١١ - قلق الموت |
| أبريل ١٩٨٧ | تأليف : د/ جون . ب . ديكنسون | ١١٢ - العلم والمستغلون بالبحث العلمي |
| | ترجمة : شعبة الترجمة باليونيسكو | في المجتمع الحديث |
| مايو ١٩٨٧ | تأليف : د/ سعيد إسماعيل علي | ١١٣ - الفكر التربوي العربي الحديث |
| يونيو ١٩٨٧ | ترجمة : د/ فاطمة عبدالقادر النما | ١١٤ - الرياضيات في حياتنا |

- ١١٥ - معالم على طريق تحديث الفكر العربي
١١٦ - أدب أميركا اللاتينية
قضايا ومشكلات (القسم الأول)
- ١١٧ - الأحزاب السياسية في العالم الثالث
١١٨ - التاريخ النقدي للتخلف
١١٩ - قصيدة وصورة
١٢٠ - سيكولوجية اللعب
- ١٢١ - الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم
١٢٢ - أدب أميركا اللاتينية (القسم الثاني)
- ١٢٣ - ثقافة الأطفال
١٢٤ - مرض القلق
- ١٢٥ - طبيعة الحياة
- ١٢٦ - اللغات الأجنبية (تعليمها وتعلمها)
- ١٢٧ - اقتصاديات الإسكان
١٢٨ - المدينة الإسلامية
١٢٩ - الموسيقى الأندلسية المغربية
١٣٠ - التنوير الروائي
- تأليف : د / ممن زيادة
تسويق وتقديم : سيزار فرنانديث مورينو
ترجمة : أحمد حسان عبدالواحد
مراجعة : د / شاكرا مصطفى
- تأليف : د / أسامة الغزالي حرب
تأليف : د / رمزي زكي
تأليف : د / عبدالغفار مكاوي
تأليف : د / سوزانا ميلر
ترجمة : د / حسن عيسى
مراجعة : د / محمد عماد الدين إسحاقيل
- تأليف : د / رياض رمضان العلمي
تسويق وتقديم : سيزار فرنانديث مورينو
ترجمة : أحمد حسان عبدالواحد
مراجعة : د / شاكرا مصطفى
- تأليف : د / هادي نعمان المهدي
تأليف : د / دافيد . ف . شيهان
ترجمة : د / عزت شعلان
مراجعة : د / أحمد عبدالعزيز سلامة
- تأليف : فرانسيس كريك
ترجمة : د / أحمد مستحير
مراجعة : د / عبد الحافظ حلمي
- تأليف : د / تايف خوما
د / علي حجاج
- تأليف : د / إسحاقيل إبراهيم درة
تأليف : د / محمد عبدالستار عثمان
تأليف : عبدالعزيز بن عبد الجليل
- تأليف : د / زولت هارميتاي
د / ريتشارد هتون
- ترجمة : د / مصطفى إبراهيم فهمي
مراجعة : د / مختار القواهرري
- يوليو ١٩٨٧
أغسطس ١٩٨٧
سبتمبر ١٩٨٧
أكتوبر ١٩٨٧
نوفمبر ١٩٨٧
ديسمبر ١٩٨٧
يناير ١٩٨٨
فبراير ١٩٨٨
مارس ١٩٨٨
أبريل ١٩٨٨
مايو ١٩٨٨
يونيو ١٩٨٨
يوليو ١٩٨٨
أغسطس ١٩٨٨
سبتمبر ١٩٨٨
أكتوبر ١٩٨٨

