

الفصل التاسع

تقنيات العلاج النفسي للأطفال

«المقاربات النفسية في علاج الأطفال»

يبحث هذا الفصل في عدد من تقنيات العلاج النفسي للأطفال ، وقد تبين معنا أن بعض الطرق العلاجية تناسب اضطراباً معيناً. وسوف ننظر هنا إلى أكثر الطرق والتقنيات استخداماً مستعرضين البحوث والنظريات التي استندت إليها وبينت نتائجها. أما عن فعالية هذه التقنيات العلاجية فسنبينها في فقرة مستقلة .

اتجاهات علم النفس المرضي وطرق معالجة الأطفال :

هناك عدداً من النماذج والنظريات المتنوعة في علم النفس المرضي وفي تفسير الاضطرابات النفسية وعلاجها. وكما تبين لنا في الفصل الأول ، أن هناك تقنيات وطرق متنوعة في علاج الأمراض النفسية ، يستند إلى تلك النظريات في علم النفس. لم يعد الاعتماد على الاتجاه الطبي في معالجة الأطفال ، كما كان الأمر في السابق. وعلى الرغم من أن هذا الاتجاه في تفسير السلوك الشاذ والاضطراب النفسي يعتمد على فرضية كون هذا السلوك ، ينتج عن خلل عضوي ، فإن هناك أمثلة عديدة لأشكال واتجاهات تعتمد أيضاً الاتجاه الطبي. وأوضح مثال على ذلك: الاتجاه النفسي الديناميكي .Psychodynamic

لقد تطورت طرق المعالجة النفسية ومقرباتها خلال السنوات الأخيرة ، ومعظم هذه التقنيات أو الطرق تستند إلى أسس نظرية متنوعة . إن الاختلافات في نماذج المعالجة الطبية تعود إلى الاتجاهات النظرية التي بحثت الاضطرابات النفسية . والافتراض النظري الأولي للسلوك الشاذ أو الاضطراب النفسي ، كان يعتبره اضطراباً جسماً وأن علاج المرض النفسي يشبه علاج المرض الجسدي ، وأنه يجب اتباع الطرق الطبية في معالجته . إن الاتجاه السيكودينامي قد نظر إلى السلوك الشاذ على أنه يشبه أعراض المرض العضوي ، وكما أن الأعراض الجسمية ناتجة عن خلل جسدي وعضوي ، فإن السلوك الشاذ ينظر إليه على أنه عرض لخلل أساسي مرضي يقف خلفه ، وهذا الخلل في الحقيقة : نفسي في طبيعته وناتج عن صراعات وعقد نفسية وعمليات كبت وتثبيت . وقد كان لهذا الاتجاه أثره الكبير في علم النفس العلاجي والمرضي وفي الطب النفسي ولعب دوراً هاماً في فهم السلوك المنحرف والاضطراب النفسي . من جهة أخرى فإن جميع طرق المعالجة التحليلية النفسية التي تتبع في علاج الأطفال والراشدين ، إنما نتجت عن هذا الاتجاه والتفسير في تشخيص الاضطرابات النفسية وفي فهمها ، وذلك من خلال التركيز على الأسباب الأساسية والعميقة التي تقف خلف السلوك المرضي سواء كانت عن طريق التفكير والكلام أي التواصل اللفظي بالنسبة للراشدين أو عن طريق اللعب والعمل بالنسبة للأطفال .

أما الاتجاه الثاني الذي ساد في منتصف هذا القرن ، وهو الاتجاه المتمركز حول العميل أو المريض . هذا الاتجاه الذي يعكس الدور الإيجابي للفرد ودفاعيته نحو النمو ، وقدرته على أن يتصرف بطريقة يرفع فيها من قيمة ذاته . إن السلوك الشاذ أو الأعراض النفسية ، هي نتيجة للخبرة التي مر بها الشخص خلال تفاعله مع بيئته . ويفسر الاضطراب والسلوك المرضي على أنه نتيجة لخبرة مر بها الفرد في حياته ولم تنسجم مع منظومة خبراته السابقة التي توافق نموه الذاتي الطبيعي ، فيحدث السلوك الشاذ . إن العلاج وفقاً لهذا الاتجاه هو في تقديم توجيه ودعم وتسهيل للمريض من أجل أن يطور ذاته وأن يحققها ،

وأن ينمي قدراته على التكيف . ومن أبرز ممثلي هذا الاتجاه ومؤسسيه كارل روجرز .

الاتجاه الثالث ، وهو السلوكي ، الذي ينظر للسلوك الشاذ والأعراض المرضية على أنها ناتجة عن التعلم وعوامل بيئية . إن التركيز على العوامل البيئية (الخارجية) بدلاً من العوامل الداخلية ، تنظر إلى المتغيرات البيئية على أنها سبب الاضطراب والسلوك المنحرف وهي التي تحافظ عليه وتجعله مزمناً . ووفقاً لهذا التفسير فإن العلاج يجب أن يتركز أساساً على السلوك الشاذ وغير التكيفي وتعديله (أي التركيز على الأعراض) بدلاً من التركيز على الطبيعة الداخلية . ولذلك تطبق تقنيات العلاج السلوكي التي تعتمد مبادئ التعلم (المثبتة تجريبياً) وذلك لمعالجة أشكال السلوك المنحرف . وقد اعتمد عدد كبير من المعالجين النفسيين هذا الاتجاه وتقنياته العلاجية في معالجة اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم النفسية .

أما الاتجاه الآخر الذي نذكره ، فهو النموذج أو الاتجاه الأسري ، الذي يفسر السلوك المرضي استناداً إلى الأسباب الأسرية أو العائلية بدلاً من الفرد ذاته . والعلاج استناداً لهذا الاتجاه هو في التركيز على العائلة وظروفها أكثر منه على العوامل الدينامية والداخلية .

في الواقع لكل معالج نفسي نموذج واتجاهه النظري الذي يعتمد عليه في تفسير الاضطراب وفي علاجه . وهذه النماذج جميعها متشابهة مع تلك التي سنشرحها الآن . والمهم هو أنها ذات تأثير كبير في فهم السلوك المرضي وعلاجه عند الأطفال .

طرق أو تقنيات علاج الطفل (نظرة عامة):

إن أكثر تقنيات وطرائق العلاج النفسي المستعملة مع الأطفال ، هي العلاج باللعب Play Therapy (والعلاج النفسي الفردي مع الأطفال الأكبر سناً) ، والعلاج الأسري أو علاج العائلة Family Therapy ، وتعديل السلوك Behavior Modification . وكما هو الحال في الاتجاهات والنماذج التي تستند إليها ، فإن هذه الطرق تظهر اختلافاً فيما بينها . مثلاً هناك عدداً من طرق

العلاج باللعب ، أكثرها استعمالاً طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العمل أو الطفل ، واللعب ذو الاتجاه التحليلي لِنفسي والتي تستخدم مع طفل أو مع مجموعات من الأطفال . وكذلك الأمر بالنسبة لتقنية العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، فهي أيضاً تضم عدداً من الطرق مثل الأشراف الإجرائي ، والتعلم بالقدوة أو بملاحظة النموذج ، وطريقة خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، والعلاج السلوكي المعرفي . وهناك عدة طرق تدخل أيضاً في تقنية علاج العائلة تعكس الدور الذي تلعبه الأسرة في نشوء الاضطراب النفسي عند الطفل وكيفية تعامله مع مشكلاته .

إن العديد من طرق العلاج النفسي المستعملة في معالجة الراشدين قد تم تطبيقها في معالجة الأطفال والمراهقين ، وما تزال هناك طرق تستند إلى أسس نظرية مختلفة وتطبق على الأطفال والراشدين أيضاً . ويجب أن يتضح لنا أن العلاج النفسي للطفل غالباً ما يتضمن تطبيق سلسلة أو مجموعة من التقنيات العلاجية ، التي سنشرحها في هذا الفصل .

فعالية العلاج النفسي :

لقد اتجه عدد كبير من علماء النفس والمعالجين النفسيين إلى الاعتقاد بفعالية العلاج النفسي ، في حين تساءل بعضهم الآخر عن مدى فعالية الطرق النفسية في المعالجة ، وإذا كانت هذه الطرق فعالة فعلاً ، فلماذا هي كذلك !؟

إن المحاولات الأولى للإجابة عن هذه التساؤلات ، قد بحثت على الراشدين ، وسنستعرض الآن أهم هذه النتائج والبحوث .

بعض المتطلبات الدنيا للعلاج النفسي ، نتائج بحوث :

إن أبسط تصميم يقدم لنا أحكاماً ونتائج عن فعالية العلاج ، هو تصميم جماعة الضبط العلاجي ، حيث تتلقى مجموعة واحدة من الأفراد المرضى بعض أشكال العلاج النفسي ، في حين لا تتلقى أفراد المجموعة الثانية من المرضى أي علاج . وعادة يتم تقويم كلا المجموعتين وفقاً لمتغيرات عديدة على أساس التغيير الذي حصل في السلوك باعتباره دالاً على العلاج ، وذلك

قبل وبعد تحديد ما إذا كانت المجموعة العلاجية قد أظهرت تغيراً وتحسناً بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. إن المجموعة الضابطة في هذا التصميم وضعت من أجل معرفة ما إذا كان بالإمكان أن تتغير أو تتحسن بدون تلقي علاج ، أو يكون تغيرها وتحسنها ناتجاً عن النضج والتعلم والبيئة أو أي عامل آخر. فالمجموعة الضابطة بدقة يجب أن تكون قابلة للمقارنة مع المجموعة التي تتلقى العلاج ، كما أن أفرادها يجب أن يكونوا كأفراد المجموعة التجريبية من حيث إنهم يعانون من نفس المشكلات والاضطرابات السلوكية تماماً وباستخدام نفس طرق التشخيص والقياس ، وأن يتمائلا من حيث دافعتهم ورغبتهم في العلاج. قد يكون من الصعب خلال الممارسة العلاجية أن نجد مجموعتين تجريبية وضابطة ، متماثلتين من حيث جميع هذه المتغيرات ، وذلك بسبب عوامل سلافية أو ثقافية اجتماعية أو لأسباب عملية. ولكن التشابه ضروري إذا أردنا الوصول إلى أحكام ونتائج ذات مغزى. فإذا كانت المجموعتان قابلتين للمقارنة في كل المظاهر ، وتم تقييمها قبل العلاج وبعده في المتغيرات السلوكية المناسبة ، وإذا لوحظ أن أفراد المجموعة التي تلقت العلاج قد تغيرت بدرجة ذات مغزى ودلالة إحصائية ، أكبر من أفراد المجموعة الضابطة ، نتوصل عندها إلى نتيجة حول فعالية العلاج النفسي المتبع.

إن مثل هذا التصميم التجريبي يتيح لنا مقارنة أكثر من طريقة علاجية واحدة ، كما يتيح لنا الانتباه إلى عوامل عديدة ومتغيرات متنوعة قد تلعب دوراً في العلاج. ولكن يجب الانتباه إلى أنه ، على الرغم من أن تصميم المجموعة التجريبية والضابطة يمثل المتطلبات الدنيا اللازمة لدراسة فعالية العلاج النفسي ، فإنه ما يزال أدنى من النموذج المثالي المأمول في الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بفعالية العلاج النفسي. إن هذه الحدود والنواقص سنبحثها في فقرة لاحقة.

