

آفاق جديدة للبحث في
الإضطرابات السلوكية



آفاق جديدة للبحث فى الإضطرابات السلوكية

شهدت دراسة الإضطرابات السلوكية قدراً كبيراً من التطور فى الآونة الأخيرة. وقد أضاف التطور والتحسّن الذى طرأ على أساليب قياس الأداء الوظيفى للأطفال والمراهقين، وأساليب كشف وتحليل العلاقات بين العوامل المؤثرة على تلك الإضطرابات الكثير إلى مثل هذه التطورات. ومن المحتمل أن تؤدى الدراسات والبحوث التى يتم إجراؤها بالطريقة المعتادة بما لا يدع مجالاً للشك إلى المزيد من التطور. وفى الوقت ذاته فسوف يتم سبر غور مجالات أو جوانب إضافية عن طريق إجراء مزيد من الدراسات فى تلك الجوانب وذلك بغرض توسيع مجال وتركيز البحث، وحتى يتم أيضاً التغلب على أوجه النقص فى الدراسات البرامجية الراهنة كى تتمكن من فهم المشكلات السلوكية بشكل جيد، وحتى تتمكن أيضاً من تحديد الاتجاهات والأساليب المختلفة التى يمكن بمقتضاها التأثير على جوانب المشكلة ومعالجتها. وسوف نعرض خلال الفصل الحالى للإتجاهات الحديثة التى تنبثق من تلك التطورات التى يشهدها هذا المجال فى الوقت الراهن.

تشخيص وتقييم الإضطرابات السلوكية

شهد مجال تشخيص وتقييم الإضطرابات السلوكية العديد من التطورات التى تستحق أن نركز عليها الاهتمام وأن نحاول الاستفادة منها بقدر الإمكان فى دراستنا المقبلة وفى تصميم العديد من البرامج التى يمكن أن تثمر كثيراً فى هذا الإطار. ويمكن تناول ذلك على النحو الذى نعرض له فى النقاط التالية:

١ - تزايد الخصوصية فى دراسة المشكلات السلوكية

يشير الإضطراب السلوكى حسب ما هو وارد فى أى دليل تشخيصى كالدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات والأمراض النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى APA فى طبعته الرابعة ١٩٩٤ والمعروف إختصاراً DSM - IV إلى فئة متغايرة الخواص أو العناصر أو غير متجانسة من السلوكيات المضادة للمجتمع . وهناك بعض التساؤلات التى يمكن أن تثار فيما يتعلق بالتشخيص والتى تستخدم على المستوى العام لكل من :

أ - البحوث والدراسات: ويدور التساؤل فيها حول تحديد العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية .

ب - السياسات المتبعة فى هذا الصدد: ويدور التساؤل فيها حول التعامل مع الأطفال وإدارتهم فى إطار المواقف المدرسية .

ومع ذلك يمكن أن يثار عدد من التساؤلات حتى نصل إلى درجة أكبر من الخصوصية يمكننا بمقتضاها فهم الإضطرابات السلوكية . ويمكن أن نورد ذلك على النحو التالى:

أولاً: يؤدى فحص الفئات العامة غير المتجانسة من الأطفال والمراهقين إلى حدوث نوع من الخلط وعدم الدقة فى تعيين أو تحديد الأنماط الفرعية التى ينتمون إليها، ومن ثم فى تحديد الإستراتيجيات الفعالة لإدارتهم وعلاجهم . فقد نجد على سبيل المثال أن الأطفال قد يختلفون بشكل كبير فى مدى إزمان المشكلة (وهو ما يجيب عن تساؤل هام مؤداه هل يعد هذا الإختلال مزمنًا أم لا، ومنذ متى بدأ، وكيف؟)، والعمر الزمنى، وأنماط إختلال الأداء الوظيفى . ومن ثم فإن التدخلات البرامجية المناسبة لعينات فرعية منتقاة قد لا يكون لها آثار عامة عندما يتم تطبيقها على فئة غير متجانسة كأولئك الذين يبدون الإضطرابات السلوكية .

ثانيًا: يكشف فحص العينات أو المجموعات الفرعية من الأطفال الذين تصدر

عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع عن مشكلات إصطلاحية أساسية فى تحديد الحالات التى تعاني من إختلال الأداء الوظيفى وتقييمها. فعلى سبيل المثال نجد أن الهروب من المدرسة والغياب المتواصل أو المستمر عن المدرسة يعتبر أحد أعراض الإضطراب السلوكى. ويعد تحديد حالات الهروب من المدرسة دقيقاً لأنه يمكن إختيار الأطفال الممثلين لهذه الحالات باللجوء إلى سجلات المدرسة، كما يمكن سؤال الوالدين عن تلك الأسباب التى أدت إلى غياب الطفل عن المدرسة. وعلاوة على ذلك فنظراً لأن الحضور إلى المدرسة يعد أمراً إجبارياً فسوف يكون من السهل إكتشاف مثل هذه الحالات. ومع ذلك فإنه عند تحديد الأطفال فى مثل هذه الحالة فسوف تقابلنا عدة مشكلات أخرى تتمثل فى التمييز بين حالات الغياب عن المدرسة سواء كان ذلك غياباً بعذر أو بدون عذر، إضافة إلى تلك المشكلات التى تتعلق بالتمييز بين حالات الغياب بدون عذر والتى يجهلها الوالدان وحالات الغياب بسبب فوبيا المدرسة أو رفض المدرسة، إلى جانب المشكلات التى تتعلق بالتغلب على تحيز الأخصائيين فى استخدام مصطلح «هارب من المدرسة» مع هؤلاء الأطفال بسبب ما يترتب على ذلك قانوناً للوالدين كفرض الغرامات أو فقد الوصاية على سبيل المثال (Galloway, 1985). ومع أن القضايا الخاصة بمثل هذه التعريفات definitional issues ليست أكاديمية، إلا أنها مع ذلك تمثل محور فهمنا للمشكلة الإكلينيكية، ومدى إنتشارها، والخصائص المميزة لها، والأمور المحتملة التى تتعلق بالوقاية الفعالة. هذا وقد نتجت مشكلات تحديد الهروب من المدرسة وغيرها من الحالات المرتبطة والإجرامية من الدراسة المتعمقة للمشكلة وليس من خلال تقسيم الأفراد إلى مجموعات فى فئة غير متجانسة من الإضطراب السلوكى.

وبعد إشعال الحرائق مثلاً آخر يمثل أحد أعراض الإضطراب السلوكى، ويعتبر فى الوقت ذاته من الأعراض سهلة التحديد وذلك بسبب الطبيعة المتميزة لمثل هذا السلوك. ومع ذلك فإن المشكلات الأساسية التى تتعلق به

تظهر على المستوى الإصطلاحي (التعريفى) أيضاً والذي يترتب عليه أمور حاسمة تتعلق بفهم المشكلة. ولكن ما الذى يحدد الشخص الذى يقوم بإشعال الحرائق؟ هناك العديد من البدائل التى تميز مثل هذا الشخص تتضمن اللعب بالكبريت، وإشعال الحرائق البسيطة التى لا يترتب عليها أى عواقب، وإحراق المبانى أو الممتلكات عمداً arson والتى تتضمن كمّاً كبيراً من التلف والخسارة. ويعتمد تقييم إشعال الحرائق على تقارير الطفل أو الوالدين. ويرى كولكو وكازدين (1992) Kolko & kazdin أن معدل إتفاق كل من الوالدين والطفل على حدوث إشعال الحرائق يعد محدوداً ولا يزيد عن المتوسط فقط. وربما يكون من الممكن بالنسبة لنا أن نتوقع حدوث معدل محدود من الإتفاق بين تقارير الوالدين والطفل فيما يتعلق بالحرائق التى يتم إشعالها من جانب الطفل خارج المنزل. وفى مثل هذه الحالات قد يكون الطفل هو الشخص الوحيد فى الأسرة الذى يعلم بذلك الحريق، وقد يختار ألا يخبر أحداً عنه أو يضمه فى تقريره.

ويقل مثل هذا الغموض الذى يحيط بتعريف وتحديد الأعراض التى تشكل الإضطراب السلوكى كالهروب من المدرسة وإشعال الحرائق على سبيل المثال من أهمية التركيز على مجال مشكل معين. وقد يرجع السبب فى ذلك إلى أن تحديد الإضطراب السلوكى على أنه يتضمن العديد من المجالات المشكلة كالهروب من المدرسة، وإشعال الحرائق، وغير ذلك من الجوانب الأخرى يزيد أو يضاعف من ذلك الغموض الذى يتسم به ذلك الشخص الذى نقوم بدراسته، والسمات التى تسمح له بأن يكون من أعضاء العينة التى نقوم بدراستها، وما إلى ذلك. ولهذا فإن الفئة العريضة للأطفال المضطربين سلوكياً تتضمن كمّاً كبيراً من الخطأ أو تحدث كمّاً كبيراً من الجدل حولها.

وقد أوضحت البحوث والدراسات التى أجريت فى هذا المجال أنه حتى مع وجود مثل هذا الكم من عدم الدقة فإنه يمكن تعيين الفروق المنتظمة بين الأطفال المضطربين سلوكياً وبين غيرهم من الأطفال ذوى التشخيصات الإكلينيكية الأخرى على سبيل المثال. ومع هذا ستظل العديد من السمات الثابتة

المميزة لعينات فرعية مختلفة من الأطفال المضطربين سلوكياً غامضة وغير واضحة المعالم. أما عندما يتم تعيين تلك العينات الفرعية بدقة فإننا سنجد عند هذه النقطة فقط أن العوامل المؤدية إلى ذلك قد تتكشف بجلاء.

وبوجه عام فإن الأمر يحتاج إلى مزيد من الاهتمام بإجراء تحليلات أكثر دقة لجوانب المشكلة، وسوف تؤدي مثل هذه التحليلات إلى توفير عدد ضخم من الأفراد يفوق ما تتناوله الدراسات الراهنة. وسوف نجد أيضاً على سبيل المثال أن دراسة كل الأطفال الذين يهربون من المدرسة، أو الذين يقومون بإشعال الحرائق ولكن لا تنطبق عليهم في الوقت ذاته محكات الإضطراب السلوكي سيؤدي حتماً إلى فحص طبيعة المشكلة بأسلوب مختلف.

وبالنسبة للباحثين الذين يعملون في هذا المجال فإن دراسة الأنماط الفرعية للإضطرابات السلوكية قد تنطرق إلى التوصيات إذ نجد على سبيل المثال أن الجهود الراهنة في دراسة الإضطراب السلوكي والتي تهدف إلى تعيين الأنماط الفرعية للإضطراب تمثل نقلة باتجاه تحقيق قدر أكبر من الخصوصية، وهو ما يمثل خطأ أو إطاراً للعمل يرى أن الإضطراب السلوكي قد يبدأ في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة، وأن المراهقين يختلفون فيما بينهم بدرجة كبيرة اعتماداً على هذا النمط للبداية. ولا تعمل التوصيات الحالية على تغيير مثل هذا الخطأ أو الإطار ولكنها تعمل على تدعيمه بأطر أخرى للبحث أكثر خصوصية، إذ تمثل بداية حدوث الإضطراب سواء كانت في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة استمراراً لذلك التصنيف إلى مجموعات الذي يستخدم على نطاق واسع وعالمي. كما أن التحليلات الدقيقة يجب أن تعمل على تدعيم تلك الإهتمامات الكبيرة في دراسة المشكلات السلوكية.

ومن المزايا الأخرى للبحث عن الخصوصية المتزايدة في التركيز على المشكلات السلوكية ما يتمثل في إتاحة الفرصة لظهور نظريات مصغرة mini - theories حول جانب ما مشكل من السلوك. وتعمل النظرية المصغرة على تفسير مظاهر أو أوجه معينة للإضطراب السلوكي بدلاً من محاولة تقديم تفسير شامل عن كيفية ظهور

مدى كبير من إختلال الأداء الوظيفى. فعلى سبيل المثال قام باترسون (١٩٨٢) Patterson بتطوير نظرية عن القسر أو الإجبار Coercion theory يفسر من خلالها تطور السلوك العدوانى فى منازل المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع. والنظرية فى حد ذاتها لا تفسر سلوك السرقة، أو إشعال الحرائق، أو الهروب من المدرسة، أو غير ذلك من جوانب الإضطراب السلوكى. ومع ذلك فإن العمليات التى تؤدى إلى العدوان قد تمت دراستها إمبيريقياً بأساليب أكثر تطوراً. وحتى فى سياق السلوك العدوانى فإنه قد يتم توجيه بعض النقد إلى تلك النظرية لأنها:

- أ - قد تركت هناك بعض التساؤلات دون إجابة، مثل لماذا يصبح طفل معين عدوانياً بدلاً من أن يصبح أحياناً لغيره ويتصرف من هذا المنطلق.
- ب - قد تجاهلت أن تقوم بتجسيد مؤثرات هامة على السلوك العدوانى كالمؤثرات الوراثية، والعنف الذى يعرضه التلفيزيون.

ومع ذلك يرى باترسون وآخرون (١٩٩٢) Patterson et. al أن مثل هذا النقد يفشل فى التسليم بصحة تلك البحوث المميزة التى يتم إجراؤها وتطبيقها فى إطار هذا النموذج.

ومن ناحية أخرى يساهم هذا التركيز المحدود للنظرية فى تصور المدى الكلى للسلوكيات المضادة للمجتمع عن طريق كشف النقاب عن المجموعات الفرعية كالعدوانيين والسارقين مثلاً التى تعد العوامل الخاصة أقل إنطباقاً عليها. وعلى الرغم من أن النظريات المصغرة لم يتم تطويرها أو إختبار مدى صدقها فإنها قد ظهرت فى البداية كما يرى جالواى (١٩٨٥) Galloway لتفسير الهروب من المدرسة، ويضيف كولكو وكازدين (١٩٨٦) Kolko & Kazdin إلى ذلك تفسير إشعال الحرائق. وتبعث مثل هذه الجهود الأمل فى التوصل إلى تحليلات أكثر دقة لمثل هذه المجموعات الفرعية من الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع.

وعلى الرغم من إستمرار حدوث التقدم فى التشخيص بغرض فهم الإضطراب السلوكى والسلوك المضاد للمجتمع على مستوى أكثر عمومية فإن البحث الذى يركز بدرجة أكبر على الجوانب المشكلة يعد ضرورياً هو الآخر. كما أننا نلاحظ فى هذا الإطار أن الحاجة المتزايدة إلى الخصوصية فى دراسة السلوك المضاد للمجتمع لا تتعارض مع أهداف التشخيص، وأن التركيز على عينات ذات أنماط معينة من المشكلات لا يعنى إنكاراً لتلك النتائج التى تم التوصل إليها من قبل والتى تؤكد على أن أعراض المشكلة السلوكية تميل إلى أن تحدث معاً، وأن دراسة الأنماط الأكثر خصوصية أو الأعراض الأساسية للمشكلة قد تسمح باستخدام أساليب أفضل بغرض تصنيف الأطفال وتعزيز تلك البحوث القائمة التى تعتمد على الأدلة التشخيصية الأوسع إنتشاراً.

٢ - إنتساع نطاق التشخيص

يشير التشخيص إلى تعيين أو تحديد المشكلات أو الأعراض لدى الطفل. وقد إشتقت فكرة التشخيص واستخدامه من دراسة المرض طبيياً وذلك من خلال تعيين أو تحديد ذلك المرض والذى يستند فى الأساس على التعرف على الأعراض وتحديدھا. وفيما يتعلق بالإضطراب السلوكى نلاحظ أنه سوف يكون من المفيد أن ننظر إلى التشخيص من منظور أوسع حيث هناك العديد من المجالات ذات الأهمية فى تعيين وتحديد تلك الأساليب التى تؤدى إلى الإضطراب، والإستجابات المختلفة للعلاج، والمضمار طويل المدى الذى يسلكه الإضطراب فى تطوره. فنجد على سبيل المثال أن السمات المميزة للطفل غير تلك الأعراض التى تبدو عليه بطبيعة الحال كالأداء الوظيفى الاجتماعى ومستوى الذكاء ترتبط بالمضمار الإكلينيكى للإضطراب، والتوافق على المدى الطويل، وهو ما تعرضنا له من قبل فى هذا الكتاب. وإضافة إلى ذلك هناك مجالات أخرى وثيقة الصلة ترتبط بتلك السياقات التى يسلكھا الإضطراب السلوكى.

ولتوضيح هذه النقطة نسوق مثالا لطفلين يتشابهان فى مجموعة من الأعراض

التي تبدو عليهما، وفي مستويات الحدة التي تميز أعراض الإضطراب السلوكي لديهما. ومع ذلك فإن أحدهما ينحدر من أسرة لها تاريخ في الإضطراب السلوكي ويعيش مع أحد والديه فقط الذي يسيئ استخدام العقاقير، ويشترك في شبكة من الأقران الجانحين. في حين نجد أن الطفل الثاني ينحدر من أسرة ليس لها تاريخ في الأمراض والإضطرابات النفسية أو السلوك الإجرامى، ويتسم أدائه في المدرسة بأنه جيد. وإذا ما قررنا أن كلا الطفلين تنطبق عليهما محكات الإضطراب، فإننا نجد أنهما يختلفان بشكل كبير في الظروف المحيطة والسمات المرتبطة بالإضطراب. ومع ذلك فإن لهذا الوضع دوراً ضئيلاً في فهم الفروق المتسقة والمنظمة في مجالات مثل الأسرة سواء بالنسبة للبحث أو بالنسبة للعمل الإكلينيكي مع تلك الحالات. أما ما نحتاجه فهو تطوير أساليب للقياس وتصنيف للسياقات حتى يمكن دراستها بشكل أكثر إتساقاً وانتظاماً.

