

## الفصل الثالث

### مشكلات النمو الشائعة

من الواضح أن الأطفال يظهرون عدداً متنوعاً من الحالات النفسية المرضية ، كالانغلاق على الذات أو التوحد ، واضطرابات النمو الشاذة المنتشرة Pervasive Developmental ، والتخلف العقلي ، التي تتصف جميعها بالخلل أو الضعف الحاد في كل من السلوك والعمليات المعرفية العقلية . وبعضها الآخر يكون سيكوسوماتي أو سيكوفيزيولوجي (نفسيجسمي) في طبيعته . وهناك حالات مرضية أخرى مثل قلق الأطفال ، والاضطرابات الانفعالية الوجدانية التي تنتج مستويات من الضيق والتوتر النفسي الذي يهدد حياة الطفل وحياة الأسرة أيضاً .

بالإضافة إلى هذه الاضطرابات أو الحالات المرضية ، هناك الكثير غيرها ، أقل حدة منها ولكنه تشغل بال علماء النفس والمعالجين النفسيين . من هذه المشكلات : اضطراب الإخراج أو صعوبات التدريب عليه ، ومخاوف الأطفال ، والكوابيس ، ومص الإصبع ، والعدوانية ، والعناد . يضاف إلى ذلك فإن بعض الأطفال منذ الولادة يظهرون صفات مزاجية تقودهم إلى صعوبات عديدة في التربية والرعاية بالنسبة لغيرهم .

سنبحث في هذا الفصل عدداً من هذه المشكلات السلوكية . ولكننا سننظر أولاً إلى مدى انتشارها بين الأطفال الأسوياء في المجتمع الأصلي ، معتمدين على معيار يستعمل في التمييز بين مشكلات النمو البسيطة والأمراض النفسية الشديدة عند الأطفال .

## المشكلات السلوكية للأطفال الأسوياء :

من أكثر الدراسات المعروفة حول مشكلات السلوك عند الأطفال الأسوياء (غير المرضى الخاضعين للعلاج) ، هي الدراسة الطولية ذات الاختبار الكبير ، الذي قام بها ماكفرلاني وآلين وهونزك (Macfarlane and Allen and Honzik 1954) والتي فحصوا فيها مشكلات النمو التي يعانيها الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢١ شهراً حتى ١٤ سنة . والجدول التالي يبين نسبة الأطفال الذين - ظهوروا مشكلات نوعية محددة ومتميزة في مستويات الأعمال المختلفة .

### النسبة المئوية لحدوث المشكلة السلوكية

المشكلة	الجنس	سن الثالثة	سن الخامسة	سن العاشرة	سن الرابعة عشرة
أحلام مزعجة	ولد	٢٩	٢٠	٣٣	٦
	أنثى	٢٩	٢٩	٤٧	٤
تبول لا إرادي	ولد	١٨	٨	١١	٠
	أنثى	٣١	١٠	٦	٠
إخراج وتلوث	ولد	٤	٣	٠	٠
	أنثى	٠	٠	٠	٠
عرات أو لآزمات	ولد	٠	٥	٠	٠
	أنثى	٤	٥	٠	٠
قضم الأظافر	ولد	٨	٨	١٨	٣٨
	أنثى	١٠	١٧	٣٢	٢٢
مص الإبهام	ولد	١٨	٥	٠	٠
	أنثى	٣٥	١٩	٦	٠
نشاط زائد وسريع	ولد	٣٧	٤٦	٢٦	١١
	أنثى	٣٣	٣٥	١٥	٠
مشكلات النطق والكلام	ولد	٢٤	١٨	١١	٠
	أنثى	١٨	٨	٣	٤
الكذب	ولد	١٤	٤٩	١٥	٦
	أنثى	١٢	٤٢	١٢	٠
السرقه	ولد	١٢	١٠	٤	٠
	أنثى	١٨	٤	٠	٠

ويبدو من خلال هذا الجدول أن النسبة العليا من الأطفال الأسوياء يظهرون أشكالاً من السلوك الشاذ أو المرضي ، أو أعراضاً لصعوبات ومشكلات أساسية تقف خلفها. ومثل هذه المشكلات تميل إلى التناقص مع التقدم في السن حيث تنتهي وحدها مع نمو الطفل لمراحل أكثر تقدماً. إن مثل مشكلات السلوك هذه (السابقة الذكر) عند الأطفال الأسوياء كانت موضوعاً لدراسة عرضانية أجراها ليوس ومونك (Lapouse and Monk 1964) من خلال مقابلة أمهات ٤٣٢ طفلاً تتراوح أعمارهم من ٦ حتى ١٢ سنة ، تمت مقابلتهم لبحث أشكال السلوك المشكل عند أطفالهن. إن النسبة المئوية للمشكلات التي يعانها هؤلاء الأطفال موضحة في الجدول التالي :

النسبة المئوية	السلوك
٤٣%	مخاوف وقلق
١٧%	تبليل الفراش : بشكل متكرر
٨%	تبليل الفراش : مرة أو أكثر في الشهر
٢٨%	كوليس
٨٠%	فقدان المزاج : مرة في الشهر أو أكثر
٤٨%	فقدان المزاج : مرتين في الأسبوع أو أكثر
١١%	فقدان المزاج : مرة أو أكثر في اليوم
٤٩%	فرط نشاط
٣٠%	إعياء وتعب
٤%	لجلجة
١٢%	حركات غير عادية كالارتعاش والاهتزاز (عرات)
٢٧%	قضم الأظافر
١٤%	صرصرة الأسنان
١٠%	مص الإصبع
١٦%	عض أو علك اللباس

وقد وجد هؤلاء العلماء أن العمر ذو صلة وثيقة بمشكلات السلوك . مثلاً يقل حدوث مثل هذه المشكلات في الطفولة المتأخرة ، كما تقل الصعوبات السلوكية عند الأطفال الأكثر تقدماً في السن .

هل مشكلات النمو السلوكية هي أمراض نفسية؟ المنظور النمائي :

كيف ينظر علماء النفس إلى أشكال السلوك التي وجد ماكفارلين MacFarlane (١٩٥٦) ولابوس ومونك Lapouse and Monk (١٩٥٩) أنها تحدث بشكل متكرر في المجتمع الأصلي؟ هل ينظر إلى مشكلات السلوك هذه على أنها اضطرابات نفسية أم مشكلات وصعوبات مرتبطة بالنمو الطبيعي السوي؟ إن هذه الأسئلة مهمة بالنسبة للمعالج أو عالم النفس الذي يقدم مشاوراته إلى أهل الطفل الذي يعاني من هذه المشكلات . والسؤال الرئيسي الذي يطرحه الأهل دوماً سواء كان الطفل سويًا أم شاذاً (مرضياً): كيف نتخذ مثل هذا القرار؟ في الحديث عن عوامل النمو التي ترتبط بأمراض الأطفال النفسية ، بحث واينر عام ١٩٨٢ فكرة أننا نعرف كل اضطرابات الأطفال النفسية على أنها نمو منحرف وشاذ (أي أن النمو السوي يسير بشكل منحرف أو شاذ) . من هذا المنظور توصف أشكال سلوك الأطفال على أنها مرضية فقط إذا كانت بداية وانطلاقاً من عمليات النمو السوي . ويضع (وينر) معايير نمائية متنوعة يمكن استعمالها للحكم عما إذا كانت أشكال السلوك سوية أم شاذة ، اثنان منها يجب اتباعها سواء كان السلوك موضع التساؤل والبحث يمثل تثبيتاً أم نكوصاً . فالتثبيت Fixation هنا يعزى إلى السلوكيات التي تستمر مع العمر ولو كانت سوية ومناسبة في مراحل سابقة . فتبلييل الفراش مثلاً يعتبر سلوكاً سويًا وطبيعياً في سن الثالثة ولكنه شاذ أو مرضي في سن السابعة . أما النكوص Regression فيعزى إلى أن الطفل يكون في مستوى نمو مناسب في بعض المجالات النمائية فقط ولكنه يعيد أشكالاً من سلوك عمر سابق . فمشكلة تبلييل الفراش في مثل هذه الحالة حيث إن الطفل الذي تدرّب على الإخراج في سن الثانية إلا أنه يعود إلى تبلييل الفراش ثانية في سن السادسة ، مثل هذا الطفل يقوم بسلوك نكوصي . إن تبلييل الفراش الذي وصف بأنه سوي وطبيعي في