فعالية العلاج النفسي للراشدين :

في بحث كلاسيكي حاول أيزنك عام ١٩٥٩ ، أن يحدد ما إذا كانت النسبة

المثوية المثوية من المرضى الذين تحسّنوا بالعلاج ، أعلى من النسبة المثوية للذين تحسّنوا بشكل تلقائي (حيث تخفني الأعراض بدون تلقي علاج). واستناداً إلى نتائج دراستين ، قدر النسبة المثوية للتحسن الموجود عند المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً نفسياً نظامياً ، فتوصل إلى أنه من الممكن أن يحدث التحسن تلقائياً بنسبة ٣/٢ من المرضى العصبيين بدون أي شكل من أشكال العلاج. وقد بين صعوبة استخدام مجموعات ضابطة ، وأنه لم يكن متاحاً استخدام مجموعات ضابطة أفضل. واستناداً إلى التحسن التلقائي الذي ظهر في دراسته ، توصل إلى أنه ، من أجل أن يكون العلاج النفسي فعالاً ، من الضروري أن نجد نسبة أكبر من ٣/٢ من المرضى العصبيين قد تحسّنوا بعد تلقيهم العلاج. أي يجب أن تفوق النسبة ٢ من كل ٣ أشخاص تلقوا العلاج حتى نؤكد على فعاليته. فالغير الذي يعزى إلى المعالجة ، يجب أن يحدث بدرجة أكبر من التحسن أو التغير الذي حصل بشكل تلقائي دون علاج. ومن خلال تقويم نتائج ١٩ دراسة في الآداب النفسية ، وجد أن ٦٤٪ حتى ٦٦٪ من المرضى الذين تلقوا العلاج قد تحسّنوا. وقد انتهى أيزنك للقول أن نتائج هذه الدراسات تقدم دليلاً بسيطاً وغير كاف على فعالية العلاج النفسي للراشدين .

بالرغم من ذلك فقد تعرضت دراسة أيزنك للعديد من الانتقادات التي ركزت على فشل إظهار أن المرضى في المجموعات الضابطة قابلين للمقارنة ، فمرضى المجموعة الضابطة ربما يكونوا قد تلقوا نوعاً من أنواع العلاج حتى لو كان علاجاً غير نظامي كما هو الحال في التجريبية. والنقد الآخر الذي تعرض له ، هو أن المعيار الذي اعتمده في قياس التحسن وتقديره في المجموعتين الضابطة والتجريبية لم يكن هو نفسه ، ولم يكن متشابهاً. وكما أن دراسات أخرى قد فشلت في إظهار كون التحسن التلقائي يصل إلى هذه الدرجة المرتفعة ٣/٢ كما توصل إليها أيزنك (Bergen 1978) .

لقد بين لامبرت من خلال فحصه معطيات البحوث المتعلقة بالتحسن التلقائي ، أن أفضل تقدير لمعدل الشفاء التلقائي هو ٤٣٪ تقريباً بالنسبة للأفراد الذين لم يعالجوا untreated ، وحوالي ٥٣٪ للذين تلقوا حداً أدنى من

العلاج receiving minimal . وبالرغم من أن أيزنك لم يثبت فعالية العلاج النفسي ، فإن عدم دقة منهجه وطريقته في البحث ، تجعل من الصعب تفسير نتائجه . من هنا إذا أردنا دراسة فعالية العلاج النفسي ، علينا أن نضع أسئلتنا بدقة وبوضوح معتمدين منهج بحث وطريقة دقيقة للإجابة عن أسئلتنا .

فعالية العلاج النفسي للأطفال :

في دراسة تشبه دراسة أيزنك قام العالم ليفت Livett في دراسة مبكرة (١٩٥٩) بتقدير فعالية العلاج النفسي المطبق على الأطفال عن طريق فحص عدة دراسات قدمت معلومات ونتائج عن المعالجة النفسية . وقد غطت هذه الدراسات أطفالاً تتراوح أعمارهم بين مرحلة ما قبل المدرسة حتى الثانية عشرة من العمر ، وعدد قليل من أفراد الثامنة عشرة (متوسط العمر ١٠ سنوات) وأكثر الأطفال الذين تلقوا العلاج في هذه الدراسات كانوا يعانون من اضطرابات عصابية . وقد بين ليفت أن ٦٧٪ منهم قد تحسّنوا بعد العلاج ، ومع أن النسبة العليا قد تحسّنت بعد المتابعة ، فقد افترض ليفت أنه قد يتطلب الأمر وقتاً حتى بعد نهاية العلاج لكي تظهر آثاره وفعالته . وسيلاحظ أن هذا الشكل من التحسن يشبه تماماً شكل ومستوى التحسن الذي وجده أيزنك في دراسته على الراشدين . وقد لاحظ ليفت آياً أن هناك عدة متغيرات من دراسة إلى أخرى يجب الانتباه إليها . مثلاً في الدراسة التي أظهرت تحسناً ضعيفاً جداً ، كان هناك ٤٣٪ قد أظهروا تحسناً ، وفي أفضل النتائج كانت النسبة ٨٥٪ قد أظهروا تحسناً جيداً ، ويعني هذا أن هناك درجة هامة من التغير والمتغيرات في فعالية العلاج النفسي للطفل . إن المعدل الوسطي للتحسن بعد العلاج كان ٦٧٪ من الأطفال .

لقد حاول ليفت ، كما فعل أيزنك أن يحصل على مجموعة ضابطة بهدف تقويم وقياس التحسن الحاصل بدون علاج . ومن أجل المقارنة فقد اختار أن يعتمد على معطيات مستمدة من العيادات النفسية حول أطفال قدموا للعيادة طالبين المساعدة ولكنهم لم يخضعوا للعلاج ، وقد اعتبرهم مجموعة ضابطة ، كما اعتمد على دراستين قدمتا معطيات عن المتابعة ، أظهر فيه

الأطفال تحسناً. لقد كان معدل التحسن ٧٢٪ وتستعمل هذه النسبة كحد أدنى قاعدي لفعالية العلاج النفسي للطفل. واستناداً إلى التحسن الذي بلغت نسبته ٧٦٪ من الأطفال الذين عولجوا ، و٧٢٪ الذين لم يتم علاجهم ، يبدو أن الأطفال الذين خضعوا للعلاج بشكل دقيق ومنظم ليسوا أفضل من الذين لم يتلقوا علاجاً من أي نوع. واستناداً إلى هذه المقارنة قال ليفيت: يبدو الآن أن ما توصل إليه أيزنك حول فعالية العلاج النفسي على الراشدين ينطبق على الأطفال أيضاً ، فالنتائج لم تدعم الفرضية القائلة بأن الأطفال العصبيين قد تحسنوا بعد العلاج النفسي. وقد نشر ليفيت نتائج بحوثه هذه ، والجدول التالي يمثل نتائج المعطيات التي توصل إليها:

التحسن	العينة	المجموعة الإكلينيكية المشخصة "الاضطراب"
٦٧٪	٣٥٣٩	١ - العصاب
٦٥٪	٢٥٢	٢ - الذهان
٦٦٪	٥١٤٠	٣ - مجموعات عامة أخرى
٧٨٪	٤٢١٩	٤ - عصبيين مع متابعة

لقد قدم (ليفيت) في بحثه بعض المعلومات عن نوعية العلاج النفسي الذي تلقاه الأطفال ، وذلك حين تفسيره لنتائجه ، وذكر أن المتخصصين الذين يقدمون المعالجة هم أطباء نفسيون وعلماء نفس إكلينيكين ، وأخصائيون في الخدمة الاجتماعية ، وفريق كامل. وقد استخدم هؤلاء تقنيات وطرق علاجية متنوعة مثل: الإرشاد ، التوجيه ، التوصيات والنصح للمدارس والأهل ، وفي

بعض الحالات يتم التركيز على الطفل في العلاج ، وقد يتم التركيز على الأب والأم أو بيئة الطفل في حالات أخرى .

يجب الانتباه إلى أن التوصل إلى نتائج عن فعالية العلاج النفسي ، يرتبط بمتغيرات وخصائص عديدة يجب أخذها بعين الاعتبار مثل خصائص المعالج النفسي واتجاهه النظري ، وطبيعة المداخلة العلاجية أو طريقة العلاج ، وكذلك منهج الدراسة أو طريقة البحث .

هناك دراسات أخرى عديدة استخدمت مجموعات ضابطة وتجريبية على الأطفال الذين يعانون اضطرابات نفسية متنوعة ، بينت تحسن هؤلاء بعد العلاج باستخدام تقنيات علاجية متنوعة ، ولكن هذه النسبة من الأطفال الذين تحسنوا قد لا تكون عالية (Shepherd 1971) . إن الكثير من هذه الدراسات لم تأخذ بالاعتبار طريقة العلاج المتبعة ، أو طبيعة المريض والمعالج . من هنا نعود الآن للتصريح ثانية وبشكل أكثر دقة حول فعالية العلاج النفسي ، بعد أن استعرضنا نتائج الدراسات حول هذا التساؤل .

إعادة التصريح عن سؤالنا حول فعالية العلاج النفسي :

لقد حاول عدد من الباحثين فحص التساؤل العام عن فعالية العلاج النفسي ، بالرغم من قيمته المحدودة ، وذلك لأن مصطلح العلاج النفسي يعزى إلى طرائق وتقنيات متنوعة ، ولأن هناك عدداً من العوامل والمتغيرات المؤثرة سواء من المعالج أو المريض أو الموقف العلاجي . وقد بين كيسلر أن هناك عدة أساطير في آداب علم النفس والعلاج النفسي حول فعالية المعالجة النفسية للأطفال والراشدين ، هذه بعضها :

١ - أسطورة اتساق المريض Patient uniformly myth ويعني هذا أن المرضى في بداية المعالجة أكثر تشابهاً فيما بينهم ، أي يكونوا متجانسين أكثر منهم مختلفين . ويبدو هذا من خلال جمع المرضى مع بعضهم لهدف البحث بغض النظر عن طبيعة مشكلاتهم ، وبالتالي فالطريقة ستؤدي إلى نتائج بحث غير ذات مغزى . وقد لاحظ كيسلر أنه حتى لو تشابه المرضى حين إدخالهم المعالجة ، إلا أنهم يختلفون كثيراً ، وأكثر مما يتشابهون . فجمع مثل هؤلاء الأفراد معاً

وعدم أخذ الفروق الفردية بعين الاعتبار يضع الباحث في موقف ضعيف حين التساؤل عن فعالية العلاج بالنسبة لأي منهم . إن تقنية علاجية ما قد تكون فعالة لمريض ما ولكنها ليست كذلك بالنسبة للآخر من نفس المجموعة .

١ - أسطورة اتساق المعالج Therapist uniformity myth يعني أن المعالجين النفسيين الذين يعالجون هؤلاء المرضى أو يجرون بحوثهم عليهم ، ينظر إليهم على أنهم متشابهون أكثر منهم مختلفون . وهكذا نركز على التشابه بين المعالجين ونهمل الاختلاف . ويفترض كيسلر أن هناك فروقاً فردية هامة بين المعالجين والباحثين مما يؤثر في فعالية العلاج ونمطه ؛ لأننا نهمل الفروق الفردية بينهم وهذا متغير هام جداً في إبراز فعالية المعالجة . وقد توصل بيرجن Bergin بعد دراسة مطولة إلى النتيجة التالية : إن العلاج النفسي قد يجعل الناس أحسن تكيّفاً أو أسوأ تكيّفاً بدلاً من المقارنة مع أناس لم يتلقوا علاجاً نفسياً . وقد لاحظ بيرجن أنه على الرغم من عدم وجود فروق بين المجموعات التي عولجت والتي لم تعالج ، فإن هناك فروقاً ذات مغزى بين متغير المجموعة .