ويمكن لأى جدول تشخيصى موسع أى يقدم تقييماً للمراهقين فى العديد من المجالات أن يعطى تقييماً للأفراد فى مجموعة من المجالات كالأداء الوظيفى الأسرى والوالدى، والعلاقات مع الأقران، والعلاقات مع الجيران على سبيل المثال. ويمكن أن نقوم من خلال تلك المعلومات التى يتم الحصول عليها بعمل عدة بروفيلات لكل حالة وذلك على إمتداد المجالات المتعددة التى تتضمنها الحياة. وتشير كلمة بروفيل Profile إلى تقييم منظم للعديد من الأبعاد وتنوع درجات الأفراد واختلافها على امتداد تلك الأبعاد. فكل فرد يمكن أن يحصل على درجة فى كل بعد على حدة، ومن ثم يمكن أن تتم بالتالى دراسة أنماط الأوضاع النسبية لتلك الأبعاد المتضمنة.

وتعد فكرة استخدام بروفيل للأداء الوظيفى من الأفكار المألوفة أو الشائعة إذ قد تم تطوير أنماط البروفيلات ودراساتها فى ضوء أساليب تقدير مقننة كما هو الحال فى إختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه (Graham, 1990) MMPI - 2، وفى دراسات الأطفال التى تعتمد على تطوير وتقنين نسخ عديدة من قائمة

السلوك للأطفال CBC (Achenbach, 1991) وهى ما تعطى معلومات عن مجالات مختلفة للأداء الوظيفى للأطفال. ويمكن من خلال مثل هذه البروفيلات فحص أنماط السمات وليس مجرد دراسة الدرجات التى تم الحصول عليها فى سمات معينة. ويسمح أى غط من تلك الأنماط بالتوصل إلى نماذج شخصية إمبريقياً يمكن دراستها بمفردها. كذلك فيمكن لنا أن نستفيد فى البحوث من بروفيل حياة الطفل بأساليب تغطى سمات متعددة للطفل والوالدين والأسرة والسياقات التى يعيش فيها ذلك الطفل. وباستخدام بروفيل أكبر يمكننا أن نبدأ فى وصف مصفوفات العوامل التى ينمو الطفل فى ضوءها. كما يمكننا أن نبدأ فى استخدام مثل هذه المصفوفات كأسلوب لتطوير نماذج المعاملة الوالدية وغيرها من نماذج الاختبارات.

وترتبط الأساليب الحالية المستخدمة فى تقدير الأداء الوظيفى للطفل سواء كانت أدوات تشخيصية، أو الوالد، أو المعلم، أو مقاييس متدرجة Rating scales للأطفال بإتجاه فينومونولوجى وصفى. ويتمثل الهدف من استخدام تلك الأساليب فى وصف نطاق الأداء الوظيفى. ويقع خلف هذا الإتجاه إفتراض بأن إختلال الأداء الوظيفى للطفل يجب أن يمثل بؤرة الإهتمام الأساسية أو الوحيدة للتقييم. ويمكن أن نستفيد فى فهمنا للإضطراب السلوكى من تصور أشمل للمواقف والسياق الذى يتضمن الأداء الوظيفى للطفل. ولكن فى الوقت الراهن لا يمكن أن نقوم بعملية تقدير أو تقييم منظمة لتلك المواقف والسياقات، كما لا يمكننا فحصها بطريقة جيدة. ولكى يتم التشخيص لابد من وجود الأنساق التى تسمح به والقيام بتصنيف للمجالات المختلفة وتقسيمها بحسب الأبعاد المتضمنة فيها مما يسهل من دراستها. ولكى يتم تقييم المجالات الأكثر شمولاً واتساعاً فإننا نحتاج إلى تقديرات منظمة. ومن المعلوم أن أنواع البروفيلات تتضمن أنماطاً للسمات التى تسق معاً فيما يتعلق بالطفل، والوالدين، والأسرة، والسياق الذى يعيش فيه. كما أنها إلى جانب ذلك توفر الفرص لحدوث مستويات جديدة وأفضل من فهم الإضطراب.

تعليق عام

تشير التعليقات السابقة إلى مستويين من التحليل أكثر دقة، يرتبط الأول منهما بدراسة مجالات المشكلة الفردية. ويبدو من المهم فيه أن نستعين ببعض الأسئلة حول الإضطراب السلوكى مثل:

- من هم الذين يعانون من هذا الإضطراب السلوكى؟

- كيف وصلوا إلى هذه الدرجة؟

- ما هى السمات الوالدية والأسرية المختلفة التى ترتبط بذلك؟

ويمكن توجيه نفس هذه الأسئلة إلى عينات محددة بشكل أكثر دقة مثل أولئك الذين يقومون بإشعال الحرائق على سبيل المثال، فنسأل عن الذين يعانون من مثل ذلك الإضطراب (إشعال الحرائق)، وكيف وصلوا إلى مثل هذه الدرجة من الإضطراب. أما العينات التى تتحدد فى ضوء مشكلات أساسية كالشجار، والسرقة، والكذب على سبيل المثال فسوف يكون عندهم بما لا يدع مجالاً للشك أعراض أخرى تختلف عن غيرهم. ومع ذلك فمن المحتمل بالنسبة للمعلومات التى يتم الحصول عليها أن تختلف تماماً عن تلك التى تشتق من مجموعة أخرى تعاني من إضطراب سلوكى آخر.

أما المستوى الثانى فيرتبط بالدراسة المنظمة لمدى كبير من تلك السمات التى يتضمنها الإضطراب السلوكى. وهناك العديد من الأساليب لتصنيف الإضطرابات والأفراد، ولكن لا توجد فى الوقت ذاته أساليب مشابهة لتصنيف السياقات الأسرية، والجيران، ومجموعات الأقران، وما إلى ذلك. وفى هذا الإطار فإننا نحتاج إلى تقدير أو تقييم للطفل على إمتداد هذا المدى من المجالات وذلك بأساليب منظمة كى نتمكن من دراسة العلاقات الأكثر تعقيداً بين مشكلات الطفل وعلاقتها بالمجالات الأخرى.

بعض الأمور والقضايا المرتبطة باختيار العينات

يتخذ إختيار العينة العديد من المعانى، ولكنها غالباً ما تثار فى سياق إختيار

الحالات التى تتضمنها الدراسة . وقد تمت إثارة هذا الموضوع هنا نظراً لأن عينات المراهقين الذين يتم إختيارهم للدراسة ، والعينات الفرعية الأخرى التى يتم تجاهلها ، والعينات المختارة من العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى يمكن أن تحد بدرجة كبيرة من فهمنا للإضطراب السلوكى .

١ - نطاق إختلال الأداء الوظيفى

من الجدير بالذكر أن عينات المراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية التى تتضمنها الدراسة تحتاج فى الغالب إلى أن نتوسع فيها وذلك لأغراض مزدوجة تتمثل فى فهم طبيعة وتطور المشكلات ، إضافة إلى تحديد أسلوب مناسب للتدخل . وهناك أمور عديدة منفصلة تحمل فى طياتها أهمية التوسع فى العينات التى نجرى الدراسة عليها . وتتحدد فى البحوث الراهنة نقطة معينة يعتبر عندها المراهق ممن يعانون من إختلال الأداء الوظيفى إذ تنطبق عليه المحكات الخاصة بالإضطراب السلوكى ، أو يتم تحديده بشكل آخر على أنه جانحاً . ويعد ذلك بطبيعة الحال من القضايا الأساسية التى ترتبط بالتشخيص . وفى هذا الإطار يعرض الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة (١٩٩٤) DSM - IV تشخيصاً لذلك يعتبر فيه أن وجود ثلاثة أعراض على الأقل لمدة لا تقل عن إثنى عشر شهراً يعد أمراً ضرورياً حتى تنطبق محكات الإضطراب على الطفل أو المراهق . وفى الأساس يعتبر من الضرورى تحديد المحكات بهذا الشكل حتى يتم التوصل إلى تشخيص يتسم بالثبات ويمكن الإعتداد به ، وحتى يتمكن الباحثون بالتالى من إجراء دراساتهم على مثل تلك العينات . ومع ذلك فإن المحكات فى حد ذاتها لا يمكن الدفاع عنها بالحجة بشكل جيد ، إذ أن تحديد نقطة فاصلة يتحدد فى ضوءها إختلال الأداء الوظيفى كان تتحدد ثلاثة أعراض فقط وليس أربعة أو ثمانية ، وألا تقل المدة عن إثنى عشر شهراً وليس ثمانية عشر أو أربعة وعشرين شهراً أو أكثر من المحتمل أن يؤدى إلى نتائج متضاربة أو مختلفة فيما يتعلق بالعوامل المساعدة على حدوث الإضطراب أو الوقاية ، والإستجابة للعلاج ، والمآل ، وما إلى ذلك .

ومن ناحية أخرى فإن المحركات التى يتم فى ضوءها تحديد وجود الإضطراب فى مقابل عدم وجوده لا يمكن النظر إليها على أنها تبرير قوى لذلك حيث يتضح أنه من المحتمل بالنسبة للمراقبين الذين تنطبق عليهم مثل هذه المحركات أن يتعطل أو يختل أداؤهم الوظيفى اليومى، وهو ما يعد أمراً على جانب كبير من الأهمية ويجب أن نعلمه جيداً حتى نتمكن من مواجهة الأسباب المختلفة لذلك كتحويل الحالة للعلاج، وتوفير الخدمات المناسبة مثلاً. ومع ذلك فلكى نفهم طبيعة الإضطراب السلوكى بشكل أكثر دقة علينا أن نتوسع بالبحث ليشمل كل نطاق حدة الخلل أو ما يعرف بإختلال الأداء الوظيفى. فعلى سبيل المثال نلاحظ أنه قد تتم دراسة الشجار أو العراك كإختلال فى الأداء الوظيفى بالنسبة لكل المراقبين الذين تتراوح أعمارهم فى مدى عمرى معين وليس فقط على مستوى الحدة والتكرار التى تنطبق عليها المحركات التى يتم فى ضوءها تحديد الإضطراب السلوكى. ومن الملاحظ فى هذا الصدد أن المراقبين الذين تبدو عليهم أعراض الإضطراب السلوكى ولكنهم يعتبرون فى الوقت ذاته عند بداية التشخيص أو الحد الفاصل له، أو أعلى من ذلك أو أقل أى لديهم أقل من ثلاثة أعراض، أو يكون لديهم ما بين ثلاثة إلى أربعة أعراض، أو يكون لديهم أكثر من أربعة أعراض وذلك كأسلوب إجرائى لتعيين بداية التشخيص أو الحد الفاصل له يعدون من الحالات ذات الأهمية التى ينبغى دراستها. وترجع أهمية وميزة دراسة ذلك المدى الكبير لإختلال الأداء الوظيفى إلى أنه يسمح لنا بتقييم العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ بالأداء الوظيفى للمفرد عبر نطاق الحدة والتكرار، بالإضافة إلى تلك العوامل التى يمكن فقط من خلالها التنبؤ بذلك عند نقاط مختلفة أى بين المراقبين فقط الذين يتشاجرون غالباً، أو بين الأقران أو الراشدين.

وهناك أهمية أو ميزة ثانية لدراسة المدى الكامل للأداء الوظيفى وهى ربما تبدو أكثر أهمية فى هذا المجال وتمثل فى تحديد الموضع الذى يجب أن تكون عنده النقطة الفاصلة التى يعتبر عندها المراقبون المضطربون سلوكياً وأقرانهم غير

المضطربين سلوكيًا بمثابة حالات متطرفة. ومن ثم فإن فئة الإضطراب السلوكى لا تزال تعتبر غامضة وغير محددة بوضوح إلى الحد الذى يعتبر عنده بعض الأفراد عند كل طرف أو نهاية، أى إما أن يكونوا مضطربين سلوكيًا بشكل واضح أو غير مضطربين سلوكيًا بشكل واضح. ومع ذلك يرى كازدين وكاجان (١٩٩٤) Kazdin & Kagan أنه لا تزال هناك بعض الفروق الدقيقة فى الوسط.

وتعد دراسة نطاق حدة الإضطراب السلوكى أو حدة نمط مجال مشكل معين ذات أهمية إذ أنها تساعد فى تحديد نقاط فاصلة ذات مغزى. ومن المحتمل والمفترض أن هناك بعض النقاط على المتصل تعمل على تحديد السمات الإكلينيكية مثل السوء النسبى للمآل أو الفشل فى الاستجابة للعلاج. وبذلك يحتاج المدى الكلى للإختلال إلى المزيد من الإنتباه والتركيز حتى يمكننا أن نفهم الموضع الذى يجب أن تتحدد فيه تلك النقاط حتى يمكن الاستفادة منها فى العلاج.

٢ - إختيار العينة من بين الحالات التى تتسم بخصائص معينة

غالبًا ما تنحصر دراسات الإضطراب السلوكى على عينات مختارة وهو الأمر الذى يمكن أن يحدد النتائج التى ينتظر الحصول عليها أى يجعلها محددة، كما أنه يؤثر فيها أيضًا. ومن منظور التصميم البحثى غالبًا ما يلجأ الباحثون إلى عينات متجانسة، ومن ثم لا يختارون أفرادًا مختلفين. ويرجع السبب فى ذلك إلى التقليل من مصادر الخطأ التى يمكن أن تعتم العلاقات التى يتم البحث عنها خلال الدراسة ويجعلها غير واضحة. أما التطبيق العملى العام للبحث أو إجراء الأبحاث عامة فى حد ذاته فلم يكن موضع تساؤل حيث أن العديد من الدراسات التى تناولت الإضطرابات السلوكية قد تضمنت عينات محددة ومحصورة أو مقيدة وذلك بشكل منظم وبأساليب من المحتمل أن تغير ما تم إستخلاصه عن الإضطراب السلوكى، وبداية حدوثه، والسمات المميزة له، والنتائج المترتبة عليه. إلا أن هناك إثنيين من العوامل التى تعد بمثابة قيود تؤثر على تلك

الدراسات وما تكشف عنه من نتائج، ونظراً لأهميتهما فإنهما يحتاجان بوجه خاص إلى أن نوليها مزيداً من الاهتمام، وهما:

أولاً: يوجد هناك تحيز من جانب الباحثين فى دراسة الإضطراب السلوكى يرتبط بالجنس حيث يركز عدد من البرامج البحثية بشكل مكثف وموسع على البنين. وبالطبع هناك أساس منطقى إمبريقي لمثل هذا التركيز يوضح ويكشف عن وجود معدلات من الإضطراب بين البنين أعلى من مثيلاتها لدى البنات. ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه المعدلات المرتفعة تجعل من الأسهل بالنسبة للباحثين أن يقوموا بإجراء الدراسات المختلفة على البنين مما قد ينتج عنه تحسن بعض الحالات، وتحديد سمات أخرى يمكن من خلالها خفض المعدل القاعدى للنتائج التى يمكن أن نحصل عليها. ومع ذلك فإن الميل إلى تجاهل البنات فى تلك الدراسات التى تتناول الإضطرابات السلوكية وعدم الإقدام على دراسة كلا الجنسين يحد بطبيعة الحال من فهمنا للإضطراب السلوكى. ونحن نعرف بطبيعة الحال أن هناك فروقاً هامة بين الجنسين فى هذا الصدد وذلك من خلال تلك الدراسات التى تم فيها تقييم الفروق بين الجنسين. فنجد على سبيل المثال كما يرى كل من ترمبلاى وآخرين (Tremblay et. al ١٩٩٢) وإيرون وآخرين (Eron et. al ١٩٩١) وأولويوس (Olweus ١٩٩١) أن الأولاد والبنات سواء كانوا يمثلون عينات من العاديين أو عينات مرضية فإنهم يختلفون فى المدى الذى نعتبرهم عنده مجرمين أو ضحايا للعدوان، كما أنهم يختلفون أيضاً فى مجموعة العوامل المرتبطة بمراحل النمو المبكرة والتى يمكنها أن تنبأ ببداية حدوث السلوك العدوانى والسلوك المضاد للمجتمع ومضمارهما الذى يتطوران خلاله على المدى الطويل. وإذا ما كانت العوامل التى تؤثر فى بداية ظهور أو حدوث السلوك المضاد للمجتمع تختلف من البنين إلى البنات فإن البرامج الوقائية والعلاجية الفعالة التى يمكن أن تقدم لكليهما قد تختلف هى

الأخرى. ولكننا بطبيعة الحال لا نريد أن نقوم فقط بإجراء الدراسة على البنات بشكل مستمر، ولكننا نريد بدلاً من ذلك أن نتأكد من أن نفس الدراسة تتضمن كلا الجنسين. ويرجع السبب في ذلك إلى التأكد من إجراء الدراسة على المراهقين من الجنسين بنفس الأسلوب والطريقة، ومن استخدام نفس المقاييس والإجراءات، ونفس العوامل المنبئة. كما أن تفسير ما يمكن أن تستفر عنه الدراسة من فروق بين الجنسين في نفس الدراسة يعتبر أفضل من تفسيرها بين الدراسات التي تختلف في إجراءاتها، والمقاييس المستخدمة فيها، وغير ذلك من العوامل التي يمكن أن تلعب دوراً في التقييم.

