

الفصل الأول

الأمراض النفسية في مرحلة الطفولة

«إطار تاريخي ، ونظري ومنهجي»

الحالات التالية مأخوذة من أضاير معالج نفسي متمرس :

١ - سارا ، فتاة نحيفة جداً ، وعمرها ستة عشرة سنة . وقدمت إلى المعالج النفسي عن طريق أهلها لأنها تعاني من فقدان وزن شديد . وقبل ستة أشهر من إحالتها إلى المعالج شعرت بأنها سميكة وغير جذابة فقررت أن تتبع نظاماً غذائياً يخفف من وزنها ، لقد بدأت بشكل معقول ومقبول حيث إنها تجنبت في البداية الحلوى ، وبعد ذلك تجنبت كل الكربوهيدرات . ولكن لم تشعر بتخفيف ملموس لوزنها ، ثم عملت على تجنب أكل النشويات واللحوم في نظامها الغذائي . وبعد ذلك امتدت إلى الفواكه . وفي الوقت الذي أحيلت فيه إلى المعالجة اقتصر على تناول بضعة جزرات في اليوم فقط ، ثم تناقص وزنها من ١١٥ حتى أصبح ٨٥ . وأصبحت تعاني من اضطراب في النوم بالإضافة إلى التهيج الدائم والاكتئاب . ثم انقطعت عنها الدورة الشهرية . وبغض النظر عن وزنها بقيت سارا تشعر بأنها سميكة وأنها بحاجة للريجيم . وإذا استمر نظام غذائها هكذا فإن ظروف حياتها ستصبح صعبة ومهددة لها .

٢ - أحضرت الأم ابنها سيمون إلى المعالج النفسي لأنها لم تعد تستطيع منعه من تبليل الفراش . وبالرغم من المداخلات العلاجية المتنوعة كالجوائز والمكافآت والتهديد إلا أنه لم يبلل فراشه سوى عدداً من الليالي خلال العشر سنوات الأخيرة ، كما أنه نادراً ما يبلل ثيابه خلال النهار أو حين يكون مع

أطفال آخرين . لقد بينت الفحوص أنه لا يوجد سبب عضوي للمشكلة . وكان سلوك سيمون سوياً في جميع النواحي الأخرى وكانت والدته تخفض من نوبات غضبه حين يكون عنيداً معارضاً .

٣ - لقد طلب والدا فيفيان النصيحة النفسية حين كانت ابنتهما تمر بخبرات غريبة ومتنوعة غالباً ما تأخذ شكل أصوات تسمعها . هذه الأصوات تقول لها كيف تطلق ألفاظاً بإيقاف الطيور عن الطيران وكيف تغير الطقس بمجرد تحريك يدها . بدأت فيفيان عبور الأبواب بالمقلوب أي رجوعاً لأنها ترى أن الشياطين يتسللون خلفها . لقد مكثت عمتها في مشفى الأمراض العقلية عدة أيام ، كما أن والدتها قد اعتقدت بأن دماً غير طبيعي قد انتقل إلى ابنتها البالغة ثلاث عشرة سنة بالعدوى .

إن أي شخص غير مختص في علم النفس يمكنه التحقق من أن هؤلاء الأطفال الثلاثة يعانون مشكلات مختلفة . وأي أخصائي نفسي يأمل في إجراء مداخله علاجية فعالة ، عليه أن يكون قادراً على التمييز بينها ، وأن يطبق برامج العلاج المناسبة لكل منها حسب حالة الطفل الخاصة والمميزة . إلا أن سارا وسيمون وفيفيان ليست سوى عينة صغيرة فقط من مشكلات واضطرابات متنوعة يمكن مشاهدتها في الممارسة العلاجية السريرية . وكما سنبين لاحقاً في هذا الكتاب ، فإن علماء النفس العياديين المتخصصين في معالجة مشكلات الأطفال واضطراباتهم ، عليهم مواجهة العديد من المشكلات السلوكية المتنوعة التي تطول قائمتها مع مرور الوقت . ومع أن أكثر الاضطرابات قد تمت معالجتها من قبل علماء النفس العيادي أو الإكلينيكي في هذا الكتاب ، فإن اختلافهم يجعل من الصعب النظر إلى عملهم وعلاجهم في ضوء اتجاه واحد . لذلك فإن هذا البحث يقدم بناءً عاماً و لازماً للموضوعات اللاحقة .

ومع أنه من الواضح للباحثين ، أن سارا وسيمون وفيفيان يعانون مشكلات متنوعة ، إلا أنها لم تكن كذلك دوماً . فقد كان ينظر للاضطرابات النفسية على أنها نتيجة لقوى خارقة ، وأحياناً يتم تجاهلها . إن القسم الأول من هذا الفصل ينظر إلى تاريخ علم النفس المرضي مع التركيز على مشكلات الأطفال . وسوف

يظهر أن الاتجاهات نحو المشكلات النفسية قد تغيرت بتغير المجتمعات ، وأن هذه الاتجاهات لها أهميتها في الاكتشافات العلمية والبحوث الهادفة إلى تشخيص مثل هذه الحالات وعلاجها .

بالرغم من أن التغيرات في الاتجاهات والقيم الاجتماعية تؤثر في الطريقة التي ننظر فيها للمشكلات النفسية ، فإن موضوع هذا الكتاب في دراسة الأمراض النفسية هو مشروع علمي ، والقسم الثاني من هذا الفصل سيهتم بنظريات الأمراض النفسية ، والثالث سيركز على كيفية تفاعل النظرية مع الممارسة لتوسيع فهمنا لأمراض الأطفال النفسية .

إن فهم سلوك الأطفال يتطلب وصف المستوى أو المراحل النمائية الخاصة بهم . ينمو الأطفال كعضويات ويتغير سلوكهم مع مرور الزمن . والسلوك الذي يناسب مرحلة ما لا يكون كذلك في مرحلة لاحقة ، فتبليد الفراش أقل خطورة في سن الرابعة منه في سن العاشرة . وسنبحث أهمية التغيرات النمائية في فصل لاحق .

هناك العديد من العوامل المسببة للسلوك المضطرب أو المشكلات النفسية . فمشكلة سيمون الخاصة بتبليد الفراش قد تكون كبيرة ونتيجة لضعف في التدريب ولكن الأمر ليس كذلك بالنسبة لحالة فيفيان التي قد تكون نتيجة تفاعل عوامل وراثية وبيئية تربوية . إن مشكلة سارا غالباً ما تكون نتيجة عدة عوامل بما فيها الهارمونية . إن القسم الأخير من هذا الفصل سيبحث في العوامل المسببة للأمراض النفسية عند الأطفال .

علم النفس المرضي من القديم حتى الآن (لمحة تاريخية):

يشبه العلم أي مسعى عقلي آخر ذي أهمية ، ينمو ويزدهر من خلال الوصف والقياس الدقيقين . إن الحالة العقلية للشخص عموماً ، واقع مختلف تماماً عن الوزن والطول وضغط الدم . وهذا صحيح ليس بسبب وجود فروق بين القياسات الجسمية والنفسية ، ولكن بسبب أن الصحة النفسية التي لا تشبه المكايل والأوزان ذاتية ونسبية . يشير اليارد مثلاً إلى قيمة للطول يوافق عليها أي شخص لكونها محددة وكمية في حين ليس الأمر كذلك بالنسبة للأدوات

التشخيصية المستخدمة غالباً في علم النفس المرضي . وليس الأمر كما هو الحال في قراءة المقاييس والأطوال ، فالأحكام على الصحة النفسية بالمحيط والسياق الذي يتم فيها إجراء ذلك فالسلوك الذي يكون سويّاً في موقف ما ، يكون شاذّاً ومرضياً في موقف آخر . أما علاج الاضطرابات النفسية ، فهو دالة ووظيفة على الاتجاهات الثقافية السائدة في المجتمع . ويستوضح هذا من خلال فحص تاريخ المرض العقلي وطرق علاجه .

علم النفس المرضي قبل القرن الثامن عشر :

إن ما يعرف حالياً بالمرض النفسي يمكن إيجاده في ما قبل التاريخ . (إن مصطلح المرض العقلي أو النفسي يستعمل هنا بشكل حيادي ليعني اضطرابات السلوك والمعرفة والوجدان أو الانفعال). إن الإنسان القديم لم يكن يميز بين المرض العضوي الجسدي والمرض النفسي أو العقلي ، فكل الأمراض كان يعتقد بأنها تحدث بسبب الأرواح ، وأن المرض العقلي يحدث نتيجة الأرواح التي توقف الدماغ وتكف عمله . فبالنسبة لهذه المرحلة قبل التاريخية كان الإنسان الذي يعاني من الانحرافات الحادة على أنها مرض عكس ما هو مصنف حالياً.

ومن طرق علاج أمراض الدماغ المقبولة في السابق ما يسمى التربة Trepanning (وهي طريقة يتم فيها فتح الجمجمة لإخراج الأرواح الشريرة من الدماغ) وتشير الدلائل الأسطورية إلى أن بعض المرضى قد عاشوا بعد هذه العملية وأن المريض الذي عانى من ضغط شديد على جمجمته قد تحسنت حالته بعد هذا الإجراء أو العملية .

إن الاعتقاد بالشياطين أو القوى غير المرئية كان يتحدى الإنسان قبل ٤٠٠ قبل الميلاد . ومع مرور الزمن ، فإن تطورات عظيمة في العلوم الإنسانية في الحضارتين اليونانية والرومانية قد حدثت ، فقد اقترح أبقرط أن المرض العقلي ناتج عن خلل في الدماغ ويجب علاجه بالطرق نفسها لعلاج الأمراض الأخرى .

فعلاج الاسترخاء والطمأنينة للأمراض العقلية كان مفضلاً عنده وعند

طلابه ، وقد اعتمدت كطرق علاجية بشكل موسع في المجتمعين اليوناني والروماني .

ومع أن الحضارة العربية استمرت في قبولها وموافقتها على تعاليم روما القديمة ، فإن العصور الوسطى أعادت فكرة الشياطين والأرواح إلى أوروبا . إن بحث العوامل التي كانت وراء التدهور الحضاري في تلك الفترة المظلمة يقع خارج نطاق هذا البحث . ومن المفيد أن نلاحظ أن انهيار النظام الاقتصادي والتجارة قد أدى إلى فقدان الاعتقاد والإيمان بالنظام الاجتماعي وإعادة الإحساس بالأمل والتفوق .

أما ما يتعلق بالمشكلات النفسية للأطفال ، فقد تم تجاهلها ، لأن مرحلة الأطفال كانت غريبة بالنسبة للأطباء في تلك القرون . وقد وصف أريس عام ١٩٦٢ كيف أن براعة الناس في العصور الوسطى (بالرسوم والفن والسير الذاتية) على أن الأطفال هم راشدون صغار يختلفون عن الراشدين الكبار في الحجم والطول والقوة . فلم يكن هناك ألعاب أو أدب خاص بالأطفال . ويعتبر أريس أن المعدل المرتفع للوفيات يجعل الوالدين حذرين وخائفين من أنهم سيلحقون أطفالهم أيضاً .

لا يوجد شك أن معدل وفيات الأطفال كان عالياً . ولكن ذلك ليس كل القضية ، فالأطفال كانوا يُستغلون باستمرار وبقي الأمر كذلك حتى عام ١٩٥٩ حيث وجدت الأمم المتحدة أن من الضروري سحب حقوق الإنسان لتشمل الأطفال أيضاً وليس مجرد الراشدين .

إن بداية القرن الثامن عشر ، قد شهد تقلص الاعتقاد بالأرواح الشريرة ، ولكن لسوء الحظ ، فإن ذلك لم يقدر مباشرة إلى علاج متطور للمرض العقلي . حيث لا يزال المرضى يحجزون في أقبية ويساء معاملتهم . إن العلاج الإنساني بدأ يتطور تدريجياً في القرن الثامن عشر ، والسبب الأساسي في ذلك ، هو التقدم الثقافي والحضاري البطيء . بالرغم من أن هناك بعض الدول التي كان التقدم العلاجي والإنساني فيها يفوق المعدل بالنسبة لغيرها من الدول مثل الولايات المتحدة وفرنسا . وبالرغم من عدم وجود تطورات كبيرة في المعرفة

الطبية والنفسية ، فإن المناخ المتطور والمتغير لكلا الدولتين قد أدى إلى موقف جديد تجاه الأمراض النفسية. إن انتشار المبادئ الديمقراطية قد أدى إلى سحب هذه النظرة إلى المشافي لمعالجة المرضى العقلين وذلك لإعادتهم إلى حياتهم الطبيعية وتحملهم المسؤولية وفقاً لدعم وتقديم الخدمات الإنسانية والعلاجية لكل المواطنين. إن الثورات الفرنسية والأمريكية وانفصال الكنيسة عن الدولة ، كان مسؤولاً عن التغيرات الهامة في الاتجاه والموقف نحو علاج المرض النفسي.

لا يعني ذلك أن المهنة الطبية لم تتغير نحو الأحسن. إن الأطباء في القرن الثامن عشر كانوا ما يزالون يعتقدون في الأساس العضوي للمرض النفسي. ومع نهاية هذا القرن فإن علم أسباب الأمراض العضوية قد تطور بسبب العديد من المشكلات السلوكية مثل الإدمان على الكحول والذهانات بأنواعها. وبالرغم من المحاولات الجادة لفهم الأساس العضوي للمرض العقلي ، فإنها لم تتضح في الكثير من الحالات ، مما أدى إلى استعمال مصطلح وظيفي للدلالة على الأمراض النفسية والذي يعني أنها ناتجة عن منشأ نفسي.

علم النفس المرضي في الوقت الحالي :

مع نهاية القرن الثامن عشر ، فإن دراسة مشكلات الطفولة بدأت تظهر بشكل حاد. ومع ذلك فالنتائج التي تحصل مباشرة مع زيادة الاهتمام بالأطفال ، لم تكن كافية مقارنة بتلك المتعلقة بأمراض الراشدين النفسية. في الواقع لم يتحدد علم النفس المرضي للأطفال كتخصص مستقل في ميدان الصحة النفسية حتى السنوات الأخيرة (جراندر ١٩٧٦). إن دراسة علم أمراض الأطفال النفسية ، لم تكن جذوره في الطب النفسي وطب الأطفال ولكن في التربية وعلم النفس والعلوم الاجتماعية.

التربية : من المحتمل أن تعود بداية نشوء المرحلة الحديثة في مجال تربية الطفل إلى بستالوتزي (١٨٨٠). إن آراء بستالوتزي وروسو كان لها دورها في تطور فلسفة التربية وطرقها والتي ستنعكس آثارها في أفكار العديد من الفلاسفة المشهورين. لقد كان الهدف التربوي عند بستالوتزي هو مساعدة الأطفال في

تنمية قدراتهم الفطرية على الملاحظة والإدراك. ومن أجل ذلك شعرت بستاوتزي أن المنهاج يجب أن يتضمن ليس الآداب فقط وإنما الممارسة العملية والنشاط الذي يقوم به الأطفال أثناء العملية التربوية. وقد كان لهذه الآراء تأثيرها في الفكر التربوي لفروبل (١٩٠٣) هذا المفكر التربوي الذي اعتبر مؤسس رياض الأطفال والذي نجح في تطبيق الطرق المكتشفة حديثاً في تربية الأطفال الأعمار. إن السرعة التي انتشرت فيها فكرة رياض الأطفال كانت مذهشة. إن أكثر الممارسات التربوية ، قبل تلك الفكرة والأعمال ، قد نشأت من الاعتقاد بأن الأطفال لم يولدوا وهم مزودون بملكات ضرورية من أجل التعلم والنمو الأخلاقي وأن هذه الخصائص مطبوعة بقوة في ذهنهم ولا يمكن تغييرها. إن تغير الاتجاه نحو تربية الطفل قد عكس تغيرات في المجتمع بالدرجة التي حدثت فيها اكتشافات في مجال التربية. والتفاؤل حول الطبيعة الجوهري للرجل قد نشأت في القرن التاسع عشر في أمريكا وأوروبا ، أدت إلى الأفكار الجديدة.