| | | |
|-------------|--|---|
| نوفمبر ١٩٨٨ | تأليف : د / أحمد سليم سعيديان | ١٣١ - مقدمة لتاريخ الفكر العلمي في الإسلام |
| ديسمبر ١٩٨٨ | تأليف : د / والتر رودني ترجمة : د / أحمد القصير | ١٣٢ - أوروبا والتخلف في أفريقيا |
| يناير ١٩٨٩ | مراجعة : د / إبراهيم عثمان | ١٣٣ - العالم المعاصر والصراعات الدولية |
| فبراير ١٩٨٩ | تأليف : د / عبدالحالوق عبدالله | ١٣٤ - العلم في منظوره الجديد |
| | تأليف : روبرت م . انغروس جورج ن . ستانيسو | |
| | ترجمة : د / كمال خللاطي | |
| مارس ١٩٨٩ | تأليف : د / حسن نافعة | ١٣٥ - العرب واليونسكو |
| أبريل ١٩٨٩ | تأليف : إدوين رايشاود | ١٣٦ - اليابانيون |
| | ترجمة : ليل الجبالي | |
| | مراجعة : شوقي جلال | |
| مايو ١٩٨٩ | تأليف : د / معتز سيد عبدالله | ١٣٧ - الاتجاهات المعاصرة |
| يونيو ١٩٨٩ | تأليف : د / حسين فهميم | ١٣٨ - أدب الرحلات |
| يوليو ١٩٨٩ | تأليف : عبدالله عبدالرزاق إبراهيم | ١٣٩ - المسلمون والاستعمار الأوروبي لأفريقيا |
| أغسطس ١٩٨٩ | تأليف : إروين فروم | ١٤٠ - الإنسان بين الجوهري والمظهر (تتملك أو تكون) |
| | ترجمة : سعد زهران | |
| | مراجعة : د / لطفي فطيم | |
| سبتمبر ١٩٨٩ | تأليف : د / أحمد عثمان | ١٤١ - الأدب اللاتيني (ودوره الحضاري) |
| أكتوبر ١٩٨٩ | إعداد : اللجنة العالمية للبيئة والتنمية | ١٤٢ - مستقبلنا المشترك |
| | ترجمة : محمد كامل عارف | |
| | مراجعة : علي حسين حججاج | |
| نوفمبر ١٩٨٩ | تأليف : د / محمد حسن عبدالله | ١٤٣ - الريف في الرواية العربية |
| ديسمبر ١٩٨٩ | تأليف : الكسندرو روشكا | ١٤٤ - الإبداع العام والخاص |
| | ترجمة : د / غسان عبدالغني أبو فخر | |
| يناير ١٩٩٠ | تأليف : د / جمعة سيد يوسف | ١٤٥ - سيكولوجية اللغة والمرص العقلي |
| فبراير ١٩٩٠ | تأليف : خيروي غانشف | ١٤٦ - حياة الرعي الفني (دراسات في تاريخ الصورة الفنية) |
| | ترجمة : د / نوفل نيوف | |
| | مراجعة : د / سعد مصطوح | |
| مارس ١٩٩٠ | تأليف : د / فؤاد مُرمي | ١٤٧ - الرأسمالية تجد نفسها |

- ١٤٨ - علم الأحياء والأندولوجيا والطبيعة البشرية
تأليف : ستيفن روز وآخرين
ترجمة : د / مصطفى إبراهيم فهمي
مراجعة : د / محمد عصفور
أبريل ١٩٩٠
- ١٤٩ - مائة الحروب الصليبية
تأليف : د / قاسم عبده قاسم
مايو ١٩٩٠
- ١٥٠ - حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي
«الجوانب البيئية والتكنولوجية والسياسية»
ترجمة : عبد السلام رضوان
يونيو ١٩٩٠
- ١٥١ - تجارة المحيط الهندي في عصر السيادة الإسلامية
تأليف : د / شوقي عبد القوي عثمان
يوليو ١٩٨٩
- ١٥٢ - التلوث مشكلة العصر
تأليف : د / أحمد مدحت إسلام
أغسطس ١٩٩٠
- (ظهر هذا العدد في أغسطس ١٩٩٠ ، وانقطعت السلسلة بسبب
العنوان الغائب ، ثم استؤنفت في شهر سبتمبر ١٩٩١ بالعدد ١٥٣)
- ١٥٣ - الكويت والتنمية الثقافية العربية
تأليف : د / محمد حسن عبدالله
سبتمبر ١٩٩١
- ١٥٤ - النقطة المتحولة : أربعون عاما في
استكشاف المسرح
تأليف : بيتر بروك
أكتوبر ١٩٩١
- ١٥٥ - مؤثرات عربية وإسلامية في الأدب الروسي
ترجمة : فاروق عبدالقادر
نوفمبر ١٩٩١
- ١٥٦ - القصاصي : كيف نفهمه ونساعده ،
دليل للأسرة والأصدقاء
تأليف : سيلفانو آربي
ديسمبر ١٩٩١
- ١٥٧ - الاستشراق في الفن الرومانسي الفرنسي
ترجمة : د / عاطف أحمد
يناير ١٩٩٢
- ١٥٨ - مستقبل النظام العربي بعد أزمة الخليج
تأليف : د / زينبات البيطار
فبراير ١٩٩٢
- ١٥٩ - فكرة الزمان عبر التاريخ
ترجمة : فؤاد كامل عبدالعزيز
مارس ١٩٩٢
- مراجعة : شوقي جلال
- ١٦٠ - ارتفاع القيم (دراسة نفسية)
تأليف : د / عبداللطيف محمد عليفة
أبريل ١٩٩٢
- ١٦١ - أمراض الفقر
تأليف : د / فيليب عطية
مايو ١٩٩٢
- (المشكلات الصحية في العالم الثالث)
- ١٦٢ - القومية في موسيقا القرن العشرين
تأليف : د / سمحة الخولي
يونيو ١٩٩٢
- ١٦٣ - أسرار النوم
تأليف : ألكسندر بوريلي
يوليو ١٩٩٢
- ترجمة : د / أحمد عبدالعزيز سلامة
- ١٦٤ - بلاغة الخطاب وعلم النص
تأليف : د / صلاح فضل
أغسطس ١٩٩٢
- ١٦٥ - الفلسفة المعاصرة في أوروبا
تأليف : إ. م. بوشنسكي
سبتمبر ١٩٩٢
- ترجمة : د / عزت قرني