ثانياً: تعد الفروق العرقية والعنصرية عاملاً آخر له أهميته ويحتاج إلى تقييم فيما يتعلق بمدى علاقته بالاختلال في الأداء الوظيفي إذ من المحتمل أن تختلف الفروق بين المجموعات العرقية بدرجة كبيرة وذلك فيما يتعلق بالعوامل التي تسهم في حدوث الإضطرابات السلوكية، وفي تلك العوامل التي تسهم في الوقاية منها. ومن هذا المنطلق توجد فروق لها مغزاها ودلالاتها بين الأطفال الأمريكيين من ذوى الأصل الأوروبى، وأقرانهم من ذوى الأصل الأفريقى، وأقرانهم من ذوى الأصل اللاتينى على سبيل المثال فى معدل إنتشار الإضطرابات السلوكية بينهم، وعمرهم الزمنى عند بداية حدوث الإضطراب، والمضمار الذى يسلكه ذلك الإضطراب فى تطوره، وفى مجموعة العوامل الخاصة التى ترتبط بحدوث الإختلال فى الأداء الوظيفي. فنجد على سبيل المثال كما يرى كاتالانو وآخرون (١٩٩٣) Catalano et. al وماداهيان وآخرون (١٩٨٨) Maddahian et. al أن متغير العرق أو السلالة بين أولئك الذين يعانون من إساءة استخدام المواد يرتبط بالمادة التى يساء استخدامها، ودرجة الرقابة الأسرية على الأبناء والضبط الأسرى لهم، والعوامل المساعدة، وكم التعرض لذلك الموقف. كذلك فإن البرامج التى يتم تصميمها بغرض الوقاية من الإضطراب السلوكى تختلف فى مدى فاعليتها

كدالة للجماعة العرقية حيث وجد هاوكنز وآخرون (١٩٩١) Hawkinse et. al على سبيل المثال فى برنامج الوقاية الذى تم استخدامه فى دراستهم تلك أن ذلك البرنامج كانت له فاعليته بالنسبة للمراهقين من ذوى الأصل القوقازى، فى حين لم يكن كذلك بالنسبة لأقرانهم من ذوى الأصل الأفريقى. وهذا بطبيعة الحال يجعل أساس تلك الفروق واضحاً بما لا يدع مجالاً للشك.

ومن الجدير بالذكر أن الفروق بين الجنسين والفروق العرقية لا تعد هى المتغيرات الوحيدة التى يجب أن نضعها فى الاعتبار. ومع ذلك فإن لهذين المتغيرين أهميتهما حيث يعملان كأساس لتحديد المشكلة التى نرغب فى تحاشيها. ومن المعروف أن البحوث والدراسات غالباً ما تهتم بتطوير نماذج أو نظريات تتعلق باختلال الأداء الوظيفى ثم تحاول أن تختبر مدى صحتها وذلك باستخدام عينات محددة ومقيدة بدرجة كبيرة. فإن كان النموذج المحدد قد تم تطويره كى يطبق فقط على جنس معين أو سلالة معينة فإن العينة التى سيتم تطبيق ذلك النموذج عليها يجب أن تفى بمتطلبات تحقيق تلك الأهداف التى يسعى البحث إليها. ومع ذلك فإن الباحثين عادة ما يقوموا بمناقشة نماذجهم النظرية بشكل موسع وعلى إلى حد كبير كما لو كانوا يشرحون لنا الإضطراب السلوكى بوجه عام أو يفسرونه فى ضوء هذا النموذج أو ذاك. إلا أن متغيرى الجنس والسلالة يعدان بمثابة نموذجين لتلك المتغيرات التى تتوسط مؤثرات عديدة، ومن ثم فإنهما يتطلبان مزيداً من الإهتمام. ونحن بطبيعة الحال لا نعرف ذلك من خلال تلك الإنعكاسات التى تتعلق بالفروق العرقية والفروق بين الجنسين ولكن من خلال نتائج الأبحاث والدراسات التى كشفت عن أن مثل هذه المتغيرات تؤدى إلى حدوث فروق فى النتائج عندما تتم دراستها.

٣- نطاق العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب

هناك بعض القضايا أو الأمور الأخرى المرتبطة بإختيار العينات والتى تظهر

بطريقة أخرى حيث يهتم الباحثون بدراسة المتغيرات التي تؤثر على الأداء الوظيفي للطفل، وهذا غالباً ما يتم فى البحث السيكولوجى على سبيل المثال بإجراء الدراسات التي يتم فيها إختيار مجموعات الدراسة والمقارنة بينها بناء على تعريضها لموقف ما وخبرتها بذلك الموقف. ومن الأمثلة على ذلك دراسة أساليب المعاملة الوالدية التي تقوم على إساءة استخدام الأطفال والمراهقين والتي غالباً ما تتم دراستها بهذا الأسلوب. وتعمل بعض الدراسات على تحديد الأطفال الذين يتم إساءة إستخدامهم والأطفال الذين لا يتم ذلك بالنسبة لهم، كما يتم أيضاً تحديد السمات الأخرى التي قد يبدونها كالأعراض السيكوباتولوجية على سبيل المثال، والأداء المدرسى، والعلاقة مع الأقران. وهنا نلاحظ وجود العديد من الأمور التي تتعلق بإختيار العينة يأتى فى مقدمتها أهمية إختيارها بشكل منفصل أو من خلال تحديد نقاط متعددة على إمتداد عوامل مساعدة معينة. فتحديد مجموعات متطرفة يعد نقطة إنطلاق جيدة يمكننا أن نبدأ العمل منها فى هذا الإطار. ولكننا فى مثل هذه الحالة يجب أن نفهم ونحدد متصل السمات المميزة لتلك المجموعات. وإذا ما أخذنا أساليب المعاملة الوالدية كمثال لذلك فإنه يهمننا أن نعرف كيف تؤثر تلك الأساليب على الأطفال بشكل عام، والنقطة التي يبدو عندها أن مثل هذه الأساليب تصبح عوامل مساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى. وتعد إساءة استخدام الأطفال مثلاً جيداً فى هذا الإطار، وغالباً ما يختار الباحثون الأطفال الذين يساء استخدامهم من بين أولئك الذين يتم تقديم الخدمات لهم. إلا أن إحدى المشكلات التي تواجههم فى هذا الإطار تتمثل فى أن إساءة استخدام الطفل معرفة ومحددة قانوناً من خلال مثل تلك الخدمات، ومن ثم يتم إختيار الأسر التي ينطبق عليها هذا التعريف القانونى لإساءة استخدام الأطفال والذي يتضمن ضرب الطفل بأداة معينة وإحداث إصابات جسمية به أو إصابات نتيجة لمثل هذا العقاب الجسدى. إلا أن القضية الأساسية هنا تتمثل فى أن إساءة استخدام الطفل لا يجب بالضرورة أن تمثل مشكلة حتى عندما ينطبق عليها هذا التعريف القانونى نظراً لأن اللجوء إلى العقاب البدنى يمكن تحديده

على إمتداد متصلات مختلفة كتكرار وشدة العقاب، والعوامل التى تدفع إلى استخدامه أو اللجوء إليه مثل ما يفعله الطفل حتى يثير أحد أعضاء الأسرة ليقوم بعقابه بدنياً بالشكل الذى يمثل إساءة استخدام. وتتمثل النقطة ذات الأهمية هنا فى أن عواقب ذلك على الطفل من الناحية النمائية والتى تتضمن أن يصبح ذلك عاملاً مساعداً على حدوث العنف أو الإضطراب السلوكى فيما بعد قد تحدث قبل أن يصل كيف العقاب إلى مستوى الشدة التى ينطبق عندها التعريف القانونى عليه.

ومن الجدير بالذكر أن دراسة المستويات المتعددة لعامل مساعد مقترح فى هذا الإطار تعد أمراً مهماً للكشف عن الدلالة أو العلاقة بأسلوب أكثر دقة قياساً بما يتم فى حالة الأسلوب التقليدى فى البحث من مجرد دراسة مجموعتين يتم تقسيمهما بحسب وجود أو عدم وجود سمة معينة. كما أنه من المحتمل بالنسبة للعديد من المؤثرات أن تدل على نتيجة موضع إهتمام، وأن يوضح تقييم المستويات المختلفة للعامل المساعد المرتبط بذلك مثل هذه النتيجة أو تلك. فقد نجد مثلاً أن درجة محاولة الوالدين فرض سيطرتهم على أبنائهم المراهقين ترتبط كما يرى ستايس وآخرون (١٩٩٣) Stice et. al بأعراض مجسدة تنسب إلى عوامل خارجية، إضافة إلى إرتباطها باستخدام العقاقير. ومع ذلك فإن مثل هذه العلاقة ليست خطية. ومن ناحية أخرى يرتبط الضبط الوالدى أو السيطرة الوالدية المتطرفة إرتفاعاً أو إنخفاضاً - وليست السيطرة المعتدلة - باختلال الأداء الوظيفى للمراهق. ويرى ماكجى ونيوكمب (١٩٩٢) McGee & Newcomb ونيوكمب وبنتلر (١٩٨٨) Newcomb & Bentler أن تعاطى الكحوليات من جانب المراهق يرتبط بنفس الطريقة بالاختلال السائد فى الأداء الوظيفى، وينقص فى المتابعة والإنجاز الأكاديمى، وبعدم الإستقرار فى الوظيفة، وبعمليات التفكير غير المنظم أو المختل بعد ذلك بعدة سنوات. ومع هذا فإن العلاقة بين تعاطى الكحوليات وكل من النتائج أو العواقب الراهنة أو التالية ليست خطية. إلا أن الإسراف فى تعاطى الحكوليات ينبئ بالمشكلات اللاحقة، كما أن عدم تعاطى

الكحوليات أو غيرها من المسكرات يرتبط بسمات شخصية وإجتماعية غير مرغوبة أيضاً*، إذ أن هؤلاء الذين استطاعوا أن يحققوا أفضل مستوى من التوافق يتعاطون كميات قليلة من الكحوليات حيث يرتبط ذلك بالعديد من النتائج الإيجابية التي تتضمن نقصاً في معدل الوحدة أو العزلة، وتقليل معدل ما يعرف بتفسخ الذات أو الحط من قدرها وإزدهائها، وتحسن العلاقات مع الأسرة أو الآخرين، وزيادة كم المساندة الإجتماعية** . وتمثل النقطة المهمة في هذه الأمثلة في نقل الحاجة لدراسة مستويات متعددة من العوامل المحتملة أو المعروفة بالفعل إلى زيادة الاهتمام بمخاطر التعرض لإختلال الأداء الوظيفي . وقد يكون هناك نقاط يمكن لعامل معين عندها أن يصبح مؤثراً أو مساعداً على حدوث الإضطراب، كما قد توجد نقطة أخرى لا يصبح له عندها أى تأثير، أو قد يكون هناك مستوى آخر يمكن أن يصبح لمثل هذا العامل عنده أثر وقائي .

وهناك نقطة ثانية لها أهميتها وترتبط في ذات الوقت بتلك النقطة التي إنتهينا للتو من مناقشتها وهي أنه من المحتمل بالنسبة للعوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكي أو اختلال الأداء الوظيفي أن تتفاعل مع بعضها البعض أو مع متغيرات ثالثة . وليس الأمر كما لو كان أن سوء الاستخدام سيكون له أثر ما وقتما يحدث، ولكن الآثار الضارة المترتبة عليه قد تعتمد على عوامل أخرى مثل الحالة المزاجية للطفل، والخلافات الزوجية، ونسبة ذكاء الطفل .

هذا ويمكن فهم عامل مساعد معين بشكل أفضل إذا ما قمنا بتقييم مستويات هذا العامل فيما يتعلق بعامل آخر أيضاً . فعلى سبيل المثال نجد أن حجم الأسرة يعد عاملاً مساعداً على حدوث الإضطراب السلوكي، ومع ذلك فإن إختيار العينة

* تنطبق تلك النتيجة على المجتمع الأمريكي والمجتمعات الأوروبية في حين يعتبر العكس هو الصحيح في مجتمعاتنا العربية (المترجم) .

** تشابه هذه النتيجة عندما مع تبادل السجائر على سبيل المثال في الجلسات المختلفة التي تجمع الأتران أو حتى في تلك الجلسات التي تجمع الفرد بآخرين لا يعرفهم وتستخدم فيها السجائر كوسيلة لإقامة واستمرار العلاقات الاجتماعية (المترجم) .

من أسر ذات مستويات دخل مختلفة يكشف عن فهم أكثر دقة لكبر حجم الأسرة ليصبح بذلك هذا العامل مساعداً على حدوث الإضطرابات السلوكية فى الأسر ذوات الدخل المنخفض، أما بالنسبة لتلك الأسر التى لديها مصادر مادية كافية لهذا الحجم الكبير الذى تتضمنه الأسرة فإن هذا العامل بطبيعة الحال لا يعد كذلك.

تعليق عام

من الجدير بالذكر أن هناك الكثير مما نعرفه عن الإضطراب السلوكى، وأن مثل هذه المعلومات قد توفرت لدينا من مختلف الدراسات التى استخدمت تعريفات مختلفة للمشكلة، وعينات مختلفة تماماً ضمت أولئك المراهقين الجانحين، كما ضمت تلك العينات مراهقين من أعمار زمنية مختلفة. وقد ظهر هذا الثبات فى النتائج التى تم التوصل إليها خلال العديد من الدراسات التى أكدت على عنف تلك المشكلة. وفى الوقت ذاته قد يظل مستوى الفهم الأفضل لتلك المشكلة محدوداً ما لم نضع فى إعتبارنا استخدام عينات مختلفة أو وسائط مختلفة للنتائج كالجنس والجماعة العرقية. كذلك فإن إجراء دراسات أكثر دقة عن السمات المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى والمدى الذى يمكن أن تتوسط فيه عوامل أخرى لذلك سيكون بلا شك مهماً هو الآخر. وإلى جانب ذلك فقد إتضح أن تقييم المستويات المختلفة لعامل معين فيما يتعلق بعامل آخر أو مجموعة أخرى من العوامل يساعد فى أن نفهم ذلك العامل بشكل أفضل.

إتساع نطاق النماذج الخاصة بتصميم وتقييم برامج التدخل الوقائى والعلاجى

من الجدير بالذكر أن مجالى العلاج والوقاية قد شهدا تطورات واضحة. ويمكن تعريف برامج التدخل التى تقوم على أسس إمبريقية بأنها تلك البرامج التى لها تأثير مباشر على المشكلة. ومع ذلك فإن الأساليب التى يتم بها دراسة برامج التدخل تلك وتنفيذها قد تحد كثيراً من فاعليتها. ومن ثم فإننا نحتاج إلى نماذج جديدة لتصميم وتنفيذ وتقييم مثل هذه البرامج.

ومن المعروف أن النموذج المعتاد للبحث القائم على برنامج للتدخل سواء كان هذا التدخل علاجياً أو وقائياً يقوم على تطبيق برنامج معين للتدخل على عينة محددة لفترة زمنية محددة. وقد تكون تلك العينة من أولئك المراهقين الذين تمت إحالتهم للعلاج، أو المراهقين الذين يعدون في خطر يعرضهم للإضطراب ومن ثم لم تتم إحالتهم للعلاج بعد، ويتم تقييم آثار هذا البرنامج على أفراد العينة بعد الإنتهاء منه. وتمثل هذه الخطوات الملامح والسمات المميزة للنموذج التقليدي لتنفيذ وتقييم برامج التدخل. وتستمر برامج التدخل في الدراسات العلاجية غالباً لمدة وجيزة جداً إذ قد تستمر من ثمانية إلى عشرة أسابيع مثلاً، في حين نجد أنها غالباً ما تستمر في الدراسات الوقائية لفترة زمنية طويلة قد تستمر عدة سنوات. وغنى عن البيان أن النموذج التقليدي هذا له حدوده التي تنطبق بدرجات متفاوتة على كل من التدخلات العلاجية والوقائية. ويساعد تحديد السمات الرئيسية لبرامج التدخل التقليدية على وصف أو تحديد النماذج البديلة التي يمكن إستخدامها في البحوث.

١ - نموذج التدخل شديد القوة أو التأثير high - Strength

من الملاحظ في النموذج التقليدي أنه يهدف أن يكون للعلاج تأثير، إلا أنه نادراً ما يتم تصميم ذلك النموذج ليمثل بشكل واضح إختباراً فعالاً لذلك. أما في المقابل فإن نموذج التدخل شديد القوة أو التأثير high - Strength intervention model فيبدأ بمحاولات تعمل على وضع حد أقصى للتغير العلاجي. وقد يكون من المهم بالنسبة للمشكلات الإكلينيكية الشديدة على وجه الخصوص أن نتناول السؤال التالي:

ما هو التأثير المحتمل للبرنامج على المشكلة إذا ما قمنا باستخدام الحد الأقصى الممكن من أساليب العلاج الفعالة المتاحة؟

ويجب على الباحث أو من يقوم باستخدام البرنامج أن يضع نصب عينيه أو أن يكون هدفه الأساسي هو أن يبحث عن النسخة الأكثر تأثيراً والأكثر ملاءمة

من ذلك البرنامج ليرى ما إذا كان يمكن إحداث التغيير فى المشكلة أم لا . ويعد نموذج التدخل شديد القوة أو التأثير بمثابة محاولة لا تعمل فقط على وضع حد أدنى للتغير الإكلينيكى بل تعمل أيضاً على إختبار أوجه النقص أو أوجه القوة (العيوب والمزايا) التى تتعلق بما لدينا من معلومات وذلك عند نقطة معينة . وإذا ما استخدمنا أفضل الأساليب العلاجية المتاحة فهناك سؤال أساسى أيضاً فى هذا الصدد يدور حول ما يمكننا أن نتوقعه من أقصى جرعة يمكن اللجوء إليها واستخدامها، أو من النظام السائد فى العلاج، أو من التغيير .