إن روضة الأطفال الأولى في الولايات المتحدة الأمريكية بدأت من قبل إليزابيث بي بودي في بوسطن عام ١٨٦٠ ، كما أن أول مدرسة عمومية للأطفال تأسست بعد ثلاث عشرة سنة من هذا التاريخ. ثم تالت في الظهور حتى عمت أرجاء البلاد. إن إحدى النتائج المفيدة لتطور رياض الأطفال وطريقة بستاوتزي في التربية هي ما أدت إليه من إمكانية ودراسة الأطفال الأعمار والاهتمام بهم. إن البحث في سلوك الطفل يصبح هاماً لأن الكثير من المعلومات المطلوبة بحاجة إلى تصميم منهاج جديد ، ولأن الأطفال أصبحوا موضع اهتمام في حقوقهم. إن الأكثر تأثيراً من الأوائل في نمو الطفل هو هربرت (١٩٠١) الذي عرف بفكرة أن الأطفال يمرون بمراحل نمو لكل منها خصائص ومشكلات خاصة بها. وقد قوبلت هذه الفكرة باهتمام بالغ في مجال نمو الطفل. إن أثر المربين هو واحد من العوامل الرسمية في علم نفس الطفل الحديث. وكما ينظر إلى نمو الأطفال على أنه مهم ومثير للاهتمام ، فإن مشكلاتهم موضع اهتمام وذات أهمية كبيرة أيضاً.

التخلف العقلي: إن التأثير الهام الآخر في نمو ميدان علم نفس الأطفال المرضي ، هو الاهتمام المتزايد بالأطفال المتخلفين عقلياً. ومع أن التخلف العقلي ظاهرة محددة بدقة في كتابات المربين وعلماء النفس والطب النفسي إلا أنها لم تدخل مجال علم النفس كمشكلة سيكولوجية حتى القرن التاسع عشر (١٨٨٠) خاصة في فرنسا عندما وجد جان إيتارد الطفل «المتوحش» في الغابة والذي لم يكن قادراً على التواصل مع الناس. وقد حاول علماء النفس الفرنسيين تطبيق الأفكار التربوية الجديدة لإعادة تأهيل هذا الطفل «المتوحش البري». وقد قاد هذا العمل إلى مزيد من الاهتمام بالأطفال البلهاء «Idiots» من المتخلفين عقلياً وقد كان مركز ذلك الاهتمام بالطفل في مشفى باريس المشهور ببيستر ، حيث كان المركز المشهور في تربية التخلف العقلي ، وأصبح معروفاً في هذا الميدان. ثم انتقل الاهتمام بالمتخلفين إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا ، وكانت بدايته على تجارب وإدخال برامج تربوية أساسية أكثر منه كملجأ أو مأوى. وكان الأمل أنه بعد التدريب يمكن لهؤلاء الأطفال أن يعودوا إلى منازلهم. وفي السنوات الحديثة أدى هذا العمل إلى التفاؤل حول ما يمكن فعله لمساعدة المتخلف عقلياً في إيجاد موقعه ومكانه المناسب في المجتمع (Vitello and Spskin 1985). هذا التطور تم فحصه بتفصيل في الفصل الثامن. إن المحاولات الرئيسية في تربية الأطفال المتخلفين عقلياً كانت معتمدة على تطوير مقاييس واختبارات نفسية لقياس قدراتهم وأدائهم العقلي.

اختبارات الذكاء والقياس العقلي:

لقد كان فهم الذكاء وقياسه موضع الاهتمام الأساسي عند علماء النفس ، ولم يكن ذلك حتى ظهور نظرية داروين «الصراع من أجل البقاء» حيث بدأ التركيز على دراسة القدرات الإنسانية بشكل منظم. وكان فرنسيس جالتون تلميذ داروين من أشهر العلماء الذين بحثوا الفروق الفردية في السلوك العقلي ، وقد بدأ دراسته وبحوثه عن طريق تصميم اختبارات لقياس الفروق الحسية البسيطة. ولكن هذه المحاولات لقياس القدرة العقلية والمعرفية من خلال المهمات الحركية والإدراكية والحسية لم تكن ناجحة في التمييز بين المتفوقين

والمتخلفين عقلياً. إن من السهل أن نعرف لماذا كانت نظرية جالتون خاطئة. إن محاولات قياس القدرات العقلية قد تقوضت بسبب تركيزه على قياس الأداء الحسي الحركي.

إن الاهتمام بالذكاء قد تم إحيائه كموضوع بحث من قبل علم النفس الفرنسي ألفريد بينيه وذلك في بداية القرن العشرين. إن العمل الأولي لبينيه يشبه عمل جالتون من حيث اهتمامه بالتمييزات والفروق الحسية الحركية والإدراكية. وبقي الأمر كذلك حتى طلبت الحكومة الفرنسية من بينيه أن يقوم بدراسة الضعف العقلي في مدارس باريس مما دفع لمزيد من الاهتمام ، كما كان لعمله جانب تطبيقي وعملي ، بعد ذلك انتقل اهتمام بينيه من التركيز على العناصر التي تضمها القدرة الإنسانية إلى تطوير مؤشر عام للأداء العقلي. إن الافتراض المبدئي النظري الذي انطلق منه هو نسبة القدرة العقلية عند الفرد وأن هذه النسبة ثابتة مع مرور الزمن. لقد تحقق بينيه أنه من أجل إنشاء أداة مفيدة اجتماعياً ، فإن اختباره يجب أن تشمل مظاهر عديدة للذكاء مثل معرفة الحقائق ، والتفكير ، والمحكمة ، والقدرة اللغوية. إن أحد أهم إسهاماته هو الافتراض بأن نوع المهمات المستعملة لقياس القدرة العقلية بحاجة إلى مطابقتها للمعيار المقبول والمعتمد في النجاح الأكاديمي الحالي والمقبل عند الفرد. وفوق ذلك فإن أية مهمة تكون مفيدة إذا ما بينت قدرتها على التنبؤ بالإنجاز الأكاديمي اللاحق. وفي عام ١٩٠٥ أتم بينيه اختباره الأول الذي يضم ٣٠ بنداً يعكس قدرة الطفل على الفهم والتركيز بموضوعات عامة وشائعة في بيئته ومجتمعه. وقد تم تجميع البنود وفقاً لمستويات العمر وزيادة صعوبة المهمات بدءاً من السهلة التي يستطيع الطفل أداءها بسهولة إلى الصعبة بالنسبة للراشد المتوسط. وفي التعديل اللاحق لاختباره ، عرف بينيه العمر العقلي بأنه مستوى العمر الأعلى الذي يمكن للطفل فيه أن ينجز مهماته بسهولة وبصورة صحيحة كاملة.

لقد كان لاختبار بينيه للذكاء أثره الهام والقوي في مجال علم النفس التطبيقي ودراسة الأطفال. إن طريقته في التمييز والتفريق بين الأطفال الذين

يمكنهم الاستفادة من برامج التربية النظامية عن أقرانهم الذين تنقصهم القدرات التي تمكنهم من الاستفادة منها ، قد اعتمدت في العيادات النفسية وفي القوى العسكرية وفي الصناعة . إن نجاح اختبارات بينيه في جلسات عديدة ومتنوعة قد زادت من أثر علم النفس التطبيقي ودفعه للاهتمام والبحث في القدرات الإنسانية . ومنذ ذلك الوقت وبينيه يحاول تحسين القدرة التنبؤية لمعامل الذكاء والتي نجحت في درجة واضحة .

في الواقع لقد حصلنا على الأداة التي تمكننا من التنبؤ بالسلوك العقلي ، هذه الثقة التنبؤية قد تضمنتها محاولات لبيان الذكاء على أنه بناء نظري (تركيب فرضي) .

إن الطبيعة النظرية لاختبارات الذكاء ، قادت إلى سوء استعمال لاحق . فقد استخدمت لأغراض عنصرية وللتمييز بين السلالات والأجناس مما كان له أثر سياسي (كامبن ١٩٧٤) وبالنسبة لهدفنا من المهم والمثير أن نلاحظ أنه في نفس الوقت الذي تطورت فيه اختبارات الذكاء وعدلت ، فإن عدداً آخر من الباحثين كان يدرس النمو العقلي والمعرفي في المخبر والعيادة .

النمو العقلي المعرفي والاجتماعي :

من الصعب وضع قائمة بالباحثين الأوائل الذين كانت بحوثهم في نمو الطفل تمثل المراكز الأساسية في تطوير علم نفس النمو الحديث . إلا أننا نذكر ويليام سترن / ١٩٣٠ / الذي اشتهر في إضافته لمفهوم معامل الذكاء Intelligence quotient محاولاً ربط اختبار الذكاء بقياسه بما هو معروف حول نمو الطفل . هذا الدمج للطرق التجريبية والسيكومترية كان العلامة البارزة في أعمال أرنولد جيزل Arnold Gezll (جيزل وتوسون ١٩٣٨) . ومن علماء النفس البارزين الذين وجهوا الاهتمام والانتباه إلى مشكلات نمو الأطفال ستانلي هول Stanley Holl الذي كان رئيس قسم علم النفس في جامعة كلارك والذي كان له أثر بارز في نمو علم النفس الأكاديمي في القرن العشرين . وفي عام ١٨٩١ أسس المعهد التربوي وأصدر أول مجلة خاصة في نمو الطفل . قبل التوجه نحو جامعة كلارك كان قد أسس جمعية إليون

لدراسة الطفل والأول من نوعه في الولايات المتحدة . وبالرغم من أن الكثير من أفكار (هول) أصبحت تاريخية إلا أنه أثر في العديد من علماء النفس الذين تتلمذوا على يديه ودرسوا مرحلة الطفولة بشكل علمي ومن بين هؤلاء التلاميذ (جودارد) الذي عمل لسنوات عدة مع الأطفال المتخلفين في ولاية نيوجرسي وكذلك (لويس ترمان) الذي كان متميزاً عن غيره بأنه كان مسؤولاً عن تقبل الأمريكيان لاختبار بينيه ؛ والذي استمر في عمله بذلك المجال حتى أواخر أيامه .

لقد كانت الولايات المتحدة الأمريكية الداعم الفعال والمساهم في تطوير دراسة الطفل ، حيث برز ذلك في دعم المؤتمرات والبحوث العلمية والمؤسسات الخاصة بالأطفال (مثل مكتب دراسة الأطفال ومكتب نمو الطفل والمعهد الوطني لصحة الطفل والنمو الإنساني) والمنشورات مثل دورية العناية بالطفل .

إن نظرة على الموضوعات الماضية والحالية لهذه الدورية تبين التغيرات التي أحدثتها في المناخ الثقافي والاجتماعي للاهتمام بالطفل ، ومن بين الموضوعات المبكرة التي درست: أشكال السلوك المشيرة عند الطفل كالرضاعة والاستمناة ومص الإبهام ، مما دفع الآباء إلى الاهتمام بهذه الظواهر السلوكية ومعالجتها عند أطفالهم .

لا يمكننا إلا أن نذكر دور معهد جان جاك روسو في جنيف ، والذي عمل به جان بياجيه وطلابه حيث استخدم المنهج والملاحظة الطبيعية في دراسة نمو الطفل ، وكان لبياجيه الفضل الأكبر في توجيه علماء النفس التجريبيين للاهتمام بدراسة الأطفال . وقد كان لدراسة نمو الطفل والاهتمام بالمتخلفين عقلياً مركز الاهتمام العلمي مما كان له أثره الهام في نشوء ميدان علم النفس المرضي الحديث .

علم الصحة النفسية وتوجيه الطفل :

لقد كانت بدايات الأثر الهام على الوضع الحالي لعلم النفس المرضي للطفل بارزة في كتب السير الذاتية وخاصة كتاب «العقل الذي وجد ذاته»

لكليفورد بيرز (١٩٠٨). فقد دخل بيرز مشفى الأمراض العقلية لعدة سنوات لأنه كان يعاني من أعراض نفسية حتى تم شفاؤه أخيراً ، وبعد خروجه كتب هذا الكتاب الذي يمثل سيرته الذاتية ومعاناته ، ثم نذر نفسه للحركة الجديدة وظل يعمل من أجل رعاية الصحة النفسية حتى وفاته ١٩٤٣ . وكانت دعوته تهدف إلى إزالة ما علق في أذهان الناس بشأن الأمراض العقلية وأنها لعنة لا شفاء منها ، كما وجه الاهتمام إلى رعاية المرضى العقليين وتوفير الشروط المناسبة لهم واتباع الأساليب العلمية في علاجهم .

إن المهنة التي استفادت من خدمات ميدان الصحة النفسية ، هي الخدمات الاجتماعية الطب النفسية ، والتي أصبحت ذات أهمية كبيرة لاهتمامها بمشكلات الأطفال ، ولأن الأسرة والمحيط الاجتماعي لهما الدور الأكبر في تربية الأطفال ورعايتهم بحيث يأخذ أخصائي الخدمة الاجتماعية دوراً هاماً أيضاً ، وخاصة أن مشكلات الأطفال لم يعد ينظر إليها من وجهة النظر العلاجية فقط ، بل من وجهة النظر الوقائية أيضاً حيث التركيز على الأسباب المحدثة للأمراض النفسية . إن التركيز على التربية الأولى وعلاج المشكلات خلق سهولة كبيرة في التشخيص والعلاج ، وهذا ما ساعد على تطور عيادات توجيه الأطفال وإرشادهم تطوراً كبيراً .

إن المؤسس المعروف في ميدان عيادات توجيه الطفل ، كان (وليام هيلي) الذي أسس ما يعرف الآن بمعهد دراسة الأحداث في شيكاغو عام ١٩٠٩ والعيادة الأولى التي نشأت كجزء من مشروع البحث في فيلاديلفيا من قبل (ليستر ويتمر) ، وبالتعاون مع (هيلي) تم إنشاء ما يعرف حالياً باسم عيادة توجيه الطفل . لقد كان اهتمام (هيلي) منصب أولاً على دراسة الأحداث والمراهقين المنحرفين ، ولكن هذه الانحرافات لا يمكن بحثها دون النظر إلى العوامل الأساسية فيها وهي «العقلية والانفعالية والاجتماعية» التي تتكون في مرحلة الطفولة ، ولذلك توجه هيلي للاهتمام بالأطفال وتأسيس عيادات التوجيه الخاصة بهم . وبالرغم من أن هدف عيادة هيلي كان تشخيص وتقدير الحالات

التي تم إحالتها من قبل القضاء ، فإن التوصيات العلاجية تم اعتمادها بشكل جيد ومفيد .

إن عيادة هيلي تمثل نموذجاً فريداً لأنها تضم ليس فقط الأطباء وإنما علماء النفس وأخصائيي الخدمة الاجتماعية . إن هذا النموذج ذا الفروع العلمية المتكاملة في توجيه الطفل يعكس الدور الهام للسمات الفردية والمؤثرات الاجتماعية في السلوك ، وما يزال النموذج المتبع في عيادات الأطفال اليوم ، ثم أخذت هذه العيادات في الانتشار في أرجاء العالم مع التركيز على حركة الصحة النفسية الخاصة بالأحداث والمراهقين أيضاً . وأصبحت التربية النموذجية حول الصحة النفسية والعناية بالطفل من المهمات الأساسية والهامة في عيادات توجيه الأطفال وإرشادهم ، ثم بدأ الطب النفسي للراشدين بالتطور من حيث مكانته وتأثيره فكان له أثره أيضاً في مراكز توجيه الأطفال .

كان أدولف ماير من العلماء البارزين في مجال الصحة النفسية والذي هاجر إلى أمريكا في نهاية القرن التاسع عشر ، حيث وافق على العمل في المشفى الحكومي في اليونوايز ، وحين تركز اهتمامه على الطب النفسي انتقل للعمل في مشفى وسيستر في ماساشوستس حيث أصبح على اتصال بستانلي هول في جامعة كلارك . وأصبح فيما بعد واضعاً المعايير الأساسية للتدريب على مهنة الطب النفسي . وقد تأثر بفرويد وكان له الدور الهام في نشر مبادئ التحليل النفسي في الممارسة الطبية النفسية في أمريكا . لقد حافظ ماير على اتجاهه التوليقي في العلاج مقتنعاً بأن التطور اللاحق لعلاج الأمراض النفسية لا يمكن أن يتم بدون تعاون علماء النفس وعلماء وظائف الأعضاء . لقد اهتم في مشكلات الأطفال على أهمية المنهج الوقائي وعلى اختصاص الخدمة الاجتماعية الطب النفسية وتعاون كل الميادين في مجال الصحة النفسية .

إن نظرية ماير في علم الأحياء النفسي أو ما يسمى علم النفس الحيوي Psychobiology قد شددت على أهمية أن المريض هو شخص وبخاصة للدراسة بشكل كامل من حيث قصته التاريخية وقدراته وسماته النفسية وذلك من أجل فهم شامل لمشكلاته . إن طريقته في العمل مع الأطفال تضم مساعدة

المؤسسات والمكاتب الاجتماعية والمدارس لأن ذلك هو الأساس اللازم لمعالجة مشكلات الأطفال وهو المتبع اليوم.