| | | |
|-------------|---|---|
| أكتوبر ١٩٩٢ | تأليف : د/ فايز قنطار | ١٦٦ - الأمومة : نمو العلاقات بين الطفل والأم |
| نوفمبر ١٩٩٢ | تأليف د/ محمود المقداد | ١٦٧ - تاريخ الدراسات العربية في فرنسا |
| ديسمبر ١٩٩٢ | تأليف : توماس كون ترجمة : شوقي جلال | ١٦٨ - بنية الثورات العلمية |
| يناير ١٩٩٣ | تأليف : د/ الكسندر ستيفشيتش ترجمة : د/ محمد م. الأرنؤوط | ١٦٩ - تاريخ الكتاب (القسم الأول) |
| فبراير ١٩٩٣ | تأليف : د/ الكسندر ستيفشيتش ترجمة : د/ محمد م. الأرنؤوط | ١٧٠ - تاريخ الكتاب (القسم الثاني) |
| مارس ١٩٩٣ | تأليف : د/ علي شلش | ١٧١ - الأدب الأفريقي |
| أبريل ١٩٩٣ | تأليف : آلان بونيه ترجمة : د/ علي صبري فرغلي | ١٧٢ - الذكاء الاصطناعي واقعه ومستقبله |
| مايو ١٩٩٣ | أشرف على التحرير جفري بارندر ترجمة : د/ إمام عبدالفتاح إمام مراجعة : د/ عبدالغفار مكاوي | ١٧٣ - المعتقدات الدينية لدى الشعوب |
| يونيو ١٩٩٣ | تأليف : ناهدة البقصمي | ١٧٤ - الهندسة الوراثية والأخلاق |
| يوليو ١٩٩٣ | تأليف : مايكل أرجايل ترجمة : د/ فيصل عبدالقادر بونس مراجعة : شوقي جلال | ١٧٥ - سيكولوجية السعادة |
| أغسطس ١٩٩٣ | تأليف : دين كيث سايمنتن ترجمة : د/ شاكرا عبدالحاميد مراجعة : د/ محمد عصفور | ١٧٦ - العبقرية والإبداع والقيادة |
| سبتمبر ١٩٩٣ | تأليف : د/ شكري محمد عياد | ١٧٧ - المذاهب الأدبية والنقدية عند العرب والغربيين |
| أكتوبر ١٩٩٣ | تأليف : د/ كارل ساغان ترجمة : نافع أيوب لبس مراجعة : محمد كامل عارف | ١٧٨ - الكون |
| نوفمبر ١٩٩٣ | تأليف : د/ أسامة سعد أبو سريع | ١٧٩ - الصداقة (من منظور علم النفس) |

سلسلة عالم المعرفة

عالم المعرفة سلسلة كتب ثقافية تصدر في مطلع كل شهر ميلادي عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - دولة الكويت - وقد صدر العدد الأول منها في شهر يناير عام ١٩٧٨ .

تهدف هذه السلسلة إلى تزويد القارئ بمادة جيدة من الثقافة تغطي جميع فروع المعرفة ، وكذلك ربطه بأحدث التيارات الفكرية والثقافية المعاصرة . ومن الموضوعات التي تعالجها تأليفاً وترجمة :

١ - الدراسات الإنسانية : تاريخ - فلسفة - أدب الرحلات - الدراسات الحضارية - تاريخ الأفكار .

٢ - العلوم الاجتماعية : اجتماع - اقتصاد - سياسة - علم نفس - جغرافيا - تخطيط - دراسات استراتيجية - مستقبلات .

٣ - الدراسات الأدبية واللغوية : الأدب العربي - الآداب العالمية - علم اللغة .

٤ - الدراسات الفنية : علم الجمال وفلسفة الفن - المسرح - الموسيقى - الفنون التشكيلية والفنون الشعبية .