وبالنسبة للعلاجات النفسية نجد أنه من الصعب أن نحدد مدى قوة وملاءمة العلاج على الرغم من أن المشكلة المراد علاجها تنبع جزئياً من عدم وضوح التصورات عن العلاج أو من التصورات غير الملائمة له . وإذا ما أردنا أن نغير من قوة تأثير العلاج أو نزيدها فإنه يجب أن يكون لدينا بعض الأفكار عن الإجراءات أو العمليات التى يعزى إليها حدوث التغيير العلاجى . ولكى نتصور التغير المحتمل الذى يمكن أن يعكسه نموذج التدخل العلاجى شديد القوة أو التأثير قياساً بالنموذج التقليدى فإنه يجب أن نضع فى أذهاننا أحد أبعاد العلاج وهو مدة هذا العلاج أى الفترة الزمنية التى يتم خلالها تطبيق أو استخدام ذلك العلاج حيث يرى كازدين باس وآخرون (١٩٩١) Kazdin, Bass et. al أن متوسط تلك الفترة الزمنية التى يستغرقها العلاج وذلك فى البحوث والدراسات التى تتناول العلاجات المعاصرة للأطفال والمراهقين تتراوح فى الغالب بين ثمانية إلى عشرة أسابيع . وتعتبر هذه الفترة الزمنية قصيرة نسبياً قياساً بتلك المشكلات العديدة التى يبيدها الأطفال المضطربون سلوكياً والتى تحتاج إلى العلاج، والمآل السئ لها على المدى الطويل . كذلك فإن المزيد من العلاج لا يعد هو الأفضل فى مثل هذه الحالة . وفى الوقت ذاته تبدو الإختبارات السائدة على عمومها ضعيفة ومن ثم تعد غير ملائمة . وقد يبدو أن العلاجات التى تستمر لفترة زمنية أطول والتى قد تصل لعدة سنوات تعد مبشرة بدرجة أكبر وذلك فى الوصول إلى الحد الأقصى من التأثير العلاجى . ومن المعروف أن متغير المدة الزمنية يعد أحد

العوامل أو المتغيرات المتعلقة بالعلاج فقط، وقد تم تناوله هنا بغرض توضيح النموذج الذى نعرض له، ولكنه مع ذلك لا يعد أحد الأبعاد أو السمات الأساسية التى تعتمد عليها بالضرورة البرامج العلاجية شديدة القوة أو التأثير.

ويبدو أن برامج التدخل شديدة القوة أو التأثير تتكلف كثيراً كما ينعكس من تلك الأجور التى يتقاضاها المعالجون، والتدريب الذى يتلقونه، وعدد الجلسات المطلوبة خلال العلاج، وعدد الساعات التى يتم فيها الإتصال بالمريض. ومع ذلك فإذا كان مثل هذا الاختبار يعد مرتفع التكاليف بدرجة كبيرة وذلك فيما يتعلق بالمصادر المهنية ورعاية المرضى والعناية بهم فإن المعلومات الناتجة عنه قد تعمل على تجنب الحاجة إلى العديد من الاختبارات الأخرى الأقل فى قوتها على إحداث التغيير الناتج عن العلاج. وإذا ما أدت النسخة الأقوى أو الأكثر تأثيراً من البرنامج العلاجى إلى إحداث التغيير يصبح من المعقول أن نقوم بدراسة ما إذا كان تطبيق إجراءات مطولة، وأقل تكلفة، وأقل صعوبة يمكن أن يؤدي إلى تحقيق نتائج مشابهة أم لا. كذلك يبدو من المعقول أيضاً أن نقوم بدراسة ما إذا كانت أى خسارة لأى من المكاسب التى تتحقق خلال العلاج تستحق الاقتصاد فى التكلفة أو مدى السهولة فى التطبيق. ومع ذلك فإن معرفة ما يمكن إنجازه تعد مهمة لإختبار المعرفة السائدة وللرعاية الإكلينيكية أيضاً.

ومن أوجه القصور الرئيسية لتطبيق العلاج شديد القوة أو التأثير ما يتعلق بما يسمح به المستفيد منه سواء كانوا هم الأطفال أو الوالدين، أو أى طرف ثالث، حيث تعد فكرة العلاج المطول والمكثف للسلوك المنحرف غير مألوفة أو من المحتمل أن يقل قبولها وذلك قياساً بفكرة العقاب المطول للسلوكيات الإجرامية كذلك فغالباً ما يكون من الصعب كما يحدث مع العلاجات السائدة أن تبقى على الحالات التى تتلقى العلاج نظراً لإرتفاع معدلات التسرب وعدم الانتظام فى العلاج. ومع ذلك فإن مثل هذه المشكلات العملية تعد من ذلك النوع الذى يمكن التغلب عليه إذ يمكن على سبيل المثال أن ندفع بعض النقود للمرضى مقابل الانتظام فى الحضور والإشتراك فى البرنامج العلاجى، ولا يجب

بالضرورة أن ندفع لهم مبالغ باهظة وخاصة إذا ما نظرنا لتكاليف الإضطراب السلوكى الذى لم يعالج بعد أى ما نتكبده من جرائه. ومما لا شك فيه أنه يمكننا أن نتبع إستراتيجيات أخرى للإبقاء على الحالات التى تتلقى البرنامج حتى تتمكن من متابعتها. وإضافة إلى ذلك فإن العلاجات الأكثر تأثيراً لا تترجم بالضرورة إلى جلسات علاجية أطول وأكثر عدداً وذلك للأسباب التى تناولناها سلفاً. كما أن هناك حاجة ملحة إلى إجراء المزيد من البحوث والدراسات التى تهدف إلى إحداث التغير فى ظل استخدام الأساليب العلاجية الأشد تأثيراً وذلك بشكل يفوق ما تم بالفعل. كما أن تقييم هذا الأمر يتطلب استخدام إختبارات متطورة وذلك لقياس مدى قدرة العلاجات السائدة على إحداث التغير فى الإضطراب السلوكى الشديد.

٢ - نموذج القابلية للعلاج Amenability - to - treatment model

يتضح من إستعراضنا لمعظم البحوث والدراسات التى تقوم على برامج التدخل أن أسلوباً أو تكتيكاً معيناً عند إستبعاد عوامل أخرى يكون هو المسئول عن معظم التغير أو الإختلاف والفروق التى تحدث. ويمكن تفسير ذلك كما يرى كازدين باس وآخرون (١٩٩٠) Kazdin, Bass et. al عن طريق التركيز المقتصر على العلاج والفروق العلاجية كأساس للنتائج التى كشفت عنها الدراسات العلاجية.

ويعتبر نموذج الإذعان للعلاج أن الطفل، والوالد، والأسرة يعدون بمثابة عوامل تتوسط آثار العلاج. وقد تم تصميم هذا النموذج فى الأصل بغرض تحديد التدخلات التى يحتمل أن تؤكد نجاحها مع هؤلاء الأطفال الذين يعتبرون أكثر إذعاناً وقابلية للعلاج. ويمثل المراهقون مضطربو السلوك مجموعة غير متجانسة وذلك فيما يتعلق بالإختلال فى الأداء الوظيفى. والمهارات التكيفية، والعوامل المساعدة أو المصادر كالمساندة الأسرية مثلاً. وهناك العديد من الأدلة الواضحة التى تتضمنها تلك الدراسات والبحوث التى تناولت العوامل المساعدة

على حدوث الإضطراب السلوكى والعوامل المتعلقة بالوقاية منه وذلك فيما يتعلق بكل من الطفل والوالد والأسرة والسياقات المختلفة التى يمكن استخدامها لتحديد المراهقين الذين يحتمل أن يختلفوا فى مدى إذعانهم أو قابليتهم للتغير. ومن هذا المنطلق نلاحظ على سبيل المثال أن الأطفال الذين أظهروا سلوكيات مضادة للمجتمع وذلك فى وقت مبكر من حياتهم مثلاً يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يستمروا فى سلوكهم المضاد للمجتمع خلال فترة مراهقتهم ورشدتهم. كذلك فمن الممكن أن نقوم بتحديد العديد من المتغيرات التى قد تؤثر على قابلية المراهقين الذين تتم إحالتهم إكلينيكياً للعلاج من جراء إضطراباتهم السلوكية وإذعانهم للعلاج ومدى إستجابتهم له، ويأتى فى مقدمة تلك المتغيرات العمر الزمنى الذى بدأ فيه الإضطراب السلوكى، والعديد غيره من السمات التى ترتبط بالطفل والوالد والأسرة.

ويعتبر نموذج القابلية أو الإذعان للعلاج أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً يختلفون فى درجات قابليتهم للعلاج وإستجابتهم له. وعلى ذلك فإن مسألة من أين نبدأ يمكن أن تتحدد بالضرورة فى هذا النموذج. وفى الوقت نفسه نلاحظ وجود العديد من النقاط الواضحة فى النموذج من بينها تلك التى تتعلق بالبدء فى تقييم أثر العلاج - وذلك بأسلوب منظم - على المراهقين والأطفال الذين يعدون هم الأكثر قابلية للعلاج والأكثر إستجابة له. ونحن نعرف بطبيعة الحال من خلال الدراسات التتبعية أن سيكوباتولوجيا الوالدين، والخلافات الزوجية، والضغط وإنخفاض المستوى الاقتصادى الاجتماعى للأسرة يبدو أنه من الممكن بالنسبة لها أن تتنبأ بالحد الأدنى من الإستجابة للعلاج وذلك على النحو الذى تناولناه من قبل. ويمكننا باستخدام مثل هذه المتغيرات تعيين مجموعة فرعية من الأطفال والمراهقين الذين إذا ما تعرضوا للعلاج فإنهم يستجيبون له بشكل جيد، ومن ثم تبدو عليهم تغيرات فعالة ودائمة فى السلوك. كذلك فمن الممكن الإسراع بحدوث التطور أو التقدم خلال العلاج وذلك باختيار المجموعة الفرعية التى يمكنها أن تستجيب بفاعلية للعلاج. ولا يعنى فحص

الحالات التى تستجيب للعلاج إهمال تلك الحالات التى لا تستجيب له. ومع هذا فإنه مع تراكم المعلومات سوف نكون قد حققنا إنجازاً أساسياً إذا ما قمنا بانتهاج أساليب معينة لتقسيم المفحوصين حتى يتسنى علاج أى مجموعة فرعية بفاعلية. كذلك وبمجرد أن يتم تحديد المجموعات الفرعية من الأطفال والمراهقين الذين يمكن أن يتقبلوا العلاج بشكل فعال يتم التركيز بشكل أكبر على أولئك الأفراد الأقل إستجابة للعلاج وهم أولئك الذين لا تتوفر لهم علاجات فعالة فى الوقت الراهن.

ومن الجدير بالذكر أن هناك دراسات قليلة قد حاولت بشكل منظم التعرف على القابلية الفارقة للعلاج من جانب الأطفال. فنجد على سبيل المثال فى إحدى هذه الدراسات وهى التى أجراها آدمز (1970) Adams أنه قد قام بشكل عشوائى بإخضاع عينة من الجانحين المودعين بمؤسسات الأحداث تضم أربعمئة جانحاً من المراهقين للأساليب العلاجية المختلفة كالإرشاد، والعلاج الجماعى. كما استخدم إلى جانب هذه المجموعة مجموعة أخرى لم يتلق أعضاءها أى أسلوب علاجى وبذلك فإنهم يمثلون المجموعة الضابطة بطبيعة الحال. وقد أظهر المراهقون الذين خضعوا للعلاج والذين تم تصنيفهم على أن لديهم قابلية وإستجابة للعلاج وكانوا هم الأكثر ذكاء، والأعلى فى القدرة اللفظية أو العددية، والأكثر حرصاً على العلاج، والأكثر إستبصاراً، ووعياً بمشكلاتهم، والأكثر إهتماماً بحدوث التغير أظهروا قدراً من الإنتكاسة أو الإرتداد إلى السلوك الإجرامى يقل بدرجة دالة عن أقرانهم فى المجموعة الضابطة. وفى المقابل كان المراهقون الذين خضعوا للعلاج ولكن لم تكن لديهم القابلية للعلاج أو الإستجابة له أسوأ من أقرانهم بالمجموعة الضابطة. ومن ثم فقد أوضحت هذه الدراسة فوائد وأهمية تعيين المراهقين طبقاً لقابليتهم المحتملة للعلاج فى التنبؤ بالنتائج الفارقة لهذا العلاج.

ومن ناحية أخرى فإن الإتجاه الذى يقوم على تعيين المراهقين المضطربين سلوكياً إلى قابلين وغير قابلين للعلاج يمكن أن يتكامل مع نتائج البحوث

القائمة . وبذلك نلاحظ أنه يمكن أن يتم فى دراسة ما تعيين المراهقين المضطربين سلوكيًا وتصنيفهم إلى من هم أكثر قابلية أو أقل قابلية لبرامج التدخل العلاجى وذلك إستناداً على سمات معينة لأفراد العينة والفروض التى تدور حول التداخل بين الأسلوب العلاجى وتلك السمات المميزة لهؤلاء الأفراد . ومن ثم يستند تحليل آثار النتائج على تلك المقارنات التى تجرى على أفراد المجموعات الفرعية فى إطار تقييم مدى إستجابتهم للعلاج كدالة لإذعانهم أو قابليتهم المفترضة للعلاج .

٣- برامج التدخل التى تستند على أسس عامة

يعد الإضطراب السلوكى إضطراباً متعدد الأوجه حيث يتضمن مدى كبيراً من الأعراض، ومجالات إختلال الأداء الوظيفى، والمشكلات الوالدية والأسرية . وبالنسبة للكثير من تلك الحالات التى يتم تشخيصها إن لم تكن معظمها يمثل الإضطراب السلوكى إضطراباً نمائياً عاماً، بمعنى أن المجالات العديدة للأداء الوظيفى تتأثر سلباً به، ومن الملاحظ فى التطبيقات التقليدية للعلاج أنه يتم تطبيق برنامج معين للتدخل حتى يتم تغيير واحد من تلك المظاهر الهامة كالصراع النفسى، أو تقدير الذات، أو العمليات الأسرية مثلاً وذلك بالنسبة للطفل، أو للنسق الذى يقوم فيه الطفل بأدائه الوظيفى، أو لكليهما . فنجد على سبيل المثال أن العلاج الفردى قد يركز على تعبير الطفل عن الغضب أو صراعه الذى لم يتم حله بعد، وقد يركز تدريب الوالد على إدارة الأسرة على أساليب تربية الطفل كأسلوب لإحداث التغيير فى حالة حدوث الإضطراب السلوكى . ونلاحظ فى تلك الأساليب العلاجية وفى الكثير غيرها وجود نموذج إدراكى أو تصورى معين يركز على مجال أو مظهر ما، وغالباً ما يكون هذا المجال أساسياً فى مشكلة الطفل . وفى ضوء أوجه النقص أو القصور ومدى عمومية إختلال الأداء الوظيفى التى يمثلها الإضطراب السلوكى تصبح بؤرة تركيز معظم العلاجات المستخدمة ضيقة للغاية .

وفى هذا الإطار يعد نموذج برنامج التدخل الذى يركز على العديد من الأسس العامة بمثابة محاولة لتوسيع مدى عمومية أو مجال برامج التدخل لتناول مجموعة من المجالات التى ترتبط باختلال الأداء الوظيفى للمراهق الفرد. ويمكن إدراك مثل هذه العلاجات بأسلوب الوحدات modular Fashion الذى توجد فيه مكونات منفصلة كعناصر أو وحدات modules منسوجة فى أسلوب علاجى كلى متماسك. ويتطلب تطبيق مثل هذا النموذج خطوات منفصلة. ويبدأ النموذج بتقييم الأداء الوظيفى للطفل فى مجالات مختلفة مثل المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلى أو الانحراف أو السلوك بين الشخصى أو الأداء الأكاديمى. ثم يتضمن العلاج إتجاهات أو مداخل متعددة مصممة لتناول مجالات الأداء الوظيفى التى تم تحديدها على أنها مجالات مشكلة. وقد تتضمن العناصر المدمجة التى تؤلف العلاج المقبول العلاج النفسى الفردى، أو العلاج الذى يركز على أسس معرفية (المعرفى)، أو التعزيز الذى يركز على المدرسة، أو العلاج الأسرى، أو أسلوب العلاج الذى يركز على التدريب الوالدى.

وكنظرة تمهيدية عامة تسبق التعليقات التى سوف تأتى فيما بعد نجد أن المعالجين غالباً ما يقولون أثناء الممارسات الإكلينيكية أنهم يفعلون هذا بالضبط، أى أنهم قد يقومون بتحديد مجالات إختلال الأداء الوظيفى ثم يقومون بعد ذلك بتقديم العلاج اللازم لتلك المجالات. وكلما تم ذلك بأسلوب غير منظم ومفرط الحساسية وبطريقة غير تقييمية فإنه لن يتفق مع النموذج الذى نتناوله هنا.