من هذه البدايات كرس ميدان البحث الإكلينيكي اهتمامه على مشكلات الأطفال وبدأ يتطور كعلم ، ثم تبلور مع تأسيس رابطة طب الأمراض العقلية الأمريكية ١٩٢٤ والتي ضمت منذ البداية علماء النفس وأطباء نفسيين واختصاصيي الخدمة الاجتماعية الطب النفسية ، ويوجد الآن منظمات عديدة وجمعيات وتخصصات متنوعة تهتم بعلاج مشكلات الأطفال. ولكن الفلسفة العلمية التي وصفناها ذات محاور عدة: التركيز على الوقاية أو المداخلة العلاجية ، والحاجة إلى تعاون فروع عدة في دراسة الطفل ، هذه المحاور هي القاعدة المتبعة اليوم. إن التربية وعلم النفس والطب النفسي والخدمة الاجتماعية كلها كان لها تأثيرها في تطور ميدان علم النفس المرضي للأطفال واليوم كل ميدان له أثره الهام سواء من خلال البحث أم من خلال الممارسة العلاجية. وسناقش ذلك لاحقاً.

المؤثرات النظرية الرئيسية في علم نفس الأطفال المرضي :

كما تبين لنا في السابق فإن تحديد السلوك الشاذ أو المرضي عند الأطفال ليس سهلاً ، إنه يتطلب نمو الطفل وكذلك القيم والمعايير الاجتماعية. ومع مرور الزمن نشأت طرق واتجاهات عديدة في توضيح وتحديد الأمراض النفسية واضطرابات السلوك في مرحلة الطفولة ، وبعضها يمكن أن يوضع على شكل نظرية عامة. هذه النظريات والاتجاهات تخدم في تقديم معطيات وحقائق هامة عن اضطرابات الأطفال وشرح أسبابها. ولكن ذلك ليس كل شيء ، فالنظريات الجيدة تكون مرحلة ما قبل اتخاذ القرارات والفرضيات المفيدة من أجل مزيد من البحث.

بالرغم من أن النظريات تختلف في مجالها وموضوعها وفي قدرتها التقويمية والتشخيصية وفي فائدتها ، فإن نظرة التحليل النفسي من أهم تلك النظريات. وعلماء النفس العلاجي والسريري أحرار في اختيار النظرية التي يعتبرونها أكثر قيمة ، ولكن اختيارهم مؤقت وغير نهائي ، لأن معطيات

وحقائق جديدة تقود إلى تعديل وتنقيح هذه النظريات مما ينير عمل الاختصاصيين وطريقتهم . وستحدث باختصار عن أهم هذه النظريات الرئيسية التي كان لها دور هام في علم نفس الأطفال المرضي .

نظرية التحليل النفسي :

لقد كان لنظريات فرويد أثر بارز في علم نفس الأطفال المرضي يفوق أثر أي نظرية أو اتجاه في علم نفس الشواذ والأمراض النفسية . فقد شدد فرويد منذ وقت مبكر على أهمية خبرات الطفولة وانفعالاتها في تكوين شخصية الراشد . فإذا كانت مشكلات الراشدين ترجع إلى الخبرات المبكرة ، فإن فهم نمو الطفل له أهمية واضحة : فكلما زادت معرفتنا بهذه المرحلة كلما كانت إمكانية تجنب المشكلات والاضطرابات في المستقبل أيسر . هنا تظهر أهمية المنهج الوقائي في علم نفس الأطفال المرضي . إن فرويد لم يضع نظرية فقط ، ولكن طريقة في العلاج أيضاً . وقد طبق طريقته العلاجية هذه أول ما طبقها على الأطفال وخاصة الطفل هانز الصغير عام ١٩٠٩ . وبعد عشر سنوات لاحقة نشرت تقارير عن استعمال تقنية العلاج بالتحليل النفسي على الأطفال . لقد كانت ميلاني كلاين أول من استعملت اللعب الحر (والعلاج باللعب) مع الأطفال عوضاً عن التداعي الحر الذي يستعمل مع الراشدين . فقد شجعت الأطفال على اللعب وعملت على تفسير معاني أنشطتهم بنفس الطريقة التي تفسر فيها معاني التداعيات الحرة عند الراشدين . من جهة أخرى فقد شعرت آنا فرويد (١٩٢٨) أن طريقة أخرى مختلفة هي أكثر تناسباً للأطفال الذين تكون مشكلاتهم في الحاضر وليس في الماضي ، ولأن مشكلات الأطفال تتداخل فيها آثار المنزل والمدرسة ، فإنها نصحت بتعاون الوالدين والمعلمين في علاج الأطفال . وقد ساهم عدد كبير من المحللين النفسيين ومن علماء النفس المؤيدين للتحليل النفسي في المشاركة في علم نفس الأطفال المرضي ، بسبب كون أكثر التنظير الحالي في ميدان سلوك الأطفال الشاذ أو المرضي ما يزال ناتجاً وتابعاً للاتجاه التحليلي ، فإن بعض الشرح لهذه النظرية يكون ضرورياً .

فرويد والتحليل النفسي: الأساس والبدائيات:

ولد فرويد في ما يعرف حالياً بتشيكسلوفاكية ، وقد انتقل مع عائلته إلى فيينا وكان عمره أربع سنوات ، وهناك أتم دراسته في الطب ، وكان اهتمامه منصباً على البحوث أكثر منه على الممارسة الطبية . ولكي يشبع رغبته هذه فقد دخل معهد البحث العصبي ، ولكن الأجر المنخفض دفعه إلى الممارسة الخاصة . وظل اهتمامه في البحوث والنظريات ، وحتى بعد تطويره للتحليل النفسي ، فإن اهتمامه بمعالجة المرضى كان أقل من اهتمامه في وضع نظرية للشخصية .

لقد أخذ بالاتجاه الذي اعتمده شاركو وبروير في معالجة المشكلات الانفعالية وذلك في نهاية القرن التاسع عشر . لقد كان شاركو طبيب فرنسا المشهور قد عالج مرضاه الذين يعانون من مشكلات عصبية ليس لها أساس عضوي (كالهستيريا) واتبع في علاجها التنويم المغناطيسي . في حين اتبع بروير طريقة التفريغ التي تقود المرضى إلى التحدث عن مشكلاتهم وذلك لكي تجد تلك الانفعالات مخرجاً لها بحيث تنتهي معها صعوبات المعالج وصراعاته . لقد تأثر فرويد بكلا الاتجاهين بقوة كبيرة ، ولكنه فضل تقنية بروير ، إلا أن انفصال علاقته الوثيقة معه (بسبب تأكيد فرويد على دور الصراعات والعوامل الجنسية التي لم تجد حلاً) عمد إلى تطوير نظريته المستقلة في التحليل النفسي والعلاج النفسي . لقد كان نشيطاً وكان له أثره البارز في العديد من التلاميذ الذين درسوا عنده ، كما برز أثره في الطب النفسي وعلم النفس أيضاً . وقد بلغ ذلك قمته حين ألقى محاضراته في جامعة كلارك بدعوة من ستانلي هول . إن نظرية فرويد لم تتطور في المخبر ولكن في المواقف العيادية السريرية . وعن طريق الإصغاء إلى مرضاه حاول أن يبني نظرية تشرح سلوكهم ، وتحمل إمكانية تفسير السلوك عموماً . لقد كان فرويد مقتنعاً أن السلوك لا يحدث صدفة ، وأن كل أشكال السلوك يمكن شرحها وتفسيرها من خلال المعطيات المتوافرة . إن نظريته ليست سهلة التجريب والاختبار . ولكن جهود فرويد في تنظيم السلوك الإنساني وتفسيره يبقى من أكثر المحاولات طموحاً . إن تأثيرات

التحليل النفسي وخاصة في علم نفس الشواذ أو علم النفس المرضي يبقى الأقوى والمستمر كذلك .

بنية الشخصية :

الحياة النفسية (الشعور ، ما قبل الشعور ، واللاشعور) :

إن الأداء أو النشاط العقلي بالنسبة لفرويد يأخذ أكثر من مستوى . فهناك مستوى الشعور الذي يضم كل الوظائف والأنشطة والخبرات العقلية التي يعيها الفرد في الحاضر أو التي تكون متاحة له . أما المستوى الآخر فهو الذي يقع خارج السطح ، إنه ما قبل الشعور الذي يضم المواد التي ليست في مجال الشعور الحالي ولكن يمكن استدعاؤها حين الحاجة إليها ، مثل استدعاء رقم هاتف . ولكن بعيداً عن هذا كله هناك اللاشعور الذي يكون بعيداً جداً عن الشعور وخارج نطاق الوعي . إنه يضم آثار الخبرات الماضية المبكرة والرغبات والنزعات والدوافع البيولوجية الأساسية . في هذا المستوى ، تتواجد الأفكار والرغبات بحرية وبعيداً عن قيود المجتمع . إن هذه المواد اللاشعورية قد تدخل حيز الشعور والوعي أحياناً (كما في الأحلام ، وزلات القلم ، وفلتات اللسان ، والأمراض النفسية) . ولكن عندما يحدث ذلك فإن المواد التي نخبرها عادة تعتبر غريبة .

بنية الشخصية : مظاهر ثلاث (الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى) :

إن نظرية التحليل النفسي تقسم الشخصية إلى ثلاثة مكونات متفاعلة هي : الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى . في البداية يوجد الهو فقط ، إنه يضم الحاجات الآنية والهامة (الجوع والعطش والجنس) التي تلح في طلب الإشباع الآني . إن الإلحاح من أجل الإشباع (ويعرف بأنه مبدأ اللذة) غالباً ما يكون غير ممكن . كما أن تحقيق الرغبات عن طريق التخيل وأحلام اليقظة (التفكير الذي يمثل العمليات الأولية) يعتبر على أنه الحل البديل المؤقت . هذه التخيلات والأحلام تشبع الحاجات البيولوجية ، وهذا هو عمل الأنا . إن الأنا يتيح للفرد أن يعمل وفق الواقع حيث يشجع على تطور كل أشكال السلوك التي تتيح للحاجات أن تشبع وفق معايير المجتمع وقوانينه . إن القدرة على اختبار الواقع

والعمل نحو الهدف (التفكير وفقاً للعمليات الثانوية) يسمح للفرد بإشباع الحاجات الهامة بدون مواجهة أو اعتداء على مطالب المجتمع والواقع. إن الأنا الأعلى هي الخاصة المعارضة في الشخصية، لأنه يضم المعايير الأخلاقية الداخلية والضمير. وفي أوقات كثيرة تتعارض دوافع الهو مع الأنا الأعلى، وفي هذه الحالة، فإن الأنا يعمل على التوفيق بين الهو والعالم الواقعي. إن العلاقات بين المظاهر المتنوعة للشخصية والشعور ممثلة في الشكل التالي:

ديناميات الشخصية: الطاقة:

إن رأي فرويد الذي يعتبر أن العضوية منظومة معقدة من الطاقة، تعتبر النموذج المركزي لنظرية في الطاقة النفسية. هذه الطاقة التي افترض أنها ناتجة عن الرغبات الغريزية في الهو. وبين هذه الغرائز الهامة والأكثر بقاء واستمراراً غرائز الحياة التي تهدف إلى الحفاظ على البقاء في الفرد (الجنس والجوع)، وكذلك غريزة الموت التي تضم العدوان. إن الطاقة التي تندفع من غرائز الحياة وغريزة الموت تعمل على دفع وتحريض العديد من الأنشطة مثل التفكير والتذكر، وعمل الأنا، والهو، والأنا الأعلى وغيرها من الوظائف السيكلوجية الهامة.

مراحل النمو النفسي - الجنسي:

تعتبر الحياة المبكرة من وجهة نظر التحليل النفسي جوهرية وأساسية في مراحل النمو اللاحقة لنمو الشخصية. يواجه الطفل العديد من الصراعات النفسية في العالم، كل منها يتطلب تكييفاً. فالمرحلة الفموية هي الأولى حيث يتركز مصدر اللذة عند الطفل في فمه (المص، والأكل) فإذا تعرض الطفل للإحباط لسبب ما في هذه المرحلة، فإن التثبيت Fixation يكون النتيجة الحاصلة. فبعض الطاقة الليبيدية تبقى في المرحلة الفموية، ويحتاج الفرد لإدماج الأشياء وإدخالها، ويبقى الفرد بحاجة مستمرة لإشباع الحاجات الفموية. وإذا حدث التثبيت لاحقاً في المرحلة الفموية فربما يصبح الفرد شخصاً مسيئاً للآخرين في كلماته وألفاظه. والمرحلة التالية هي المرحلة الشرجية التي تمثل أول تحد يتوجه من المجتمع إلى العمليات الأولية،

ومسعى الهو للإشباع والحصول على اللذة. إن النشاط الانعكاسي الذي يجلب اللذة يجب أن يضبطها وفقاً لمطالب المجتمع عندما يبدأ الطفل بالتدريب على الإخراج والتثيت في هذه المرحلة ربما ينتج الانصياع والمجاراة (الانسحاق الأناني لمطالب المجتمع) أو الوحشية والقسوة وحدة الانفعال (رفض الإذعان للمجتمع). وبعد ذلك يحدث صراع أكثر تهديداً بين الدوافع الملحة عند الطفل ومطالب المجتمع والذي ينمو خلال المرحلة القضيية. ففي المرحلة القضيية هنا يكون القضيب والأعضاء الجنسية التناسلية هي مصدر اللذة وفيها تحدث عقدة أوديب ، حيث يناضل الطفل الذكر الذي ينتابه خوف من الخصاء (قلق الخصاء) من أجل كبت رغباته تجاه أمه ويتوحد مع أبيه ويتقمص صفاته. ومع أن عملية مشابهة تحدث عند الإناث فإن جلها ليس واضحاً تماماً. إن نتيجة هذا الاهتياج خلال هذه المرحلة النمائية له آثاره الهامة في السلوك الجنسي والاجتماعي اللاحق. إن هذه المرحلة تمثل ولادة الأنا الأعلى حيث يدخل الطفل المعايير الأخلاقية من والده ويتوحد معها. والمرحلة الأخيرة من مراحل النمو هي المرحلة التناسلية والتي تبدو في نمو المهارات الاجتماعية والعلاقات التبادلية والصراحة. إن الشخصية النامية بشكل كامل تتطلب مروراً ناجحاً عبر هذه المراحل النفسية - الجنسية .

القلق وميكانيزمات (آليات) الدفاع :

إن القلق حالة نشطة تضم مشاعر الرهبة والخوف ، وقد تنشأ من مصادر عديدة. وعندما يكون القلق مزعجاً فإن بالإمكان خفضه عن طريق استعمال وسائل الدفاع الأولية التي تتبع لا شعورياً والتي تنطوي على بعض التشويه للواقع. ومن هذه الآليات أو الوسائل الدفاعية الكبت (أو التناسي اللاشعوري للتهديد) ، والإسقاط (أي رؤية القلق باعتباره نتيجة مصادر خارجية أكثر منها داخلية ذاتية) ، ورد الفعل المعاكس (الذي يتم من خلاله تجنب النزعات والدوافع التي تثير القلق عن طريق إظهار المشاعر المعاكسة والتعبير عنها). عموماً يمكن لآليات الدفاع أن تنظم على طول خط متصل من حيث زيادة تشويهها للواقع. فبعض آليات الدفاع يتطلب تشويهاً ضعيفاً ولذلك لا تعتبر

شاذة أو غير صحيحة (مثل تبرير الفشل لبلوغ عمل جديد من خلال القول بأنه يحتاج إلى جهد كبير وأنه مرهق مثلاً. في حين بعض الآليات الأخرى (كالنكران: أي رفض بعض الأحداث الواقعية) يتضمن درجة عالية من التحريف والتشويه ولذلك تعتبر شاذة أو غير صحيحة.

التحليل النفسي وتابعيه:

لقد تعرضت نظرية التحليل النفسي إلى تعديلات من قبل الفرويديين الجدد خلال الخمسين سنة الأخيرة. لقد أخذ هذه الاتجاه مجراه بعيداً عن الاعتماد على الدوافع والنزعات الغريزية البيولوجية باعتبارها المحددات الرئيسية في نمو الشخصية وذلك باتجاه التركيز على المحددات الاجتماعية. كما تم التأكيد على دور الأنا أيضاً. بشكل عام نقول إن التحليل النفسي بقي دون تغيير. إن مساهمات التحليل النفسي في علم نفس الأطفال المرضي له آثاره وبصماته الواضحة والمشهورة ، وهذه المساهمات سنبحثها باستمرار في سياق هذا الكتاب. سننظر الآن إلى اتجاه آخر في علم نفس الأطفال المرضي ، وهو السلوكية.