مرحلة نمو سابقة ينظر إليه على أنه اضطراب نفسي أو حالة مرضية حين يحدث في مرحلة نمو لاحقة . ينظر إلى الاضطراب النفسي أو السلوك المشكل على أنه فشل failure الطفل في إظهار أشكال السلوك المتوقعة في سنه . وعدم إظهار التواصل الكلامي في الثالثة والرابعة من العمر مثال على ذلك . إن هذا الغياب لتطور الكلام لا ينظر إليه على أنه شاذ أو مرضي في الشهر الثامن عشر من عمر الطفل . إن النمو المنحرف قد ينظر إليه على أنه مبالغة أو تضخيم بأشكال السلوك السوي نفسها . فالمخاوف البسيطة والمعتدلة والسلوك العدواني كلها متوقعة عند الأطفال الأسوياء في الطفولة المتأخرة ، وهي بهذا الشكل البسيط أو المعتدل ليست شذوذاً أو اضطراباً . من جهة ثانية ، فإن عدم إظهار الخوف أو العدوان ينظر إليه على أنه سلوك مرضي بسبب النضج المتطرف لهذه الاستجابات . أحياناً وفي بعض المناسبات يحكم على سلوك الطفل بأنه شاذ أو مرضي لأنه يختلف في جانبه النوعي عن السلوك الذي يعتبر سوياً في أي عمر . وي طرح (وينر) مثلاً عن فشل طفل معين في القيام بأشكال سلوك الاستطلاع والاستكشاف ، والاستجابة السلبية للأطفال الآخرين في البيئة . مثل هذه الاستجابات يوصف بها الأطفال الأسوياء الذين ينزعون إلى الانشغال باكتشاف البيئة والبحث عن الإثارة .

إن المعرفة الشاملة عن النمو السوي للطفل ، بما فيها من معلومات عن تكرار حدوث أشكال السلوك في مستويات العمر المختلفة ، يمكننا أن نستعمل المعايير المستندة إلى النمو نفسه للوصول إلى أحكام عن أشكال النمو السوي وغير السوي .

ومن منظور نمائي ، توجد مبررات متعددة لوصف الصعوبات التي سنبحثها في هذا الفصل باعتبارها مشكلات نمو شائعة أكثر من اعتبارها اضطرابات . والمبرر الأول الذي يدفعنا إلى تسميتها مشكلات نمو هو أنها مشكلات شائعة في المجتمع الأصلي للأطفال الأسوياء . والمبرر الثاني ، هو أنها أقل حدة من غيرها من الاضطرابات التي سنناقشها في هذا الكتاب . والمبرر الثالث لتسميتها ، هو أنها عادة ما تكون زائلة أو عابرة وتنتهي مع التقدم في العمر .

والمبرر الأخير ، هو أنها مشكلات غالباً ما تظهر في مشكلة واحدة محددة أو في سلوك معين (على شكل نمط سلوكي ، أو نموذج للسلوك) أكثر منها على أنها تجمع لعدد من الأعراض ، كما هو الحال في الاضطرابات النفسية . ولا يعني هذا ، أن أشكال السلوك هذه ليست مصدراً للقلق والصعوبات ، خاصة إذا حدثت بشكل متكرر أو استمرت بعد عمر معين . في مثل هذه الحالات تكون المساعدة المهنية الاختصاصية ذات أهمية كبيرة للعودة بالسلوك إلى النمو السوي .

### الطفل صعب المزاج :

منذ الأسابيع والأشهر الأولى لحياة الأطفال تظهر فروقاً فردية في استجاباتهم لمثيرات المحيط حولهم . فبعضهم يظهر أشكالاً من السلوك التي تجعل مهمة الوالدين سهلة ، بينما بعضهم الآخر يظهر أشكالاً من السلوك التي تتحدى مهارات التكيف والتعامل ، وتقاوم حلّ أكثر الأهل قدرة ومهارة . والمثال التالي نموذج عن ذلك :

«حالما خرج الطفل من المشفى ، لم ينم كما توقع أهله ، كما أن وقت قيلولته وفترات نومه النهاري لم تكن منتظمة وغير متوقعة ، ولم يذهب للنوم في أوقات محددة وفي بعضها الآخر يستيقظ ليلاً . وحاول أهله وضع برنامج له للنوم والغداء ولكنه لم يتكيف معه ويبقى يصرخ طالباً الطعام في أوقات مختلفة في الليل والنهار ، وكان يصرخ حين يببل نفسه ويتبول وحين يتلوث ، وحينما لا يقوم أحد على أخذه والالتفات إليه . وبالرغم من المحاولات المستمرة لتعديل سلوكه من قبل أهله بقيت هذه الصفات السلوكية ، إضافة إلى عدم تكيفه مع المواقف الجديدة . إن أكثر الأعمال والبحوث العيادية والعلاجية التي تعاملت مع مثل هذه الصعوبات والمشكلات السلوكية ، أجراها العالم والطبيب النفسي الكسندر توماس ورفاقه في دراستهم المطولة في نيويورك ، والتي استغرقت حوالي خمس وعشرين سنة . وقدموا معلومات هامة متعلقة بالمزاج وقياس التكيف لأكثر من ١٠٠ طفل في أعمار مختلفة . وقد وضعت أبعاد للمزاج وأشكال السلوك المتعلقة به في الأعمار بين شهرين وخمس سنوات ،

هذه الأبعاد هي: مستوى النشاط ، النظم والإيقاعية ، الارتباك والذهول ، الإحجام والإقدام ، القدرة على التكيف ، طول فترة الانتباه ، رد الفعل ، عتبة الاستجابة ، ونوعية المزاج . وكل بعد من هذه الأبعاد له مستويات من حيث شدته ودرجته ، ولكل مستوى صفاته السلوكية المميزة في عمر معين . (Thomas, Chess, Birch 1984) . والمثال (الجدول) التالي يوضح ذلك :

نوع المزاج	الدرجة	شهرين	٥ سنوات
النشاط والفعالية	عالي	يتحرك كثيراً خلال النوم	غالباً ما يترك الطاولة عند الطعام ويركض
	منخفض	لا يتحرك خلال النوم وحين إلباسه	يأخذ وقتاً طويلاً طويلاً للباس ويجلس بهدوء
النظم والإيقاعية	نظامي	يأكل بانتظام كل أربع ساعات	يفشل في النوم حين توجده بالسرير
	غير نظامي	يأكل في أوقات متفاوتة صباحاً واختلاف في الكمية	اختلاف في وجبات الطعام وكميتها ، وأحياناً بعض التقلصات في الأمعاء

ومع أن هؤلاء الباحثين قد وضعوا تسعة أبعاد للمزاج ، فقد وجدوا أن هذه المجموعة من الأبعاد يمكنها أن تعرف وتختصر ، أو تحدد ثلاث مجموعات للمزاج بشكل عام . فالأطفال الذين يتصفون «بالسهولة» أو المرونة Easy يظهرون عادة أنظمة محددة فيما يتعلق بالطعام والنوم ، كما أنهم يميلون