إن اكتشاف كون العلاج قد يجعل بعض المرضى أسوأ تكيّفاً ، إنما يعزى إلى التدهور التدريجي المتعارض مع النظرة التقليدية بأن العلاج يمكنه المساعدة فقط وتحسن الحالة . إن البحوث الحديثة تستمر محاولة التأكد من ظاهرة أثر التدهور التدريجي هذه . وقد بينت بعض الدراسات أن التحسن أو التدهور في العلاج قد يرتبط بعدد من المتغيرات والعوامل ، مثلاً ، المرضى الذين ينظرون إلى معالجيهم على أنهم على مستوى عال من العبقرية وأنهم متعاطفون ، يميلون إلى التحسن ، في حين أن الذين ينظرون إلى معالجيهم على أنهم من مستوى منخفض وغير متعاطفين معهم ، يميلون إلى التدهور وعدم التحسن . وهناك دراسات أخرى افترضت وجود علاقة بين صفات المرضى وخصائصهم وبين التحسن أو عدمه أو التأخر . ولمثل هذه الدراسات أهمية تطبيقية عالية وخاصة في فهم نتائج الدراسات التي تجرى حول فعالية العلاج النفسي كدراسة أيزنك وليفيت السابق ذكرهما . والتي تجد فروقاً بين

المرضى الذين عولجوا والذين لم يعالجوا. فإذا كان صحيحاً أن بعض المرضى تحسّنوا ، وأن بعضهم ساءت حالته ، عندها قد نتوقع أن نجد فروقاً قليلة بين المفحوصين الذين عولجوا (المجموعة التجريبية) والذين لم يعالجوا (المجموعة الضابطة). ويصبح السؤال من الذي تحسن وتمت مساعدته ، ومن الذي ساءت حالته ، ثم ما هي المتغيرات والعوامل الخاصة بصفات المعالج وتقنيات العلاج المرتبطة بالتغير الحاصل (سواء كان نحو الأفضل أم نحو الأسوأ) لذلك من المناسب أن يكون تساؤلنا على الشكل التالي: ما هو نوع العلاج الفعال مع نوع معين من المرضى ، وأي نوع من المعالجات وتحت أي ظروف وشروط؟ إن مثل هذا التساؤل يفيدنا عملياً ، بدلاً من السؤال التقليدي عن فعالية العلاج النفسي من هنا يكون تساؤلنا الجيد آخذاً بالاعتبار نوع المعالجات ، ونوع المعالجين ، وشرط المعالجة وطريقة العلاج. إن الإجابة عن مثل هذا التساؤل تتضمن استعمال تعميمات تجريبية متنوعة ذات طبيعة عاملية بدلاً من المقارنة مع مجموعة ضابطة.

لسوء الحظ فإن الدراسات التجريبية وفقاً للتساؤل الجديد ، قد أجريت على الراشدين من المضطربين ، وتوصلت إلى نتائج هامة ، إلا أنها لم تجرَ على المضطربين من الأطفال ، لأن مجال علم نفس الطفل المرضي ، يتقدم بخطى بطيئة منذ عام ١٩٦٠ بالمقارنة مع علم نفس الراشدين المرضي والعلاجي.

التقنيات والطرق التقليدية في العلاج النفسي للأطفال:

سنبحث بشيء من التفصيل طبيعة تقنيات العلاج النفسي للأطفال وفعاليتها.

طبيعة العلاج النفسي للأطفال:

بالرغم من أن الراشدين أكثر قدرة على التعبير عن أنفسهم ومشاعرهم وصراعاتهم عن طريق اللغة ، فإن الطفل أكثر تعبيراً عن نفسه من خلال اللعب. ولهذا السبب توجد عدة طرق للعلاج باللعب عند الأطفال مصممة للصغار الذين لا يمكنهم الاستفادة من الطرق التي تعتمد على اللغة والتواصل اللفظي كما

هو الحال مع الكبار . وقد وضع توما Tuma (١٩٨٢) أن العلاج باللعب هو النموذج السائد والمستعمل مع أطفال عموماً الذين لم يبلغوا المراهقة ، وأن ٥٥٠ من المعالجين النفسيين يستعملونها مع الأطفال .

يتطلب العلاج باللعب أساساً تفاعلاً بين الطفل والمعالج في غرفة اللعب مع مواد وألعاب مختلفة . إن مواد وأنواع اللعب النوعية تختلف وفقاً للاتجاه النظري للمعالج ، ولكنها غالباً ما تضم دمي متحركة مختلفة الألوان والأحجام والأشكال والجنس ، إضافة إلى الطابوات ومواد الرسم . أما الألعاب مثل الشطرنج والدومينو (أفعة التنكر) فتستعمل مع الأطفال الأكبر سناً والذين لا تناسبهم الألعاب المخصصة للصغار . ويختلف المعالجون النفسيون في اتجاهاتهم النظرية وفي الطرق التي يستعملونها ، ولكنهم يتفقون في أنهم يستندون إلى افتراض أساسي مفاده أن الطفل يظهر الكثير من مظاهر الشخصية وسماتها خلال اللعب (كما هو الحال عن طريق اللغة) مما يوضح طبيعة مشكلات الطفل التي تبدو أثناء نشاطه .

ومع ذلك هناك عدد من علماء النفس والمعالجين النفسيين للأطفال ، يعارضون استخدام هذه التقنية أو الطريقة العلاجية ، ولهم في ذلك آراء مختلفة حول الدور الذي يلعبه العلاج باللعب . فالبعض يقول: إن الآثار والنتائج العلاجية للعب ثانوية ومحدودة بالنسبة للقيمة العلاجية بين الطفل والمعالج ، في حين أن بعضهم الآخر يشدد على أن له قيمة تنفيسية أو تفرغية Cathartic بالنسبة للطفل .

مع أن هناك أشكالاً عديدة لعلاج الأطفال ، فإن أكثر طرق العلاج باللعب شيوعاً هي تلك المستمدة من التحليل النفسي ، ومن العلاج المتمركز حول العميل أو الطفل . وهناك طرق مشابهة تستعمل مع المراهقين الذين لا يناسبهم العلاج باللعب كما هو الحال مع الأطفال الصغار . ومع أن المبادئ الأساسية للعلاج التحليلي والمتمركز حول العميل متشابهة سواء كان المعالج يتعامل مع أطفال أم مع مراهقين ، فإن الطريقة المستعملة مع المراهقين تشبه تلك المستعملة مع الراشدين ، ويتم التركيز على التفاعل اللفظي بين المراهق

والمعالج ، وليس على السلوك والنشاط الذي يقوم به . وسواء كان التعامل مع الأطفال باتباع العلاج باللعب ، ومع المراهقين باتباع العلاج المهني إلى التواصل اللفظي ، فإن هدف العلاج في كل الحالات ، هو نفسه ، أي حل المشكلات التي يعانها العميل المتعالج وإجراء تعديل بنائي في شخصيته ، ودعم قدرته على مواجهتها في المستقبل . سننظر الآن في طريقتين من طرق العلاج باللعب هما : العلاج باللعب المستند إلى التحليل النفسي ، والمتمركز حول العميل أو غير الموجه .

العلاج التحليلي باللعب :

يمثل الاتجاه التحليلي النفسي في العلاج باللعب ، عمل كلاين Klein (١٩٣٧) وكذلك أنا فرويد Anna Freud (١٩٤٤) . فمن منظور كلاين ، تكون الأهمية الأساسية في المعنى الرمزي للعب الطفل ، هذا اللعب الذي يعكس صراعات الطفل اللاشعورية وتخيلاته وأحلامه . كما أن اللعب الحر free play يشبه تماماً التداعي الحر free association الذي يستعمل مع الراشدين . من جهة أخرى ، فإن طبيعة الصراعات اللاشعورية التي تظهر خلال لعب الطفل يمكن تفسيرها مباشرة للطفل ، وقد كتبت كلاين تقول : إن الشرط الأولي للعلاج التحليلي النفسي للطفل هو في فهم وتفسير تخيلاته وأحلامه ومشاعره وقلقه وخبراته التي ظهرت أثناء اللعب ، وفي حال كف اللعب والامتناع عنه ، يجب تفسير سبب هذا الكف والامتناع أيضاً . إن الافتراض الأساسي الذي يقف خلف هذه التقنية العلاجية هو تنمية تبصر الطفل بذاته وإعادة خبراته الانفعالية السابقة والتخيلات والصراعات مما يكون ضرورياً جداً في إحداث تغيير في شخصية الطفل . والمثال التالي المستمد من كلاين (١٩٥٥) يوضح ذلك :

تصف كلاين في هذه الحالة علاقتها الأولى بفتى اسمه بيتر الذي يعاني اضطراباً عصبياً . إن طبيعة المشكلات والصعوبات التي يعانها هي : غير قادر على اللعب ، ولا يمكنه تحمل الإحباط ، جبان وكثير ، وأحياناً مستبد ، وعنده مشاعر متناقضة تجاه عائلته ، وعنده تثبيت قوي نحو والده . وقد ذكر أن

بيتر قد تغير نحو الأسوأ بعد عطلة الصيف . وحين كان عمره سنة ونصف كان يشارك والديه غرفة النوم وقد لاحظ بالمصادفة علاقة جنسية بين والديه ، وصعب عليه حينها أن يواجه الأمر ، ونام بصعوبة ، حيث نكص regrees (ارتد) بعدها وأخذ يلوث فراشه ويبلله بالرغم من أنه قد توقف عن هذا منذ مدة ، وقد كان يلعب بحرية قبل ذلك ، ومنذ ذلك الصيف توقف عن اللعب وأصبح أكثر تخريباً لألعابه ، ولا يعمل بها شيئاً سوى كسرها وتخريبها . وعندما ولد له أخ زادت الصعوبات تعقيداً .

في جلسة العلاج الأولى بدأ بيتر باللعب ، وقد شكل حصانين من اللعب ثم أشار إلى أن عنده أخ صغير . وقد فسر ذلك بأن الأحصنة والأشياء الأخرى تمثل الأشخاص الذين يبدو أنه رفضهم أولاً ثم قبلهم ، ثم أشار إلى الأحصنة وإلى أنها ستنام وقام بتغطيتها وقال إنها تنام الآن بهدوء . وفي الجلسة الثانية كرر بعضاً مما قام به في الجلسة السابقة ، وخاصة الأحصنة وحديثه عن أخيه الصغير ، حيث أبدى حينها مشاعر متناقضة نحوه ونحو والده ، ثم أجلس اللعبة على الأريكة وقال إنها سرير ، ثم رماها جانباً . وقد اختار بعض اللعب التي رماها وخربها . وهذا يفسر ، أن اللعبة الأولى تمثل والده الذي أراد له أن يبعده عن والدته وأن يقتله ، واللعبة الثانية تمثل والدته . وقد اختار اللعبتين المحطمتين (ذوات الوجه المحطم) حيث يشعر أنه سيتحطم هو نفسه ووالده إن هو هاجم والده وأذاه .