النظرية السلوكية:

خلافاً للتحليل النفسي لا يوجد اتفاق عام حول نظرية تدعى النظرية السلوكية. من جهة ثانية فإن السلوكية وتطوراتها اللاحقة تمثل البديل الهام لنظرية التحليل النفسي.

واطسون والسلوكية: البدايات:

خلافاً للتحليل النفسي ، لم تنشأ السلوكية من العيادة ، ولكن من المخبر السيكلوجي. ففي بداية هذا القرن كان علم النفس مهتماً بدراسة الشعور والخبرة الشعورية عن طريق الاستبطان ، حيث يطلب من المفحوصين أن يتحدثوا عن خبرتهم الشعورية الداخلية حالما يتعرضوا للضوء الأزرق مثلاً.

وهناك خلافات حول الأفكار التي تضمها التخييلات والمحتوى الدقيق للشعور قبل علم النفس الأكاديمي ، ولكن طريقة الاستبطان التجريبي في علم النفس كانت غير قادرة على تقديم حقائق كافية لحل تلك المناقشات والخلافات . في هذا الجو ظهرت سيكولوجية واطسون باعتبارها سلوكية (١٩١٣) ، هذه السلوكية هي التي تمثل التغيير . فقد انتقد واطسون علم النفس المدرسي الأكاديمي لتشيده على الشعور وعلى استعمال الاستبطان . إنه يعتقد بأن تجاهل علم النفس وإهماله للاستبطان (والشعور) ليس صعباً ، وأن الطريقة البديلة تستند إلى تجارب التعلم الحيواني ، وأن الشعور بناء غير ضروري . وهناك شكلان من أشكال التعلم ، كانا مصدرأ للعديد من البحوث والدراسات السلوكية :

الأول ، ما بدأ به الفيزيولوجي الروسي بافلوف ، في بداية القرن العشرين ، وكان يركز أساساً على فيزيولوجية عملية الإفراز ، وقد استخدم كلاباً ، موضوعاً لتجاربه ، حيث اكتشف أن بعض الاستجابات (وردود الأفعال) الفيزيولوجية (مثل إفراز اللعاب استجابة لشم رائحة الطعام) يمكنها أن تستدعى أو تستجر عند اقترانها بمثير حيادي سابق كالضوء أو الصوت مثلاً . ففي إحدى الحالات المشهورة ، وهي حالة الطفل الرضيع ألبرت ، أظهر واطسون عام ١٩٢٠ ، العلاقة بين الإشارات الكلاسيكي ونمو الخوف . فقد كان عمر ألبرت (١١) شهراً ، حيث عرض عليه فأراً أبيض ولم يظهر الطفل الرضيع أي خوف في البداية . ولكن الخوف بدأ يظهر عندما أطلق واطسون صوتاً قوياً قرب الطفل محدثاً ضجيجاً عالياً في كل مرة يقترب من الفأر . إن الصوت العالي يمثل المثير غير الشرطي (UCS) ، وحدوث الخوف يمثل الاستجابة غير الشرطية (UCR) الذي ارتبط أخيراً بوجود الفأر (المثير الشرطي) هذه الدراسة تعتبر كلاسيكية في علم النفس ولكنها أحدثت الكثير من الدراسات والكتب التي تركز على مفاهيم تعميم المثير وخفض الإشارات الذي يحدث واقعياً . (انظر الشكل التالي الذي يمثل الإشارات الكلاسيكي لبافلوف).

الموقف قبل الإشراف :

- الجرس (مثير شرطي CS)
- الطعام (مثير غير شرطي UCS)
- بدون إفراز لعاب
- إفراز لعاب (استجابة غير شرطية UCR)

تجربة الإشراف :

- صوت الجرس (مثير شرطي)
- تقديم الطعام (المثير غير الشرطي)
- استمرار المحاولة والتجربة
- إفراز اللعاب بعد الإشراف : قرع الجرس (المثير الشرطي)
- إفراز اللعاب (استجابة شرطية US)

الثاني: ويمثل الشكل الثاني للتعلم ، وهو الإشراف الأدائي أو الإجرائي (الوسيلي) والذي بدأ مع عمل ثورنडाيك وقوانينه عن التعلم وخاصة قانون الأثر الذي ينص على أن السلوك المتبوع بنتائج مرضية وسارة سوف يتكرر ، في حين أن السلوك الذي يتبعه نتائج غير مرضية أو غير سارة ولم يتعزز فإنه سينمحي ويختفي . وقد طبق هذا الاتجاه بشكل موسع من قبل سكينر (وسنشرحه لاحقاً) .

ومن السلوكيين الآخرين دولارد وميللر ، وكذلك باندورا صاحب نظرية التعلم الاجتماعي (التعلم عن طريق المحاكاة والاقتداء بنموذج) والتي لاقت اهتماماً بالغاً وما تزال نتائجها المتميزة حتى اليوم . والمهم بالنسبة لنا الآن أن نوضح الدور الذي لعبته هذه النظرية في علم نفس الأطفال المرضي . فقد عمل واطسون في جامعة جون هوبكنز وكان معجباً بأدولف ماير . إن واطسون مثل ماير ، يشدد على أهمية الصحة النفسية ، كما وافق على أن صفات الشخصية وتكونها إنما يحدث أساساً منذ المراحل المبكرة للحياة ، وأن دور العوامل الجنسية أقل أثراً ، إلا أنه اختلف مع ماير من حيث قيمة التحليل النفسي وإمكاناته .

لقد شهدت السنوات الخمسين اللاحقة محاولات عديدة لإعادة النظر في

التحليل النفسي والسلوكية والدمج بينهما بشكل توفيقى ، وكان ذلك واضحاً في أعمال دولارد وميللر في كتابهما المعنون: الشخصية والعلاج النفسي عام ١٩٥٠. فقد فسرا التحليل النفسي بمفاهيم نظرية (هـل) Hull في التعلم ، ولكنها ليست شائعة ومعروفة. وبالرغم من أن نظرية (هـل) في التعلم أصبحت ذات أثر أقل في علم النفس التجريبي اليوم ، فإن للتحليل النفسي آثاره الواضحة والهامة في تطور علم نفس الأطفال المرضى.

السلوكية وعلم النفس المرضى:

تلعب السلوكية حالياً دوراً هاماً كطريقة بحث في علم نفس الأطفال المرضى. إنها تشدد على أهمية التعلم أكثر من الصراعات اللاشعورية ، وتركيزها على التجريب له نتائج الواضحة والبارزة في العديد من ميادين علم النفس. إن هذا التأثير الطرائقي على الأقل له أهمية النظرية السلوكية نفسها. فمنذ عام ١٩٠٠ تطورت الطرق السلوكية في علاج الأمراض النفسية بسرعة كبيرة. إن تنوع هذا العمل وتعقده سندرسه عبر هذا الكتاب. ويجب أن نتذكر دوماً أن نجاح الأشكال المتنوعة للطرق التحليلية والسلوكية في تفسير أسباب الأمراض النفسية صحيح ودقيق أكثر من أي نجاح للمهدئات أو بعض المسكنات الخاصة في معالجة القلق التي تعتبر أن القلق ناتج عن فقدان السكينة. إن التفسير الناجح والعمل الوقائي المقبل للمشكلات الانفعالية في مرحلة الطفولة يتطلب معرفة مباشرة بالمتغيرات والعوامل المسؤولة عن نمو الاضطراب وتطوره. وما تعلمناه سابقاً من الدراسات السلوكية ، الناجحة منها وغير الناجحة ، سنعرضه أيضاً في سياق هذا الكتاب.

نظرية التعلم الاجتماعي:

نشأت هذه النظرية من الاتجاه السلوكي ، حيث تعتبر أن الأفراد فعالين ومسؤولين عن مصيرهم. ففي حين أن واطسون وسكينر يركزان على أهمية المثيرات البيئية والمكافآت ، فإن نظرية التعلم الاجتماعي (والسلوكية المعرفية) على العكس من ذلك تشدد على كيفية تفسير الأفراد لخبراتهم

وتجاربهم . فالطفل الذي يدرك ويفسر اهتمام والديه على أنه يعكس الحب له ، يختلف عن تفسير طفل آخر يعتبر هذا الاهتمام دليل فقدان الثقة والقدرة . ولأن التفسيرات تتم داخلياً باعتبارها عمليات عقلية ، فقد وصفت على أنها معرفية Cognitive ، ولأنها تضم تفاعلاً بين الأفراد ، فقد وصفت بأنها اجتماعية Social . إن من أشهر علماء هذا الاتجاه ألبرت باندورا الذي يشدد على أن العمليات المعرفية هي المظهر الهام لأية نظرية في التعلم الإنساني ، كما شدد على أهمية الدور الذي تلعبه التوقعات في السلوك . وعن طريق ملاحظة ما يحدث في الأشخاص الآخرين ، يتعلم الأطفال ما يتوقعونه في المواقف الاجتماعية الشائعة . مثلاً ، الطفل الذي عنف ووبخ من قبل معلمه بسبب الشغب الذي أحدثه في الصف يخبر بنتائج اللاحقة (غضب المعلم) ، على أن سلوكه سيء . وفي نفس الوقت يتعلم الأطفال ما يتوقعون أنه يجب عليهم القيام به بالطريقة نفسها وبشكل مشابه أيضاً . ووفقاً (لباندورا) فإن التعلم التبادلي (وعادة ما يعرف باسم الاقتداء والتعلم عن طريق محاكاة نموذج) هذه الطريقة التي يتعلم فيها الأطفال السلوك ، ويمكن لذلك أن يكون مصدراً لأشكال من السلوك المنحرف والشاذ مثل هذه السلوكيات الشاذة تنمو وتتطور عند الطفل إذا شاهد نماذج (يقتدي بها) تكون شاذة ومنحرفة أو أشكال غير مناسبة من المعززات .

إن نظرية التعلم الاجتماعي ، لم تهتم بسمات الشخصية كما هو الحال في غيرها من النظريات . وبدلاً من ذلك فإنها تعزى إلى توقعات معمة . مثلاً ، يصف (باندورا) الفعالية الذاتية على أنها اعتقاد الفرد بأنه قادر على أن يحقق وأن ينجز بنجاح النتائج المرغوبة . ويختلف الأفراد في فعاليتهم أو كفايتهم الذاتية لأنها دالة على خبراتهم السابقة وقدراتهم (نماذج المحاكاة) التي يواجهونها . فالأطفال ذوو الفعالية الذاتية المنخفضة يتجنبون التحديات الجديدة لأنهم يتوقعون الفشل . لذلك فهم يفضلون عدم المحاولة على الفشل . أما الذين يملكون اتجاهات إيجابية نحو قدراتهم ويكونوا ذوي فعالية عالية ، فإنهم يحاولون دوماً ويسلكون باستمرار حتى لو واجهوا تحديات . ووفقاً لهذه النظرية فإن العلاج النفسي الفعال يجب أن يتضمن العمل على زيادة مشاعر

الفرد بفعاليته الذاتية ورفعها أيضاً. إن هذه النظرية تزود بأساس وإطار متين في علم نفس الأطفال المرضى والعلاجي. وحين نأخذ بالحسبان التفسيرات والتوقعات ، فإن النظرية تصف الدور الهام الذي تلعبه العمليات المعرفية في السلوك النوعي والمحدد. وسوف نشرح لاحقاً طريقة العلاج النفسي الذي يعتمد على هذه النظرية.

الأساس البيولوجي :

هناك اكتشافات حديثة قد أعادت الاهتمام مجدداً بالأساس والعوامل البيولوجية للأمراض النفسية (وخاصة الذهانات عند الأطفال). وقد يوصف ذلك إلى أنه توجه نظري. إن تجاهل الافتراضات البيوكيماوية خلال فترات طويلة من هذا القرن ، قد أعيد النظر فيها مجدداً. إن التجارب البيوكيماوية والفيزيولوجية التي أجريت استندت إلى وجهات نظر افتراضية متعددة ، كما أنها تختلف تماماً في تعقدها عن تلك التي تعتمد على الطريقة المسماة «دعه يظهر لنر ماذا يحدث» والتي تحدث مثلاً عند فحص ما إذا كان هناك تغيرات في موجات الدماغ الكهربائية عند الأحداث الجانحين مثلاً ، تختلف عن تلك الناتجة عن وظائف الدماغ وآلياته. من الواضح أن الطريقة الأخيرة هي المفضلة حتى لو كانت فيها صعوبة أم لا ، لأنها دقيقة في فهم الأمراض النفسية. وكما هو الحال في الكمبيوتر فإن فهمه يعتمد على فهم منظومة الإلكترونيات وعلى البرنامج المحدد ، فإن فهم الأمراض النفسية عند الأطفال يعتمد على معرفتنا على الوظائف البيولوجية للمخ وعلى المبادئ السيكلولوجية أيضاً.

علم نفس النمو المرضي :

كما لاحظنا سابقاً ، فإن السنوات الأخيرة قد شهدت اهتماماً متزايداً في نظريات بياجيه وغيره من علماء النفس النمائي. إن علماء النفس الإكلينيكي المهتمين بالأطفال يركزون على تعاون النتائج التي يتوصل إليها علم نفس النمو مع نظرياتهم ، لأن مغزى سلوك الطفل يتغير بتغيره خلال مراحل نموه. إضافة إلى أن فعالية المداخلة العلاجية تعتمد على مراحل نمو الطفل ، بسبب أهمية متغير النمو في علم نفس الأطفال المرضى ، كما سيتبين لنا.

العلم وعلم النفس المرضي :

يعني العلم ببساطة المعرفة Knowledge ، أما إذا عطينا علماً محدداً ، فإنه فرع من فروع المعرفة . وهكذا فإن البحث في علم نفس الأطفال المرضي هو مشروع علمي . ومع العلم أن العديد من العلماء والناس غير المختصين قد وضعوا تعريفات أخرى للعلم فإنه يتضمن برأيهم نوعاً خاصاً من المعرفة التي تم جمعها بطرق خاصة . والشكل العام لهذه الطريقة أنها مخبرية وتجريبية كما هي الحال في الكيمياء والعلوم الطبيعية الأخرى . أما في مجال علم النفس المرضي فإن التشديد على المخبر والتجريب والإحصاء ، فإنه يعيق تطوره ويخلق شرخاً بين تلك التي تهتم أساساً في العمل السريري الإكلينيكي وتلك التي تبحث تجريبياً . والنتيجة ليست محظوظة للفريقين ، حيث يتعامل عالم النفس السريري مع مشكلات المعالج في حين أن البحوث التجريبية غالباً ما تبدو غير مناسبة هنا . في الحقيقة إن العلاقة بين علماء النفس التجريبيين والعياديين السريريين أكثر تعقيداً ولها تاريخها الطويل أيضاً .

ينمو العلم ويتطور كعملية نشوءية خلال فترات زمنية متنوعة معتمداً على نظرية وطريقة خاصة أو توجه معين حتى يتم قبولها ، وهكذا تنضاف المعارف العلمية وتتراكم الحقائق الخاصة بكل علم . لنأخذ مثلاً عن مشكلة سلوكية شائعة وننظر كيف يبحثها العلماء السلوكيين والتحليليين باعتبارهما منهجين ونظريتين مختلفتين تماماً في بحث الاضطرابات النفسية والسلوكية .