للتكيف والإقدام بسهولة ، وسرعة في المواقف الجديدة ، وعندهم ردود فعل انفعالية إيجابية عادة ما تكون متوسطة من حيث الشدة. أما الأطفال الذين يتميزون بالتذبذب ، من البطء إلى النيرانية والسرعة ، فإن لهم مستوى نشاط منخفض وأقل قدرة على التكيف من سابقهم ، ويميلون للانسحاب من المواقف الجديدة. وبالرغم من أنهم يظهرون مزاجاً سلبياً ، فإن استجاباتهم الانفعالية عادة منخفضة. أما الأطفال الذين يدخلون في صنف «الطفل الصعب» Diffecult فإنهم غير نظاميين فيما يتعلق بالطعام ، والنوم ، وأقل قدرة على التكيف ، وأكثر ميلاً للانسحاب من المواقف الجديدة ، كما يتصفون بدرجة عالية من الاستجابات الانفعالية السلبية. ومن غير المدهش أن سلوك هؤلاء الأطفال غالباً ما يكون مصدر اهتمام الأهل وقلقهم. ولحسن الحظ ، هناك عدد قليل من الأطفال الذين يدخلون في هذه الفئة الأخيرة ، منها بالنسبة لسابقتها. وقد وجد توماس Thomas أنه من بين ١٤١ طفلاً تم تشخيصهم في العينة الأصلية ، كان هناك ١٠٪ قد صنفوا في فئة «الطفل الصعب» (في حين ٣٠٪ من صنف الطفل السهل المرن ، ١٥٪ بطيئون ثم نيرانيون ، والمتبقون من العينة لم يدخلوا ضمن أية فئة من الفئات الثلاث).

### العوامل المساهمة في تحديد مزاج الطفل :

بالرغم من أن العوامل التي تساهم في خلق مزاج الطفل وتكوينه ، لم تفهم بشكل واسع بعد ، إلا أنه غالباً اعتبرت عوامل بيولوجية. والذي يدعم هذا الاتجاه هو حقيقة الفروق التي نجدها بين المواليد منذ الولادة. فحقيقة كون الفروق موجودة قبل تأثير التنشئة الاجتماعية والخبرات المحيطة ، يعني أنها بنائية وبيولوجية في الأصل. والدليل الذي يؤكد هذه العوامل يأتي من دراسات التوائم المتماثلة والمختلفة والمتعلقة بالمزاج. لقد بينت النتائج أنه بالنسبة لبعض أبعاد المزاج ، تشابه التوائم المتماثلة أكثر من التوائم المتباينة. فافتراض أن التوائم من نفس الجنس يخبرون ويمرون بنفس المؤثرات المحيطة ، وأن الفروق الرئيسة بين التوائم المتشابهة والمتباينة يجب أن تعمل وفقاً للتشابه الجيني (الوراثي) ، وهذا يدعم كون العوامل البيولوجية تساهم في

تكوين المزاج ، وهذا الدور الذي تلعبه العوامل الجينية قد أظهره علماء ومنهم بل ووادروب (Bell and Wadrob 1982) حيث بينا العلاقة بين المزاج والشذوذات الجسمية البسيطة. فهذه الشذوذات الجسمية البسيطة هي انحرافات واضحة في التكوين الجسدي للطفل (كبر أو صغر الرأس بعض الشيء ، تغيرات في الشعر ، تشكيل الأذن ، انحناء الإصبع الخامس ، فارق كبير بين القدم الأول والثاني) والتي تعكس الانحراف في النمو الوراثي الجيني. إن هذه العلاقة بين المزاج والشذوذات الجسمية ، بينت أن هناك عوامل جينية وراثية وخلقية غريبة genetic and teratogenic تؤثر في النمو الجيني كما تؤثر في النمو الجسدي للطفل وسلوكه. ومع أن مثل هذه البحوث تقدم دليلاً على دور العوامل البيولوجية في المزاج ، إلا أن العوامل البيئية تلعب دوراً رئيسياً وهاماً في تشكيله أيضاً والتي تبدو بشكل خاص مع تقدم الطفل في العمر. يؤيد ذلك عدة دراسات ، منها دراسة كاميرون (Cameron 1977) التي بينت أن تغيرات المزاج مع الزمن ومع التقدم في السن ترتبط بدرجة كبيرة بصفات الوالدين وخصائصهم المزاجية. إن دور هذه العوامل والمتغيرات في تكوين المزاج والفروق الفردية فيه عند الأطفال بحاجة إلى مزيد من الدراسة والاستقصاء.

### قرائن المزاج الصعب :

بالرغم من أن الأطفال الذين يتميزون بالمزاج الصعب ، أقل من الأطفال الذين يتميزون بأنواع المزاج الأخرى ، فإن أكثر الدراسات قد ركزت على الأول. وهذا التشديد يتعلق بحقيقة كون الأطفال من هذا النوع يعتبرون مشكلة بالنسبة لآبائهم وأنهم يضعونهم في خطر التعرض لأمراض نفسية أيضاً. فالنتائج المبكرة التي توصل إليها توماس عام ١٩٦٨ ، بينت أن ٧٠٪ من الأطفال ذوي المزاج الصعب ، قد اظهروا مثل هذه المشكلات والاضطرابات النمائية السلوكية لاحقاً. وقد توصلت دراسات أخرى إلى نفس العلاقة بين المزاج في الطفولة واضطرابات الراشدين النفسية (Johnson 1984, Earls 1981). وبغض النظر عن العلاقة الهامة بين المزاج في مرحلة الطفولة ، ومشكلات

التكيف والسلوك ، يجب أن نلاحظ أن قوة هذه العلاقة ليست كافية للتأكد من الاضطرابات والمشكلات السلوكية اللاحقة بالاستناد إلى المزاج الصعب للطفل ، ولكنه مؤشر هام .

### المزاج والبيئة «نظرية التناسق والتجانس الجيد» :

بالرغم من الافتراض الأساسي حول التأثير المباشر للمزاج في السلوك اللاحق للفرد ، فإن العالمان توماس وشيس (Thomas and Chess 1984) في هذا المجال ، قد وضعوا نظرية تسمى نظرية التناسق والتجانس الجيد . ووفقاً لهذه النظرية ، فإن درجة التناسق والانسجام بين مزاج الطفل وبيئته هو الذي يحدد احتمالية حدوث المرض النفسي واضطراب السلوك لاحقاً ، أكثر من مجرد المزاج وحده . وفوق ذلك فإن الطفل الذي يتصف بأنه ذو مزاج صعب ربما يطور مشكلات خطيرة إذا نشأت عن طريق والدين يتميزون بالصلابة وعدم الصبر ، في حين لا تطور مع والدين مرنين . إن الدراسات التي أجراها (بلومين) تقدم دعماً للآثار الناتجة عن تفاعل مزاج الطفل مع السلوك الوالدي .

### المزاج الصعب : ملاحظة أخيرة :

هناك عدة أسئلة تتعلق بالطرق المناسبة لقياس المزاج وتشخيصه (منها استخبارات الأهل ، استفتاءات المعلمين ، الملاحظة السلوكية) ، والعوامل التي تساهم في اختلاف صفات المزاج وثباته مع التقدم بالعمر ، وكذلك درجة ونوع التفاعل بين المزاج والبيئة . فهناك معطيات كافية تبين أن المزاج عامل هام يساهم في تشكيل سلوك الطفل . ومن خلال وصف أهمية المزاج يجب أن نلاحظ أن المزاج الصعب لا يعني الاضطراب النفسي . ولكن ذلك لا يعني أيضاً التقليل من كون سلوك الطفل الصعب المزاج قد يصبح مصدراً لقلق الوالدين ويعتبرونها مشكلة يصعب علاجها والتعامل معها .