ومن الجدير بالذكر أن هناك علاجات متعددة يتم دمجها معاً بأسلوب الوحدات فى البحوث والدراسات المختلفة حتى يتسنى تناول مجالات متعددة لإختلال الأداء الوظيفى. فعلى سبيل المثال قام ساترفيلد Satterfield وزملاؤه (١٩٨٧) بتقييم آثار العلاج على المدى القريب وعلى المدى البعيد وذلك على الأطفال ذوى النشاط الزائد الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٢ سنة فتمت مقارنة أسلوب العلاج الطبى بمفرده مع أسلوب العلاج متعدد الوحدات الذى يتضمن العلاج

الطبي والعديد من الاتجاهات العلاجية الأخرى كالعلاج النفسى الفردى، والعلاج الجماعى، والعلاج الوالدى والأسرى، والعلاج التربوى educational والتعديل المعرفى للسلوك فى المنزل. وقد اختلفت الأساليب العلاجية إستناداً على تقييم متطور لما تم الحكم فى ضوءه على كل حالة بأنها تحتاج إليه وذلك من جانب الفريق المختص بالعلاج. وأوضحت نتائج الدراسة التبعية والتي استمرت تقريباً لمدة تسع سنوات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى وجود معدلات أكثر إنخفاضاً بدرجة دالة إحصائياً لإلقاء القبض على هؤلاء الأشخاص فى مخالفات أو جرائم، كما إنخفضت أيضاً بشكل دال إحصائياً معدلات إيداع الأطفال الذين خضعوا لبرنامج العلاج متعدد الوحدات فى مؤسسات الأحداث وذلك قياساً بأقوانهم الذين خضعوا لأسلوب العلاج الطبى فقط. ومن ثم فإن هذه الدراسة توضح أهمية استخدام أسلوب العلاج متعدد الوحدات. إلا أنه مع ذلك لم يتم بعد تخصيص أو تحديد القواعد التى تتعلق بالتعامل مع مثل هذه الوحدات أو العناصر وتدعيمها، وهو ما سوف يجعل تطبيق مثل هذه البحوث والدراسات أمراً صعباً.

وهناك أمثلة أخرى توضح حدوث الدمج بين أساليب متعددة للعلاج إستناداً على تقييم الحالة الفردية ومجالات إختلال الأداء الوظيفى. وقد ذكرنا عند استعراضنا لأساليب العلاج أحد هذه الأساليب وهو العلاج متعدد الأنساق multisystemic therapy والذي يستخدم مجموعة من الأساليب العلاجية للطفل كفرد، أو للوالد، أو للأسرة. ومن أمثلة ذلك إستخدام كل من التدريب على مهارات حل المشكلات، وتدريب الوالد على إدارة الأسرة، والعلاج الزوجى، والعديد من البرامج الفردية التى يتم استخدامها فى تعديل أو تغيير مجالات المشكلة كالعلاقات بين الأقران على سبيل المثال. ونلاحظ هنا أيضاً وجود معالم إرشادية تساعد على تقرير متى يمكننا إستخدام أى من هذه الأساليب العلاجية وبأى مقدار، ولأى الأفراد والأسر. ومن ثم فإن إستخدام الأساليب العلاجية متعددة الجوانب والتى تم تصميمها لتناول العديد من المجالات التى تمثل إختلالات فى الأداء الوظيفى يعد تقدماً كبيراً فى هذا المجال.

ولا تعد فكرة إستخدام العلاجات التى تركز على مجالات عامة أو العلاجات متعددة الجوانب بمثابة موافقة على فكرة الإنتقائية فى العلاج - أى القيام بالإنتقاء من كل الأساليب الأخرى وذلك لما يعد هو الأفضل - والتى تستخدم فى ضوءها البرامج المتعددة للتدخلات لتلبى الإحتياجات الفردية المفترضة للمريض . ونادراً ما تكون هذه الحاجات المفترضة معروفة ، أو يتم تقييمها بشكل منظم ، أو تستخدم كأساس يتم فى ضوءه الإختيار أو الإنتقاء من بين العلاجات النفسية المتعددة والعلاجات الطبية التى يمكن إستخدامها . كذلك فإن تكتيل الفنيات العلاجية أو إستخدام مجموعة منها معاً غالباً ما يتم بشكل عشوائى مع الإجراءات المتعددة التى يتم إختيارها بسبب جاذبيتها الحدسية وصدقها الظاهرى أو مدى شرعيتها أى قدرتها على الوفاء بالمتطلبات وليس إستناداً إلى نظرية معينة أو بحث بعينه .

ومن الملاحظ أن حدوث إئتلاف بين الأساليب العلاجية فى النموذج الذى يركز على مجالات عامة له فى الواقع ما يبرره وذلك على أساس تقييم مجالات معينة سابقة على العلاج ، وعلى أساس المحاولات المبذولة بغرض المواءمة بين إختلال الأداء الوظيفى فى مثل هذه المجالات والتدخلات البديلة التى تركز على تصور وإدراك أو وجود أدلة تؤيد مثل هذه التدخلات وتبرر اللجوء إليها .

وبوجه عام نلاحظ أن الهدف من دمج برامج التدخلات معاً يتمثل فى تناول أوجه أو مظاهر مختلفة لمشكلة السلوك المضاد للمجتمع . كذلك فإن لمثل هذا الدمج مبرراته على أساس تلك الأدلة التى تؤكد أن مختلف المجالات أو الجوانب تتعلق بالسلوك المضاد للمجتمع ، ويمكن من خلالها التنبؤ بالسلوك المستقبلى المضاد للمجتمع ، إلى جانب عدم توفر العلاجات الفردية المحددة بوضوح فى الوقت الراهن والتى تؤدى بشكل ثابت إلى حدوث تحسن فى مجال الإضطراب السلوكى ، أو على أساس أنها تناقض مضمار تطوره على المدى البعيد .

كذلك فإن الدمج بين برامج التدخل يتطلب التفكير بعناية فى هذا الأمر، والتعامل معه، والمبررات الإدراكية أو التطورية لتفادى أن يكون الأمر مجرد جمع مجموعة من الفنيات العلاجية معاً قد يتم تطبيق كل منها بشكل مقصود فى مواقف مختلفة. ومن الواضح أن العديد من الأساليب العلاجية التى تستخدم فى الوقت الراهن تعانى بالفعل من قصور فى الأسس النظرية التى تركز عليها، ومن ثم فإن دمج فنيات علاجية متعددة معاً دون مراعاة لما يفترض أن يتم إنجازه من خلال إستخدامها وكيف يمكن تطبيق مثل هذه الفنيات يضاعف من المشكلة التى نكون بصدد التعامل معها ويجعل منها مشكلة مركبة.

هذا ويجب أن تتجه البحوث المستقبلية نحو مدخل أكثر شمولاً يتناول تدخلات متعددة، وأن يسترشد مثل هذا المدخل أو الإتجاه بالأدلة التى تؤكد أن الفنيات التى تشكل معاً مثل هذه الوحدة تؤدي إلى حدوث بعض التغير، وأن مجال التركيز فى مثل هذه الحالة ينصب بشكل أكبر على المشكلة. وقد أظهر تطبيق هذا النموذج نتائج جيدة ومبشرة حيث نجد على سبيل المثال أن أحد برامج الوقاية الذى تم بالفعل فى ضوءه تطبيق العديد من البرامج الوقائية وذلك فى العديد من الدراسات التى تم إجرائها فى هذا المجال، وهو ذلك البرنامج الذى يتضمن تدريب الوالد على إدارة الأسرة، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب أو التعليم الأكاديمى، وبرنامج التدخل داخل الفصل وذلك لتجنب حدوث الإضطرابات السلوكية. ويهدف ذلك البرنامج والذى أشرف عليه بيرمان وآخرون (Bierman et. al ١٩٩٢) إلى تجنب حدوث المشكلات السلوكية أو تفاديهما عن طريق تقديم برامج تدخل وقائية. وبالطبع نلاحظ أنه عند إستخدامنا للأساليب العلاجية متعددة المظاهر أو الجوانب multifaceted فإننا لا نستطيع فى نهاية البرنامج أن نقوم بتحديد أى مكون أو مكونات تعد هى المسؤولة عن حدوث التغير أو التعديل السلوكى الذى يحدث. ومع ذلك فبمجرد أن يؤدى أسلوب علاجى من هذا القبيل إلى حدوث تغير يصبح من المهم أن نبدأ فى تحليل إسهامات العوامل أو المكونات الفردية فى هذا التغير.

٤ - نموذج رعاية الحالات المزمنة A chronic - care model

يركز النموذج التقليدي في العلاج على التدخل لمدة وجيزة، ويعتمد على حدوث التحسن بالنسبة للمشكلة موضوع الدراسة من خلال برنامج محدد للتدخل وذات مدة زمنية محدودة ومحددة. ويعتمد أسلوب العلاج الطبي على التعامل مع العدوى أو الإصابة وعلاجها وذلك باستخدام مضاد حيوى لمدة معينة ولتكن عشرة أيام على سبيل المثال. وقد يكون هذا التدخل القصير أو الوجيز محدود المدة فعالاً بالنسبة للكثير من حالات العدوى أو للكثير من الإصابات. ومع ذلك فإننا يجب أن نهتدى بنموذج مختلف عند التعامل مع الإضطرابات السلوكية، فإذا كان المرض المزمن على سبيل المثال يحتاج بطبيعته إلى عناية ورعاية طويلة المدى، وأن هناك بطبيعة الحال العديد من الأمراض المزمنة فإننا هنا فى هذا المجال أيضاً يجب أن نميز بين مختلف النماذج التى يمكن إستخدامها للعلاج إستناداً على خصائصها المختلفة، والأسباب الرئيسية المؤدية للمشكلة موضوع الدراسة، والإستجابات التى يبديها أفراد العينة لمثل تلك البرامج. ويمثل البول السكرى diabetes أحد تلك الأمراض العديدة، وهو معروف نسبياً ويعد فى الوقت ذاته أحد الأمراض التى تتضح فيها الأمور التى تنطبق على الإضطرابات السلوكية. ويعتبر فى ذات الوقت أحد الأمراض ذات المظاهر والإختلافات المتعددة. ويتضمن هذا المرض ببساطة شديدة إفراز الأنسولين بكميات غير كافية، ويتم النظر إليه على أنه حالة مزمنة. ويستند العلاج فى هذه الحالة على أساس أن الشخص يعانى من حالة تتطلب عناية مستمرة وترويض وعلاج. ومن غير المتوقع من علاج فعال كالأنسولين يتم إستخدامه لمدة محددة أن يؤدى بعد إنتهاء تلك المدة إلى تخفيف حدة المشكلة.

وتؤكد البحوث والدراسات فى مجال الإضطرابات السلوكية أن الإضطراب السلوكى يشبه بدرجة كبيرة جداً الحالة المزمنة وذلك فيما يتعلق بتطوره، والمضمار الذى يسلكه فى هذا التطور. كما أن إختلال الأداء الوظيفى له أثر كبير خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة حيث يؤثر على السلوك فى المنزل والمدرسة، وفى

المجال بين الشخصى، والأكاديمى، والمعرفى، كذلك فإن له أثره أيضاً خلال مرحلة الرشد وذلك فيما يتعلق بالتوافق النفسى، والاجتماعى، والمهنى. وقد يكون من المفيد بدرجة كبيرة أن ننظر إلى الإضطراب السلوكى على أنه حالة مزمنة تتطلب إستخدام برنامج للتدخل، إلى جانب التوجيه المستمر، والتقييم وذلك على مدى حياة الفرد.

وعندما تتم إحالة الطفل إلى المستشفى أو العيادة النفسية يتم تقديم العلاج له والذي إما أن يكون بالأسلوب العادى (النموذج التقليدى) أو يستند إلى نماذج أخرى كنموذج التدخل شديد القوة أو التأثير، أو نموذج التدخل الذى يستند إلى أسس عامة والتي تمت الإشارة لهما من قبل. ومن المعروف أنه وفقاً لنموذج رعاية الحالات المزمنة وبعد أن يتم التحسن يتم التوقف عن العلاج مؤقتاً بدلاً من الإستمرار فيه حتى نهايته. وعند هذه النقطة تبدأ مراقبة الطفل أو المراهق بشكل منظم وذلك باستخدام مقاييس مقننة، وبشكل مستمر أيضاً أى كل ثلاثة شهور مثلاً. ويتم تقديم العلاج إستناداً على تقييم البيانات أو إستناداً على الأمور الطارئة التى تثيرها الأسرة أو المعلمون أو الآخرون. هذا ويمكن تشبيه نموذج العلاج والمراقبة أو الملاحظة بنموذج العناية بصحة الفم والأسنان وهو البرنامج الأكثر شهرة فى الولايات المتحدة الأمريكية والذي يتم خلاله فحص الأفراد كل ستة أشهر، وبالتالي يتم التدخل إذا دعت الحاجة وكما تدعو الحاجة وذلك إستناداً إلى مثل هذه الفحوص الدورية.

وهناك برنامج آخر يرتبط بهذا البرنامج ولكنه فى الوقت ذاته يعد برنامجاً بديلاً له يعتمد على الإستمرار فى العلاج بعد إنتهاء فترة العلاج الأولية. ويعمل العلاج الأولى على تقويم الأزمات والأداء الوظيفى المشكل. وبدلاً من إنهاء العلاج أو اللجوء إلى المراقبة المنظمة فقط يتم الإبقاء على الأطفال فى برنامج علاج مستمر يقوم على جداول متباعدة للجرعات. ومن ثم تستمر الحالات بشكل أساسى طبقاً لذلك فى العلاج ولكن على أساس غير مكثف أو أقل فى مدى

التكثيف العلاجي. ويرى كوبفر وآخرون (Kupfer et. al ١٩٩٢) أن هذا النموذج قد أثبت فعالية كبيرة فى علاج الإكتئاب الدورى (المكرر دورياً) بين الراشدين.

ومن الواضح أن إستخدام العلاج المتطور أو المتقدم باستمرار لا يتناسب مع الحالات التى تؤكد الأدلة المختلفة أن العلاج قصير المدى يعد فعالاً معها. وفى الواقع يعد العلاج قصير المدى متناسباً مع أسلوب علاج الأمراض الأكثر إزمائاً. ويتطلب ذلك النموذج ملاحظة الأطفال الذين يحتمل أن يستمر لديهم إختلال الأداء الوظيفى حتى تتمكن من إعادة تقديم العلاج لهم كما تتطلب الحالة. ويعد ذلك تصوراً مختلفاً جداً لما تدعو الحاجة إليه فيما يتعلق بالعلاج. وفى ظل الضغوط المالية الراهنة التى تتعلق بالرعاية الصحية فإن هناك إنتقالاً حتمياً بإتجاه تقليل كم الرعاية والعلاج. وغالباً ما تعكس البحوث والدراسات التى تتناول فحص برامج التدخل البديلة مثل هذا الضغط، وبذلك تسهم فى إستمراره. وليس هناك أى سبب يدعو إلى الاعتقاد بأن الإضطراب السلوكى يتطلب علاجاً لفترة وجيزة وإلا فمن الممكن أن تؤدى الأدلة الكثيرة المتاحة فى هذا الصدد بنا إلى توقع ما هو أسوأ.

ولكن السؤال الذى يطرح نفسه هنا والذى يتمثل فيما يمكن أن نكسبه على وجه الدقة من جراء إستخدام نموذج رعاية الحالات المزمنة، يعكسه الواقع بما فيه من الكثير الذى يمكن أن يتحقق فى هذا الصدد والذى يمثل مكسباً لنا. ففى البداية نلاحظ أن النموذج التقليدى لم يقر أن اللجوء إلى العلاج الذى يستمر لفترة وجيزة والذى يتسم بمحدودية الفترة الزمنية يمكنه أن يسيطر على الإضطراب السلوكى، ومع ذلك فإن العديد من برامج التدخل المعرفية، والسلوكية، والأسرية، والمجتمعية - غير تلك البرامج التى تناولناها سلفاً - يمكنها كما يرى كازدين (Kazdin ١٩٨٥) أن تؤدى فرادى إلى حدوث التغير المنشود، أى يمكن لأى منها أن يؤدى بمفرده إلى حدوث ذلك التغير. إلا أن نتائج الدراسات التتبعية للعديد من الدراسات العلاجية غير متاحة للآن، ومع

ذلك قد أوضحت النتائج المتاحة أن نتائج تتبع الحالات بالنسبة لبعض الأساليب العلاجية قد كشفت عن حدوث إنتكاسة للمرضى بعد إنتهاء العلاج نتيجة لأن الفوائد والمزايا التي حصلوا عليها من العلاج قد فقدوها بعد إنتهائه. ومع ذلك فإن الأمر قد يختلف مع نموذج رعاية الحالات المزمنة حيث تعد التغيرات التي حدثت على المدى الأقصر جيدة لأن العلاج لا يزال مستمراً على أساس معين وحسب مدى الحاجة إليه. وسوف يكون الإستمرار المنقطع للعلاج معقولاً حتى يتم التوصل إلى أساليب علاجية جديدة تستغرق مدة زمنية أقل ويكون لها آثارها الجيدة على المدى الطويل.

تعليق عام

من الواضح أن البحوث والدراسات التي تتناول برامج التدخل المتعلقة بالإضطرابات السلوكية قد تم تطبيقها بأساليب تتناقض مع ما نحتاج إليه لتطوير وتحديد التدخلات الفعالة. ويؤكد كازدين باس وآخرين (١٩٩٠) Kazdin, Bass et. al أن هذا ما تكشف عنه الدراسات العلاجية التي أوضحت مثل أوجه القصور تلك إذ نجد على سبيل المثال فى مثل هذه الدراسات العلاجية أن كم العلاج يعد محدوداً، وأن الفترة الزمنية التي يستغرقها تعتبر وجيزة نسبياً حيث يستغرق ما بين ثمانى إلى عشر جلسات فى مجمله ومدة الجلسة لا تتعدى ساعة واحدة. وقد لا يكون ذلك إختباراً كافياً للعلاج شديد القوة أو التأثير. كذلك فإنه نادراً ما يتم فحص السمات المتعلقة بالطفل، والوالد، والأسرة، وغيرها من السمات وذلك لتحديد أى الأطفال والمراهقين يعد هو الأكثر أو الأقل قابلية للعلاج أو استجابة له. ومن جانب آخر عادة ما يتم عقد المقارنة بين الفنيات العلاجية منفردة أى بين كل منها والأخرى وذلك بدلاً من دمجها معاً فى محاولة لإحداث زيادة فى كم التغير العلاجى.