إن هذه المواد أو المعطيات ، تمثل عدة نقاط . فبسبب أن الطفل بيتر قد شاهد جماعاً جنسياً بين والديه ، أثر ذلك في ذهنه ، وشكل انفعالات شديدة مثل الغيرة والعدوانية والتخريب ، والقلق ، وهذه هي أولى الأمور التي ظهرت في لعبه . لا يوجد شك بأنه لا يملك أية معرفة واعية بخبرته وتجربته التي كتبت ، فهي مجرد رمز أو تعبير رمزي لتلك الخبرة . ويتطلب العلاج التحليلي هنا جمع المواد الأولية اللازمة للتفسير ، منها اللعب باستعمال الورق ، أو تمزيقها ، أو أي سلوك مثل تغيير الوضعية وتعبيرات الوجه ، التي تقدم إشارات هامة لما يدور في ذهن الطفل .

بغض النظر عن طريقة كلاين الكلاسيكية في التحليل النفسي سواء في أمريكا أم إنكلترا، هناك طرق أخرى للعلاج التحليلي باللعب ، منها اتجاه أدلر الذي يركز على دور العلاج باللعب وفائدته في معالجة الأطفال . وكما وضعت أنا فرويد طريقته التي تختلف عن طريقة كلاين في عدة نقاط ، فإن طريقته تركز على الحاضر أكثر من الماضي ، وعلى المواد الشعورية واللاشعورية معاً وبنفس الدرجة . وكما أن اللعب يعكس الصراعات النفسية الداخلية للطفل ، فإن أنا فرويد تركز على أنشطة اللعب باعتبارها مرتبطة بالمؤثرات البيئية التي تؤثر في الطفل .

العلاج باللعب غير الموجه :

لقد طور العالم النفسي أكسلين Axline عام ١٩٤٧ طريقة من طرق العلاج باللعب غير الموجه nondirective play therapy تسمى طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العميل Client - Centered play Theraop استناداً إلى الفكرة القائلة إن أصل تغير الشخصية إنما يكمن في الفرد نفسه وليس في المعالج . وقد افترض أن الطفل يتجه نحو تحقيق ذاته ويصبح سلوكه تكييفياً وتعدل شخصيته جيداً بحيث يصبح قادراً على مواجهة مشكلاته بفعالية . وقد وضع (أكسلين) خطوطاً عريضة تعتبر بمثابة موجات رئيسية لطريقته العلاجية :

١ - على المعالج أن يكون علاقة تعاطف مع الطفل .

٢ - على المعالج أن يتقبل الطفل كما هو تماماً .

٣ - على المعالج أن يبني مشاعر التساهل وترك الحرية للطفل بحيث يتيح له أن يعبر عن ذاته بتلقائية .

٤ - على المعالج أن يتعرف على مشاعر الطفل وأن يعكسها له ثانية حتى تصبح واضحة له ومتبصراً بها .

٥ - على المعالج أن يظهر تقديره للطفل وبأنه قادر على مواجهة مشكلاته وحلها حين تتاح له فرصة لذلك .

٦ - لا يجوز للمعالج أن يوجه أفعال الطفل وأحاديثه بأي طريقة . فالطفل يتبع طرقاً معينة وعلى المعالج أن يتبعه فيها .

إن التركيز الأساسي في هذه الطريقة العلاجية ليس في استعمال تقنيات العلاج ، وإنما في خلق الجو المناسب الذي يحدث تعديلاً بنائياً في الشخصية . وتعطى الأهمية الكبرى على طبيعة العلاقة بين المعالج والطفل . وعلى المعالج أن يبدي موقفاً مرناً وحرراً يتيح للطفل أن يلعب ويتحدث بحرية حيث يتم قبوله كما هو باعتباره فرداً متميزاً فريداً . إن انتباهاً قليلاً قد يتم توجيهه على الخبرات اللاشعورية ، كما أن التفسير لا يستعمل إلا قليلاً ، وبدلاً من ذلك فإن عكس المشاعر Reflection of feeling (باعتبار المعالج مرآة تعكس مشاعر الطفل) هي الخطوة الهامة التي تساعد الطفل في تفهم مشاعره حتى يتبصر طبيعة مشكلاته .

بحوث ودراسات حول العلاج باللعب بنوعيه (التحليلي ، والمتمركز حول الطفل):

أجريت دراسات عديدة حول نتائج العلاج باللعب بنوعيه السابقين . فقد وصف ليسبو عن العلاج باللعب غير الموجه ، ووجد أن الدراسات التي أجريت على هذه الطريقة العلاجية ، قد اعتمدت في جلستها على العلاج باللعب المتمركز على الطفل مشيراً إلى أن تغير اتجاهات يحدث نتيجة للعلاج . وقد بينت بعض الدراسات زيادة في النشاط الجسمي وتعبير عن المشاعر السلبية بصورة مطردة مع التقدم بالمعالجة . ولسوء الحظ فقد تم التوصل إلى هذه النتائج استناداً إلى المجموعات العلاجية التجريبية ولكن دون مقارنتها مع مجموعات ضابطة . وتبين أن العلاج باللعب لم يحدث في الأشكال الأخرى للعلاج . وقد بين ليسبو عدة دراسات على العلاج باللعب أجريت في معالجة الربو واضطرابات الشخصية والتخلف العقلي . وبالرغم من أكثر هذه الدراسات لم تقدم إلا معلومات قليلة عن فعالية العلاج باللعب غير الموجه ، لأن أكثرها أجري لتقدير التغير الحاصل في فئة محدودة من الأطفال الخاضعين للعلاج كما أظهرتها الدراسات المبكرة ، إلا أن بحوث لاحقة وجديدة قد تجاوزت هذه

المعضلات المنهجية في البحث وطبقت على مجموعات كبيرة من الأطفال (مجموعات تجريبية وضابطة) كم أجريت على فعالية العلاج باللعب المتمركز على الطفل طبقت على أطفال متجانسين من حيث العمر والجنس والمنطقة ومستوى التكيف. وقد تم الحصول على تقدير قياس سبقي (قبل العلاج) ولاحق (بعد العلاج) باستخدام اختبار تفهم الموضوع ومقياس التكيف. وبعد ١٢ أسبوعاً لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين المجموعة التجريبية (التي عولجت) باستخدام العلاج باللعب، وبين المجموعة الضابطة التي لم تتلق علاجاً كما وجدت فروق جوهرية في الأسبوع السابع والعشرين للعلاج. وقد أكد بعض العلماء أن النتائج والمكاسب العلاجية لطريقة العلاج باللعب كانت أكبر بكثير مما وجد عند أفراد المجموعة الضابطة. إن هذه الدراسات جميعها أجريت على طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العميل، في حين لا توجد إلا قلة من الدراسات التي أجريت على طريقة العلاج التحليلي باللعب أكثرها لم يقدم نتائج يمكن الركون إليها.

باختصار نقول إن النتائج المتعلقة بفعالية العلاج باللعب (بنوعيه السابقين) تفترض أن هذا النوع من العلاج يحدث تغيرات وتعديلات كبيرة في شخصية الطفل يفوق ما هو موجود عند الأطفال الذين لم يتلقوا علاجاً. ومنها توجد قلة من الدراسات التي أجريت على فعالية طريقة معينة من طرق العلاج باللعب، مع العلم بأن هذه الطريقة قد تكون أكثر فعالية من طرق العلاج الأخرى.

تقنيات العلاج الجمعي:

يعتمد أكثر المعالجين النفسيين على طريقة العلاج النفسي الجمعي Croup Psychotherapt حيث يتواجد عدد من الأطفال المعالجين معاً، وهي أكثر فعالية من طرق العلاج الأخرى في الكثير من الحالات كما سيتبين معنا. خاصة أن الكثير من الأطفال يتم إحالتهم للعلاج وهم يعانون من مشكلات رئيسية في علاقاتهم الاجتماعية (أساس المشكلة العلاقات الاجتماعية) فيكون العلاج الجمعي الذي يتواجد فيه عدد من الأطفال ذا قيمة علاجية كبرى. فالطفل المنسحب أو الخجول ينقصه المهارات الاجتماعية

والتواصل . وهذه يتم تعلمها من خلال علاقته بالآخرين . في حين أن بعضهم الآخر يكون عدوانياً وهكذا . إن العلاج الجمعي يزود مناخ وجو ممتاز يتعلم فيه الأطفال طرائق التكيف والعلاقات الاجتماعية السوية . فالطفل الذي يتميز بالانسحاب يتعلم أن يكون أكثر تأكيداً لذاته ومنفتحاً بعلاقاته مع الآخرين ، كما يطور مهارات اجتماعية هامة . من جهة أخرى فإن للجماعة تأثيراً هاماً من حيث كونها عاملاً في التنشئة الاجتماعية . وبسبب أن التغيرات التي تحدث في العلاج الجمعي ناتجة عن التفاعلات والعلاقات الفعلية مع الأطفال الآخرين أكثر من كونها محادثة عن موضوع العلاقات (كما في العلاج الفردي) ، فإن هذا يمثل تعميماً عظيماً للتغيرات السلوكية إلى البيئة الطبيعية للطفل أكثر مما هو الحال في العلاج الفردي . ومن الميزات الأخرى للعلاج الجمعي ، أن الطفل قد يكتسب فهماً أفضل عن سلوكه من خلال رؤية الآخرين له بحيث ينظر إلى مشكلته على أنها ليست فريدة أو متميزة لأن هناك آخرين يعانون منها أيضاً . إن الطرق الفعالة في التعامل مع المشكلات يمكن تبنيها من خلال تعلم الطريقة التي عالج بها الآخرون مشكلاتهم بنجاح ، وبذلك يتعلم الطفل الطريقة المثمرة في حل مشكلاته من خلال رؤيته للآخرين . هذه العوامل والميزات تجعل من العلاج الجمعي طريقة مفيدة ، خاصة مع الأطفال الذين يكون لمشكلاتهم أساس اجتماعي يرتبط بالعلاقات والتفاعل مع الآخرين (وما أكثرها عند الأطفال) . سنبحث في اتجاهين رئيسيين يوضحان جوهر العلاج الجمعي المطبق على الأطفال .

علاج الجماعة النشطة :

لقد مهد لهذه الطريقة ووضع أسسها سلافسون Slavson عام ١٩٤٣ ثم طورت لاستخدامها مع الأطفال بين سني الثامنة والثانية عشرة والذين يعانون من أشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية . وقد أصبحت هذه الطريقة هامة جداً في العلاج الجمعي للأطفال والمراهقين . إن علاج الجماعة النشطة وضعت أساساً لعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية أقل حدة (مثل الخجل والانسحاب ، الاتكالية ، العدوان ، اضطرابات التصرف والخلق)

والذين يستفيدون من خبرات التنشئة الاجتماعية. في هذه الطريقة تتضمن الجلسة العلاجية مكاناً أو غرفة كبيرة فيها الكثير من المواد كالخشب والمعادن والبلاستيك وأشكال قوارب وطائرات وألعاب وذلك للعمل بها. كما تضم غرفة العلاج نموذجياً ، الحمام والمطبخ لأوقات الفراغ والاستراحة بين الجلسات العلاجية. وكما يتضح فإن مصطلح علاج جماعة النشاط Activity croup Therapy تنشأ عن حقيقة كون الجلسة العلاجية واحدة في المواقف التي ينشغل فيها الأطفال بأنشطة بدلاً من الحديث مع بعضهم ، وتتيح هذه الأنشطة التعبير عن الصراعات النفسية والمشاعر ، والإطار الأساسي للتفاعل بين أعضاء الجماعة العلاجية ، ومع تقدم العلاج تصبح هذه الأنشطة ثانوية بينهم بحيث يحدث التغير العلاجي من خلال هذا التفاعل.