### نمو عمليتي التحكم بالمثانة والإخراج :

من المهمات أو المطالب النمائية المتنوعة في مرحلة الطفولة التدريب على

الإخراج باعتبارها واحدة من القضايا التي تشغل الأهل بدرجة كبيرة. فالوالدان غالباً ما يتساءلون عن العمر الذي يجب فيه على الطفل أن يتدرب على الإخراج والدخول للحمام ، وكيف سيقوم بذلك. وغالباً ما يقلقون حول ما إذا كان طفلهم لم يتدرب سابقاً أو تأخر في ذلك. وبعيداً عن هذه الانشغالات فإن الأطفال عادة يتحكمون بعملية التبول والإخراج بدون صعوبات أو مشكلات خطيرة تذكر.

يختلف الأطفال عادة في العمر الذي يقدرون فيه ويتدربون على التحكم بالإخراج. بالطبع فإن الأطفال في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة غير قادرين على القيام بذلك. وفي سن الثالثة فإن أكثرهم يصبحون قادرين على ذلك. وفي سن الرابعة والخامسة فإن ٨٠٪ منهم يصبحون قادرين على التحكم الليلي في التبول وضبط المثانة.

إن التحكم بالإخراج يحدث عادة قبل التحكم بالتبول أو ضبط المثانة. ووفقاً لأريكسون فإن ٧٠٪ من أطفال الثانية ، و٩٠٪ من أطفال الرابعة قادرين على ذلك. وقد بين لايبوس ومونك (Lapous and Monk 1959) أن ٧٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الرابعة والثامنة ، و٤٪ من الذين تتراوح أعمارهم بين التاسعة والثانية عشرة يصبحون قادرين على ذلك تماماً. ومع أن العمر الدقيق من طفل لآخر فإن المعدل العمري الذي يقدر فيه الأطفال على التحكم بالتبول ليلاً ونهاراً هو سن الرابعة وإن التحكم بالإخراج يكون أسبق من ذلك.

لقد بينت الدراسات الطبية أن سن الثانية هو العمر الذي يبدأ فيه الطفل بالتدريب على الإخراج وقد بين توماس وزملاؤه أنه تحت بعض الشروط والظروف المناسبة فإن التدريب على الإخراج يتم في وقت أبكر أيضاً في ضوء هذه الشروط هناك بعض الإرشادات الهامة التي تفيد في تدريب الطفل منها:

١ - عليك أن تنظر إلى الدلائل التي تبين استعداد الطفل للتدريب (مثل خروجه ليلاً للحمام) ، واستيقاظه دون تبليل ، أو شعوره بعدم الارتياح حين يببل الفراش.

٢ - دع الطفل يلاحظ أطفال أسر أخرى يستعملون الحمام ، واقترح عليه أن يفعل ذلك بحيث يتشكل عنده قدوة .

٣ - دعه يستعمل وعاء الإخراج ، إنها مريحة وأقل إزعاجاً كما تطلب تدخلاً أقل من قبل الأهل مقارنة بالدخول إلى الحمام .

٤ - حاول أن تتنبأ بمواعيد إخراج الطفل وذهابه للحمام ، وأدخله أنت إذا بدت عليه علائم حاجته لذلك .

٥ - لا تستخدم العقاب إطلاقاً ، ولا تشعره بالذنب إذا وسخ ثيابه .

٦ - لا تصر على أن يجلس الطفل على وعاء الإخراج لأكثر من خمس دقائق . إنك لا تريد أن يكون اتجاهات سلبية نحو عملية الإخراج .

٧ - لا تقلق حول التبلل الليلي مرة واحدة أو اثنتين إذا كان الطفل ينجز عملية الإخراج بصورة جيداً نهاراً .

وهناك طرق عديدة للتدريب وضعها العالمان آزرين وفوكس (Arsine and Fox) تستند إلى التعزيز والتعلم بالاقتران ، وقد بينا فعاليتها وذلك في كتابهما المعنون التدريب على الإخراج في أقل من يوم . ويجب أن نلاحظ أن بحوثاً عديدة تفترض أن الوالدين قد يجدان صعوبة في إنجاز البرنامج وحدهما دون استشارة ، وأن نفس المظاهر الخاصة بالتدريب تستدعي استجابات قوية عند الطفل .

وكما لاحظنا في بداية الحديث عن هذا الموضوع ، فإن أكثر الأطفال يتحكمون بالإخراج في سن الرابعة والخامسة . وبالرغم من أن هذا ما يحدث عادة بدون جهد كبير من الأهل فإن التدريب ربما يسهل إذا ما اتبعت الإرشادات السابقة الذكر . إلا أن قلة من الأطفال يفشلون في التحكم في سن الخامسة وما بعد . إن مصطلح البوال أو السلس الليلي enuresis وعدم التحكم بالإخراج encopresis يشيران إلى فشل الطفل في التحكم بالمشانة والبول (البوال) أو في الفضلات (الإخراج) إلى الخامسة وما بعد مما يعتبر مشكلة سلوكية بحاجة إلى معالجة . وسنأتي على ذكر هذا لاحقاً .

## مخاوف الأطفال :

إن المخاوف مشكلات شائعة في مرحلة الطفولة . والنسبة العظمى من الأطفال الأسوياء لا يظهرون مخاوف محددة بعض الوقت خلال سنوات حياتهم الأولى فقط ، ولكنهم يظهرون مخاوف متعددة ، فقد تبين للعالمين (لابوس ومونك) أنه من بين ٤٨٢ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٢ سنة أظهر ٤٣٪ منهم ٧ أنواع من المخاوف أو أكثر قد ذكرتها لهم أمهاتهم . وفي دراسات أخرى تبين أن المخاوف تأخذ أشكالاً متعددة تمتد من الخوف من مثيرات واقعية حسية معينة (كالحيوانات والغرباء والماء) إلى مواقف أكثر تجريداً كالخوف من الافتقاد والخوف من الموت . وهناك مواقف نوعية أكثر انتشاراً ، ولكن مدى المثيرات والأشياء التي تستدعي الخوف عند الأطفال واسعة جداً ، وتظهر عند الذكور والإناث إلا أنهم أكثر انتشاراً عند الإناث وخاصة في نهاية مرحلة الطفولة .

إن نمو المخاوف (أو الخوف المرضي) عند الأطفال قد تم شرحها من وجهات نظر عديدة (سنبحثها لاحقاً) ولكن لا بد من أن نذكر أن أحد مصادر مخاوف الأطفال ترتبط بمثيرات محددة والتجربة الكلاسيكية التي أجراها واطسن عام ١٩٢٠ تمثل الإشراف الكلاسيكي لاستجابة الخوف عند الطفل الصغير ألبرت وذلك عن طريق اقتران المثير المنفر (الصوت) بالمثير الحيادي (الفأر) . وعلى الرغم من عدم إمكانية تحديد الإشراف الخاص الذي يقدر خوف الطفل ، في أكثر الحالات ، فمن المعتاد افتراض عوامل أخرى متدخلة وبالنسبة لهذه العوامل يمكن تطوير العديد من المخاوف التي تنتج عند الأطفال عن طريق التعلم بالتقليد وملاحظة النموذج (كالأهل والأقران الذين يظهرون مثل هذه الاستجابات) . وفوق ذلك الاكتساب المتبادل للمخاوف . وهناك عدد من استجابات الخوف التي تستمر بسبب التعزيز الذي تلاقيه من البيئة . ويجب أن نلاحظ أن استجابات التجنب قد تتعزز كتلك السلوكيات أو الاستجابات التي تخدم في تجنب القلق المرتبط بالموضوعات والمواقف المخيفة التي يواجهها الطفل . ويجب الانتباه إلى أن نوع المزاج الذي سبق شرحه يمكن أن

يكون عاملاً هاماً في تطوير بعض استجابات الخوف عند الطفل . إن عوامل مثل : القدرة على التكيف ، والإقدام أو الانسحاب ، وشدة رد الفعل ، وعتبة الاستجابة لها دور هام في ذلك . وأخيراً هناك عوامل مرتبطة بالنمو قد تساهم في تشكيل مخاوف الأطفال منها : مستوى النمو المعرفي للطفل الذي يرتبط ليس فقط بنمو المخاوف ولكن بنوعها وطبيعتها أيضاً حيث تكون مخاوف الأطفال الصغار أكثر عيانية وواقعية أي حسية مقارنة مع مخاوف الأطفال الأكبر تقدماً في السن الذين يظهرون مخاوف أكثر تجريداً . كما تساهم العمليات المعرفية في تطوير التخيلات عند الطفل ، هذه التخيلات تلعب دوراً هاماً في استجابة الخوف .