كذلك فإن الأساليب العلاجية التي تستند على أسس عامة لا يتم عادة فحصها. وأخيراً فإن قصر مدة العلاج والتي أشرنا إليها بالفعل، وعدم وجود مراقبة مستمرة كأساس للعودة بالأفراد إلى العلاج مرة أخرى تكشف عن عدم

اللجوء إلى نموذج رعاية الحالات المزمنة. ولكن إذا ما تم تحديد الأساليب العلاجية الفعالة باستخدام نظام تقييم النموذج التقليدي في العلاج فلن تمثل مثل هذه السمات أو الملامح الخاصة بالبحوث العلاجية أى مشكلة. ومع ذلك فإن نتائج تلك البحوث وشدة الإختلال ومدى إنتشاره بين العديد من المراهقين المضطربين سلوكياً يعمل كباعث على أن نبذل العديد من المحاولات لتحديد المشكلة التى تنصب عليها بؤرة إهتمامنا وتركيزنا والخطوات التى يجب أن تتخذ فى سبيل تصميم نموذج علاجى يتلاءم معها.

ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة لتلك البحوث التى أجريت فى مجال الوقاية أن تتلاءم مع تلك النماذج التى عرضنا لها من قبل. وعادة ما نجد فى مثل هذه الحالة أن نماذج التدخل تكون أطول فى المدة الزمنية التى تستغرقها إذ غالباً ما تتراوح بين سنة وثلاث سنوات، كما تركز على أسس عامة حيث تركز على الأداء الوظيفى للطفل، والأداء الوظيفى الوالدى، والأداء الوظيفى الأسرى، وعلى السلوك التكيفى للطفل، وعلى الأداء الأكاديمى للطفل أيضاً. وغالباً ما تبدأ البحوث فى مجال الوقاية بالاهتمام بالعوامل المتعددة المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى، ومن ثم تصبح بؤرة التركيز فيها ذات أساس عام. ومع ذلك فإن البحوث فى مجال الوقاية تهمل العديد من السمات المميزة للنماذج التى عرضنا لها سلفاً والتى يمكن أن تحدث تقدماً ملحوظاً فى هذا المجال، إذ أنه نادراً ما يتم بذل أى مجهود لتحديد مدى القابلية للعلاج والتنبؤ بمن سيكون هو الأكثر قابلية لذلك العلاج والأكثر إستجابة له. كذلك فإن مثل هذه التدخلات قد تحتاج لأن تكون أطول من تلك البرامج ذات المدة المحددة والمحدودة والتى تتضمنها الدراسات الوقائية.

وقد تعتبر مثل هذه النماذج التى نعرض لها هنا نماذج غير عملية إذ نجد على سبيل المثال أن نموذج رعاية الحالات المزمنة كمرشد للعلاج أو الوقاية قد يبدو غير عملى أو غير ملائم. وهناك بالفعل العديد من المظاهر أو الأوجه المرتبطة بمشكلات الصحة النفسية والتى يمكن النظر إليها على أنها تشابه مع الحالة المزمنة

أو تبدو كذلك، ومن أمثلة ذلك نموذج علاج مدمنى الكحوليات مجهولى الاسم Alcoholics Anonymous treatment model ومن المحتمل أن يتم النظر إلى الإكتئاب إكلينيكياً فى هذا الإطار أيضاً. ومع أن الإكتئاب الشديد يتسم بحدوئه فى نوبات تتفاوت فى شدتها فإن هذا النمط فى حد ذاته يعد مزمنًا بالنسبة للعديد من الأفراد. وإلى جانب ذلك فإن الإضطراب السلوكى يعكس حالة مزمنة وأكثر ثباتًا لدى الكثيرين، وقد لا يكون توفير العلاج المتطور والمستمر والعلاج الخاص برعاية الحالة المزمنة هو الخاصية أو السمة الأكثر حسماً هنا إذ تتمثل السمة الحاسمة فى تلك الحالة فى تقييم مدى التقدم الذى يحققه المراهق دورياً سواء كان ذلك فى المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلى وذلك لمراقبة مدى تقدمه فى تحقيق التوافق وفى استخدام المعلومات لإعادة تطبيق العلاج. وإذا كان الأساس فى علاج البول السكرى يتمثل فى تقييم المدى الذى يمكن فيه للمريض أن يتحكم فى مستويات الجلوكوز فى الدم، blood glucose levels وأن زيادة أو نقص أو تغيير العلاج يعتمد بشكل واضح على التغذية الرجعية لما يتم التوصل إليه من خلال عملية التقييم تلك، فإن تقييم مدى التطور الذى يحققه الطفل أو المراهق فى مجال الإضطراب السلوكى لا يثير فى الواقع مشكلات جسيمة أمام تطبيق أى نموذج مشابه.

السياسة الاجتماعية فى مجال الإضطرابات السلوكية وخطوات تنفيذها

سوف نعرض خلال الصفحات التالية للسياسة الاجتماعية التى يجب إتباعها فى هذا الصدد وكيفية تنفيذها من خلال الخطوات المتبعة فى هذا السبيل وذلك على النحو التالى:

أ - الاعتماد على المعرفة Knowledge كأساس لبرنامج التدخل

يبقى هناك من وجهة النظر العلمية العديد من الأسئلة التى تتعلق بالإضطراب السلوكى. ويعد العديد من تلك الأسئلة بمثابة تساؤلات جوهرية من بينها ما يلى:

- ما هى أفضل السبل التى يمكن إتباعها لتحديد الإضطراب السلوكى بمعنى تشخيصه وتصنيفه؟

- كيف تعمل العوامل المساعدة وعوامل الوقاية فى هذا الصدد؟

- من هم الذين يجب أن نقوم بتغيير الطريق نحو الإضطراب السلوكى كلية أمامهم؟

- كيف يمكن الإستفادة من النظرية والتطبيق (البحوث) فى هذا المجال خاصة وأن العديد من النتائج التى كشفت عنها الدراسات والبحوث التى تم إجراؤها والتى يبدو أنها لا تقبل المناقشة قد أصبحت الآن مجالاً خصباً للنقاش؟

ومن ناحية أخرى فإن الأساليب العلاجية البسيطة التى نرغب أن نقوم باشتقاقها من النتائج العلمية غالباً ما تبتعد أو تحيد عن تلك النتائج نفسها. ومن هنا فإنه إذا ما أردنا أن نوضح ذلك سوف يكون من المفيد أن نقرر على سبيل المثال أن الفقر، وإساءة الاستخدام الجسمى للطفل، وتعرض الوالدين أو أحدهما للإضطرابات النفسية أو العقلية وهو ما يعرف بـسيكوباثولوجيا الوالدين، والعلاقات السيئة بين الأقران تعد جميعاً إضافة إلى غيرها من العوامل الأخرى بمثابة عوامل مساعدة تدفع بالطفل أو المراهق إلى الإضطرابات السلوكية. إلا أن هذا النمط من البساطة لا يعد مقبولا قياساً بطبيعة ما نعرفه فى هذا الجانب.

وفى الوقت ذاته فإننا نعرف كمًا كبيراً عن هذه المشكلة أو نعرفه جزئياً على الأقل، وهو ما يوفر لنا الأساس المنطقى المقبول الذى ننطلق منه إلى التطبيق وهو الأمر الذى يؤدى إلى آثار اجتماعية عديدة. إلا أن هذا الأمر لا يعد بمثابة النظر إلى الكوب (قاعدة المعرفة) على أن نصفه فارغ أو نصفه مملوء. وغالباً ما تكون المعرفة غير الدقيقة أو غير التامة كافية كى تترك أثراً وتؤدى إلى حدوث التطور. وفى هذا الإطار نلاحظ على سبيل المثال أنه على الرغم من أن طبيعة عمليات الذاكرة قد تم تحييصها على المستوى العصبى البيولوجى neurobiological

فإن الصورة الكاملة لكيفية التخزين فى الذاكرة، وإستعادة ما تم تخزينه فيها، وتغييره أو تعديله عند هذا المستوى لم تتضح بعد، ومن ثم فلا يزال الأمر يحتاج إلى توضيح. وفى الوقت ذاته فإن هناك قدرًا كافيًا يعرفه الكثيرون عند مستوى مختلف يساعدهم على تخزين المعلومات، وإستبقائها، وإستعادتها وذلك بشكل أفضل وهو الأمر الذى يتعلق بنمط الممارسة، وإستخدام المخططات أو الصور العقلية لتشفير المواد المختلفة. ومع ذلك فإن هناك الكثير الذى يمكننا أن نقوم به فى سبيل الحد من الإضطراب السلوكى بين الأفراد وفى المجتمع بشكل عام حتى حينما يحيطه الكثير من الألغاز من نفس أصوله وعملياته.

وقد إلتقى فريق من الخبراء من تخصصات مختلفة إضافة إلى خبراء من هيئات حكومية على هدف تمحيص قاعدة المعرفة تلك وإعطاء توصياتهم فى هذا الخصوص. وفى نفس هذا الإطار قامت رابطة علم النفس الأمريكية بتكليفهم على سبيل المثال بإجراء دراسة عن العنف بين الشباب تم نشرها عام ١٩٩٣ بعد أن إستمرت لمدة عامين، وتم كتابة التقرير النهائى الخاص بها فى مجلدين. وإنتهت تلك الدراسة إلى أن المجتمع يمكنه أن يتدخل بفاعلية فى حياة الأطفال والمراهقين لكى يحد من أو يمنع إنغماسهم فى العنف. وقد تضمن التقرير أيضًا العديد من الإقتراحات التى تمت دراستها بغرض توضيح الكيفية التى يمكن أن يتم ذلك بها.

وفيما يلى ملخصًا لفئات الأفعال actions التى يمكن القيام بها فى هذا الصدد علمًا بأنه قد تم تناول كل فئة من تلك الفئات بالتفصيل حتى تتضح علاقتها بما تم معرفته من خلال البحوث والدراسات التى تم إجراؤها فى هذا المجال عن العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى، وبداية حدوث إختلال الأداء الوظيفى، وبرامج التدخل التى يمكن اللجوء إليها. كذلك فإن ذلك الملخص يتضمن عرضًا لأهم التوصيات التى يتضمنها التقرير فى سبيل تجنب حدوث العنف بين الشباب، وذلك على النحو التالى:

١ - توجيه برامج التدخل خلال مرحلة الطفولة المبكرة إلى الوالدين، والمهتمين بشئون الطفل، والقائمين على رعايته صحياً وذلك للإسهام فى بناء الأساس الحاسم للإتجاهات والمعارف والسلوك التى ترتبط جميعها بالعدوان.

٢ - اللجوء إلى البرامج الوقائية التى يتم تقديمها فى المدرسة وذلك لمساعدة المدرسة على توفير بيئات آمنة وبرامج فعالة تعمل على منع إنتشار العنف بين الطلاب والوقاية منه.

٣ - زيادة المعرفة والإلمام بالتنوع الثقافى وإنغماس أعضاء المجتمع فى تخطيط وتنفيذ وتقييم برامج التدخل المختلفة.

٤ - ضرورة أن تأخذ وسائل الإعلام دوراً فعالاً فى حل مشكلة العنف وتطويرها وتطوير ما تقدمه من برامج حتى لا تكون مجرد عامل مساعد على حدوث تلك المشكلة بين الشباب.

٥ - وضع حدود وقيود لإستعمال الأسلحة النارية الصغيرة من جانب الأطفال والمراهقين، وتعليمهم كيفية تجنب العنف الذى يترتب على إستخدام مثل هذه الأسلحة النارية.

٦ - الحد من إنغماس المراهقين فى تعاطى الكحوليات وغيرها من العقاقير التى تعمل عملها حيث تعد عاملاً مساعداً على حدوث العنف بين المراهقين، وكذلك الحد من العنف الموجه نحو المراهقين من جانب الأسرة.

٧ - تقديم خدمات الصحة النفسية لمرتكبى الجرائم من صغار السن، وضحاياهم، وشهود العنف حتى يتم تجنب سيرهم باتجاه الإنغماس فى العنف فيما بعد وذلك بشكل أكثر خطورة.

٨ - تقديم البرامج التربوية الملائمة education Programs بغرض الحد من إلحاق الأذى بالآخرين والإعتداء عليهم، وهى البرامج التى تتناول العوامل المؤدية إلى التنفير من الجريمة والعنف ضد الجماعات الإجتماعية المختلفة.

٩ - بذل الجهود وتضافرها لتعزيز قدرة البوليس وقادة المجتمع على منع العنف

من جانب العصابات الإجرامية التى يشكلها الأطفال والمراهقون وذلك عن طريق التدخل المبكر والملائم.

١٠ - ضرورة أن يقوم علماء النفس كأفراد وذلك من خلال الهيئات المهنية ببذل الجهود فى هذا المجال والتى تعمل على الحد من العنف بين المراهقين.

وفى الواقع نلاحظ أن الوقاية من الإضطراب السلوكى ومن الإختلالات فى الأداء الوظيفى بين الأطفال والمراهقين والراشدين قد نالت إهتماماً خاصاً وذلك بالرجوع إلى تلك التوصيات التى يجب أن يتم وضعها موضع التنفيذ. وفى هذا الإطار وجدنا على سبيل المثال أن مجموعة من الخبراء من المعهد الصحى الأمريكى التابع للأكاديمية القومية للعلوم - Institute of Medicine of the Nation - al Academy of Sciences والذين يشكلون لجنة الوقاية من الإضطرابات النفسية قد قاموا بمراجعة التراث وما يتضمنه من بحوث ودراسات تتعلق بالأمراض النفسية والعقلية ومشكلات السلوك، إلى جانب ما يتضمنه من بحوث تتعلق بالاهتمام بالصحة النفسية وذلك لصياغة توصيات تتعلق بما يجب إتباعه من سياسات وبرامج فى هذا الإطار (Marzek & Haggerty, 1994). ومن الأمثلة الأخرى على ذلك ما قام به المعهد القومى للصحة النفسية National Institute Of Mental Health من مراجعة شاملة لتلك البحوث والدراسات التى تم إجراؤها فى مجال الوقاية من الأمراض النفسية والعقلية والاهتمام بالصحة النفسية وذلك فى برنامج يتعلق بالأنشطة العلمية بالمعهد، وأصدر تقريراً يلخص التطور الذى شهده هذا المجال، والأهداف التى تسعى البحوث الراهنة إلى تحقيقها، والحاجات المستقبلية لإستمرار هذا التطور بل والإسراع به (Reiss, 1993).

وتركز هذه التقارير الحديثة بوجه عام على ما يمكن إنجازه فى سبيل تحسين أحوال المجتمع وتطويره. كذلك فقد تم تخصيص قدر أكبر من الإهتمام لما يمكن أن نحتاج إليه حتى نتمكن من تطوير قاعدة المعرفة وتطبيق ما نعرفه. وتؤكد التقارير فى هذا الخصوص على أهمية تطوير البنية التحتية الحكومية - Infra-structure لتدعيم الجهود المبذولة فى سبيل الوقاية، ومن أمثلة ذلك تناسق الجهود من جانب مختلف الهيئات، وتمركز الجهود المبذولة بغرض الوقاية على

هيئات جديدة. كما أنها تؤكد أيضاً على الحاجة إلى زيادة فرص التدريب للمختصين حتى يتمكن عدد كاف من العلماء والمراكز البحثية من توفير تلك الفرص التي نحتاج إليها، وتؤكد من جانب آخر على المتطلبات اللازمة لتحسين وتطوير البحوث والمشاريع البحثية للوقاية من مختلف المشكلات وعلى رأسها الإضطراب السلوكي. وتؤكد التوصيات الواردة في تلك التقارير وغيرها على الحاجة إلى البحوث الأساسية التي يتم إجراؤها حول أسس التوافق وسوء التوافق، على أن تجرى مثل هذه البحوث والدراسات في مختلف فروع العلم والمعرفة والتي تتضمن العلوم الاجتماعية، والسلوكية، والبيولوجية، والصحية. وتتضمن بالطبع عدة مجالات وإن كانت لا تقتصر عليها مثل مجالات علم الجريمة، وعلم الأوبئة، والوراثة، وعلم الأعصاب، وعلم النفس، والطب النفسي، والتمريض، والخدمة الاجتماعية.

وما تجدر الإشارة إليه هنا أن التوصيات والتقارير التي تصاغ في هذا الإطار لا يتم في الغالب ترجمتها إلى سلوك فعلى وذلك لأن هناك العديد من الأمور والقضايا الاجتماعية التي تحتاج إلى تدخل، إلى جانب الحاجة إلى وضع أولويات يتحدد في ضوءها أى من هذه الأمور والقضايا تحتاج منا إلى التركيز والاهتمام. كذلك فإن العديد من التقارير قد تنتهي إلى أن الجهود المبذولة والمربطة بالمجال موضوع الدراسة سوف تتطلب المزيد من المصادر، والدعم المالى، ومساندة الهيئات المختلفة، والعديد من البرامج التدريبية، وما إلى ذلك. وتعمل التحليلات الخاصة بما نحتاج إليه من الأرصدة المقترحة لتحقيق التقدم بوضع مثل هذه الحاجات في مقابل تكاليف المشكلة وغالباً ما توضح أن زيادة التكلفة المالية في الوقت الراهن سوف يثبت في النهاية أنها أقل تكلفة على المدى الطويل. وحتى عندما يحدث ذلك فإن هذا لا يعنى دائماً أن الأرصدة المالية اللازمة متوفرة في الوقت الراهن حتى يتم تحقيق الإستثمار وذلك بغرض الوصول إلى حل أفضل في هذا الصدد على المدى الطويل وهو الأمر الذى يمثل بطبيعة الحال أهمية كبيرة في هذا المجال.