إن العلاج الذي يضم نموذجياً جلسات أسبوعية (لمدة ساعتين في الجلسة الواحدة مثلاً) تأخذ مكانها بين مجموعات من الأطفال يتراوح عددهم من ٤ - ٨ من أنماط سلوكية مختلفة. مثلاً يمكن جمع أطفال عدوانيين وخجولين ومنسحبين بدلاً من أن يكونوا متشابهين في أشكال سلوكهم. وهذا ضروري من أجل حفز التفاعلات المناسبة للجماعة والعلاقات الاجتماعية السليمة وخفض أو كف التفاعلات الاجتماعية غير المناسبة. وقد شدد سلافسون على أن المعالج النفسي الذي يتبع طريقة علاج الجماعة النشطة يجب أن يتميز بالتعاطف الوجداني وأن يكون داعماً. وفي حين يحاول نمذجة أشكال السلوك المناسبة عليه أن يعتمد على أعضاء الجماعة العلاجية في دعم البناء الضروري للجماعة ، وأن يتعامل مع أشكال السلوك الظاهري والصراعات النفسية الداخلية كما تنعكس في أشكال السلوك غير المناسبة. إن عدم التوجيه يعتبر جزءاً من عمل المعالج لترك الأطفال يعتمدون على أنفسهم في معالجة مهماتهم والتعامل مع صراعاتهم وإيجاد الحلول لها مع أعضاء الجماعة الآخرين ، وبذلك يزيد العلاج من نمو وتطور أشكال السلوك التكيفي ومن الثقة بالذات.

العلاج الجمعي عن طريق مقابلة النشاط :

هذه الطريقة أسسها سلافسون أيضاً وفي نفس العام الذي وضع فيه طريقته

السابقة ، إلا أن هذه الطريقة مخصصة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة والذين يعانون من اضطرابات نفسية أشد خطورة بالمقارنة مع الاضطرابات التي تعالجها الطريقة السابقة. وقد وصف سلافسون عدة أنواع لهذه الطريقة ، فهناك علاج الجماعة باللعب التي تستخدم مع الأطفال الصغار والتي تختلف عن طريقة جماعة النشاط التي تضم نقاشاً أو مقابلة interview حيث يتم التعامل مع كل الموضوعات عن طريق النقاش والمحادثة. ويؤديها مرحلة النشاط حيث ينشغل الأطفال بأنشطة متنوعة من اللعب التي تختلف عن مواد اللعب في الطريقة السابقة ، من حيث إنها تستعمل مواد تتيح التعبير عن الصراعات الداخلية للطفل واهتماماته الحالية.

تستعمل هذه الطريقة مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة حيث يقدم المعالج توجيهاً وإرشاداً فعالاً ومركزاً كما يقدم أسئلة وتوصيات عن سلوك أطفال الجماعة ويزودهم بالتفاعلات وأشكال السلوك المناسبة ، كما يناقشهم فيها لتسهيل عملية تبصرهم بذواتهم وبصراعاتهم النفسية. إن هذه الطريقة العلاجية بالمقابلة واللعب ، تشبه تقنية العلاج التحليلي باللعب التي تستخدم فردياً. إضافة إلى التفاعل مع المعالج ، يقيد أعضاء الجماعة من التفسيرات والتوصيات التي يقدمها لهم المعالج من خلال مناقشتهم عن أنشطتهم.

العلاج الأسري (علاج العائلة) في تدبير اضطرابات الأطفال النفسية :

لقد تم التركيز في السنوات الأخيرة على علاج الأطفال في سياق الأسرة ومحيطها. فطريقة العلاج الموجهة للأسرة تستند إلى افتراض مفاده أن الاضطراب ليس في الفرد نفسه الذي يعتبر مرضاً فريداً متميزاً بل على أساس السياق والمحيط الأسري والعلاقات بين أفراد الأسرة. فالمعالج الأسري يرى أن العلاج النفسي الفردي لا جدوى منه لأن سلوك الطفل قد يصعب تعديله إذا لم نعدل في العائلة نفسها. وفوق ذلك ، يشدد علماء النفس على درجة من التوازن الأساسي في الأسرة بحيث إن التغييرات في أحد أفراد الأسرة سيؤثر في الأعضاء الآخرين أيضاً. إن السلوك المنحرف الذي يظهره الطفل يعتبر أعراضاً

لأسرة مضطربة. ولذلك فإن الهدف العام للعلاج الأسري هو تحسين طبيعة العلاقات العائلية. وإذا كان بالإمكان تغيير علاقات أعضاء العائلة وأشكال تفاعلهم الاجتماعي ، فإن هذا سيحدث تغييراً في السلوك المرضي للطفل وبالتالي خفض الأعراض المرضية. إن الأهداف الفعلية للعلاج قد تختلف استناداً إلى التوجه العلاجي الذي يعتمده المعالج النفسي الأسري. والجدول التالي يبين قائمة بالأهداف التي اعتمدها ٢٩٠ معالماً نفسياً أسرياً ، ويتبين منه أن نسبة المعالجين الذين يستعملون أهدافاً محددة هي ذات أهمية خاصة.

٨٥٪	تحسين التواصل
٥٦٪	تحسين الاستقلالية
٥٦٪	تحسين التعاطف الوجداني
٣٤٪	قيادة أكثر مرونة
٣٤٪	تحسين تقبل الدور
٢٣٪	خفض الصراع
٢٣٪	تحسين الأعراض المرضية للفرد
١٤٪	تحسين أداء المهمات الفردية

إن العلاج بحد ذاته يتضمن عادة كامل العائلة: الطفل ، الوالدين ، الإخوة والأخوات ، وأحياناً أفراد الأسرة الممتدة. ويتطلب العمل معهم وجود مساعد للمعالج النفسي ، وفي حالات أخرى يستخدم معالجان نفسيان أو أكثر يعملون معاً في علاج العائلة؛ مما يخدم في تحسين العلاقات الاجتماعية ودعم السلوك المناسب.

طرق العلاج الأسري:

هناك عدد من الطرق والنماذج العلاجية التي تنتمي للعلاج الأسري سنبحثها باختصار:

أولاً - النموذج التاريخي. تحت هذا المنحى يوجد عدة طرق للعلاج

الأسري. مثلاً النظرية النفسية الدينامية المطبقة على الأسرة ، تضم طريقة العلاج النفسي الدينامي التي وضعها أكرمان وفرامو (١٩٨١) وكذلك طريقة النشوء الداخلي والسياق التي وضعها بوزورميني (١٩٨١). إن الطبيعة الجوهرية لهذه الطرق جميعها ، هي أنها تتيح إطلاق الحرية للفرد ، أو تحرره من التعاطف الوجداني المضخم ، وهذا ما يحدث خلال عملية الكشف عن التعاطف ، والوصول إلى تبصر واضح بها وخاصة الأشكال غير المناسبة منها ، فيعمل المعالج على تسهيل عملية الكشف هذه ثم يفسر العلاقة بين التعاطف السابق والسلوك الحالي الذي يعانيه الطفل . من هنا يتبين أن كل طريقة مرتبطة بهذا النموذج إنما تتضمن العمل مع محيط الأسرة ، ويكون التشديد على دور الديناميات النفسية الداخلية للفرد لأنها ذات تأثير هام في العلاقات القائمة بين أعضاء الأسرة ، وتساهم مباشرة في خلق السلوك المشكل والأعراض المرضية.

ثانياً: نموذج العملية / البناء. بدلاً من التركيز على العوامل النفسية الداخلية باعتبارها مشكلات أسرية ، ترى هذه طرائق العلاج الأسري أن المشكلات العائلية تساهم في الاضطرابات الفردية. ويدخل ضمن هذه الفئة طرائق التواصل Communication Approach كتلك التي طورها (جاكسون) عام ١٩٦١ ، وطرائق حل المشكلات Problem Solving Approach التي طورها (هالي) عام ١٩٧٦ ، والعلاج البنائي للعائلة Structural Family Therapy للعالم (مينوخين) التي طورها عام ١٩٧٤ ، والطرائق السلوكية في معالجة العائلة. وبالرغم من تنوع هذه الطرق من حيث إن بعضها يركز على تحسين التواصل والتفاعل بين أعضاء الأسرة ، وبعضها الآخر يعيد بناء تنظيم الأسرة ، إلا أنها جميعها تتعامل مع المتغيرات والعوامل الحالية الفاعلة في العائلة (بدلاً من التركيز على الفرد).

ثالثاً - نموذج الخبرة. ويمثله الطرق التالية: العلاج المتمركز على العميل أو الطفل Client Centered therapy ، التي طورها العالم ليفانت عام ١٩٧٨ ، وطريقة التواصل الإنساني Humanistic-Communication التي

طورها عالم النفس ساتير عام ١٩٦٧ ، وكذلك الطريقة الغشتالية التي طورها كامبلر عام ١٩٨١. فهذه الطرق جميعها تعتمد على الاتجاه الوجودي والظاهراتي في علم النفس والذي يختلف عن تلك الطرق في علاج العائلة ، من حيث إنها جميعها تركز على مساعدة أعضاء الأسرة في تحقيق ذواتهم وأن يخبروا ويعيشوا حياة نوعية أفضل بدلاً من تعديل بنية الأسرة أو خفض مشكلات سلوكية فيها. وضمن هذا الإطار تمثل محاولات المعالج النفسي هنا المسهل أو الميسر الذي يلاحظ التفاعلات والعلاقات العائلية بين أعضاء الأسرة ، ويشجع على الخبرات والتجارب الفعالة والمكثفة فيها مما يسرع من النمو الشخصي ومن تحقيق الذات. إن مثل هذه التغيرات تحدث بمساعدة المعالج الذي ينخرط بفعالية في جو الأسرة وعلاقات أفرادها.

رابعاً - طرق أخرى في العلاج الأسري. وهناك طرق أخرى مثل طريقة التثبيت والدمج المضاعف Multiple-Impact Therapy التي وضعها ماكر يجر عام ١٩٦٤ في جامعة تكساس والتي تشدد على العمل بكثافة مع أفراد الأسرة لمدة يومين على الأقل ، حيث يتفاعل المعالج مع كل أعضاء الأسرة باعتبار كل واحد منهم فرد يعيش ضمن جماعة. وقد استعملت هذه الطريقة مع المراهقين الذين يعانون من أزمات وشدات نفسية معينة ، وهدف العلاج هنا هو تطوير السلوك التكيفي بحيث يمكن أفراد العائلة من مواجهة أزماتهم اللاحقة والطريقة الأخرى هي علاج الشبكة الاجتماعية Social-Network Therapy التي وضعها سبيك ورفاقه ، والتي تتضمن المداخلة العلاجية فيها عمل فريق متكامل. ويتم التفاعل مع العائلة والأصدقاء والجيران وكل من له صلة بالأسرة. وهدف هذه الطريقة فتح قنوات للتواصل وتقوية الروابط بين الأفراد ، ومعالجة العلاقات المرضية ، ورفع مستوى شبكة العلاقات هذه مما يزيد من الدعم والمساندة ومواجهة الصعوبات.