إن مخاوف مرحلة الطفولة غالباً ما تكون عابرة بطبيعتها كما قال إميل كامب (Emmelkamp) . وقد وجد ماك فارلان أن المخاوف الشائعة تقل مع التقدم بالسن . وقد قدم عدد من العلماء معطيات أكثر حداثة تدعم هذه النتيجة العلمية . وبالرغم من أن الدراسات لم تبين بأجمعها أن مخاوف الأطفال عابرة ومؤقتة ، فإن العديد منها يميل للاختفاء دون معالجة . وفوق ذلك فإن المخاوف البسيطة mild fears تعتبر طبيعية وسوية في مرحلة الطفولة ، أكثر منها مرضية . ويصدق هذا القول أيضاً على بعض المخاوف النوعية في مراحل عمرية محددة ، كما في الأمثلة التالية :

من ١ حتى ٦ أشهر : فقدان الدعم أو الرعاية ، أصوات عالية .

من ٧ حتى ١٢ شهر : خوف من الغرباء ، خوف من المفاجآت .

خلال السنة الأولى : خوف من الانفصال عن الوالدين ، خوف من الأذى ، ومن الغرباء ، ومن الحمام .

في عمر الستين : خوف من الأصوات العالية ومن الحيوانات ومن الظلام ومن الانفصال عن الوالدين ، ومن الأذى والآلات .

من ٣ حتى السادسة من العمر : خوف من الظلام ، ومن الحيوانات ، ومن الليل ، ومن الأصوات ، وخوف من الوحدة .

من ٧ حتى ٨ سنوات: خوف من الظلام ، ومن الوحدة ، وخوف من أذى الجسم .

من ٩ حتى ١٢ سنة: مخاوف من الامتحان ، ومن الأداء الدراسي ، وخوف من الموت .

إن المخاوف البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة ، وفي الكثير من الحالات تختفي مع التقدم بالسن ، وحتى لو أحدثت نتائج خطيرة ، فلا مبرر للمداخلة العلاجية ، بالرغم من أن بعض الطرق كالتعلم بالاقتداء والنموذج ، وخفض الحساسية في التعامل مع هذه المخاوف الطبيعية تكون فعالة في معالجتها ، كما هو الحال مع الخوف المرضي . ومن الواضح أن الخوف إذا أصبح متكرراً وشديداً ، فإنه لا ينتهي وحده مع مرور الوقت كما هو الحال مع الخوف البسيط . وإذا أدى إلى إحداث مشكلات خطيرة للطفل ، فإن المداخلة العلاجية النفسية ضرورية . هنا يكون التمييز بين الخوف والمخاوف المرضية أمراً ضرورياً ، لأن المخاوف المرضية تتطلب تقنيات علاجية خاصة (وستحدث عن المخاوف المرضية وعلاجها في فصل لاحق) .

### الانسحاب الاجتماعي :

إن تعلم كيفية الاتصال وتكوين العلاقات مع الأقران والراشدين يعتبر من المهمات النمائية الهامة جداً في مرحلة الطفولة . ومع أن هذا المظهر الخاص بالتنشئة الاجتماعية قد يمر بشكل سليم وبدون مشكلات بالنسبة للكثير من الأطفال ، إلا أنه قد يخلق مشكلات كثيرة عند البعض الآخر ، مثل الخجل ، وصعوبة تكوين صداقات ، والانسحاب والعزلة ، وهذه من المشكلات الشائعة نسبياً كما وضحتها (Calfard 1981) ، حين أشار إلى أن ٢٥ من طلاب المدارس العليا والجامعة خجلون في حياتهم . وقد قدم العالم كراوتر Crawter معطيات وحقائق إضافية تشير إلى أن النسبة العالية من أطفال ما قبل المدرسة يوصفون من قبل معلمهم بأنهم خجولين ويتجنبون التواصل مع الآخرين ، ويعانون من صعوبات في التفاعل مع الأقران .

أن يكون الفرد خجولاً أو منطوياً اجتماعياً ليس أمراً شاذاً دائماً ، إلا أن فشل الطفل في التفاعل السهل مع المواقف ربما يثير اهتمام الأهل ، ومن غير الواضح لماذا يكون بعض الأطفال خجولين ومنسحبين ، وآخرون منفتحين واجتماعيين . وقد وضع العلماء عدة عوامل في تفسير ذلك :

١ - هناك دليل على أن العوامل الجينية أو الوراثية تلعب دوراً بدرجة معينة . وقد بين (أيزنك) أن للوراثة دوراً هاماً في سمتي العصابية والانطوائية ، مشيراً إلى أن بعض الأطفال عندهم استعداد وراثي ليكونوا أكثر انطوائية وانسحاباً من غيرهم .

٢ - إن سلوك المنطوي ، يمثل مظاهر سلوكية لصفات المزاج التي شرحناها . فقد تبين أن المزاج الصعب يرتبط بمتغيرات مثل الانسحاب الاجتماعي والقلق ، وبمستوى منخفض من المهارات الاجتماعية .

٣ - ربما يكون ميل بعض الأطفال إلى التفاعل مع الآخرين متأثراً بخبرات سابقة مر بها الطفل ، كشعوره بالقلق ، أو أن يكون موضع سخرية من الآخرين كما حدث في مرات سابقة مما يؤثر في سلوكه اللاحق . فالانسحاب ناتج عن فشل في مهارات التفاعل .

لقد أكد أكثر العلماء على أن تسهيل السلوك التفاعلي عند الأطفال يتم عن طريق خفض القلق والخجل عندهم وتدريبهم على المهارات الاجتماعية المناسبة كما يمكن اتباع طريقة الاقتداء والتفاعل التدريجي خطوة بخطوة مع الأقران والآخرين ثم تعميمها على كل الأفراد . ويلعب الإشراف الإجرائي دوراً هاماً في زيادة التفاعل الاجتماعي عند الأطفال . وبالرغم من أن التعلم عن طريق الاقتداء له دور هام في زيادة التفاعل الاجتماعي عند الأطفال المنسحبين ، إلا أن للتعزيز دوره أيضاً في المحافظة على هذا التفاعل واستمراره ، (كما في طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية التي سنشرحها لاحقاً) .

## الغضب ونوبات الغضب:

كثيراً ما يواجه الأهل أطفالهم وهم يستجيبون لمواقف الفشل والإحباط بإظهار نوبات الغضب. فربما يبكي الطفل أو يصرخ أو يقع على الأرض ، أو يقوم بأشكال متنوعة من السلوك التي تعبر عن عدم الرضا ، وعن غيظه في المواقف. ومع أن الغضب انفعال شائع عند الأطفال الأسوياء فإن من غير المدهش أن يطلب الوالدان مساعدة نفسية في التعامل معهم ومواجهة ذلك حين وقوعه .