إن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة شائعة عند الأطفال حيث تصل إلى ٣٠ ، والاتجاه النفسي التحليلي يعتبر هذه المشكلة عرضاً ظاهراً تقف خلفه مشكلات عميقة كالصراعات اللاشعورية وخاصة الجنسية . إن معظم المحللين النفسيين يتبعون نفس هذا الاتجاه بغض النظر عن طبيعة الصراعات الداخلية ، ولذلك فإن علاج المشكلة السلوكية نفسها ليس له جدوى ، وإنما يجب علاج الصراعات النفسية الداخلية التي لم تجد حلاً . أما الاتجاه السلوكي فلا يوافق على أن المشكلة ناتجة عن صراعات نفسية داخلية لم تجد حلاً ، ولكنها إحدى اضطراب العادات ، ذلك إن التدريب النظامي على الإخراج يتطلب من الطفل

أن يتعلم على أن يستجيب لضغط المثانة وإثارته والتي تمر بمراحل حتى يعتاد الطفل على الإخراج فعندما يعجز الطفل عن تعلم هذا السلوك بمراحله المتعددة فإن النتيجة تكون التبول اللاإرادي . وفي بعض الحالات ، تعزى هذه المشكلة إلى ضعف في التدريب على الإخراج ، كما تعزى في أحيان أخرى إلى عوامل عضوية ونفسية معاً . وهكذا فإن السلوكيين من علماء النفس ينظرون إلى المشكلة على أنها أحد أنواع العادات المنعزلة نسبياً والتي لا تنطوي على اضطراب انفعالي ، وبخلاف علماء النفس التحليلي أيضاً ، فإنهم يعتبرون أن العلاج المفيد هو في التركيز على المشكلة نفسها (العرض الرئيسي الظاهر) فيشددون على العلاج بالتعلم والإشراف لاكتساب أشكال السلوك المناسبة .

في الواقع إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي ، يعانون أيضاً من مشكلات انفعالية متعددة ناتجة عن المشكلة نفسها (أن يكون الطفل موضع سخرة ، أو أن يصبح الأهل غاضبون على طفلهم) ، وهذا يجعلنا نشدد على العلاج الشامل للمشكلة الرئيسية نفسها مع ما ينتج عنها من اضطرابات وانفعالات متنوعة .

من خلال هذا الشرح نستطيع أن نرى الفرق بين علماء النفس التحليليين والسلوكيين في هذه المشكلة النفسية (التبول اللاإرادي) كما في غيرها ، وهذه الفروق موضحة في الجدول التالي :

النموذج السلوكي : التبول باعتباره اضطراب في العادات .

النموذج النفسي ، الدينامي : التبول كعرض لاضطراب انفعالي .

عملية كبح للنمو الطبيعي : لا يوجد استجابة كف العضلة العاصرة بدرجة كافية .	عملية كبح للنمو الطبيعي : الفشل في تشكيل استجابة كف العضلة العاصرة بدرجة كافية .
أسباب التبول اللاإرادي : في أكثر الحالات غياب الشروط البيئية الضرورية عادة من أجل تعلم حدوث أو خفض مستوى الإشراف .	أسباب التبول اللاإرادي : صراعات نفسية لم تجد حلاً ، وعرض لاضطراب انفعالي في الشخصية في أكثر الحالات .
العلاج : بالإضافة إلى العلاج الدوائي .	العلاج : علاج الانفعالات الداخلية وحل الصراعات .

إن الاتجاه النفسي الدينامي في الأمراض النفسية عند الأطفال واحد من الأمثلة عن النموذج الطبي في علم النفس المرضي . والكثير من الذين يبحثون في هذه الاضطرابات يناقشون هذا الاتجاه . (وسنعرض له لاحقاً) . وبالرغم من أن علماء النفس التجريبيين يدرسون الآن بشكل كبير العمليات المعرفية ، إلا أن لها تطبيقاتها الضعيفة جداً في علم نفس الأطفال المرضي . والكثير من علماء النفس السلوكيين يدخلون المنحى المعرفي في عملهم العلاجي كما سيتبين لنا .

النظريات ، والتجارب ، والمعرفة :

تختلف النظريات العلمية من عدة طرق هامة . فبعضها (كالتحليل النفسي) عريض وواسع ، وقيم السلوك من وجهات متعددة . وبعضها الآخر أكثر تخصيصاً وتحديداً . كما تختلف أيضاً من حيث تعقدها ، وثباتها وفائدتها أو استعمالاتها . إن على النظرية أن تكون قابلة للتجريب . ولكن ، وفي كل الأحوال ، لا يمكن أن يتم إثباتها أو رفضها بالكامل . إن العديد من المظاهر المتعلقة بالنظرية التحليلية لا يمكن رفضها . وإحدى المشكلات في هذه النظرية ، هي أن مصطلحاتها لم تعرف أو تحدد بشكل دقيق ، كما أنها غير قابلة للقياس أو التجريب . وفوق ذلك فإن مختلف الباحثين قد يستعملون تعريفات متنوعة لنفس البناء النظري الافتراضي أو لنفس المفاهيم . إضافة إلى ذلك فإن التنبؤات التحليلية النفسية غامضة بحيث يصعب قياسها . فقد افترض مثلاً أن التثبيت على مرحلة نمو معينة قد ينتج المسايرة أو عدم المسايرة أي الخضوع أو عدمه . وحتى لو كان بالإمكان عما إذا كان الطفل قد تثبت في مرحلة ما كالشرجية فإن النظرية تنبأ بحدوث النتائج المحتملة أو عدمها .

إن هذا الوضع قد دفع العديد من الباحثين لتعديل بعض هذه المفاهيم بحيث يمكن اختبارها . إن دراسة الحالة Case Study تلعب دوراً هاماً في علم النفس الإكلينيكي والمرضي الخاص بالأطفال لأن هذه الطريقة تعتبر طريقة البحث الرئيسة في هذا المجال رغم محدوديتها كأداة بحث بسبب صعوبة تعميم النتائج التي نتوصل إليها على كل الأفراد (أي المجتمع الأصلي) ويستخدم

علماء النفس المرضي طرقاً أخرى في بحوثهم كالطريقة الترابطية مقابل التجريبية ، والطريقة الطولانية مقابل العرضية .

أولاً ، الطريقة الترابطية مقابل الطريقة التجريبية : تستخدم الطريقة الترابطية بشكل واسع في علم النفس المرضي . فالعديد من المتغيرات التي نهتم بها ولا يمكن بحثها تجريبياً يمكننا اعتماد الطريقة الترابطية فيها . مثلاً دراسة الترابط بين المعاملة الوالدية ونمو شخصية الفرد ، فإذا وجدنا مثل هذه العلاقة الترابطية فإنه ليس بإمكاننا التأكد من اتجاه هذه العلاقة . ربما يكون من الواضح أن تؤثر شخصية الأم وأن لمثل هذا السلوك الخاص عند ابنها ، ومن الممكن أيضاً أن يكون القلق بحيث أن سلوك الابن هو الذي أثر في الأم ، ويمكن وجود احتمال ثالث كالعوامل الجينية أو متغيرات أخرى مسؤولة عن سلوك الأم والابن معاً . والجدول التالي يوضح احتمالات هذه العلاقة الترابطية :

نمط الشخصية آ	١ - أسلوب الأم آ
نمط الشخصية ب	أسلوب الأم ب
نمط الشخصية آ	٢ - أسلوب الأم آ
نمط الشخصية ب	أسلوب الأم ب

٣ - استعدادات وراثية آ

نمط الشخصية آ	أسلوب الأم آ
---------------	--------------

استعدادات وراثية ب

نمط الشخصية ب	أسلوب الأم ب
---------------	--------------

من الواضح أن الطريقة الترابطية ، لا تبين أي المتغيرين سبب للآخر . ولذلك يتم استخدام الطريقة التجريبية حينما يمكن استعمالها بحيث نحدد العوامل أو المتغيرات التي يعتقد أنها تؤثر في السلوك . ولسوء الحظ لا يمكن استعمال هذه الطريقة في علم نفس الأطفال المرضي لأسباب أخلاقية وعملية ،

ففي مثل هذه الحالة يكتفى بالترابطية. إن الطريقة التجريبية مثل الترابطية قد تأخذ عدة أشكال ، ولكن نموذجها العام واحد ، حيث يتم التعامل مع متغير واحد هو المتغير المستقل Independent variable لنرى تأثيره في المتغير التابع Dependent variable. مثل دراسة أثر نظام التغذية على فرط الحركة والنشاط الزائد عند الأطفال. فنظام التغذية هو المتغير المستقل ، وعلينا أن نلاحظ أثره على مستوى نشاط الطفل الذي هو المتغير التابع .

ثانياً ، الطريقة الطولية مقابل الطريقة العرضانية: إن حقيقة كون الطفل عضوية تنمو وتتطور ، تؤثر بقوة في طريقة البحث. والأهمية الخاصة هي الحاجة إلى فصل النمو المضطرب أو الشاذ عن النمو الطبيعي أو السوي ، والحاجة إلى إجراء بحوث تتصف بالصدق والموثوقية الواقعية (أي يمكن تعميمها على مواقف الحياة الواقعية) قدر الإمكان. ومع نمو الطفل يشدد علماء النفس ، على أن الأطفال بأعمارهم المختلفة يمكن فحصهم بهدف تحديد أشكال السلوك التي تعكس عمليات النمو ومظاهره عندهم. إن تقنية أو طريقة البحث العرضانية Cross-Sectional تتطلب أن يتم سحب الأطفال عشوائياً في كل مستوى عمري. وأداء كل مجموعة عمرية يتم مقارنته مع بعض ، ثم تستخلص النتائج حول تغيرات العمر النموذجية النظامية. إن من مثالب هذه الطريقة: صعوبة الحصول على مجموعات من الأطفال ممكنة المقارنة في كل مرحلة عمرية. إنه لا يوجد مجموعتان عمريتان لهما نفس الظروف والمتغيرات البيئية والمحيطية ، وهذه الظروف والمتغيرات قد تنتج تغيرات أخرى تفوق ما نهتم به في الدراسة .

أما الطريقة الأخرى المستعملة فهي الطريقة الطولية Longitudinal ، التي تتضمن ملاحظات متكررة لنفس الأطفال مع قدمهم في العمر (وفي أعمارهم المختلفة). إن هذه الطريقة تمكننا من المقارنة بين أفراد العينة الذين ندرسهم. إن أثر المتغيرات لا يمكن ضبطها في هذه الطريقة بسبب الأحداث الخاصة التي يمكن أن تعدل من أشكال السلوك في أعمار معينة ، ولذلك يتم استعمال التقنيات الإحصائية لعزل مثل هذه التأثيرات. وفي بعض الحالات ،

يمكن لمتغيرات معينة موضع اهتمام ، أن يتم فحصها بالطريقتين الطولانية والعرضانية. وفي حالات أخرى تفضل إحداها على الأخرى. والنموذج المثالي هو في استعمال الطريقتين ، حيث نحصل على مصداقية للنتائج النظرية الحاصلة. ولكن لسوء الحظ ، تستغرق الطريقة الطولانية وقتاً وجهداً لاستعمالها. مثل هذه التكلفة في استعمال الطريقة الطولانية ، قد دفعت بعض الباحثين إلى إعادة إجراء الدراسة ثانية ، حيث الأفراد الذين يظهرون سلوكيات محددة أو الذين تلقوا تشخيصاً واحداً يمكن تحديدهم وكشف تواريخهم بهدف تحديد ما إذا كانوا يعانون أو يخبرون أحداثاً معينة خلال شبابهم. هذه الطريقة صعبة التطبيق ، لأن إعادة جمع المفحوصين صعب ، ولأن الأفراد يتم اختيارهم بالأساس لكونهم يظهرون أعراضاً مرضية معينة ، وبسبب صعوبة ضبط الأحداث الضاغطة والخبرات السيئة في مرحلة الطفولة ، ولصعوبة التعامل مع بعض المشكلات ومواجهتها.

تفاعل النظرية والبحث :

ليس المهم مصدر الفرضية (هل من دراسات نظرية سابقة أم من الحالات المرضية السريرية) ، وإنما المهم إن يتم إثباتها تجريبياً حتى تكون صادقة وموثوقة. وكما لاحظنا ليست كل الفرضيات قابلة للتجريب والاختبار في المخبر ، حيث إن بعضها يتم فحصه في الطبيعة (الملاحظة الطبيعية). في مثل هذه الحالات يجب أن تكون الدراسة مضبوطة بدقة.

فالدراسات المضبوطة ، هذه يتم فيها تقييد وتحديد العديد من العوامل بحيث يمكن الباحث أن يتبين النتائج الحاصلة من متغير واحد أو متغيرات محددة. مثلاً ، بحث تأثير بعض الأدوية الجديدة في معالجة الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات Autistic يجب أن يتضمن أكثر من مجرد إعطاء الدواء لبعض هؤلاء الأطفال وملاحظة التحسن الحاصل في سلوكهم. من جهة أخرى ، فإن بعض الأطفال ربما يتحسنون بمفردهم سواء تناولوا الدواء أم بدونه وهذا ما يسمى الشفاء التلقائي. إضافة إلى ذلك ، فإن توجيه انتباه إضافي خلال إعطاء الدواء قد يكون بحد ذاته مفيداً وله تأثير إيجابي في

سلوك الأطفال. ثم إن الآمال الكبيرة للدواء حين استعماله له تأثير على الأهل أيضاً بحيث يجعلهم يتصرفون بشكل مختلف نحو الأطفال مما يؤثر فيهم أيضاً ويسرع من الشفاء. إن الطريقة الوحيدة لتحديد ما إذا الدواء بعينه هو سبب الشفاء ، إنما يتم من خلال استخدام مجموعة ضابطة في التجربة. إن المجموعة الضابطة يجب مقارنتها مع مجموعة الأطفال المغلقين (المجرب عليهم) ، ولكن يمكن إعطاء أفراد المجموعة الضابطة دواء وهمياً ليس له تأثير Placebo. ولا أحد في التجربة يعرف من أخذ الدواء الفعلي ومن أخذ الدواء الوهمي. إن الأساس المنطقي لهذه الطريقة هو أنه بسبب كون المجموعة الضابطة تعار انتباهاً مماثلاً لمجموعة الأطفال التجريبيين ، فإن المتغيرات الأخرى (كالانتباه لجميع الأفراد ، واستخدام دواء ، واهتمام الأهل) هذه كلها تكون واحدة ومضبوطة بحيث يبقى أثر المتغير المستقل وهو الدواء المستهدف لبحث تأثيره العلاجي على الأطفال المغلقين على ذواتهم. وحتى في حال إجراء مثل هذا الضبط الدقيق في التجربة ، فإنه قد يترك المجال لبعض التفسيرات الأخرى أيضاً. عندما يحدث مثل هذا ، فإنه يجب تعديل النظريات والفرضيات ، أحياناً تجاهلها جميعاً. إن البحث يتضمن تفاعلاً مستمراً بين النظرية والمعطيات أو الحقائق ، حيث إن بعضها من المتوقع أن تبقى دون تغيير دوماً. مثلاً وضع زيجونك Zajonc (١٩٨٠) نظرية تفسير المعطيات مشيراً إلى أن الأطفال من المواليد الأوائل لهم معدل ذكاء أعلى من المواليد الآخرين. وتسمى هذه النظرية نموذج الاندماج ، وتشدد على أن النمو العقلي يعتمد إلى مستوى الذكاء المتوسط للأسرة. فإذا كان الوالدان لهما معدل ذكاء قدره (١٠٠) مثلاً ولهما طفل رضيع (الذي يكون معدل ذكائه صفر) فإن البيئة العقلية للأسرة هي ٦٧. (وقد تم الحصول على هذا الرقم من $0 + 100 + 100 = 200 \div 3 = 66.67$). فإذا ولد طفل آخر حين بلوغ الأول مستوى عقلي قدره ٤٠ ، فإن البيئة العقلية للأسرة ستتناقص إلى ٦٠ ($0 + 40 + 100 + 100 = 240 \div 4 = 60$) فمع كل مولود إضافي جديد ، يتناقص المستوى العقلي للبيئة الأسرية

بحيث يصبح المولود الأخير هو الذي يتصف بأقل مستوى . بالطبع إذا كانت الفترة الفاصلة بين ولادة كل طفل كبيرة ، فإن الوضع سيختلف . إن نموذج الاندماج أو الالتقاء الذي وضعه زيجونك يمكن أن يفسر نتائج عديدة من الآداب النفسية ، وبالرغم من ذلك تعرضت هذه النظرية للعديد من الانتقادات . إن تعليم الطفل يرفع من مستوى ذكائه . وقد تم تعديل النظرية وفقاً للمعطيات الجديدة . بالرغم من التقدير الواسع الذي لاقته النظرية ، فإنها لم تلقَ الدعم العلمي المطلوب ، وحتى زيجونك نفسه وجد أنه بالنسبة إلى اختبار الاستعداد الدراسي (Scholastic Aptitude Test (SAT فإن عدد الأطفال في الأسرة لم يظهروا ترابطاً مع درجات الاختبار . وبسبب أن عدد الأفراد في الأسرة يرتبط بالطبقة الاجتماعية (فالطبقة المنخفضة عندها عدد أكبر من الأطفال) وبالدين أيضاً وبموامل عديدة أخرى فمن الممكن للعلاقة بين معدل الذكاء وترتيب المولود أن يعكس هذه الموامل أكثر مما تعكسه نظرية الاندماج . إن المعطيات التي توصل إليها زيجونك قد أتت من عدد كبير من المفحوصين ، ولذلك من الصعب ضبط كل المتغيرات والموامل الأخرى . إن أفضل طريقة لاختبار نظرية الاندماج ، إنما تكون عن طريق فحص الأسر بشكل منفرد . ففي كل أسرة يجب أن يحصل المولود الأول على معدل ذكاء أعلى من الأخير . وعن طريق فحص الأسر بشكل منفرد ، فإن الفروق بين الأسر من حيث الطبقة الاجتماعية والدين والدخل وغيرها يمكن ضبطها ، ويمكن عندها دراسة معدل ذكاء ترتيب المولود بصورة مباشرة . إن مثل هذه الدراسات على الأسر الفردية ، قد وجدت أن ترتيب الولادة له تأثير بسيط (إذا كان له مثل هذا التأثير) في معدل الذكاء .