الطرق السلوكية في معالجة الأطفال (العلاج السلوكي):

تأخذ الطرق السلوكية في معالجة الأطفال أشكالاً عديدة ، بعضها يعتمد على تطبيق مبادئ التعلم الإجرائي ، وبعضها الآخر على الأشراف

الكلاسيكي ، وبعضها على التعلم الاجتماعي . في حين يركز بعضها على السلوك الظاهر لتعديل العمليات المعرفية اللاتكيفية والمرتبطة بأشكال غير مناسبة من الاستجابات . سنبحث في أهم الطرق السلوكية المستعملة في معالجة اضطرابات الأطفال النفسية ، مثل خفض الحساسية التدريجي المنظم ، التعلم بالقدوة والملاحظة ، العلاج بالإكراه والنفور ، العلاج العقلاني الانفعالي ، تعديل السلوك المعرفي ، الإبعاد أو التجاهل المؤقت .

خفض الحساسية التدريجي والمنظم : Sysdesensitization :

استخدمت هذه الطريقة كثيراً في معالجة القلق والمخاوف المرضية عند الراشدين . وتضم هذه الطريقة كما نشأت من قبل العالم ولبي (Wolpe 1958) ثلاثة مظاهر رئيسية: الأول ، هو التدريب على الاسترخاء التصاعدي ، والثاني ، تكوين مدرج هرمي للقلق يتضمن البنود التي يستحضرها بشكل تخيلي وهي التي تثير القلق عند المريض ، والثالث ، إحضار متدرج لمثيرات القلق تلك ، بينما يكون المريض في حالة استرخاء عميق .

بعد إعداد تدرج لمثيرات القلق ، وتعلم العميل (الطفل) الاسترخاء ، يطلب منه أن يتخيل المنظر (المثير) الأقل إثارة للقلق ، وأن يعيش بكل حواسه هذا المنظر وهو في حالة استرخاء . ورغم أنه من الممكن وضع الطفل في مواقف حية ، إلا أن استخدام تخيل المنظر يثير أقل قدر من القلق ، كما أنه أكثر ملاءمة من حيث الوقت والجهد وأكثر مرونة . وقد ثبت أن إزالة الحساسية في منظر متخيل تعمم إلى المواقف الحية الواقعية بدون قلق . على المعالج قياس درجة القلق المستثار في كل خطوة وكل مثير يتخيله الطفل ، ويمكن أن يتأكد من ذلك عن طريق رفع إصبع الطفل مثلاً ، فإذا كانت في حالة استرخاء رغم تخيله للمنظر المثير للقلق ، يمكن بعدها الانتقال إلى المنظر الأعلى إثارة للقلق في المتدرج الهرمي . ويجب أن يستمر تخيله للمنظر لمدة لا تقل عن ١٠ ثوان ، ولا ينتقل إلى المنظر التالي المثير للقلق قبل أن يتخيل المنظر مرتين على الأقل وهو في حالة الاسترخاء . وبعد أن ينتهي من كل مثيرات القلق المتخيلة ،

يطلب منه أن يعرض نفسه لمواقف الحياة الواقعية . ويختلف طول الجلسات وعددها من طفل لآخر .

الإغراق (الغممر Flooding):

وفي هذه التقنية يواجه العميل (الطفل) الموضوع المثير للقلق في أعلى درجاته ولفترات زمنية طويلة مما ينتج عنه إغراقه بالقلق . وقد يتم ذلك على مستوى التخيل (كما هو الحال في الطريقة السابقة) إلا أن النتائج تكون أفضل في المواقف الفعلية . مثلاً في حالة الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة ، يؤخذ الطفل إلى مبنى سطح شاهق الارتفاع ويطلب منه أن يبقى هناك إلى أن تخف حدة القلق وقد تتراوح هذه الفترة من ٥ حتى ٢٥ دقيقة حسب حالة الطفل واضطرابه . وفي الجلسة التالية التي يفضل أن تكون بعد يوم أو اثنين يتوقع أن يقل القلق في البداية وأن تقل المدة المطلوبة ثم تتكرر الجلسات على فترات أطول لتجنب الانتكاس . ومن الضروري عدم إنهاء العلاج قبل الوقت المناسب حتى لا يتدعم الخوف المرضي . وعادة ما يحتاج إلى عدد من الجلسات تتراوح بين ٥ و ٢٠ جلسة . وقد ثبت فعالية هذه الطريقة في معالجة الوسواس القهري والمخاوف المرضية بأشكالها المختلفة .

علاج الإثارة من خلال الأخيلة Implosive Therapy:

وتعتبر هذه الطريقة صورة من الإغراق ، يعرض فيه الطفل فوراً لأشد درجات المواقف المتخيلة لإثارة الخوف ، كأن يطلب من مريض يعاني من مخاوف التواجد في الأماكن المرتفعة أن يتخيل نفسه يسقط من فوق مبنى مرتفع أو يتصور نفسه يسقط من المرتفع في الظلام ، ويحاول المعالج أن يجعله يعي مشاعره وإحساسه أثناء ذلك ، وتأثير ارتطام جسمه بالأرض ، وأن يتخيل جسمه وقد تحطم . وعلى المعالج أن يؤكد على كيفية إدراك المريض ذلك وما يتصوره . وإذا تذكر الطفل المريض حادثاً مفاجئاً وقع له فعلاً ، تعين على المعالج أن يركز تصور العميل لهذه الخبرة بالاستناد إلى مبدأ الانطفاء ، حيث حين يتكرر اقتران الاستجابة الشرطية (الخوف أو القلق) بالمنبه الشرطي دون

اقتران دوري بالمنبه غير الشرطي (الألم الحقيقي) فإن الاستجابة الشرطية (السلوك المرضي) تنطفئ تدريجياً. فقد عولج أطفال يعانون من الخوف المرضي من الفئران عن طريق تعريضهم لموقف مثير للخوف بتخليهم فئراناً تأكل أحشاءهم الداخلية في جلسات مقننة ، وبعد عدة جلسات استطاع هؤلاء إمساك فأر أبيض .

العقاب وتكاليف الاستجابة والتجاهل :

يتضمن العقاب Punishment إيقاع أذى لفظي أو بدني ، أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب أو المرضي . ومن أشكال العقاب الضرب ، والحرمان من التفاعل الاجتماعي وزجر الطفل وحرمانه من الحب ومن اللعب . فيمكن طرد الطفل من الصف أو إنقاص علاماته حين يظهر سلوكاً غير محبب .

أما تكاليف الاستجابة Response cost التي تأخذ شكل الحرمان من مدعم يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب ، ومن أشكاله الإبعاد المؤقت Time out حيث يبعد الطفل لفترات قصيرة في مكان ما لا يعود عليه بمدعم أو معزز في حياته الاجتماعية . وهذا يساعد على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فوراً . فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالهما لفترات قصيرة ينهي المشادة وما يترتب عليها من أذى ، كما يساعد الطفل في إعطائه فرصة التأمل في سلوكه بهدوء ، كما يعطي الأبوين فرصة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية التي تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف المناسب . ومن شروط نجاح الإبعاد المؤقت :

١ - تجنب الانفعال والتهيج خلال تطبيقه . ويجب اعتماد التسامح والهدوء أثناء إبعاد الطفل ، لأن التهيج والانفعال قد يدفعه لمزيد من الانفعال ويزيد من السلوك الشاذ .

٢ - تجنب الجدل والنقاش مع الطفل أثناء ذلك ، وتجاهل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات وأعداء .

٣ - تبين أن الوقت المفضل للإبعاد يجب أن يكون لمدة دقيقتين للطفل ذي الستين ، وثلاث دقائق للطفل ذي الثلاث سنوات ، وأن أطول فترة يجب أن لا تزيد عن ٥ دقائق .

٤ - عند تطبيق الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأن هذا وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقاباً وعليه أن يلتزم الهدوء .

أما أسلوب التجاهل Ignoring ، فيستخدم كثيراً من قبل علماء النفس ، حيث إن الكثير من أشكال السلوك غير المحببة تختفي في فترات قصيرة بعد تجاهلها . ومن المعروف أن أشكالاً من السلوك غير الضار خاصة تختفي حين نتجاهلها ، ومن أشكال السلوك هذه البكاء المستمر والنهضة والعيول ، والعزوف عن الطعام ، والشكاوى المرضية العابرة ، والاستجابات التي تظهر للمرة الأولى من الطفل مثل نتف الشعر وقضم الأظافر . وهناك عدة شروط يجب توفرها ليكون التجاهل فعالاً منها : الانتظام والاتساق في تطبيقه ، واللغة البدنية الملائمة ، حيث يجب تجنب الاحتكاك البصري بالطفل ، ويجب الالتفات بعيداً عنه ، ويجب أن نبتعد مكانياً عنه أيضاً ، لأن مجرد القرب البدني يعتبر معزراً للسلوك غير المرغوب ، كما يجب الاحتفاظ بتعبيرات الوجه محايدة ، فاختلاس النظر للطفل أو إظهاره أمامه يفسد التجاهل المنظم ، وأخيراً يجب أن يكون التجاهل فورياً حالما يصدر السلوك الشاذ (إبراهيم ١٩٩٣) .

التعلم بالقدوة والملاحظة (النمذجة) :

تنتمي هذه الطريقة إلى نظرية التعلم الاجتماعي والتي تستند إلى أحد مبادئ التعلم الذي يقول : إن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك للآخرين وتعرضهم للنماذج أو أشكال القدوة التي تقتدون بها . فيعطى الشخص الفرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج . فقد تعمل النمذجة على أساس تدعيم الشخص نتيجة تقليده لسلوك الآخرين ، ويرى (باندورا) أن هناك أربع عمليات متضمنة في النمذجة هي :

١ - العمليات الانتباهية التي تنظم المدخل الحسي وإدراك الشخص للنموذج .

٢ - عمليات الاحتفاظ والتميز التي يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلاً .

٣ - عمليات إعادة الإنتاج الحركي ، والتي تضم تكامل الأفعال المكونة للاستجابة الجديدة .

٤ - الحوافز والتعزيز الذي ييسر الانتباه للحدث أو السلوك المطلوب ملاحظته وتشجيع المران وترجمته إلى سلوك ظاهر .

لقد بينت العديد من الدراسات أنه يمكن تعديل السلوك بهذه الطريقة في مواقف متنوعة منها: تغيير الاستجابات للمنبهات في المخاوف المرضية ، واكتساب السلوك الاجتماعي والمعرفي ، والتعبير عن الذات .