بالرغم من أن أسباب نوبات الغضب متنوعة ، إلا أنها غالباً ما تكون مستثارة بمواقف إحباط وفشل ، وتستمر بسبب آثارها. والمثال التالي يوضح ذلك. لتتصور أمماً مع طفلها في السوبر ماركت ، وقد رأى الطفل شيئاً ما ، وطلب من والدته أن تشتريه له ، وقد رفضت الأم ذلك ، مما زاد من إحراج الطفل عليه وطلبه. وبعد محاولات فاشلة لم يُلبَّ طلبه ، وأظهر نوبات الغضب وأوقع نفسه على الأرض. إن سلوك الغضب يعتبر مكروهاً ومرفوضاً بالنسبة للأم. إن ما يزعج الأم ويربكها ليس فقط الصراخ ونوبات الغضب ، ولكن شعورها بأن الآخرين يعتقدون أنها ليست أمماً جيدة وصالحة لأنها لم تستطع ضبط طفلها. ومن الواضح هنا أن الأم تعزز سلوك الغضب عند الطفل مما يزيد من تكراره في مواقف أخرى مشابهة ، من وجهة نظر أخرى ، يجب أن نلاحظ أن الأمر يتطلب من الأم أن تدفع نقوداً أيضاً. ولأن الاستسلام للطفل ورغبته سيوقف الغضب ، فإن سلوك الأم ربما تعزز سلبياً (تم تقويته) لأن سلوك التسليم لرغبة الطفل ، يؤدي إلى توقف الحالة المزعجة (أي سلوك الغضب عند الطفل) ، وهذا ما يخلق احتمالية كبيرة لاستسلام الأم للطفل في المواقف المشابهة في المستقبل. وفوق ذلك فإن الغضب يمكن استثارته أو استدعاؤه في بعض حالات الفشل ، ويمكن المحافظة عليه من خلال آثاره ونتائجه المتعلقة بالمحيط. وبالرغم من وجود عدد قليل من الدراسات حول هذا الموضوع ، باعتباره سلوكاً متعلماً بالتبادل ، يبدو أن سلوك الغضب عند الأطفال الأكبر سناً قد يتعلمون ذلك عن طريق الاقتداء ورؤية الآخرين .

بينت الدراسات أن سلوك الغضب يمكن تفسيره ومعالجته في ضوء مبادئ التعلم ، كما وضع ذلك وليمز (Williams 1959) في اتباع الاتجاه السلوكي في معالجة الغضب عند طفل عمره عشرون شهراً ، كان يظهر دوماً أشكالاً من سلوك الغضب عندما تضعه أمه في سريره وتغادر الغرفة . إن تكرار مثل هذه المشكلة السلوكية ، أدى بالأهل إلى البقاء حوالي ساعتين في غرفته يوماً حتى ينام . واستناداً لهذا الإجراء من قبل الأهل فقد استمر سلوك الطفل وتعزز عن طريق جذب انتباه والديه وبقائهم بجانبه يوماً مما يعتبر معزراً قوياً لاستمرار سلوك الغضب والصراخ . ولمعالجة هذا السلوك تم توجيه الأهل ، بأن يضعوا الطفل في السرير ، وحين يتأكدوا من أنه في وضع طبيعي وعلى ما يرام ، طلب منهم ترك الغرفة وعدم العودة إليها حتى لو صرخ وبكى . وبالرغم من أن الطفل كان يصرخ لمدة تزيد عن ٤٠ دقيقة في المرات الأولى ، إلا أن سلوك الغضب والصراخ قد انخفض خلال عشرة أيام من إجراء التجاهل هذا (وسنشرح هذه الطريقة لاحقاً) .

إن طريقة الإبعاد المؤقت Time-Out قد استعملت كثيراً في علاج نوبات الغضب . كما تستخدم هذه الطريقة في معالجة الكثير من أشكال السلوك الشاذ . والافتراض الذي تستند إليه هذه الطريقة ، هو أن الطفل ينتقل من موقف معزز ، حالما يحدث السلوك ، وقبل أن يتم مكافأته ، وبالتالي فإن المشكلة ستخف (وسنعرض هذه الطريقة في فصل لاحق) .

إن الغضب الذي يظهره الطفل يكون منفراً (ومكروهاً) ، ولكنه لا يشكل تهديداً بالنسبة إلى الآخرين . وفي حالات أخرى يتعرض فيها الطفل للإحباط والفشل ربما يصبح عرضة للسلوك العدواني نحو الآخرين كالضرب ، والدفع ، والخدش بالأظافر ، وأخذ أشياء الآخرين . أو بإظهار أشكال أخرى من السلوك . ويجب على الأهل مواجهة مثل هذا السلوك في وقت أو آخر مما يصبح مصدراً للانفعال والاهتمام .

لقد شدد (Clarizio and McCoy 1983) على أن تعلم كيفية التعامل مع العدوان بطريقة مناسبة هو المظهر الهام في التنشئة الاجتماعية للطفل ، وبيننا أنه

بالرغم من أهمية تعليم الطفل أن لا يكون عدوانياً نحو الغير إلا أن من المهم أن لا تتعامل معه بشكل خشن ومزعج أو لا نكته بالكامل لأن درجة من التنافس والتوكيدية (تأكيد الذات Assertiveness) ضرورية في المجتمع. إن تعلم كيفية التعامل الجيد مع السلوك العدواني مهمة هامة في مرحلة الطفولة. وبالرغم من قلة ظهور مثل هذا السلوك عند الأطفال إلا أنه يظهر عندهم بنسبة معينة. والجدول التالي يبين نسبة ظهور السلوك العدواني عند الذكور والإناث في أعمار متعددة:

الجنس	ستتان	ثلاث سنوات	أربع سنوات	خمس سنوات
ذكور	٥,٢٨	٤,٣٩	٨,٢٦	٧,٢٤
إناث	١,٩	٦,٢٧	٦,١٢	٠,١١

وهكذا يظهر أن السلوك العدواني أكثر حدوثاً عند الأطفال في الثانية والثالثة ، ومن المنطقي أن نسأل لماذا يتصرف الأطفال هكذا «بعدوانية»؟ فما الذي يدفع الطفل لإيذاء الغير ، أو لإساءة الغير لفظياً أو خدش الآخر؟ لقد وضعت العديد من النظريات التي تفسر ذلك. ومن أشهر هذه النظريات اعتمدت على بحوث باندورا وسوف ننظر باختصار لبعض هذه التغيرات.

تعتبر نظرية التحليل النفسي أن العدوان نتيجة لدوافع غريزية. في حين أن دولارد وميللر السلوكيان يعتبران السلوك العدواني نتيجة للإحباط وال فشل. بينما يرى باندورا (صاحب نظرية التعلم الاجتماعي) أن العدوان سلوك يتم تعلمه عن طريق الملاحظة والاقتران ، ويتم استمراره بالتعزيز. إن الكثير من الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع تدعم وجهة نظر التعلم الاجتماعي هذه والتي تشدد على تشكل السلوك بالملاحظة ، والتي تعتبر ذات أهمية كبير وفي تشكيل السلوك العدواني عند الأطفال. ومن النتائج المثيرة للاهتمام ، تلك البحوث التجريبية ، التي افترضت أن المشاهدة المستمرة لبرامج العنف والعدوان في التلفزيون ذات دور هام في إحداث السلوك العدواني عند الأطفال. وهناك دراسات عديدة تدعم نظرية دولارد وميللر أيضاً باعتبارها

العدوان ناتجاً عن حالة من الإحباط . وكما لاحظ باندورا عام ١٩٧٣ أيضاً حين قال «إن الإحباط والغضب وإثارتهما يعتبران من العوامل المسهلة التي تحدث العدوان ، ولكنها ليست ضرورية». وهناك بحوث قليلة متاحة تدعم وجهة النظر الدينامية في تفسيره .