٥ - الدراسات العلمية : تاريخ العلم وفلسفته ، تبسيط العلوم الطبيعية (فيسزيكس ، كيمياء ، علم الحياة ، فللك) - الرياضيات التطبيقية (مع الاهتمام بالجوانب الإنسانية لهذه العلوم) والدراسات التكنولوجية . أما بالنسبة لنشر الأعمال الإبداعية - المترجمة أو المؤلفة - من شعر وقصة ومسرحية فأمر غير وارد في الوقت الحالي .

وتحرص سلسلة عسالم المعرفة على ان تكون الأعمال المترجمة حديثة النشر.

وترحب السلسلة باقتراحات التأليف والترجمة المقدمة من المتخصصين ، على أن تكون مصحوبة بنسخة وافية عن الكتاب وموضوعاته وأهميته ومدى جدته ، وفي حالة الترجمة ترسل صفحة الغلاف والمحتويات ، كما ترفق مذكرة بالفكرة العامة للكتاب . وفي جميع الحالات ينبغي إرفاق سيرة ذاتية لمترجم الكتاب تتضمن البيانات الرئيسية عن نشاطه العلمي السابق .

وفي حال الموافقة والتعاقد على الموضوع / المؤلف أو المترجم - تصرف مكافأة للمؤلف مقدارها ألف دينار كويتي ، وللمترجم مكافأة بمعدل خمسة عشر فلساً عن الكلمة الواحدة في النص الأجنبي أو تسعمائة دينار أيهما أكثر بالإضافة إلى مائة وخمسين ديناراً كويتياً مقابل تقديم المخطوطة - المؤلفة و المترجمة - من نسختين مطبوعتين على الآلة الكاتبة .



الاشتراك السنوي : وهو مقصور على الفئات التالية :

- المؤسسات والهيئات داخل الكويت ١٠ دنانير كويتية
- المؤسسات والهيئات في الوطن العربي ١٢ ديناراً كويتياً
- المؤسسات والهيئات خارج الوطن العربي ٨٠ دولاراً أمريكياً
- الأفراد خارج الوطن العربي ٤٠ دولاراً أمريكياً

الاشتراكات :

ترسل باسم الأمين العام للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

ص . ب : ٢٣٩٩٦ الصفاة/ الكويت - 13100

برقيا : ثقف - تلکس : ٤٤٥٥٤ TLX. NO. 44554 NCCAL

فاكسميلي : ٤٨٧٣٦٩٤

طبع من هذا الكتاب أربعون ألف نسخة

مطابع الميامة . الكويت



General Organization of the Arab League
Beirut, Lebanon

هذا الكتاب

«إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب أن نقدم للقارئ العربي ونعرض له صورة من صور التقدم المعاصر في دراسة مشكلات الطفل وعلاج اضطراباته».

بهذه العبارة يستهل المؤلفون مقدمتهم لهذا الكتاب الذي يتكون من عدد متنوع من الفصول والملاحق عن دور ما يسميه المؤلفون «العلاج السلوكي متعدد المحاور».

ثلاثة من خبراء الصحة النفسية والعلاج السلوكي يجمعهم اهتمام مشترك بالاتجاه السلوكي في العلاج النفسي يقدمون لنا - من خلال خلفياتهم الأكاديمية وخبراتهم العملية في الممارسة العلاجية في العالم العربي - بلورة نظرية وعملية عن دور هذا الاتجاه في علاج عدد متنوع من اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية بما فيها القلق، والمخاوف المرضية والاكتئاب، والميول الانتحارية، والتخريب، وإيقاع الأذى بالنفس، والعدوان... إلخ. كل ذلك من خلال العرض الواعي لعدد متنوع من الأساليب السلوكية، والحالات الفردية المدروسة التي راعى المؤلفون في تقديمها أن تحقق توازناً مطلوباً بين النظرية والحلول العملية. ومن ثم فإن القارئ - أي قارئ - يجمعه الاطلاع على أنواع مشكلات الطفل، وكيف تكونت؟ وماذا نستطيع أن نفعل حيالها خطوة خطوة؟، سيجد في هذا الكتاب ملتمى للعديد من الإجابات.

سعر النسخة

| | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| الكويت : ٧٥٠ فلساً | ليبيا : دينار واحد | اليمن : ٨٠٠ فلس |
| السعودية : ١٢ ريالاً | المغرب : ١٥ درهماً | السودان : ١٠ جنيهات |
| الأردن : دينار واحد | تونس : دينار ونصف | البحرين : دينار واحد |
| سوريا : ٥٠ ليرة | الجزائر : ٢٠ ديناراً | قطر : ١٦ ريالاً |
| لبنان : ٢٠٠٠ ليرة | مصر : جنيهان | عمان : ريال واحد |
| | | الإمارات المتحدة : ١٠ دراهم |

To: www.al-mostafa.com