نستطيع القول بأن هذه النظرية قد مرت بمراحل متعددة . قدمت المراحل الأولى الكثير من المعطيات ، ولكن عندما تعرضت للتعديل فإنها قدمت نتائج جديدة . كما أجريت لها تعديلات لاحقة أيضاً . سنستعرض لاحقاً هذه النظرية ، ولكن يجب أن نشير إلى أنها تعتبر مثلاً جيداً على التفاعل بين الفرضية والبحث ، هذا التفاعل الذي يقربنا ويساعدنا باستمرار في فهم الموامل المؤثرة في السلوك .

متغير النمو في علم نفس الأطفال المرضى :

إن الفرق الرئيسي بين الطفل والراشد في علم النفس المرضي ، هو أن الطفل كائناً ينمو ويرتقي باستمرار . ويعني هذا إن متغير النمو developmental variable له أهمية كبيرة في علم نفس الأطفال المرضى . فالأطفال يتغيرون باستمرار ، وقد تكون هذه التغيرات نظامية أو شاذة ولكنها قد تكون مستعصية صعبة . إن أغلب الأطفال يوصفون بأنهم يمرون بمرحلة نمو خاصة . مثلاً ، نظريتا فرويد في الشخصية وبياجيه في النمو المعرفي تستعملان فكرة المراحل للإشارة إلى التغيرات الهامة التي تحدث في السلوك كوظيفة ودالة للنمو . إن هذه المراحل مهمة عندما تكون غير متواصلة ، بحيث تختلف بصفاتها من حيث ما قبل وما بعد . فمثلاً إن نظرية بياجيه تضع تراكيب وبناءات عقلية ومعرفية وطرق تفكير جديدة ومتنوعة حول العالم في هذه المراحل النمائية المختلفة .

لقد وصف نمو الطفل بأنه سلسلة من التغيرات التي تقود إلى نضج الفرد . ولسوء الحظ ، وكما يشير العديد من العاملين في ميدان أمراض الأطفال النفسية ، أن هذا التطور والنمو عبر المراحل المختلفة غالباً ما يكون شاذاً وغير طبيعي . فعندما يفشل الطفل في عبور مرحلة معينة بما تحمله من صفات ومهمات وحاجات ، فإن النتيجة عدد من المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية (التي سنشرحها بالتفصيل في هذا الكتاب) . كما أن النمو البطيء أو الشاذ ربما تكون له آثار ونتائج هامة وخطيرة في التكيف اللاحق . وقد تحقق علماء النفس العياديين والمتخصصين في أمراض الأطفال النفسية ، من أهمية متغير (عامل) النمو في فهم أمراض الأطفال النفسية . وكما لوحظ سابقاً ، فإن نفس أشكال السلوك (كالتبول اللاإرادي ، والتفكير السحري ، والسلبية ، ومص الإصبع) قد تكون طبيعية وسوية عند الأطفال في مرحلة نمو معينة ولكنها شاذة ومرضية في مراحل نمو أخرى . وقد افترض بعض علماء النفس أن أمراض الأطفال النفسية يمكن فهمها بدرجة أفضل باعتبارها ابتعاداً عن النمو السوي الطبيعي . فبعض مشكلات واضطرابات الأطفال النفسية ينظر إليها على

أنها تأخير أو بطء في النمو السوي ، وبعضها الآخر ينظر إليها على أنها انحراف عن النمو السوي . وفوق ذلك فإن نفس المشكلة السلوكية ربما تكون ذات مصادر وأسباب مختلفة عند طفلين مختلفين . مثلاً الطفل الذي يعاني من مشكلة تعلم معينة ، ربما يتعرض إلى توجيهات غير سليمة ، أو لخلل عصبي ، أو يعاني قلقاً من الامتحان ، أو ضعف البصر أو بعضاً من هذه المشكلات . فمن الواضح أن وصف أمراض الأطفال النفسية بأنها ببساطة مجرد ابتعاد أو انحراف عن النمو السوي أو الطبيعي ليس كافياً . ويجب أن نكون قادرين على تحديد الطبيعة الخاصة للاضطراب والعوامل المسببة له ، والطرق التي تتفاعل فيها هذه العوامل قبل أن نقول إننا نفهم هذه الاضطرابات .

إننا سنتطرق إلى هذه السياقات النمائية في موقعها المناسب . مثلاً ، النمو العقلي سنبحثه عندما نتحدث عن الأمراض العقلية والتخلف العقلي ، وأن النمو الأخلاقي سنبحثه حين نتعرض لبحث اضطرابات التصرف والتواصل . . وهكذا في مثل هذه الأسلوب يمكننا تبيان كيفية اجتماع المسارات النمائية مع المتغيرات الشاذة والمضطربة التي يحدث أمراضاً ومشكلات نفسية عند الأطفال . ولكننا نقدم الآن نظرة عامة لأهم مجالات النمو .

النمو الجسمي : إن من أهم مظاهر النمو التي نراها في الطفل خلال نموه وارتفاعه ، هي التغيرات في الحجم والمظهر الجسمي . فخلال السنتين الأوليتين ، يكون النضج العضوي والنمو الحركي سريعاً جداً . (والجدول التالي يوضح ذلك) :

النمو الحركي المبكر عند الأطفال	القدرة التي تظهر عند الطفل
العمر :	
من الولادة حتى الأسبوع الرابع	تحريك الرأس على الوسادة
من ٦ أسابيع حتى ٣. ٥ شهراً	وضع الرجلين معاً مواجهة الجسم
من الشهر الثاني والنصف حتى الشهر الرابع	قبض الأشياء الملامسة للأصابع
من ٢ حتى ٥ أشهر	التدحرج والاندفاع للأمام
من ٥ حتى ٨ أشهر	الجلوس دون مساعدة
من ٥ حتى ١٠ أشهر	يستطيع الوقوف إذا استند على شيء ما
من ٧ حتى ١٠ أشهر	التقاط بعض الأشياء باستعمال الأصابع
من ٩ حتى ١٣ شهر	الوقوف بمفرده أحياناً للحظات
من ١٠ حتى ١٤ شهر	يقف لوحده بشكل جيد
من ٨ حتى ١٣ شهر	يمشي إذا استند إلى شيء أو أمسك به أحد
من ١١ حتى ١٥ شهر	يمشي بدون مساعدة

من هذا النمو يبطيء خلال مرحلة ما قبل المدرسة وفي السنوات الأولى للمدرسة الابتدائية. والفتيات عموماً أسرع في بلوغهم هذا النمو والنضج من الذكور. كما يتحدد استخدام اليدين في مرحلة الدراسة الابتدائية ، بالرغم من أن بعض الأطفال يتخلف في نموه خلال مرحلة ما قبل المراهقة. وفي المراهقة ينمو ما يسمى صورة الذات Self Image والتي تتدخل في قبول المراهق لذاته مما يؤثر في سلوكه خلال السنوات اللاحقة. كما أن الجاذبية الجسدية لا يقتصر تأثيرها على درجة تقبله من قبل أقرانه فقط ، وإنما يمتد ذلك التأثير إلى تحصيله الدراسي أيضاً. وبالرغم من صعوبة إجراء تغيير في طول الطفل أو مظهره الجسمي ، فإن التطورات الحديثة في الجراحة التجميلية وتركيبات الهرمونات بدأت تقدم بدائل وطرقاً جديدة لأولئك الذين يسبب لهم نموهم الجسمي والعضوي بعض المشكلات النفسية (Baxter and others 1979).

النمو المعرفي والعقلي :

إن المواليد والأطفال يملكون قدرات معرفية أكثر مما يتوقع الراشدون عادة ، ولكن هذه القدرات محدودة في الواقع ، فعن طريق تفاعلهم مع البيئة يبدؤون بالتعلم وكشف العالم حولهم وبعد ذلك كشف أنفسهم ، وهذا هو النمو المعرفي . ومع أن الكثير مما يتعلمه الطفل يأتي من المحيط والبيئة ، فإن من الخطأ الاعتقاد بأن الأطفال متلقون ومستقبلون سلبيون . إن النمو المعرفي يتضمن أكثر من التعلم الناتج عن الخبرة والتجربة ، إنه يضم أيضاً البحث الفعال عن المعلومات *Active-information seeking* . ومع نمو الطفل ، فإن النضج البيولوجي ينتج قدرات جديدة يمكن استعمالها في التعلم من المحيط . إن النمو المعرفي والعقلي يمكن النظر إليه على أنه تفاعل بين العوامل البيئية والنضج معاً . فنضج الطفل يحدد ما يجب على الطفل تعلمه في مرحلة نمو معينة بالذات ، كما أن البيئة تحدد ما إذا كان الطفل تعلم بما توفره من مثيرات . مثلاً ، من عمر الثانية حتى السنتين ، يكون الأطفال قادرين بيولوجياً وعضوياً على التعلم ، ولكن تحديد ما إذا كان الطفل سيتعلم جيداً (بما توفره من مثيرات) إنما يعتمد على الآخرين واستعمال الطفل للغة وما يرتبط بذلك من محفزات ومثيرات .

لقد أثبتت البحوث البيولوجية العصبية قوة الطبيعة التفاعلية للنمو المعرفي عن الأجهزة العصبية للأطفال الصغار ، والتي تكون مرنة ، ونموهم يعتمد على الخبرات البيئية وتجارب المحيط . إن الخصائص البيئية وصفات المحيط في مراحل الحياة المبكرة ، لها تأثيرها الهام أيضاً في تكوين الدماغ وتشكله ، هذا التشكل الذي يستمر حتى الرشد (Cotman and Nitto 1982) إن هذا التفاعل بين النضج والبيئة هو الفكرة المركزية والأساسية لبحوث جان بياجيه عن النمو المعرفي . هذا النمو الذي قال عنه بياجيه نفسه ، إنه يمر بمراحل ، وكل مرحلة يدخل فيها بعض التعديلات في تفكير الطفل ، ولكن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى بلوغهم كل مرحلة من هذه المراحل ، إلا أن ترتيبها واحد وثابت

عموماً. لقد شرحت هذه المراحل بالتفصيل في كتب علم نفس الطفل ، ولا بأس من ذكرها باختصار شديد.

المرحلة الأولى وتسمى مرحلة التفكير الحسي - الحركي . وتستغرق العامين الأوليين من حياة الطفل وفيها يكتسب الطفل قدرته الأولى على التفكير والاستنتاج من خلال الصور العقلية الحسية وليس من خلال اللغة المجردة . والمرحلة الثانية يسميها بياجيه مرحلة ما قبل التفكير الإجرائي وتمتد بين السنة الثانية والسابعة ، وتبدأ في البداية بفترة يتمكن الطفل خلالها من التعرف على الكلمات والرموز من خلال الموضوعات التي يصادفها أي التطابق بين الكلمة والموضوع . وفي نهاية المرحلة يبدأ الطفل في التمييز بين الرمز (أو الكلمة) والمرموز إليه أو الموضوع . أما المرحلة الثالثة فتبدأ بين السابعة والحادية عشرة وتسمى المرحلة الإجرائية - العيانية ، وفيها تنتقل المعالجات الفكرية المحسوسة إلى معالجات تدار في المخ دون ضرورة وجود محسوسات . أما المرحلة الأخيرة فتقع بين الثانية عشرة والخامسة عشرة وتسمى المرحلة الإجرائية الشكلية وهي أقرب إلى التفكير المجرد في أعلى صورته (إبراهيم ١٩٨٥) . إن نظرية بياجيه في النمو المعرفي والعقلي ليست الوحيدة حول هذا الموضوع ، فهناك العديد من علماء النفس وأخصائيي القياس النفسي قد وضعوا نماذج عديدة وهامة لنمو العمليات المعرفية عند الطفل . إلا أننا عرضنا لنظرية بياجيه بسبب تركيزها على تفاعل عاملي الوراثة والمحيط أو تفاعل متغيرات النضج والتدريب معاً ودورهما في نمو العمليات المعرفية العقلية .

النمو اللغوي :

تبقى قضية كيفية اكتساب الطفل للغة مشكلة تواجه الباحثين . ولكن المعروف أن اللغة اللفظية تعتمد في نموها على نضج وتدريب الأجهزة الصوتية ، وتمر الأصوات اللفظية بمراحل هي : الأولى ، صيحة الميلاد المرتبطة باندفاع الهواء إلى الرئتين ، والثانية ، مرحلة الأصوات الوجدانية حيث تعبر الأصوات عن حالات الطفل الانفعالية ، والثالثة ، مرحلة التنغيم

حيث تصبح الصيحات أنغاماً يرددها الطفل في لعب صوتي ، وأخيراً مرحلة التقليد (البهي السيد ١٩٧٥).

إن السلوك اللغوي والكلام عند الطفل يمر بمراحل ، كما هي موضحة في الجدول التالي :

العمر	مظاهر النمو اللغوي
شهران	ينتبه الطفل إلى صوت يتكلم
سنة أشهر	مقاطع
تسعة أشهر	دا دا
سنة	يعرف حوالي كلمتين أو ثلاث
١٥ شهراً	يعرف أربع كلمات تقريباً
١٨ شهراً	يعرف ست كلمات ، كما يشير إلى الأشياء
سنتين	يمكنه تسمية الأشياء

أما نمو المحصول اللغوي والمفردات فيمكن تلخيصه كما يلي : في السنة الأولى من العمر (ثلاث كلمات) ، وفي السنة الثانية (٣٧٠ كلمة تقريباً) ، وفي السنة الثالثة (٨٩٦ كلمة) ، وفي الرابعة (١٥٤٠ كلمة) ، وفي الخامسة (٢٠٧٣ كلمة) وفي السادسة من العمر (٢٥١٦ كلمة). أما عن الكيفية التي يكتسب فيها الطفل اللغة ، فقد اهتم بها الكثير من العلماء والباحثين في فروع العلوم المختلفة . فمنذ زمن ليس ببعيد وضع سكينر نظرية (١٩٠٧) تقول بأن اللغة تنمو مثلما ينمو أي سلوك إجرائي وأدائي آخر عن طريق الإشراف . ويقول أيضاً إن أنواعاً محددة من الكلمات والمعلومات ، يتم تقويمها وترسيخها في مواقف معينة عن طريق عملية التعلم والتمييز . من جهة أخرى يشدد علماء اللغة ، على أن اللفظ ومعاني الكلمات ووضوعها في جمل ، يمكن أن يتحدد من خلال التحليل العام والسابق للجملة التي تقال .

يشدد علماء النفس السلوكيين على أن اللغة يتم اكتسابها عن طريق التعلم الاجتماعي . ولكن النظرية الجديدة التي أخذت تلاقي اهتماماً متزايداً هي التي

تعتمد على فكرة أن الطفل يتعلم (بتفاعل النضج العضوي والتجربة) ليس سلسلة من العلاقات بين الكلمات ، ولكن سلسلة من القواعد التي يتم استعمالها والتي تنتج اللغة . هذه المنظومة القواعدية تسمى القواعد Grammar والتي تضم الضروري من أجل فهم العلاقة بين أنواع الإعراب المختلفة . وسواء نظرنا إلى اكتساب اللغة من خلال وجهة النظر الإشرافية التقليدية ، أم من وجهة نظر القواعد اللغوية الحديثة ، فإن الأمر يرتبط بصورة وثيقة بكيفية تفسير الباحث للضعف اللغوي أو الخلل فيه . فإذا وافق شخص ما على نظرية الإشراف ، فسينظر إلى الضعف اللغوي على أنه نتيجة للتعلم الناقص أو الخاطئ Faulty learning . أما إذا فسر اكتساب اللغة استناداً إلى الأسس البيولوجية ، فسيفسر الضعف وفقاً للنظرية السيكوفيزيولوجية .