إن الدراسات المتعلقة بتعديل السلوك العدواني وعلاجه ، تزودنا ببعض الخطوط العريضة والهامة جداً في هذا السياق . فقد تبين مثلاً ، أن من الممكن خفض أشكال السلوك العدواني عن طريق عرض أشخاص غير عدوانيين يكونون بمثابة قدوة Models أمام الطفل يمكنه أن يقتدي بهم وبتسلوكهم أو عرض أشخاص آخرين يسلكون عدوانياً وهم يعاقبون على ذلك (Bandura) . وفي بعض الحالات فإن مجرد تجاهل Ignoring السلوك العدواني ، وعدم تعزيره بالانتباه إليه ، كافٍ لخفضه . وقد تبين للعلمين براون وألوت أن من الممكن خفض العدوان اللفظي والجسمي في مدرسة للرعاية الخاصة ، عن طريق عدم الانتباه لهذا السلوك إطلاقاً ، في حين يتم تعزيز السلوك التعاوني ومكافأته .

### العناد وعدم الطاعة :

كثيراً ما يشكو الوالدان من أن أطفالهم لا يطيعون ، وأنهم لا يقومون بما يطلبون منهم فعله (مثل تنظيف غرفهم ، أو ترتيب أشياءهم) أو أنهم لا يتوقفون عن القيام بأشياء يطلب منهم أهلهم الامتناع عنها (إيذاء إخوتهم الصغار مثلاً) . إنهم لا ينصاعون للقواعد التي يضعها لهم آباؤهم (مثل وضع أقدامهم على الصوفاء مع أن والدهم طلب منهم سابقاً عدم فعل ذلك) .

مثل هذه المشكلات المتعلقة بالطاعة والانصياع كثيراً ما تتواجد عند الأطفال الذين يحاولون لمركز العلاج النفسي والرعاية النفسية . في الواقع هناك العديد من الدراسات التي أجريت على هؤلاء الأطفال في العيادات تبين وجود مثل هذه المشكلات بكثرة عندهم (McMahon 1981, Forehand) . إن سلوك عدم الطاعة أو العناد يتواجد كثيراً عند مثل هؤلاء الأطفال ، وأحياناً جنباً إلى جنب مع السلوك العدواني وأشكال السلوك اللااجتماعي الأخرى (كما

سنرى لاحقاً). غالباً ما يتواجد هذا السلوك (العناد) عند الأطفال خارج نطاق العيادة ، في حياتهم اليومية ، ويعتبر من المظاهر الهامة التي تبدو عند الأطفال في نهاية الطفولة وبداية المراهقة كدليل على الاستقلال ، مثل هذا يعتبر مظهراً نمائياً سوياً في ارتقاء الطفل وتكوين شخصيته. إن عدم الطاعة أو العناد من المشكلات الشائعة عند الأطفال الأسوياء كما بين Crowther الذي حصل على اختبارات تقديرات الأهل عن ذلك عند ٧٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين سنتين وحتى ٧ سنوات. والجدول التالي يوضح مدى انتشار هذا السلوك عند الذكور والإناث في ٤ مستويات:

الجنس	سن الثانية	سن الثالثة	سن الرابعة	سن الخامسة
ذكور	٢,٥٧%	٥,٤١%	٢,٢٦%	٣,١٧%
إناث	٦,٥٤%	٩,٣١%	١,١٧%	٧,١٤%

وهكذا يظهر أن النسبة العالية من الأطفال ذوي الأعمار (الثانية والثالثة) يظهرون درجات متوسطة وعالية من العناد وعدم الطاعة ، مع أن هذا السلوك يميل إلى الانحدار مع التقدم في السن. وبالرغم من أن العوامل التي تعمل في تشكيل هذا السلوك لم تتضح بعد ، إلا أن هناك عدة عوامل ومتغيرات ، على الأقل تسهم في ذلك ، وهي بمثابة سوابق Antecedents أو العوامل السابقة للعناد ، ولواقعه Consequences أي الآثار الناتجة عنه. ومن العوامل السابقة: الطريقة التي يستجيب فيها الطفل للطاعة ، ومن الآثار اللاحقة ما يحدث «أو ما لا يحدث» للطفل بعد أن يكون قد انصاع وأطاع والديه.

إن الدراسات التي بحثت العلاقة ونوع مطالب الآباء والمستويات الدنيا من الطاعة والانصياع ، كدراسة (Forehand and McMahan 1981) بينت أن هناك خمسة أشكال من الأوامر أو نوع الهيمنة ، هي التي تقود إلى طاعة وانصياع فقيرين هي:

أوامر التقييد والتكبير Chain Commands ، والأوامر الغامضة أو المبهمة Vague Commands ، وأوامر الطلب والسؤال Question

Commands ، وأوامر «دع» Let's ، وأوامر متبوعة بشرح للأسباب والمبادئ.

مقابل هذه الأوامر غير الفعالة والتي تؤدي للعناد ، هناك أوامر فعالة لها تأثيرها في السلوك بحيث لا تحدث العناد ، وهي :

الأوامر التي تكون خاصة محددة ومباشرة ، والأوامر التي تعرض لمرة واحدة في وقت معين ، والأوامر التي تتبع بفترة انتظار لخمسة ثوان أو أكثر.

إضافة إلى العلاقة بين الأمر المقدم للطفل والطاعة ، فإن معدل الطاعة يرتبط بعدد المطالب والأسئلة الموجهة للطفل فكلما كانت المطالب والأوامر كثيرة قلت درجة الطاعة وزادت بالتالي نسبة العناد والتحدي (Forehand and McMahan 1981). مثل هذه النتائج تفترض أن الوالدين سيسلكون بصورة جيدة لتجنب الأوامر الغامضة وغير المميزة إلى تلك التي تتميز بالوضوح.

يرتبط العناد أيضاً بالنتائج والآثار التي تتبع الفشل في الانصياع وتلبية الأوامر. فالعناد وعدم الطاعة يتزايد ويستمر في حدوثه نتيجة للتعزيزات التي يتلقاها من المحيط. مثل هذه التعزيزات تأخذ أشكالاً متنوعة. مثلاً انتباه الأهل للطفل عند عدم طاعته واستجابته لأوامرهم يمثل تعزيزاً لسلوكه العناد هذا مما يعمل على زيادته لاحقاً.

إن علاج حالات العناد يجب أن يأخذ بالاعتبار سوابق السلوك ولواحقه وذلك لبلوغ النتائج الفعالة في المعالجة. ومن طرق العلاج الضرورية مبادئ التعلم الاجتماعي واستعمال الأوامر المناسبة ، والتعزيز الاجتماعي ، والإبعاد المؤقت وكذلك التدريب على الضبط الذاتي. وبالرغم من عدم وجود دراسات تبين مدى فعالية هذه الأساليب في التعامل مع مستوى العناد عند الأطفال الأسوياء ، إلا أنها هامة وفعالة في حالات الأطفال الذين تكون عندهم هذه المشكلات مبالغاً فيها ومضخمة. إن المظاهر الرئيسة والهامة في مثل هذا البرنامج أو الأساليب العلاجية هي (التشديد على اتباع الأوامر المناسبة ، وكذلك على تعزيز الطاعة والاستجابة للأوامر حين حدوثها).