لقد استطاع عالم النفس أوكتر ، أن يغير السلوك الانطوائي لدى الأطفال إلى سلوك فيه قدر كبير من التفاعل الاجتماعي ، عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وإيجابية بين الأطفال في الوقت الذي يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج . كما تم تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات ، عن طريق تعريضهم لنماذج من أطفال يظهرون سلوكاً اجتماعياً مثل الأخذ والعطاء . وقد تبين أن سلوك الأحداث الجانحين يمكن تعديله عن طريق التعلم بالنموذج ، وإكسابهم المهارات الاجتماعية والمهنية المطلوبة . إن الأفراد يمكنهم أن يقلدوا السلوك العدواني المنمذج في الأفلام ، وهناك دلائل تبين أن مرتكبي الجرائم استمدوا أفكارهم وسلوكهم من مشاهدة التلفزيون . ويرى البعض أن مشاهدة برامج العنف تزيد من العدوان . ومع ذلك هناك عوامل عديدة تلعب دورها في عملية التأثير هذه ، منها درجة التشبع بمشاهد العنف ، ودرجة العقاب الذي يوقع على النموذج ، وحالة المشاهد وسماته النفسية (مليكة ، ١٩٩٤) .

هناك عشرات الأمثلة والحالات التي تبين استخدام التعلم بالقدوة والنموذج لاكتساب الكثير من المهارات الاجتماعية ، وإحداث تغييرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال

الذين يعانون من اضطرابات النطق ، وكذلك في تطوير الحكم الخلقى المقبول اجتماعياً ، وبين الأطفال المتخلفين عقلياً.

توكيد الذات والتعبير عن المشاعر :

تستخدم هذه الطريقة لعلاج حالات القلق أو العجز عن التعبير عن المشاعر في المواقف الاجتماعية . وتستخدم من أجل تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرة الصوت ، والاحتكاك البصري المناسب ، ولتدريبه على أن يعبر بحرية عن مشاعره وأفكاره حسب متطلبات الموقف ، وتدريبه على الدفاع عن حقوقه .

العلاج المعرفي وتعديل طرق التفكير :

ترتبط الاضطرابات النفسية للطفل بالطريقة التي يفكر بها ويدرك المواقف ويفسرها ، وهناك عدة مصادر لقصور التفكير وأخطائه عند الطفل ، مما يساعد في حدوث الاضطراب :

١ - نقص المعلومات . إن أكثر الأخطاء التي يرتكبها الطفل تكون نتيجة لجهله بطرق التفكير الصحيحة ، من هنا يجب التركيز منذ البداية على التربية بإعطاء الطفل معلومات دقيقة مفصلة عن كيفية السلوك السوي وقد شدد (أليس) على ضرورة تعليم الطفل كيفية مواجهة المخاوف والتغلب على الأخطاء بدلاً من الحكم على ذلك . إن مشكلات الطفل النفسية وخاصة المخاوف والقلق ، نتيجة مباشرة للعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب المناسبة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية .

٢ - أخطاء التفكير . إن الاضطراب قد ينتج عن تفسير خاطيء للموقف . فقد ينظر للموقف على أنه مهدد . وقد بين (بيك) أن الاضطرابات الانفعالية وخاصة الاكتئاب ، تحدث في ضوء المعتقدات والآراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه والعالم حوله . والخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليأسية أو الانهزامية بسبب هذا الأسلوب .

٣ - التوقعات السلبية . يحمل الطفل المضطرب توقعات سلبية للمرض ،

ويعتقد أن ليس بمقدوره تجنب حدوث هذه الأحداث . وقد بين (سليجمان) أن الطفل المكتئب يكشف عن قصور شديد في حل المشكلات النفسية والاجتماعية بالرغم من أن ذكائه يكون مرتفعاً . من هنا يركز العلاج على استبدال هذه التوقعات السلبية بالأمل ووضعهم في مواقف ناجحة تزيد من الثقة بالنفس .

٤ - الأسلوب المعرفي . يكون الاضطراب نتيجة الأساليب المعرفية الخاطئة التي من شأنها أن تحدث الاضطراب وتدعمه ، وتتصف هذه الأساليب بما يلي :

- التعميم السلبي الشديد : كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة .
- التوقعات الكارثية : يتجنب الطفل الدخول في مواقف خوفاً من ارتكابه خطأ .
- الكل أو لا شيء : يتصور أي موقف على أساس النجاح الكامل أو الفشل الذريع .
- النظر إلى أفكار الآخرين سلبياً : يقول بينه وبين نفسه : سيجعلوني موضوعاً للسخرية ، « يظنوني أنني أقل منهم » .
- المقارنة : كأن يقول «إنهم أكثر مني مقدرة» ، «إنني لست مثلهم» ، «هناك شيئاً ما خاطئاً في بالمقارنة بهم» .
- تبخيس الذات كأن يقول «إنني لا أستحق هذا الإطراء» ، «لا يوجد في شخصي ما يستحق» .
- الاتجاهات الكمالية المطلقة كأن يقول «يجب أن لا أخطيء أبداً» ، «لو نقصتني درجة واحدة فسيكون ذلك علامة فشل ذريع» .

يعتمد العلاج المعرفي وتعديل أخطاء التفكير على التوجيه وتلقين الطفل أساليب التفكير الجيدة ، ويتم ذلك بإعطائه معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد لكي يكتشف أن مخاوفه غير موضوعية . كما يتم تدريبه على مواجهة المواقف المعقدة والأنشطة الاجتماعية التي تعمل على تحسين علاقاته بالآخرين ، لأن الانسحاب والانزواء ، قد يكون نتيجة مباشرة لعدم تمكنه من المهارات الاجتماعية في التواصل والتحدث . ويضم العلاج أيضاً إعطاء الطفل

معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه ليتعرف عليها ويستبقي حدوثها ويتبين مدى تفوقه في علاجها. وقد طبقت طريقة المونولوج أو الحوار مع النفس كأسلوب للتغلب على المعتقدات الخاطئة حيث تنبه الطفل إلى الأفكار التي يرددها حين يواجه بعض المواقف. فقد يعتبر الاضطراب نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه وما يقنع به ذاته من أفكار، وعن طريق الحوار مع النفس ينتبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه. كأن ندرّب الطفل على أن يقول توقف أو فكر قبل أن تجيب أو عد للعشرة، وغيرها من العبارات التي تناقض الأفكار الخاطئة التي يحملها.

ومن الأساليب السلوكية المعرفية في علاج اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم النفسية، الوعي بالذات ومراقبتها والتي تمكن الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو فيلم فيديو وهو يتصرف في المواقف الاجتماعية، ويساعده هذا على أن يطور قدراته على ضبط ذاته وسلوكه كما يتعرف على الطريقة التي ينظر إليه الآخرون.

لقد اتبع عدد من العلماء (Camp, Blom, and Herbet and Doorninch) عدداً من البرامج العلاجية لتعليم الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، وذلك بطريقة حل المشكلات ومهارات التعلم والتوجيه الذاتي. فكان الطفل يعلم عن طريق الاقتداء والإعادة الذاتية للسلوك، فكان يسأل ويجيب عن الأسئلة المتنوعة مثل: ما هي مشكلتي، ما هي خطتي، هل بإمكانني استعمال هذه الخطة، كيف يمكنني أن أطبقها، في نفس الوقت الذي يواجه فيه مهمات متنوعة. ومن خلال تطبيق هذا البرنامج وتقويم نتائجه، لوحظ تحسّن ذو مغزى في أشكال السلوك عند الأطفال، وتم تطبيقه فيما بعد على أطفال آخرين يعانون من سلوك العدوان والتخريب.

الوالدان معالجان للطفل:

لقد زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة، بدور الأهل خاصة الأم في معالجة مشكلات الطفل، وذلك بسبب التفاعل المستمر والدور الذي يلعبونه في تشكيل سلوكه. ويستند هذا إلى افتراض العلاج الفردي الممتد من التركيز على

الطفل المضطرب وعلاجه من قبل معالج متمرس ، حتى الطرق التي تصمم لجعل دور الوالدين أكثر فعالية في المعالجة. ومن هذه الطرق العلاجية التي تركز على دور الوالدين :

العلاج البنوي (البنوة) :

وضع هذه الطريقة عالم النفس جيرني Gurney (١٩٦٤) والتي سماها العلاج البنوي (من بنوة ، أو تعيين أبوة ولد) Filial Therapy والتي يلعب فيها الوالدان دور المعالج النفسي للطفل وخاصة في سياق اللعب ، وأثناء التفاعل اليومي . وفيه يتلقى الوالدان تدريباً على طريقة العلاج باللعب المتمركز على الطفل المريض ، وذلك لتطوير مهاراتهم في تقنية العلاج باللعب . ثم يتم إعطاؤهم فرصاً لملاحظة جلسات من العلاج باللعب يقوم بها المعالج النفسي . كما يتاح لهم أن يتواصلوا مع أطفالهم ومع الآخرين من أجل تلقي التغذية الراجعة الضرورية وتصحيح بعض الأخطاء . وحين يتأكد المعالج من أن الوالدين قد تمكنوا من الطريقة العلاجية (العلاج باللعب) يترك لهم فرصة تطبيقها على أطفالهم في المنزل . وعادة ما تطبق جلسة أو جلستان في الأسبوع الواحد . ويستمر الوالدان بالتواصل مع المعالج من أجل توجيههم وتصحيح الأخطاء التي يقعون فيها ولتبيين مدى التطور الحاصل في التطبيق وفي سلوك الطفل المضطرب . إن الهدف من هذه الطريقة هو نفس هدف العلاج المتمركز على العميل أو الطفل المضطرب عموماً ، وهو تطوير المساعدة ، والتعاطف الوجداني بين الوالدين والطفل ، والتفاعل غير المشروط والتقبل ، وذلك كله من أجل أن يمكن الطفل من بلوغ أقصى درجة من درجات تطوير الذات .

الوالدان كمعالجين سلوكيين (معدلو السلوك) :

وبنفس الطريقة ، وانطلاقاً من نفس المبدأ السابق ، تم تدريب الوالدين على تقنيات العلاج السلوكي وتعديل السلوك المرضي وذلك باستخدام الأشرطة . حيث يتم إخضاع الوالدين لدورات تدريبية على تقنيات العلاج السلوكي وخاصة الأشرطة الإجرائي (التي ذكرت سابقاً) ، ويطبقها الوالدان بعد ذلك في جلسات واقعية مع أطفالهم ، بينما يقوم المعالج النفسي بمراقبتهم من خلف

مرآة حتى لا يروه ، وقد يطبقها الأهل مع العلاج باللعب وفي مواقف اللعب الواقعية أيضاً. وباستخدام هذه الطريقة يتعدل السلوك اللاتكيفي للوالدين حيال طفلهم وكذلك ردود أفعالهم السلبية مما يعدل من السلوك المرضي عند الطفل. وقد استخدمت هذه التقنية في معالجة أطفال يعانون من الانغلاق على الذات ، ومن العدوان، والتبول الليلي ، وعدم الطاعة ، والعناد.

* * *

خاتمة

لقد تحدثنا عن أهم تقنيات العلاج النفسي لاضطرابات الأطفال النفسية ومشكلاتهم والتي تستند إلى مبادئ متنوعة في علم النفس بدءاً من التحليل النفسي مروراً بالسلوكي حتى العلاج الجمعي وتعديل السلوك من قبل الوالدين باعتبارهم معالجين نفسيين بعد تدريبهم .