سنعود لشرح اكتساب اللغة عندما نتحدث عن أمراض اللغة واضطرابات النطق ، والتي يعيرها علماء النفس العيادي وعلماء النفس المرضي أهمية خاصة . بشكل عام نقول (كما قلنا في النمو المعرفي) فإن النمو اللغوي هو مثال آخر على تفاعل النضج العضوي البيولوجي مع الخبرة والتدريب في عملية النمو .

النمو الخلقي :

إن النمو الأخلاقي يشبه النمو المعرفي والعقلي عند بياجيه ، يمكن النظر إليه على أنه يمر بمراحل متعددة ، كما وضعها كوهلبرج مثلاً . فقد وضع ثلاثة مستويات للنمو الخلقي ، كل مستوى يشمل مرحلتين ، هي التالية :

المستوى الأول هو ، مستوى ما قبل السلوك الخلقي ، ويضم :

١ - المرحلة الأولى ، العقاب والطاعة نتيجة للعقاب ، والخضوع للأوامر من أجل تجنب العقاب .

٢ - المرحلة الثانية ، أداء بدائي لتحقيق اللذة ، ويخضع الطفل للأوامر من أجل أن يثاب على فعله .

المستوى الثاني ، السلوك الخلقي لإرضاء الآخرين ، ويضم :

٣ - المرحلة الثالثة ، سلوك خلقي طيب يؤدي إلى علاقات اجتماعية قوية ويساير الأوضاع والمجتمع لكي لا يكون منبوذاً.

٤ - المرحلة الرابعة ، سلوك خلقي يساير السلطة القائمة المتمثلة بالأب والأم والمعلم . . فيسلك خلقياً لكي لا يقع في الخطأ.

المستوى الثالث ، السلوك الخلقي وفقاً للتقبل الذاتي للقيم الخلقية ، ويضم :

٥ - المرحلة الخامسة ، سلوك خلقي قائم على العلاقات الاجتماعية التي تحدد ما يجب فعله .

وقد وضع العلماء عدداً من النظريات التي توضح طبيعة السلوك الأخلاقي أهمها نظرية رست Rest التي بين فيها أن هناك أربعة مكونات للسلوك الأخلاقي هي : تفسير الموقف ، سياق السلوك الأخلاقي ووضع خطة السلوك ، اختيار مجموعة القيم التي يجب اتباعها ، وأخيراً تنفيذ خطة الفعل الأخلاقي . وشدد رست في نظريته هذه على تفاعل العناصر الرئيسية الثلاثة للسلوك الأخلاقي وهي : التفكير الأخلاقي ، والانفعال الأخلاقي ، والسلوك ، معتبراً نظرية بياجيه وكوهلبرج من البحوث الهامة التي تمثل هذه النظرية في نمو السلوك الأخلاقي (م. عبد الله ١٩٩٧).

النمو الاجتماعي :

إن الاضطرابات السلوكية بطبيعتها ، تعرف استناداً إلى مجتمع وثقافة معينة . فالسلوك الذي يكون سوياً في مجتمع ما قد لا يكون كذلك في مجتمع أو وقت آخر . واضطرابات الأطفال السلوكية والنفسية دائماً هي تلك التي تعبر عن فشل الطفل في تصرفه وفقاً لمطالب المجتمع وثقافته .

إن لكل مجتمع قواعد وأدواراً على كل فرد أن يتقيد بها . فعندما ينمو الطفل فإنه يتبنى أدوار مرحلته النمائية حيث ينتقل من مرحلة الرضاعة بأدوارها إلى مرحلة المشي إلى الطفولة المتأخرة ، وحتى المراهقة ، ولك منها أدوارها التي يجب أن يسلكها الطفل . فإذا فشل يتبنى الأدوار الجديدة والتصرف وفقاً لها ،

ينظر إليه في مجتمعه على أنه يعاني اضطراباً سلوكياً.

إن العملية التي يتدرب من خلالها الطفل على أن يتبنى الأدوار الاجتماعية لها العديد من الأشكال والنماذج. فالتنشئة الاجتماعية بالرغم من أهميتها ودورها في هذا التعلم والتدريب ، إلا أن للعوامل البيولوجية أهميتها. في الواقع إن نشوء ما يسمى علم الأحياء الاجتماعي كفرع جديد ، يهتم بدراسة المؤثرات البيولوجية والوراثية في السلوك الاجتماعي (Lumsden. Wilson) (1983).

إن العلاقة الأولى التي يشكلها الطفل تعتبر مرحلة هامة من أجل النمو اللاحق. ولهذا السبب فإن الرابطة المتشكلة بين الأم والمولود كانت موضوعاً للعديد من الدراسات. ويجب أن نلاحظ أن الطفل يمر بمراحل متعددة في نمو الرابطة الوجدانية والتعاطف. ففي المرحلة الأولى (والممتدة من الولادة حتى منتصف السنة الأولى) يستجيب الأطفال لكل الراشدين بنفس الدرجة حتى للغرباء أيضاً. حيث لا توجد لهم رابطة مع أشخاص معينين. وخلال الأشهر الستة الأخرى يشكل الطفل تعاطفاً ورابطة وجدانية مع أفراد معينين بالذات (الأم عادة) ويظهر الطفل الانزعاج والتوتر عندما تغيب عنه والدته ، وعندما تتشكل هذه الرابطة الوجدانية يبدأ الطفل الخوف من الآخرين والغرباء خاصة ، حيث إن وجود هؤلاء أمامه يثير عنده الضيق. وفي السنة الثانية ، يبدأ الطفل بتكوين علاقات وصلات أخرى (الأب والأخت الصغيرة..) ولكن تبقى الرابطة الأولى (مع الأم) هي الأقوى. إن لهذه العلاقة الوجدانية التعاطفية الأولى تأثيرها الهام في العلاقات والروابط اللاحقة. وهناك نظريات عديدة تبين كيف تتم عملية التنشئة الاجتماعية. ووفقاً للعالم مكاندلس McCandless (١٩٧٦) هناك خمس نظريات في التنشئة الاجتماعية. الأولى هي النظرية الإنسانية التي تقدم أوصافاً غامضة حول كيفية حدوث التنشئة الاجتماعية ، مضيفة موقفاً فلسفياً بأن الناس هم أحرار ومحبون ، وأنهم سيصبحون متطبعون اجتماعياً. ويشدد أصحاب هذه النظرية بتفاؤل على المظاهر والصفات الإيجابية عند الناس ويتجاهلون السلوك الشاذ. أما النظرية الثانية فيقدمها علماء

النمو المعرفي الذين ذكرناهم سابقاً. ويشددون على أن التطور والنمو الطبيعي يمر بمراحل ، كما هو الحال في مراحل النمو الخلقي والمعرفي التي ذكرناها. إن التنشئة الاجتماعية وفقاً لذلك تتطلب فقط أن نسمح للطفل بأن يتفاعل مع محيطه بحرية نسبية. أما النظرية الثالثة وهي نظرية التحليل النفسي في التنشئة الاجتماعية فتتطرق إلى الطفل على أنه مدفوع بغرائز ودوافع عديدة يبحث عن اللذة والإشباع. والتنشئة وفق ذلك ترتبط بمراحل النمو النفسي الجنسي التي ذكرها فرويد في نمو الشخصية. ولكل مرحلة خصائصها ، ولكن في السنوات الأخيرة شدد المحللون النفسيون على المؤثرات والعوامل النفسية في نمو الشخصية أكثر من السابق. أما النظرية الرابعة التي يصفها ماكندل في نظرية الذات التي تشدد إلى تصور الطفل لذاته في عملية التنشئة الاجتماعية. ووفقاً لوجهة النظر هذه يستجيب الأطفال للمعززات من البيئة باعتبارها وظيفة أو دالة تبين كيف يستمر التعزيز ثابتاً مع صورة الذات. مثلاً الأطفال الذين تكون صورتهم عن ذاتهم ضعيفة قد يرفضون بعض المعززات بسبب شعورهم بأنهم أقل قيمة كأن يقول: أنا لست جيداً بهذه المكافأة. في حين أن الأطفال ذوي صورة الذات العالية يستجيبون لأيّة معززات اجتماعية. وتشدد هذه النظرية على أن التنشئة الاجتماعية تعتمد على تلقي الأطفال للمعززات المناسبة. والنظرية الخامسة ، هي السلوكية ، التي ترى أن التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم يتعزز فيها الأطفال لقيامهم بالأدوار المناسبة. وهناك مدى واسع من الآراء والبدائل بين علماء النفس السلوكيين حول درجة طوعية الطفل لذلك. فواطسون مثلاً يعتبر الطفل كالصفحة البيضاء يمكن أن نطبع فيها ما نشاء. إلا أن العلماء السلوكيين حالياً يعتقدون بأن هناك متغيرات عضوية عديدة (يختلف فيها الأطفال) لها تأثير كبير في التنشئة الاجتماعية. والمظهر المهم الخاص بالتنشئة الاجتماعية من الجهة السلوكية ، هو تغير طبيعة المعززات عندما ينمو الأطفال وينتقلون من مرحلة لأخرى. فبينما يكون الأطفال حسّاسين ، وتثيرهم المعززات العينية المحسوسة (كالطعام والنقود والحلوى..). فإن التنشئة الاجتماعية عند الأطفال الأكبر سناً تتأثر بالمعززات الاجتماعية (كالتقدير والحب والدعم والمكانة..). وفي مرحلة الرشد حيث تكتمل عملية التنشئة

الاجتماعية ، تصبح المعززات ذاتية صادرة من الشخص ذاته ، حيث يعزز الراشدون أنفسهم عندما يسلكون بطرق مناسبة . وكما سنرى حين نتحدث عن الاضطرابات العقلية ، فإن الفشل في الاستجابة إلى المعززات الاجتماعية ، لا تجعل التنشئة الاجتماعية صعبة فقط ، وإنما يحدث أشكالا من السلوك المنحرف والشاذ .

النمو والارتقاء وعلم النفس المرضي :

إن أهم نقطة يجب أن نتعلمها من الشرح السابق حول النمو ومظاهره ، هي أن النمو عملية تفاعلية Interactive process . فالأطفال لا يولدون وهم صفحة بيضاء كما يقول جون لوك . إنهم أكثر قدرة وهم يرثون عدداً من الاستعدادات والقدرات التي تساعدهم في تطوير محيطهم . إنهم يأتون إلى هذا العالم ومعهم قدراتهم على التواصل العاطفي وإقامة رابطة وجدانية ، وقدرة على التعلم ، وعلى النطق واللغة أيضاً . وفوق ذلك فإن أجهزتهم العصبية تظهر درجة عالية من المرونة ، يمكن أن تتعدل بالتجريب والخبرة والتدريب .

إن كل أشكال النمو ومظاهره التي ذكرناها: النمو العضوي الجسدي ، والمعرفي العقلي ، والاجتماعي ، والخلقي ، واللغوي تعتمد جميعها على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية . وكما سنرى لاحقاً ، فإن الفشل أو الخلل في أي من هذه المظاهر والمهام النمائية المرافقة لها (سواء مرض وراثي ، أو حرمان نفسي ، أو فقر ثقافي ، أو انحطاط اجتماعي . .) يمكنها جميعها أن تنتج اضطرابات سلوكية ونفسية . وإذا ركزنا حتى الآن على مظاهر النمو ، فإننا سنتحول بشرحنا الآن لبحث العوامل المسببة Etiological للأمراض النفسية عند الأطفال والمرتبطة بالنمو أيضاً .

العوامل المسببة لأمراض الأطفال النفسية :

كما تبين من الشرح السابق ، فإن اضطرابات الأطفال النفسية ، تنشأ بسبب عوامل متنوعة ومتفاعلة مع بعضها . هناك بعض الاستثناءات طبعاً . مثلاً أحد أشكال التخلف العقلي (أي زملة داون) أو المنغولية ، تعرف على أنها نتيجة

حادث حيني خلال مرحلة الحمل . والأمراض العقلية خلال الحمل (كالحصبة الألمانية مثلاً) يمكنها أن تنتج مثل هذه الاضطرابات عند الأطفال . هذه الحالات استثنائية جداً عند الأطفال . إلا إن أكثر الاضطرابات التي سنشرحها في سياق هذا الكتاب لا تخضع لمثل هذا الاستثناء والسبب ، فعواملها المسببة تنشأ من تفاعل معقد للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، وسنشرحها لاحقاً عند حديثنا عن الاضطرابات النفسية والسلوكية . إلا أننا سننظر الآن بشكل عام لأهم العوامل المسببة لاضطرابات الأطفال النفسية .

العوامل الجينية الوراثية وأمراض الأطفال النفسية :

إننا عضويات بيولوجية ، تلعب العوامل البيولوجية دوراً هاماً في تحديد الطرق التي نتصرف بها . ويتفق الجميع على أن العوامل البيولوجية تحدد المظهر الجسمي ، وأن الشخصية ونمط السلوك إنما ينتج عن خبرة الحياة والتعلم . فالسلوك الإنساني في الواقع يتأثر بتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية معاً .

إن للإنسان تاريخاً طويلاً يعود إلى ملايين السنين ، وعملية النشوء تتحدد من خلال ثلاثة مؤثرات رئيسية : المتغير الوراثي أو الجيني ، والتكيف ، والانتخاب أو الانتقاء . وتلعب العوامل الجينية دورها في كل الكائنات الحية . وكل عضو من هذه الكائنات يختلف من حيث الأساس الجيني . وباستثناء التوائم المتماثلة ، فلا يوجد اثنان لهما نفس الخصائص الجينية ، وهذا سبب عدم تشابه الناس ، وسبب اختلافهم في السلوك . أحياناً تقود المتغيرات الجينية الوراثية إلى بعض الخصائص التي تعتبر طرفاً واحداً للأخرى ، وهذه الميزة التكيفية لها دور هام في الإخصاب . ومن الوجهة التطورية ، فإن التكيفات الظاهرة تكون مصطفاة من أجل البقاء .

إن النشوء والتطور لا يتضمن فقط تغيرات في المظهر والشكل ، ولكن أيضاً في أشكال سلوك الأنواع الحية . وقد بينت البحوث التجريبية أن في الحيوانات على الأقل ، أشكال معقدة من السلوك تحدث عملية تطورية نشوئية ، وهذه الأشكال من السلوك تسمى عادة غرائز Instinct للإشارة إلى

أنها وراثية . والحقيقة الأكثر تعقيداً كما بينها هيلمان في مقال بعنوان «كيف يتم تعلم الغريزة» ، كيف تتفاعل المؤثرات والعوامل البيولوجية مع العوامل البيئية لتعليم الطيور الصغيرة كيف تنقر منقار الأكبر منها . في البرية تتغذى الطيور الصغيرة عندما تنقر في منقار الكبار منها ، وإذا فشلت في النقر ستموت . ولكن كيف تتعلم أن تنقر في هذا المكان بالذات ؟ لقد حاول هيلمان أن يطبق نموذجاً يفسر فيه ذلك . إن للنورس الراشد منقاراً أصفر يحتوي قسمه الأسفل على نقطة حمراء . وبالرغم من أهمية عدد من خصائص منقار الراشد - حركته ، شكله ، المسافة بينه وبين الفرخ ، تدلي شيء (الطعام عادة) منه - فإن المثير الفعلي للنقر هو النقطة الحمراء على ما يبدو . وقد حدد ذلك باختبار سلوك النقر لدى فرخ واجه نماذج من رؤوس هذه النوارس الراشدة ، وكانت كل المناقير في هذه النماذج صفراً ، في حين تنوعت النقطة بحيث كانت في كل مرة ، من أحد الألوان التالية : الأحمر ، الأسود ، الأزرق ، الأبيض والأصفر . وقد تبين أن أكبر مقدار من النقر حدث حين كان لون النقطة أحمر .

إن تفضيل اللون الأحمر يبدو غريزياً لدى فرخ النورس . إلا أن المثال التالي يبين أن هذا السلوك قد نما واكتمل ضمن النموذج المنوالي للفعل بتأثير عوامل محيطيه .