ب - الوقاية والعلاج والمسئولية الاجتماعية

تؤكد التوصيات التي تدور حول إمكانية تحسين حالة الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيًا على الوقاية إستنادًا على تلك التطورات التي شهدتها هذا المجال. ويتضح من منظور السياسة ومن المنظور البحثي أن الوقاية والعلاج غالبًا ما يتم وضعهما جنبًا إلى جنب بشكل تنافسي يفترض أن يكون أحدهما من خلال ذلك هو الأسلوب الأفضل للتعامل مع الإضطراب السلوكي المتمثل في السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع. وتعد زيادة الصعوبة في التعامل مع إختلال الأداء الوظيفي الأكثر شدة، والمصادر المهنية المحدودة لإتمام العلاج بمثابة أسباب رئيسية للتركيز على برامج التدخلات الوقائية المبكرة أى التي تحدث في وقت مبكر من حياة الطفل.

ومن وجهة النظر الخاصة بالحد من الإضطراب السلوكي أو تقليله هناك نقطة تبرر التركيز على جانب ما من الوقاية والعلاج على حساب الآخر. وتسهم مصادر التمويل المحدودة في هذا الصدد في إستقطاب Polarization الوقاية والعلاج. ومن ثم يجب أن نعيد النظر في مثل تلك المصادر التي نحتاج إليها. كذلك فليست الوقاية ولا العلاج أو أى نوع من الإتجاهات والتدخلات في تلك المجالات التي تتمثل في الوقاية الأولية وتدعيم أو تعزيز الكفاءة الاجتماعية يمكن أن نتوقع أننا إذ ما تناولناها بمفردها سوف تحل مشكلة العدوان والسلوكيات المضادة للمجتمع بين الأطفال. فعلى سبيل المثال نجد أنه من غير المحتمل أن تكون الوقاية الأولية ناجحة بشكل واضح وجلّى لكل المدى الذي يتضمن السلوكيات التي يمكن أن تؤدي إلى الإضطراب السلوكي، ولجميع الظروف التي تساعد على حدوث العدوان حتى يتم تجنب العلاج. وسوف يقترح العديد من مؤيدي الوقاية أن هذا يعد بمثابة توقع مقبول.

وكما لاحظنا في الفصل السابق غالبًا ما يوجد حتى في تلك البرامج عالية الجودة قدر مناسب من الثبات في كيفية تطبيق البرنامج بشكل جيد أو بشكل

ثابت، وكذلك فى مدى الأثر الذى يتركه على الأطفال والمراهقين. ومع ذلك فلا يزال يوجد الكثير من المراهقين ممن يقدم لهم البرنامج بشكل جيد وفعال ينغمسون فى الأفعال المختلفة الدالة على الإضطراب السلوكى حتى وإن حدثت بمعدلات أقل مما يحدث بين أقرانهم المشاركين فى المجموعة الضابطة التى لم تخضع لبرنامج التدخل. ومن الجدير بالذكر أن هناك نواحى قصور توجد فى الأساس وتتضح عند الممارسة والتطبيق وتتجلى فيما يتركه البرنامج من أثر على أولئك الأطفال والمراهقين الذين يتم تطبيقه عليهم. وهذا بطبيعة الحال لا يمثل جدلاً ضد الوقاية ولكنه بدلاً من ذلك يعمل على توضيح أن الأمر لا زال يحتاج إلى جهود إضافية تتطلبها برامج الوقاية حتى تكون لها آثارها ذات الدلالة التى نرغب دومًا فى تحقيقها.

ومن ناحية أخرى فإن المحاولات المتعددة المرتبطة ببرامج الوقاية إضافة إلى مجموعة الإنجهاات أو المداخل التى تستخدم فى هذا الإطار تعد أساسية فى الحد من الإضطرابات السلوكية خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة. وكبداية فإن برامج الرعاية الخاصة بالأمهات والتى تستخدم على نطاق واسع، وبرامج التدخل الخاصة بالأطفال والموجهة فى سن مبكرة من حياة الطفل نحو العوامل المساعدة على حدوث سوء التوافق، وهى تلك البرامج التى تتضمن تغذية الأم، ورعاية الطفل الرضيع، وتربية الطفل وتنشئته، والتعليم المبكر يمكن أن يكون لها كما يرى زجلر وآخرون (١٩٩٢) Zigler et. al آثار كبيرة وعديدة على كل من الأم وأبنائها وذلك لمدة طويلة. وتركز مثل هذه البرامج على مجموعات العوامل المساعدة التى تؤدى بطبيعة الحال إلى حدوث آثار عكسية. كذلك فإن البرامج التى يتم تقديمها لكل من الأطفال والمراهقين فى المدارس وذلك على نطاق واسع لها أهميتها فى تدعيم وتعزيز الكفاءة الاجتماعية الإيجابية ومقاومة الضغوط الداخلية وضغوط الأقران التى يمكن أن تؤدى إلى السلوك المضاد للمجتمع. ولا يجب بالضرورة لتلك البرامج التى تقدم على نطاق واسع أن تحل محل برامج التدخل الأكثر تركيزًا على المراهقين الذين يعتبرون معرضين للخطر

بدرجة كبيرة أو الذين يبدون دلائل مبكرة للسلوك المضاد للمجتمع . وهنا تصبح مهمتنا هى تحديد قدر مبكر من برامج التدخل ، والمواقف التى يمكن أن يتم تطبيقها فيها ، والأعمار الزمنية التى يمكن لمثل هذه البرامج أن تكون مؤثرة وفعالة خلالها ، وما إلى ذلك .

ومما لا شك فيه أن الوقاية والعلاج يعتبران فى إطار هذه العملية بمثابة جزأين متممين أو مكملين لبعضهما البعض ، ويقومان على الإعتمادية المتبادلة فيما بينهما ، ويتحدان فى إسهامهما فى تنمية السلوك الإجماعى بين الأطفال والمراهقين . أما التكلفة المالية لمثل هذه البرامج فليست بالضرورة مكلفة بالدرجة التى يراها البعض نظراً لأن الوقاية تجنبنا اللجوء إلى العلاج ، ولأن فرص التدخل البرامجى على نطاق واسع تعد مطلوبة لتحقيق آثار دالة على المشكلة الاجتماعية التى يمثلها السلوك العدوانى والسلوك المضاد للمجتمع من جانب الأطفال والمراهقين والتى تعتبر من المشكلات المرهقة للمجتمع ومن ثم تكبده تكاليف باهظة .

جـ - ما وراء الوقاية والعلاج

تعد الجهود المبذولة فى سبيل الوقاية والعلاج غاية فى الأهمية ، إلا أنها يجب مع ذلك أن توجه نحو تذليل العقبات التى تعج بها الحياة اليومية . ومن الواضح أن هناك فرصاً متعددة للحد من أثر العوامل التى يمكن أن تسهم فى حدوث المشكلات السلوكية والعدوان بشكل عام . فنجد على سبيل المثال أن اللجوء إلى العقاب البدنى فى تربية الطفل وفى النظام المدرسى ، والعنف الذى تعرضه وسائل الإعلام وخاصة التلفزيون والسينما ، والممارسات الاجتماعية التى تسمح بالعنف والعدوان وتسهل حدوثهما وتتغاضى ضمناً عنهما كالسماح بحمل السلاح على سبيل المثال تعد جميعاً بمثابة بعض الممارسات التى ترتبط بقضية العدوان والسلوك المضاد للمجتمع . وكأمر يرتبط بالسياسة الاجتماعية فنحن نتناول بعض المعطيات التى تتمثل فى مجموعة من العوامل والممارسات التى توجد بالمجتمع

وتسهم بأساليب دالة فى حدوث العدوان والسلوك المضاد للمجتمع. وبذلك فإن مثل هذه العوامل تتطلب أن نقوم بتفحصها فى علاقتها المرتبطة بالسياسة المتعلقة بترويض الطفل ورعايته والاهتمام به.

وفى هذا الإطار نلاحظ أن اللجوء إلى العقاب الجسمى المتمثل فى العدوان البدنى على الطفل على سبيل المثال يتم النظر إليه على أنه يساهم فى عدوان الطفل. ويعد الاستخدام الموسع للعقاب البدنى بمثابة أحد المعطيات التى توجد فى المجتمع - سواء فيما يتعلق بالوالدين أو بالمدرسة - والذي يجب أن نضع له حداً وأن نقننه إذا ما أردنا أن نحد من العدوان ومن السلوك المضاد للمجتمع. ويرى جريفن (١٩٩٢) Greven أن هناك عدداً من الدول مثل النمسا والدانمرك وفنلندا والنرويج والسويد قد قامت بالفعل بمنع العقاب البدنى خلال تنشئة الطفل وتعويده على النظام سواء فى المنزل أو المدرسة. ومن ثم فإن الجهود الاجتماعية التى تعمل على الحد من العدوان والعنف وذلك على نطاق واسع لا تعتبر أقل أهمية من برامج التدخل التى نقوم بتصميمها وتطويرها وتطبيقها وتقييمها على نطاق ضيق وذلك فى محاولات للوقاية والعلاج.

ومن هذا المنطلق يجب أن نعمل على تحجيم العوامل التى تؤثر على حدوث العنف كالسيطرة على استخدام الأسلحة، ووضع حدود لكم العنف المسموح به على شاشات التليفزيون، والإقلال من عرض أفلام العنف ونجوم مثل هذه الأفلام الذين يتسمون بالعنف، وهو الأمر الذى غالباً ما تتم مناقشته فى وسائل الإعلام وفى المباحثات الخاصة بالسياسة الاجتماعية. ومع هذا فإن المحاولات التى تبذل فى سبيل الحد من العدوان والعنف فى الحياة اليومية عادة ما تكتنفها صعوبات خاصة لأنها غالباً ما تصطدم بحقوق دستورية معينة أو بإدراك وتفسير مثل هذه الحقوق. وهناك عقبة تعتبر هى الأكثر صعوبة عند وضع السياسة قد تنبع من تلك التفسيرات الأكثر بساطة للمؤثرات والعوامل الفردية. فقد يثار على سبيل المثال الجدل حول فرض السيطرة المحكمة على استخدام الأسلحة كأسلوب يؤثر على العدوان والعنف ويحد منهما، إلا أن الجدل المعيارى المضاد فى

هذا الصدد يتمثل فى أن وجود الأسلحة وسوء إستخدامها هو المسئول نسبياً عن بعض العنف أو أنه ليس هو السبب الوحيد أو الرئيسى الذى يؤدى إلى العدوان فى المجتمع. ولكن مثل هذا المنطق يتطلب من منظور السياسة تحليلاً أكثر حسماً.

ومن الجدير بالذكر أنه ليس هناك مؤثراً واحداً فقط يعد هو المسئول عن العدوان أو السلوك المضاد للمجتمع أو أنه هو الذى يؤدى إليهما. وبالتالي قد يكون من المفيد أن نتخيل أو نصور المدى الكامل للمؤثرات فى ضوء نموذج العوامل المساعدة الذى يتضمن العديد من المؤثرات والعوامل التى تسهم فى حدوث جانب من هذه النتيجة، وفى مثل هذه الحالة يكون الناتج هو المستوى الكلى للعدوان وغطه فى المجتمع.

ونحن فى الواقع لا نبحث عن مسببات أو أسباب فردية بسيطة، ولكننا بدلاً من ذلك نههدف إلى تحديد المدى الكلى لهذه المؤثرات. ومن هذا المنطلق نجد أنه حتى العوامل ذات التأثير القليل فى النتيجة (أى التى تكون قيمة بيتا الخاصة بها فى معادلة الإنحدار صغيرة) يمكن أن يكون لها أهميتها فيما يتعلق بالتأثير الاجتماعى. وفى ضوء نموذج العوامل المساعدة هناك مؤثرات متعددة تتحد معاً لتزيد من احتمال حدوث تلك النتيجة (العدوان). كذلك فهناك بعض العوامل القليلة التى يمكن أن تتحد معاً وتضيف للنتيجة بشكل دال حتى وإن كان إسهام مثل هذه العوامل فرادى ضئيل. وإلى جانب ذلك فإن المؤثرات الفردية يمكن أن تتفاعل أو تتحد بشكل تعاونى مع مؤثرات أخرى وتؤثر بذلك فى النتيجة بدرجة كبيرة. وإذا كنا فى الواقع نريد أن نقلل من العوامل المساعدة أو نحد منها فإن هذا لا يرجع إلى أن مثل هذه العوامل تعد هى سبب المشكلة، أو لأنها يمكن أن تؤدى إلى التخلص من المشكلة، بل لأنه سيكون لها تأثير واضح وملحوس.

ويتضح من خلال العرض السابق بطبيعة الحال أن العوامل ذات التأثير القليل لها أهميتها على الرغم من تأثيرها القليل هذا، وهو ما يؤدى بنا إلى أن نتجه

بالمناقشة إلى ما وراء ذلك . وفى هذا الإطار نجد أن هناك العديد من العوامل التى يتم تجنبها جانباً لأنها ذات قدر قليل من التأثير ، ومع ذلك فقد يصبح لها تأثير قوى فى الواقع ، وهو ما يزيد من أهمية التركيز عليها ، ومن أهمية التدخل سواء كان هذا التدخل وقائياً أو علاجياً . فعلى سبيل المثال نجد أن الجهود المبذولة لقمع العنف السائد والمستمر والمعرض تفصيلياً فى وسائل الإعلام يواجه بمجموعة أخرى من المجادلات التى تركز على فوائد التليفزيون مثل التعليم ، وعلى مسئوليات الآخرين كالوالدين فى تحديد ما يشاهده الأطفال على شاشات التليفزيون . ومع ذلك فإن أى مجموعة من هذه المجادلات لا تناقض المجموعات الأخرى إذ أن أثر وسائل الإعلام على السلوك المضاد للمجتمع والسلوك العدوانى قد تم تحديده كما يرى ستراسبورجر (1995) Strasburger من خلال الوثائق ، وأن هذا الأثر لا يعد بسيطاً أو قليلاً . ويمكننا فى هذا الإطار أن نقول أن تسمية أو تصنيف الأنواع المختلفة من الأفلام أو العروض التليفزيونية القائمة على أساس مستوى العنف المعروض من غير المحتمل أن يكون بمثابة تدخل يمكنه أن يؤثر على أثر تلك الأفلام أو العروض ، أو يؤثر على المشاهدين الذين تصل إليهم تلك الأفلام والعروض . ولا تعنى مهمة الحد من العنف خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة أن هذا المستوى فقط هو الذى يمثل بؤرة الإهتمام إذ أنه من المحتمل بالنسبة لمهمة الحد من العنف فى كل المستويات الأخرى مثل إساءة إستخدام القرين ، ووسائل الإعلام التى يتعرض لها الراشدون أن يكون لها أثر أكبر وأعم . ومع ذلك فإن هذا النمط من المناقشة يتجاوز ما وراء المسموح به أو حتى المرغوب بالنسبة للكثيرين فى مجتمع يقوم على الحرية مثل المجتمع الأمريكى على سبيل المثال .

وفيما يتعلق بالسياسة من المهم أن يكون هناك إلتزام تشريعى واجتماعى للحد من العدوان والعنف فى المجتمع . كما أن برامج الوقاية والعلاج من النوع الذى عرضنا له سلفاً خلال هذا الكتاب تعد مهمة ، إلا أن أهميتها هذه تصبح محدودة

إذا ما نظرنا إليها فى ضوء السياق الأكبر للمجتمع . وهنا نرى مع إختلاف الظروف الاجتماعية والسياق الاجتماعى أن البرنامج الذى تم تصميمه فى الترويج (Olweus, 1991) للحد من التنمر أو الإستئساد على الأقران يمثل جهداً طيباً ومحاولة جيدة فى هذا الصدد. ولا تعد تفاصيل ذلك البرنامج أو إمكانية تطبيقه على أقطار أخرى هى القضية هنا حيث المهم هو أنه يمثل نموذجاً متعدد العوامل على مستوى السياسة العامة للدولة ويعمل على التخفيف من حدة المشكلة أو القضاء عليها. كذلك فإن الإلتزام على المستوى الذى يمكن أن يحرك القوى الاجتماعية لتؤثر على العنف والعدوان، أو تعبر عنه، أو تعرض له وفقاً لنموذج معين يمكن أن يكون له أثره الفعال على تلك المشكلة.

ومن ناحية أخرى يجب بالنسبة للمؤثرات الاجتماعية بما تتضمنه من مصفوفة العروض المجتمعية، والتشجيع، والموافقة الضمنية على العدوان، وبما فيها من وسائل الإعلام على كافة المستويات يجب أن تتحرك بشكل أكثر تنظيماً وإتساقاً وذلك على المستوى العام للمجتمع للحد من العدوان والسلوك المضاد للمجتمع والقضاء عليهما. ومن جديد نقرر أن هذا ليس هو الحل ولا يعد فى الوقت ذاته إنعكاساً على سبب العدوان فى المجتمع، ولكنه يعد بمثابة أسلوب يمكن أن يكون له أثره الفعال بشكل تدريجى فى هذا الصدد.