## مص الإصبع :

وهذه من المشكلات السلوكية الشائعة عند الأطفال . لقد وجد (Brazelton) أن ٩٠٪ من عينة من أطفال في مرحلة الطفولة الأولى والمتوسطة الأسوياء يعانون هذه المشكلة . وبالرغم من أن مص الإصبع يبدأ عادة قبل سن الثانية إلا أنه يستمر خلال مرحلة ما قبل المدرسة . وفي الواقع أن الدراسة المبكرة التي أجراها لابوس ومونك (Lapouse and Monk 1964) . بينت أن ١٠٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة يظهرون هذا السلوك ، وأن ٢٪ منهم ينتشر عندهم بكثرة ، وعندما يستمر هذا السلوك حتى هذه السن المتقدمة ، فإنه يمثل مشكلة تثير اهتمام الأهل والمحيطين بالفرد .

إن عدداً قليلاً من علماء النفس العيادي يصفون مص الإصبع باعتباره مشكلة نفسية Psychological Problem . ففي مثل هذه الحالات ينظر إلى هذا السلوك المشكل باعتباره رمزاً ودليلاً لصراعات نفسية عند الفرد وفقاً لنظرية التحليل النفسي . ولكن هناك دلائل قليلة جداً تبين أن الأطفال الذين يمصون أصابعهم يعانون من اضطرابات انفعالية . وباعتبار مص الإصبع مشكلة شائعة في مرحلة المهد ، فإنها تميل للانخفاض والانحدار مع التقدم في السن ، ويبدو أنها غير مرتبطة بوجود مشكلات نفسية أخرى . من جهة أخرى يبدو أن سلوك مص الإصبع ذو فائدة قليلة جداً ، باستثناء استدعائه للأوامر غير المرغوبة من الآخرين في حالة الأطفال الأكبر سناً . ومع أن هذه النظرة قد تكون صحيحة في الكثير من الحالات ، إلا أنها مصدر هام وذو دلالة لمشكلات وصعوبات متعددة وخاصة في الفكين . إن هذه المشكلة تزيد في سن الخامسة من العمر وتتطلب علاجاً طبيياً ومختصين في الفكين . وفوق ذلك فإن الأطفال الصغار الذين هم دون الخامسة من العمر ، لا تمثل عندهم مشكلة خطيرة .

لقد لاحظ دافيدسون أن هناك العديد من الأساليب الأسرية التي يستخدمها الأهل في معالجة هذه المشكلة ، ومن أكثر هذه الأساليب شيوعاً : وضع مادة ذات طعم منفرد أو مكره على الإصبع . وقد استخدم الأسلوب الإجرائي من قبل

العالم بير Bear الذي بين أن مص الإصبع يمكن خفضه عند أولاد الخامسة من العمر عن طريق السماح للطفل بمشاهدة رسوم تمهيدية وكاريكاتورية مبدئياً ، ثم ، وفي مرحلة تالية يكون عرضها مرهوناً بإيقاف مص الأصابع . وهناك طريقة أخرى مشابهة (ولكنها أضافت استعمال التعزيز عند عدم مص الإصبع) قد استخدمت بنجاح من قبل علماء النفس Clows and Hollins and King (1982) . . كما بين هؤلاء العلماء أن إيقاف مص الأصابع عند ولد عمره عشر سنوات تنجح باستعمال طريقة مراقبة الذات Monitoring التي تتطلب من الطفل أن يحدد ويقرر حدوث هذا السلوك عنده ودرجته أيضاً ، وهذا ما يسمى تحليل السلوك .

### الكوابيس والأحلام المزعجة :

المشكلة الأخيرة التي سنبحثها ، هي الكوابيس الليلية . وهي أيضاً من المشكلات الشائعة عند الأطفال الأسوياء . وقد تبين أن ٢٨٪ من الأطفال الأسوياء الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة ، يعانون من هذه المشكلة بدرجات متفاوتة ، وهي أكثر انتشاراً في الأعمار من ٣ حتى ٦ سنوات ، ولكنها تتناقص مع التقدم في العمر أيضاً . كما أنها موجودة بين الذكور والإناث بدرجة واحدة تقريباً .

تحدث الكوابيس خلال مرحلة حركات العين السريعة (Rapid Eye Movement REM) من النوم حيث تحدث الأحلام . وقد يستيقظ الطفل وهو يصرخ نتيجة للحلم المزعج الذي يخبره . وغالباً ما يتضمن هذا النوع من الحلم هجوماً ، ورؤية حبيب يتعرض لأذى ، أو خطر وتهديد شديد (Hartman 1980) وعندما يستيقظ الطفل فإنه يستعيد توازنه وتمييز المحيطين حوله ، كما أنه قادر على تقديم عرض واضح للحلم . وبالرغم من أن الأهل يريدون من الطفل البقاء في الفراش لبرهة أو الذهاب إليهم ، إلا أن هذه المخاوف يتم تخفيفها عن طريق طمأنة الأهل .

إن الكوابيس الأكثر انتشاراً يمكن تمييزها عن حالات الرعب الليلية والمؤذية القليلة الشيوع . فمع هذه الأخيرة ، كثيراً ما يظهر سوء التوجه

المكاني ، والإيقاف المفاجيء في الفراش ، والتحرك في الغرفة ، كما أن الطفل يفتح عينيه كما لو كان يحدق في شيء ما ، ويبدو عليه اضطراب في تعبيرات الوجه والتنفس ، وصعوبة الشهيق وغيرها من أعراض التوتر. وقد يحاول الطفل جاهداً الخروج من المأزق بفحص الغرفة أو أن هناك شيئاً ما يتبعه ، فقد يطلب من الأهل المساعدة ، وقد لا يعلمهم بذلك. وفي حالات أخرى ربما يقول الطفل أشياء غير متجانسة ولا مترابطة. . . وقد تستمر هذه الأحداث من ١٥ حتى ٢٠ دقيقة، يتبعها نوم هادىء وعدم تذكر كامل لمحتوياتها. إن الرعب الليلي يكثر في مرحلة الطفولة الأولى ويقل عند البلوغ. ويختلف الرعب الليلي عن الكوابيس من حيث إنه يحدث في أوقات مختلفة من الليل ، وعادة ما يحدث في الساعتين الأوليتين من النوم (وليس في مرحلة حركات العين السريعة كما في الكوابيس) ، كما أن الطفل قد لا يستيقظ خلال أو بعد هذا الحدث المزعج.

إن أسباب الكوابيس غير معروفة تماماً ، ولكن الضغوط النفسية والإثارة الزائدة عوامل قد افترضها عدد من العلماء. كما افترض أنها أكثر حدوثاً عند الأطفال الحساسين بدرجة مفرطة ، وعند الذين تجرح مشاعرهم لأبسط الأسباب. أما النظريات التحليلية النفسية فتعتبرها نتيجة للقلق المرتبط بالنزعات المكبوتة والتي تظهر أثناء النوم بعد فشل وسائل دفاع الأنا في مواجهتها. وبالرغم من الدور الذي تلعبه الضغوط النفسية فيها ، فقد افترض بعض العلماء أنها نتيجة لعدم نضج الجهاز العصبي. إن الكوابيس التي تحدث أحياناً لا تعتبر مرضية في طبيعتها. وكما لاحظنا سابقاً ، فإنها تحدث عند الأطفال الأسوياء. ويمكن مساعدة الأطفال عن طريق طمأننتهم عند حدوثها. عموماً نقول: إن الكوابيس والرعب الليلي لا يحتاج للعلاج ، خاصة وأنها في العادة لا تسبب مشكلات خطيرة. ولكن عندما تصبح هذه المشكلة حادة وشديدة Severe أو مزمنة: Chronic في طبيعتها ، فإن علاجها يكون ضرورياً.

\* \* \*