وقد استخدمت ، في هذه الدراسة ، أيضاً ، نماذج من رؤوس النورس الراشد . ففي اليوم الأول بعد التفقيس ، استجرت النقطة الحمراء النقر ، وكان ذلك ناجعاً سواء أكانت النقطة على المنقار أم كانت في مقدمة الرأس . وبعد عدة أيام من التعلم والممارسة في المحيط ، فقدت النقطة الحمراء في مقدمة الرأس الكثير من نجعها ، في تزايد نجع هذه النقطة على المنقار . إن الميل الغريزي إلى نقر النقطة الحمراء أينما وجدت على رأس النورس الراشد قد عدل بالخبرة بحيث تحول إلى الشكل المكتمل ، شكل نقر النقطة الحمراء على المنقار .

وقد ثبت تفاعل العوامل البيولوجية الوراثية والبيئية الخارجية حتى مع وجود الأقران والمستوى الاجتماعي نفسه . إن الإنسان يملك قدرات على التكيف مع البيئة والمجتمع حوله . وقد قال واطسون مسبقاً كيف يمكنه أن يجعل من

المواليد ، الرجال الذين يرغب فيهم . ولكننا لا نستطيع تجاهل أن الإنسان عضوية بيولوجية له استعدادات وراثية كامنة فيه . طبقاً لذلك يختلف الناس عن الحيوانات ، ولكنهم يشتركون في خاصية مهمة وعامة بينهم ، وهي أن سلوكهم يتشكل من خلال اجتماع الاستعدادات البيولوجية الوراثية والخبرات البيئية وتفاعلها . ومع أن الكثير من العلماء المحدثين يعتقدون بأن سلوك الإنسان هو نتيجة لتفاعل المتغيرات الوراثية والخبرة أو المحيط ، فإن الأهمية النسبية لكل منهما ما يزال موضع خلاف وجدال . فعلماء الأحياء الاجتماعي يملون إلى اعتبار الغلبة للعوامل الوراثية ، في حين يميل بعض علماء النفس مثل واطسون إلى تأكيد الغلبة للعوامل البيئية . إن الانتقاد الذي تعرض له أصحاب الاتجاه الأول (علم الأحياء الاجتماعي) هو أن للخبرات دوراً هاماً في تشكيل السلوك الإنساني . فالسؤال إذاً: ما هو الأكثر أهمية - الوراثة أم البيئة (الطبيعة أم التطبع) - سنعود إليه لاحقاً .

سنجد خلال بحثنا أن ذلك أمر لا يمكن الإجابة عنه في أكثر الحالات وفي الكثير من أشكال السلوك . ولكننا نعترف بأن فهمنا للطبع (الوراثة البيولوجية) والتطبع (البيئة الخارجية) يساعدنا كثيراً في فهم الأطفال المضطربين نفسياً .

إن كل شخص يقرأ هذا الكتاب ، يعرف أن الاستعدادات الوراثية تنتقل من مولود إلى آخر عبر المورثات ، وأن كل واحد منا يملك ٥٠ ألف مورثة (جينة) تجتمع في ٢٣ زوج من الكروموزومات ، وفي كل زوج من الكروموزومات فإننا نرث واحداً منها من الأب والآخر من الأم . إلا أن كل شخص له تجمع كروموزومي مختلف تماماً باستثناء التوائم المتطابقة أو المتماثلة ، وذلك لأن هذه الأخيرة ناتجة أساساً من انقسام بويضة مخصبة واحدة . ولكن ليست كل التوائم متطابقة ، فهناك توائم مختلفة وهي الناتجة عن إخصاب بويضتين مستقلتين ، وهذه ليست متشابهة وراثياً .

هناك بعض الشذوذات التي تحدث في بعض الكروموزومات محدثة اضطرابات معينة مثل زملة داون (المنغولية) التي تعود إلى وجود ٣ كروموزومات بدلاً من اثنين (زوج) . فزملة داون وغيرها من الشذوذات الوراثية

سنتطرق إليها عند حديثنا عن الاضطرابات العقلية عند الأطفال. ولكننا نبين الآن أن العديد من السمات التي تؤثر في السلوك تتأثر بمورثات متعددة كثيرة. وهذه السمات كثيراً ما تمت دراستها باستعمال الطرق الوبائية البيولوجية. ومن أفضل الطرق المتبعة في مثل هذه البحوث، دراسة التوائم المتماثلة (التي لها نفس المورثات). إن لهذه العوامل الدور الكبير في وراثة الصفات الجسمية أولاً، وكلما انتقلنا بالتدرج وعلى التوالي إلى الصفات الانفعالية ثم العقلية وأخيراً الأخلاقية والاجتماعية، قل تأثير الوراثة وزاد تأثير العوامل البيئية الخارجية (م. عبد الله ١٩٩٥).

العوامل السببية قبل الولادة:

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في الجنين عن طريق الأم الحامل. فالأدوية والتسمم خلال الحمل تؤثر في الجنين. وهناك بعض الأدوية المسكنة لها تأثير مباشر في الجنين وبعضها الآخر لا يظهر تأثيره إلا بعد سنوات. والنساء المدمنات على المواد المخدرة خلال فترة الحمل يؤدي إلى ولادة أطفال مدمنين. وهناك ما يسمى «زملة الكحول الجنينية - عند الجنين» والتي تنتج عن أمهات مدمنات، ومثل هؤلاء الأطفال سيعانون الكثير من أشكال الضعف والشذوذ خلال حياتهم كما أن أكثرهم عرضة للموت. وبالإضافة إلى الأدوية، فإن للتدخين آثاره الضارة في الجنين. وفوق ذلك فإن سوء التغذية أو فقدان بعض المواد الضرورية (كالفيتامينات والبروتينات) يزيد من احتمال ولادة أطفال منخفضي الذكاء، وتأخر في النمو، وأشكال من السلوك الشاذ عند المواليد. والعامل المهم الآخر، هو عمر الأم حين الإخصاب. ولهذا العامل دور هام في نمو الجنين. فقد تبين أن نسبة ولادة الأطفال الذين يعانون من زملة داون تزداد كثيراً عندما تكون الأم الحامل قد تجاوزت سن الخامسة والثلاثين حين الحمل. كما أن الأطفال ذوو الترتيب الأول والأخير بالولادة أكثر احتمالاً لتعرضهم لتلك المخاطر من المتوسطين. وربما يرتبط هذا أيضاً بعمر الأم الحامل.

إضافة إلى العوامل السابقة (الإدمان، والأدوية، والتغذية، وعمر الأم)

هناك عامل آخر وهو العدوى التي يمكن أن تنتقل إلى الجنين خلال الحمل . فقد تبين أن هذه العدوى مسؤولة عن العديد من أشكال السلوك الشاذ والاضطرابات عند الأطفال . كما أن الأمراض التي تعانيها الحامل ، كالسكري وحتى القلق والانفعالات ، جميعها تؤثر في الجنين . وسنشير إلى هذه العوامل في سياق هذا الكتاب ، ويجب الانتباه إلى أن تأثير هذه العوامل يخف بدرجة كبيرة عندما يتم تحسين التغذية والعناية بالحامل .

العوامل السببية في مرحلتي المهد والطفولة :

إن عملية الولادة نفسها تؤثر في المولود ، فإذا كان نقص الأكسجين كبيراً فالنتيجة خلل في الدماغ . وهناك عوامل عديدة تسبب هذا النقص خلال الولادة . وهناك بعض الأطفال يتعرضون لخلل في عملية الولادة لسبب أو أكثر . إن الضعف في عملية الأيض يعتبر من عوامل الخطر التي تحدث العديد من الاضطرابات السلوكية . إضافة إلى ذلك فإن أمراضاً مثل التهاب السحايا Meningitis يحدث حساسية عالية ويقود إلى خلل أو رضة دماغية وبالتالي اضطرابات عقلية . إن أذيات الدماغ التي تحدث بسبب الحوادث والصدمات والأمراض في الرأس لها تأثير شديد ستحدث عنها في بحث أمراض الدماغ . ويكفي الإشارة إلى أن المرض وخاصة إذا كان مزمناً Chronic ومتوافقاً بدخول المشفى لفترات طويلة سوف يؤدي إلى اضطرابات في السلوك . كما أن المؤثرات الاجتماعية المبكرة في الحياة من العوامل المسببة للاضطرابات السلوكية . وقد أشرنا في قسم سابق إلى أهمية الرابطة الوجدانية والتعاطف منذ الأيام الأولى للمولود ، وأن الفشل في مثل هذه الرابطة يقود إلى اضطرابات نفسية خطيرة .

إن ترتيب المولود ، تمت الإشارة إليه سابقاً . ومع أن السمات النفسية المختلفة هي التي تميز الأطفال المولودين أولاً عن المولودين لاحقاً ، فعن هذه السمات لم تلاقِ البحث الكافي الدقيق . ومن العوامل السببية الهامة في العديد من مشكلات الأطفال الفقير . ويبدأ الفقر تأثيره حتى قبل الولادة . والمعروف أن الفقر في البلدان النامية يؤدي إلى ولادة أطفال وزنهم دون المعدل الطبيعي . ويعتبر هؤلاء المواليد مهينين أكثر من غيرهم للتعرض

للأمراض في مرحلة الطفولة. كما أن للفقر تأثيره بعد الولادة أيضاً. فسوء التغذية وعدم العناية الضرورية والإجهاد كله عوامل تؤثر في الأطفال. من جهة ثانية ، تبين أن الطلاق يتزايد في كل المجتمعات. ففي أمريكا مثلاً تضاعف عدة مرات بين ١٩٧٠ و ١٩٨٠ ، والكثير من الأسر المفككة تحتوي أطفالاً. وقد بين بعض الباحثين أن نصف الأطفال الذين يولدون حالياً تقريباً سيقضون حياتهم مع والد واحد فقط. وبالرغم من وجود فروق في الدرجة ، إلا أن الطلاق يترافق مع صراعات أسرية وخلافات زوجية ، وكثيراً ما يحدث نتيجة عوامل مادية ، وبذلك تجتمع العوامل المادية والاجتماعية مع بعضها في تأثيرها (Schwartz and Johnson 1985). إن الآثار الانفعالية التي يخلفها الطلاق في الأطفال ذات تأثير خطير ، فالكثير من هؤلاء الأطفال يلومون أنفسهم بسبب تفكك أسرهم ويصبحون مكتئبين. هذا بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة ، أما بالنسبة لأطفال المرحلة الابتدائية ، فتنشأ نفس ردود الفعل أيضاً ترافقها مشاعر الغضب وعدم الارتياح. أما في المراهقة فيجد الفرد صعوبة في التكيف مع أسرته المفككة. إن أكثر خدمات العلاج والإرشاد النفسي قد نشأ لتقديم خدماته خصيصاً إلى الأسر المفككة والمطلقة لأن الطلاق والانفصال وافتقاد أحد الوالدين ، يزيد من احتمالية حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال.

ومن المشكلات الاجتماعية الهامة في علم نفس الأطفال المرضي ، سوء معاملة الأطفال Child abuse ، سواء كان سوءاً جنسياً أم جسدياً ، فمثل هؤلاء الأطفال عرضة للأمراض الجسمية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية ، والكثيرين منهم يموتون (Broadhurt and Others 1979). وبالرغم من وجود فروقات قانونية بين سوء الاستعمال الجنسي ، والإدمان ، والتجاهل أو الإهمال ، فإن لها جميعها نفس الآثار النفسية والمخاطر السلوكية. ففي بعض المجتمعات (كسويسرا مثلاً) يعتبر الصفع والضرب spank سوء معاملة للطفل ، في حين ما يزال يستعمل في المدارس الإنكليزية ودول الكومنويلث ، كوسيلة تربية. بالطبع عندما تصل سوء المعاملة (سواء الجسمية أم التجاهل) إلى حد متطرف فإنها ليست بحاجة إلى محام ليقرر ما إذا

كانت المشكلة موجودة. إن الأهل الذين يسيئون معاملة الأطفال ، لم يتبين ما إذا كانوا يعانون من اضطرابات طب نفسية ، ولم يثبت ما إذا كانوا من ذوي الطبقات المنخفضة ، ولكن أكثرهم من ذوي الطبقات المتوسطة والمستوى الثقافي الجيد.

لقد وضعت العديد من البرامج الإرشادية والتربوية الموجهة لخفض حدوث سوء معاملة الأطفال. ففي مجلة حديثة وعنوانها «سوء المعاملة والتجاهل والإهمال» والتي تم تأسيسها بسبب تفاقم هذه المشكلة وزيادة الاهتمام بها.

العوامل السببية في مرحلتى الطفولة المتأخرة والمراهقة:

بالرغم من أن الأطفال والمراهقين قد يكونون أكثر عرضة للحوادث والأمراض ، إلا أن أكثر العوامل المسببة في هذه الأعمار ، تكون ذات طابع اجتماعي أساساً وهناك مؤثرين هامين جداً هما: نمو علاقات الأقران ، والقدرة على القيام بالعمل المثمر.

تعتبر مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة ، بداية تكوين الراشدين ، حيث يبدأ المراهق في تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية ، تلعب دوراً هاماً في تقبل الشخص لذاته ، وتحدد له العديد من أشكال السلوك التي عليه القيام بها حتى نوع اللباس الذي يرتديه واللغة التي يستعملها. إن الانصياع والمسايرة للجماعة والأقران له آثاره الهامة في شخصية المراهق. والتأثير الآخر لجماعة الأقران هو أنها قد تكون مجالاً للإدمان أيضاً. فالكحول والتدخين منتشر في أمريكا بكثرة. كما أن نصف طلاب المدارس يستعملون هذه المواد (Abelson and others 1977). فالإدمان على المخدرات والخمر ينتشر بكثرة عند هؤلاء المراهقين. وبالرغم من انتشار الكثير من المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية عند هؤلاء المدمنين ، فإن الدراسات وجدت علاقة ترابطية ضعيفة بين الأمراض الطب النفسية (كالقلق والاكتئاب) وسوء استعمال العقاقير والمخدرات. ولسنا بحاجة للقول أن هناك عوامل عديدة تؤثر في استعمال المواد المخدرة. ولكن لا يوجد شك بأن تأثير الأقران له الدور الهام. إن العلاقات بين الأقران فرصة ليتعرف المراهقون على أفراد الجنس الآخر

والتغيرات الهرمونية في البلوغ تثبت أن الذكور والإناث يهتمون كثيراً بأفراد الجنس الآخر. إن المعاقين والمتخلفين عقلياً يعانون من صعوبات ومشكلات متعددة تعيقهم عن الدخول في مثل هذه العلاقات. والنتيجة الانعزال الاجتماعي ، وضعف تقدير الذات والفشل في تكوين علاقات بينشخصية طبيعية. إن الانصياع لمعايير جماعة الأقران ، واحد من العوامل الهامة المسببة لجنوح الأحداث. وكما سيتبين معنا في البحث الخاص بالجنوح ، فإن بعض المنحرفين والجانحين يقومون بأشكال من السلوك الاجتماعي طبقاً للمعايير الشاذة والمنحرفة لجماعة الأقران نفسها.

إضافة لعلاقات الأقران ، فإن مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة هي فترات يصبح فيها العمل ذا أهمية كبيرة للفرد. وبالرغم من أنهم في المدرسة ، إلا أنهم يبدوون في التفكير الجاد بالعمل الذي سيقومون به خلال حياتهم أو حتى خلال العطل. إن الهوية الذاتية تتكون من خلال القيام بعمل مثمر. وعندما يقترب من مرحلة الرشد يأخذ العمل أهمية متزايدة. إنه ليس مجرد عمل لكسب النقود ، ولكنه يزود الفرد بمشاعر الكفاءة والجدارة وتقدير الذات. إن أهمية القدرة على العمل وتأثيرها في الراحة النفسية (والصحة النفسية) قد درست كثيراً من قبل العديد من العلماء (Vaillant 1981) ، فقد وجد هذان الباحثان من خلال دراستهم على عينة تتألف من ٤٥٦ رجل ، أن القدرة على العمل (كما قيست عن طريق الدخل ، والرضا عن العمل) ترابطت بدرجة عالية مع الصحة النفسية. والأكثر أهمية ، إنه قد وجد أن المراهقين الذين يقومون بأعمال لبعض الأوقات وأنجزوا الكثير من المهمات المنزلية النظامية والضرورية ، أو عملوا بموضوعات دراسية إضافية زائدة عن المنهاج ، كانوا أقل تعرضاً للأمراض السلوكية من أولئك الذين لم يظهروا قدرة على العمل ولم ينجزوا مثل هذه الأعمال. إن الأطفال الذين يفشلون في تطوير قدرتهم على العمل ، لسبب أو لآخر ، يكونون أكثر احتمالاً لتطوير اضطرابات في السلوك في مراحل الحياة اللاحقة والمتأخرة.

* * *