إن أكثر المعالجين النفسيين يستعملون عدداً من هذه الطرق وذلك ليكون العلاج فعالاً وحسب متغيرات عديدة يفرضها العمل السريري . وقد أجريت بحوث متعددة حول فعالية هذه الطرق في معالجة اضطرابات الأطفال النفسية . وبالرغم من أنها لم تقدم معلومات ونتائج كافية عن فعالية هذه التقنيات العلاجية ، لأسباب عديدة أهمها ضعف منهج البحث المعتمد ، وخطأ العينات المستعملة إلا أنها فعالة جميعها مع مختلف الاضطرابات النفسية . وذلك كله يتحدد بالإجابة على السؤال الرئيسي التالي : ما نوع العلاج بالطريقة العلاجية التي يجب تقديمها مع هذا المتعالج أو الطفل وضمن أية شروط؟! لا شك أن الإجابة عن هذا التساؤل تتطلب منا اعتماد مناهج وطرق بحث متنوعة لا تقتصر على استخدام مجموعتين ضابطة وتجريبية .

إن أكثر طرق العلاج السابقة الذكر ، التي أجري عليها كثير من البحوث والدراسات ، هي العلاج السلوكي بتقنياته المتنوعة ، وقد أكدت معظمها على فعالية تقنية خفض الحساسية التدريجي ، والتعلم بالقدوة أو النمذجة ،

وتعديل السلوك في معالجة الكثير من اضطرابات الأطفال . وهناك دلائل على فائدة العلاج البنوي ، وتدريب الوالدين على العلاج السلوكي لاستخدامها مع أطفالهم ، وأنها فعالة في زيادة السلوك التكيفي للطفل وتعميمه على مواقف الحياة المتنوعة .

يجب أن نشير أخيراً إلى أن معظم هذه البحوث والدراسات التي أجريت لتبين فعالية طرق العلاج النفسي هذه ، ينقصها الضبط العلمي ، كما أن هذه طرق العلاج النفسي جميعها قد طبقت في جلسات علاجية إكلينيكية ، وأنها موضع نظر حين تطبيقها على مجتمعات وثقافات متنوعة .

* * *

المراجع العربية

- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٩٩) الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث . عالم المعرفة العدد ٢٢٩ الكويت .
- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٩٣) العلاج السلوكي للطفل ، أساليبه ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، عدد ١٨٠ ، الكويت .
- حقي ، ألفت (١٩٩٥) الاضطراب النفسي ، مركز الإسكندرية للكتاب .
- الرفاعي ، نعيم (١٩٨٢) الصحة النفسية . منشورات جامعة دمشق .
- عبد الله ، محمد قاسم (٢٠٠٠) الشخصية ، استراتيجياتها وتطبيقاتها الإكلينيكية . دار المكتبي ، دمشق .
- عبد الله ، محمد قاسم (١٩٩٤) مآل اضطراب نقص الانتباه وعلاجه . مجلة الثقافة النفسية المتخصصة . العدد ٢٠ المجلد الخامس . ص ٧٠ - ٧٨ . بيروت .
- عبد الله ، محمد قاسم (١٩٩٥) نظريات الاكتئاب المعرفية . مجلة الثقافة النفسية المتخصصة . العدد ٢٤ ، المجلد السادس . ص ١٢٨ - ١٣٢ .
- عبد الله ، محمد (١٩٩٥) دراسة تحليلية للإعاقه في التعلم والاتجاهات الحديثة في تشخيصها وعلاجها . مجلة بحوث جامعة حلب . سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية ، العدد ٢٧ . ص ١٦٧ - ١٩٥ .
- عبد الله ، محمد (١٩٩٧) الصحة النفسية . منشورات جامعة حلب .

- عطية ، نعيم (١٩٨٥) الذكاء وإعاقات التعلم. إدارة البحوث التربوية ، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. تونس .
- السيد ، فؤاد البهي (١٩٧٥) الأسس النفسية للنمو ، من الطفولة إلى الشيخوخة. دار الفكر العربي. مصر.
- طحان ، ناظم (١٩٩٦) نمو الطفل. (ترجمة) ، منشورات وزارة الثقافة. دمشق.

المراجع الإنكليزية

- Abelson , H. , Fishburne and Cisin (1977) . National survey on drug abuse , Washington , Government Printing Office.
- American Psychological Association (1987) Diagnostic and statistical manual disorders . Washington DC , Author.
- American Psychological Association (1994) Diagnostic and statistical manual disorders . Washington , Author .
- Adams , P. (1973) . Obsessive children . New York , Brunner-Mazel
- Azrin N. and Foxx (1974) . Toilet training in less than a day. new York : Simon and Schuster .
- Bandura A. (1973) . Aggression : social learning approach, Englewood Cliffs ; Prentice - Hall
- Baxter , J. Martial J. and Hallwell R. (1979) . Human growth hormone , Complementary DNA cloning and expression in bacteria . Science ,205 , p602 .
- Bell R. and Waldrop M. (1982). Temperament and minor physical anomalies . London ; Pitman Books - Ltd .
- Broadhurts D. Edmunds and Macdicken (1979) Early childhood program and prevention and teatment of child abuse and neglect , Washington DC , National Centro on child abuse.

- Broman S. Nichols and Kennedy (1975) preschool IQ , In handbook of evaluation research vol2 Erbaum .
- Brumback R, and Jackway (1980) relation of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center . perceptual and motor skills50,11 -17.
- Bryan t. (1975) Understanding of learning disabilities , New York , alfred publishing .Buchsbaum M. and Haier R. (1982) Psychopathology . Annual review of psychology34,401 -430.
- Cameron J. (1977) Parental treatment , children temperament and risk of childhood behavior problems , American journal of Orthopsychiatry48 ,140 -147 .
- Carlson G. and cantwel D. (1982) A survey of depressive symptoms , journal of child psychology and psychiatry21, 361-368.
- Casper R. eckert E. Halmi K. and davis J. (1980) Bulimia . Archives of general psychiatry ,37 ,1030 -1035.
- Clarizio H. and McCoy (1983) Behavior disorder in children , New York , crowell .
- Clowes- Hollins , and king (1982) Parents and siblings as behavior modifiers in the control of a common developmental problems , Journal of Clinical Child psychology ,11 ,231 -233 .
- Cotman C. and Nieto M. (1982 0 Brain function , Annual review of psychology ,33,371 -402.
- Cytun L. mcknew D. and Bunny (1980) Diagnosis of depression in children . American Journal of Psychiatry ,137,22 -25 .
- Dauids O. Hoffman S. Sverd J. and Voeller (1976 0 Lead and hyperactivity, A pilot study , American journal of Psychiatry ,133 ,1155 -1158.

- Emmelkamp P. (1982) phobic and obsessive compulsive disorders . new York. Plenum . Ferster C. (1961) positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children , Child development 32 ,437 - 456.
- Forehand R. and McMahon (1981) Helping the noncompliance child , new York , Guilford.
- Freeman B. and Ritvo E. Schroth P (1984) Behavioral assessment of the syndrome of autism , Journal of the American Academy of child Psychiatry , 23 ,588 -594.
- Gillberg C. and Schaumann H (1982) social class and infantile autism . Journal of autism and developmental Disorders, 12,223 -228.
- Hartmann E, (1980) Sleep disorders . Comprehensive textbook of psychiatry, Baltimore.
- Hauser S. Delong J. and Roseman (1975) Pneumographic findings in the infantile autism syndrome , Brain ,98,667 -668
- Herjanic B, Brown F, and Wheatt (1975) Are children reliable reporters . Journal of Abnormal Child Psychology, 3 41 -48.
- Hetherington e, and Marin B (1972) Family interaction , psychopathological Disorders of Childhood . New York , Wiley.
- Hodgers K , Kline J. and stern L (1982) the development of child assessment interview for research and clinical abuse , Journal of abnormal child Psychology , 10 173 -189 .
- Jackson H. and King N. (1981) the emotive imagery treatment of child truma induced phobia . Journal of Behavior Therapy 12 ,325 -328.
- Judd L, (1965) Obsessive- compulsive neurosis in children , Archives of General Psychiatry , 12 ,136 -143.

- Kellerman J, (1981) Hypnosis as an adjunct to thought-stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsession in twelve-year-old boy. *International Journal of clinical and experimental Hypnosis*, 29, 128 -135.
- Klieman C, and Jones M. (1980) the behavior assessment battery for use with the profoundly retarded , *Advances in mental handicap research* , New York , Wiley .
- Koppitz E. (1975) *The Bender Gestalt test for Young children*, New York , Grune and Stratton .
- Lachar D, and Godwiski C, (1979) *Actuarial assessment of child and adolescent personality* , Los Angeles.
- Lapouse R, and Monk M (1964) Behavior deviations in representative sample of children , *American Journal of Orthopsychiatry* ,34 ,436 - 446.
- Leon G, Kendall P , and Garber J (1980) Depression in children , *Journal of Abnormal Child Psychology* ,8 ,221 -238.
- Lumsden C, and Wilson E, (1983) *Promethean fire* , Cambridge , MA . Harvard university Press .
- Macfarlane J , Allen L . and Honzik M (1954) A developmental study of the behavior problems of normal children , Beckley and Los Angeles. university of California Press .
- Maloney M (1980) Diagnostic hysterical conversion reaction in children , *the Journal of Pediatrics* 97,1016 -1020.
- Minuchin S. and Rosman (1978) *Psychosomatic Families* , Cambridge ; Harvard University Press .
- Nihira K, Foster R, Shellhas M, and Leland H, (1974) AAMD , adaptive behavior scale , Washington , American Association on Mental Deficiency .

- Prior M , (1979) Cognitive abilities and disabilities in infantile autism , *Journal of Abnormal child Psychology* ,7 ,357 -380.
- Ritvo E, (1983) the syndrome of autism , *Integrative Psychiatry*1 , 103-109 .
- Ross A, and Pelham W, (1981) Child psychopathology , *Annual Review of Psychology*32 ,243 -278 .
- Rutter M, (1972) Childhood schizophrenia , *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* ,2 ,315 -537 .
- Sarbin T, and Mancuso J (1980) Schizophrenia , *Medical diagnosis or Moral Verdict* , New York , Pergamon .
- Schwartz S. and Johnson J (1985) Psychopathology of childhood , *Pergamon General psychology Series* , New York , pergamon Press
- Semel E, and Wiig E. (1980) clinical evaluation of language function, Columbus OH, Charles Merrill.
- Sluckin W, Herbert M , and Sluckin A.(1983) Maternal bonding , Oxford Basil Blackwell .
- Sparrow S.Balla D. and Chicchetti D. (1989) Vineland Adaptive Behavior Scales , Manual , American Guidance Services .
- Thomas , A. and Chess S. (1984) Genesis and evaluation of behavioral disorders, *American Journal of Psychiatry* 141,1 -9.
- Tuma J. and Pratt J (1982) Clinical child psychology practices and training , a survey , *Journal of Child Clinical Psychology* ,11,27 -34.
- Ullmann L, and Krasner L (1975) A psychological approach to abnormal behavior , Prentice - Hall.
- Vaillant G, and Vaillant C, (1981) Natural history of male psychological health , *American Journal of Psychiatry* 138, 1433 -1440 .

Vitello, S. and Soskin M (1985) Mental retardation, Englewood cliffs . Prentice- Hall .

Williams C. (1959) The elimination of tantrum behavior by extinction procedure . Journal of Abnormal and Social psychology, 59 ,269.

Zajonc R. and Bargh j (1980) Birth order, family size , and the decline of SAT scores, American Psychologist 35 .662 -668.