وأخيراً فقد لاحظنا من خلال عرضنا لإختلال الأداء الوظيفى للأطفال والمراهقين وأسره أن عدد العوامل التى يمكن أن تؤثر على ظهور الإضطراب السلوكى يعتبر عدداً كبيراً، وأن مثل هذه الكثرة لا تشير إلى تعقد المشكلة فحسب، ولكنها فى ذات الوقت تشير أيضاً إلى المجالات التى يحتمل أن يحدث فيها التدخل سواء الوقائى أو العلاجى حتى يحدث التغير المنشود. .



□ المراجع □

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4 - 18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1993a). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRE, and YSR*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1993b). Taxonomy and comorbidity of conduct problems: Evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology*, 5, 51-64.
- Achenbach, T. M., Mc Conaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Adams, S. (1970). *The PICO project*. In N. Johnston, L. Savitz, & M. E. Wolfgang (Eds), *The sociology of punishment and correction* (pp. 548-561). New York: John Wiley.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S., & Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy research: Review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 595-630).

New York: John Wiley.

- Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Allen, J. P., Philliber, S., & Hoggson, N. (1990). School-based prevention of teen-age pregnancy and school dropout: Process evaluation of the national replication of the Teen Outreach Program. *American Journal of Community Psychology*, 18, 505-524.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, Commission on Violence and Youth. (1993). *Violence and youth: Psychology's response* (Vol. 1). Washington, DC: Author.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., & O'Malley, P. M. (1978). Delinquent behavior linked to educational attainment and post-high school experiences. In L. Otten (Ed.), *Colloquium on the correlates of crime and the determinants of criminal behavior* (pp. 1-43). Arlington, VA: The MITRE Corp.
- Baer, R. A., & Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.
- Bank, L., Marlowe, J. H., Reid, J. B., Patterson, G. R., & Weinrott, M. R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 15-33.

- Barkley, R. A. (1988). Child behavior rating scales. In . Rutter, A. H. Tuma, & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (pp. 113-155). New York: Guilford.
- Behar, D., & Stewart, M. A. (1982). Aggressive conduct disorder of children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65, 210-220.
- Bell, R. Q., & Harper, L. (1977). *Child effects on adults*. New York: John Wiley.
- Bien, N. Z., & Bry, B. H. (1980). An experimentally designed comparison of four intensities of school-based prevention programs for adolescents with adjustment problems. *Journal of Community Psychology*, 8, 110-116.
- Blashfield, R. K. (1984). *The classification of psychopathology: Neo-Kraepelinian and quantitative approaches*. New York: Plenum.
- Booth, C. L., Spieker, S. J., Barnard, K. E., & Morriset, C. E. (1992). Infants at risk: The role of preventive intervention in deflecting a maladaptive developmental trajectory. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 21-42). New York: Guilford.
- Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. D., & Botvin, E. M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63.
- Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1990). Primary prevention of conduct disorder: Issues and prospects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 227-233.
- Brandt, D. E. & Zlotnick, S. J. (1988). *The psychology and treatment of the youthful offender*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Brennan, P., Mednick, S., & Kandel, E. (1991). Congenital determinants

of violent and property offending. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 79-92). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Buckner, J. C., & Chesney-Lind, M. (1983). Dramatic cures for Juvenile crime: An evaluation of a prisoner-run delinquency prevention program. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 227-247.

Cadoret, R. J. (1978). Psychopathology in adopted-away offspring of biological parents with antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 35, 176-184.

Cadoret, R. J. & Cain, C. (1980). Sex differences in predictors of antisocial behavior in adoptees. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1171-1175.

Cadoret, R. J. & Cain, C. (1981). Environmental and genetic factors in predicting adolescent antisocial behavior. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 6, 220-225.

Cadoret, R. J. Cain, C., & Crowe, R. R. (1983). Evidence for gene-environment interaction in the development of adolescent antisocial behavior. *Behavior Genetics*, 13, 301-310.

Carlson, C. L., Lahey, B. B., & Neeper, R. (1984). Peer assessment of the social behavior of accepted, rejected, and neglected children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 189-198.

Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Krenz, C., Gillmore, M., Morrison, D., Wells, E., & Abbott, R. (1993). Using research to guide culturally appropriate drug abuse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 804-811.

- Chamberlain, P., & Reid, P. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9, 97-109.
- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (Eds.). (1993). Special Issue: Milestones in the development of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-783.
- Cloninger, C. R., Reich, T., & Guze, S. B. (1978). Genetic-environmental interactions and antisocial behaviour. In R. D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research* (pp. 225-237). Chichester, UK: John Wiley.
- Coie, J., Lochman, J. E., Terry, R., & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 783-792.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and clinical model for prevention of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 4, 509-527.
- Constantino, J. N., Grosz, D., Saenger, P., Chandler, D. W., Nandi, R., & Earls, F. J. (1993). Testosterone and aggression in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1217-1222.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crowe, R. R. (1974). An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry*, 31, 785-791.
- Curtiss, G., Rosenthal, R. H., Marohn, R. C., Ostrov, E., Offer, D., & Trujillo, J. (1983). Measuring delinquent behavior in inpatient treatment settings: Revision and validation of the Adolescent Antisocial Be-

havior Checklist. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 459-466.

Dadds, M. R., & McHugh, T. A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 252-259.

Dadds, M. R., Schwartz, S., & Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.

Davidson, W. S., II, & Redner, R. (1988). The prevention of juvenile delinquency: Diversion from the juvenile justice system. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 123-137). Washington, DC: American Psychological Association.

Davidson, W. S., II, Redner, R., Blakely, C. H., Mitchell, C. M., & Emschoff, J. G. (1987). Diversion of juvenile offenders: An experimental comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 68-75.

Day, D. M., Bream, L. A., & Pal, A. (1992). Proactive and reactive aggression: An analysis of subtypes based on teacher perceptions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 210-217.

Deluty, R. H. (1979). Children's Action Tendency Scale: A self-report measure of aggressiveness, assertiveness, and submissiveness in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1061-1071.

DiLalla, L. F., & Gottesman, I. I. (1989). Heterogeneity of causes for delinquency and criminality: Lifespan perspectives. *Development and Psychopathology*, 1, 339-349.

- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcomes. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., & Kavanagh, K. A. (1992). An experimental test of the coercion model: Linking theory, measurement, and intervention. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 253-282). New York: Guilford.
- Dodge, K. A. (1985). Attributional bias in aggressive children. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 4, pp. 75-110). Orlando, FL: Academic Press.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dumas, J. E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Dumas, J. E., & Wahler, R. G. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment*, 5, 301-313.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Elliott, Dunford, F. W., & Huizinga, D. (1987). The identification and prediction of career offenders utilizing self-reported and official data. In J. D. Burchard & S. N. Burchard (Eds.), *Preventing delinquent behavior* (pp. 90-121). Newbury Park, CA: Sage.
- Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.

- Elliott, D. S., Huizinga, D., & Menard, S. (1988). *Multiple problem youth: Delinquency, substance abuse, and mental health problems*. New York: Springer-Verlag.
- Empey, L. T. (1982). *American delinquency: Its Meaning and construction*, Homewood, IL: Dorsey.
- Eron, L. D., Huesmann, L. R., & Zelli, A. (1991). The role of parental variables in the learning of aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 169-188). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 347-354.
- Farrington, D. P. (1978). The family backgrounds of aggressive youths. In L. A. Hersov, M. Berger, & D. Shaffer (Eds.), *Aggression and anti-social behaviour in childhood and adolescence* (pp. 73-93). Oxford, UK: Pergamon.
- Farrington, D. P. (1984). Measuring the natural history of delinquency and crime. In R. A. Glow (Ed.), *Advances in the behavioral measurement of children* (Vol. 1, pp. 217-263). Greenwich, CT: JAI Press.
- Farrington, D. P. (1985). Predicting self-reported and official delinquency. In D. P. Farrington & R. Tarling (Eds.), *Prediction in criminology* (pp. 150-173). Albany, NY: SUNY.
- Farrington, D. P. (1991). Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes, In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 5-29). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Farrington, D. P., & Hawkins, I. D. (1991). Predicting participation, early onset and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health*, 1, 1-33.

- Feldman, R. A. (1992). The St. Louis experiment: Effective treatment of antisocial youths in prosocial peer groups. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.). *Preventing antisocial behavior* (pp. 233-252). New York: Guilford.
- Feldman, R. A. Caplinger, T. E., & Wodarski, J. S. (1983). *The St. Louis conundrum: The effective treatment of antisocial youths*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Felner, R. D., & Adan, A. M. (1988) The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for preventioners* (pp. 111-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lloyd, M. (1991). Confirmatory models of attention deficit and conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 257-274.
- Finch, A. J., Jr., Nelson, W. M., III., & Ott, E. S. (1993). *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents: A practical guide*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Finckenaue, J. O. (1982). *Scared straight! and the panacea phenomenon*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Fo, W. S. O., & O'Donnell, C. R. (1975). The buddy system: Effect of community intervention on delinquent offenses. *Behavior Therapy*, 6, 522-524.
- Forehand, R., & Long, N. (1988). Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long-term follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 10, 129-177.
- Forehand, R., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford.
- Frick, P. J., & Jackson, Y. K. (1993). Family functioning and childhood

- antisocial behavior: Yet another reinterpretation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 410-419.
- Funderburk, B. W., & Eyberg, A. M. (1989). Psychometric characteristics of the Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory: A school behavior rating scale for use with preschool children. *Behavioral Assessment*, 11, 297-313.
- Galloway, D. (1985). *Schools and persistent absentees*. Oxford, UK: Pergamon.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford, UK: Pergamon.
- Glidewell, J. C. (1983). Prevention: The threat and the promise. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 310-312). New York: Pergamon.
- Glueck, S., & Glueck, E. (1968). *Delinquents and nondelinquents in perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldston, S. E., Yager, J., Heinicke, C. M., & Pynoos, R. S. (Eds.). (1990). *Preventing mental health disturbances in childhood*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gottesman, I. I., Carey, G., & Hanson, D. R. (1983). Pearls and perils in epigenetic psychopathology. In S. B. Guze, E. J. Earls, & J. E. Barrett (Eds.), *Childhood psychopathology and development* (pp. 287-300). New York: Raven.
- Graham, J. R. (1990). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Greven, P. (1992). Exploring the effects of corporal punishment. *Child, Youth, and Family Services Quarterly*, 15(4), 4-5.

- Griest, D. L., Forehand, R., Rogers, T., Breiner, J., Furey, W., & Williams, C. A. (1982). Effects of parent enhancement therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. *behaviour Research and Therapy*, 20, 429-436.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Morrison, D. M., O'Donnell, J. O., Abbott, R. D., & Day, L. E. (1992). The Seattle social development project: Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 139-161). New York: Guilford.
- Hawkins, J. D., Doueck, H. J., & Lishner, D. M. (1988). Changing teaching practices in mainstream classrooms to improve bonding and behavior of low achievers. *American Educational Research Journal*, 25, 31-50.
- Hawkins, J. D., & Lam, T. (1987). Teacher practices, social development, and delinquency. In J. D. Burchard & S. N. Burchard (Eds.), *Prevention of delinquent behavior* (pp. 241-274). Newbury Park, CA: Sage.
- Hawkins, J. D., Von Cleve, E., & Catalano, R. F. (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 208-217.
- Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Henggeler, S. W. (1994). *Treatment manual for family preservation using multisystemic therapy*. Charleston: Medical University of South

Carolina, South Carolina Health and Human Services Finance Commission.

- Henggeler, S. W. & Borduin, C. M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to teaching the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1982). Effects of divorce on Parents and children. In M. Lamb (Ed.), *Nontraditional families* (pp. 223-288). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hinshaw, S. P. (1991). Stimulant medication and the treatment of aggression in children with attentional deficits. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 301-312.
- Hinshaw, S. P. Heller, T., &McHale, J. P. (1992). Covert antisocial behavior in boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: External validation and effects of methylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60, 274-281,
- Hinshaw, S. P. Lahey, B. B., & Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Hodges, K., & Zeman, J. (1993). Interviewing. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 65-81). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M., & Walder, L. O. (1984).

Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134.

Institute of Medicine. (1989). *Research on children and adolescents with mental, behavioral, and developmental disorders*. Washington, DC: National Academy Press.

Jaffe, P. G., Hurley, D. J., & Wolfe, D. (1990). Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 466-470.

Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychological development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

Johnson, D. L. (1988). Primary prevention of behavior problems in young children: The Houston parent-child development center. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 44-52). Washington, DC: American Psychological Association.

Kagan, J. (1969). The three faces of continuity in human development. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 983-1002). Chicago: Rand McNally.

Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey Press.

Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kazdin, A. E. (1992a). Overt and covert antisocial behavior: Child and family characteristics among psychiatric inpatient children. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 3-20.

- Kazdin, A. E. (1992b). *Research design in clinical psychology* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.
- Kazdin, A. E. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. In W. M. Reynolds & H. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 2, 254- 268.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729 - 740.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T., & Thomas, C. (1989). Cognitive - behavioral treatment and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522 - 535.
- Kazdin, A. E., & Esveltd - Dawson, K. (1986). The interview for antisocial behavior: psychometric characteristics and concurrent validity with child psychiatric inpatients. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 289 - 303.
- Kazdin, A. E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical psychology: Science and Practice*, 1, 35 - 52.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., Colbus, D., & Siegel, T. (1987). Children's Hostility Inventory: Measurement of aggression and hostility in

- psychiatric inpatient children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 320 - 328.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practitioners. *Professional psychology: Research and practice*, 21, 189 - 198.
- Kazdin, A. E., Siegel, T., & Bass, D. (1992). Cognitive problem - solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733 - 747.
- Kendall, P. C. (Ed). (1991). *Child and adolescent therapy: Cognitive - behavioral procedures*. New York: Guilford.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1986). Conceptualization of firesetting in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child psychology*, 14, 49 - 61.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1992) The emergence and recurrence of child firesetting: A one - year prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 17 - 37.
- Kolvin, I., Miller, F. J. W., Fleeting, J., & Kolvin, P. A. (1988). Social and parenting factors affecting criminal offense rates: Findings From the Newcastle thousand family study (1947 - 1980). *British Journal of psychiatry*, 152, 80 - 90.
- Kruesi, M. J. P., Hibbs, E. D., Zahn, T. P., Keysor, C. S., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1992). A two - year prospective follow - up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders: Prediction by cerebrospinal fluid 5 - hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic measures. *Archives of General Psychiatry*, 49, 429 - 435.

- Kruesi, M. J. P., Rapoport, J. L., Hamburger, S. D., Hibbs, E. D., Potter, W. Z., Lenore, M., & Brown, G. L. (1990). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 47, 419 - 426.
- Kulik, J. A., Stein, K. B., & Sarbin, T. R. (1968). Dimensions and patterns of adolescent antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 375 - 382.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., & Grochocinski, V. J. (1992). Five - year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 769 - 773.
- Lahey, B. B., Hart, E. L., Pliszka, S., Applegate, B., & McBurnett, K. (1993). Neurophysiological correlates of conduct disorder: A rationale and a review of research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 141 - 153.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H. C., Frick, P. J., & Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for *DSM-IV*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 539-546.
- Lally, R., Mangione, P. L., & Honig, A. S. (1988). The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. In D. Powell (Ed.), *Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research, and practice* (pp. 79-104). Norwood, NJ: Ablex.
- Ledingham, J. E., & Schwartzman, A. E. (1984). A 3-year follow-up of aggressive and withdrawn behavior in childhood: Preliminary findings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 157-168.

- Lefkowitz, M. M., Eron, L. D., Walder, L. O., & Huesmann, L. R. (1977). *Growing up to be violent: A Longitudinal study of the development of aggression*. New York: Pergamon.
- Levenstein, P. (1992). The mother-child home program: Research methodology and the real world. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 43-66). New York: Guilford.
- Lewis, D. O. (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 383-391.
- Lochman, J. E., Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loeber, R., & Dishion, T. J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Loeber, R., Keenan, K., Lahey, B. B., Green, S. M., & Thomas, C. (1993). Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 377-410.
- Loeber, R., Lahey, B. B., & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 379-390.
- Loeber, R., & Schmalting, K. B. (1985). Empirical evidence of overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 337-352.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M.,

- Van Kammen, W. B., & Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 5, 103-133.
- Long, P., Forehand, R., Wierson, M., & Morgan, A. (1994). Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 101-107.
- Lundman, R. J. (1984). *Prevention and control of juvenile delinquency*. New York: Oxford University Press.
- Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26, 683-697.
- Maccoby, E. E. (1986). Social groupings in childhood: Their relationship to prosocial and antisocial behavior in boys and girls. In D. Olweus, J. Block, & M. Radke-Yarrow (Eds.), *Development of antisocial and prosocial behavior* (pp. 263-284). Orlando, FL: Academic Press.
- MacFarlane, J. W., Allen, L., & Honzik, M. P. (1954). *A developmental study of the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years*. Berkeley: University of California Press.
- Maddahian, E., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). Risk factors for substance use: Ethnic differences among adolescents. *Journal of Substance Abuse*, 1, 11-23.
- Mann, B. J., Borduin, C. M., Henggeler, S. W., & Blasko, D. M. (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 336-344.
- Maser, J. D., Kaelber, C., & Weise, R. E. (1991). International use and attitudes toward *DSM-III* and *DSM-III-R*: Growing consensus in

psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271-279.

Mattsson, A., Schalling, D., Olweus, D., Low, H., & Svensson, J. (1980). Plasma testosterone, aggressive behavior, and personality dimensions in young male delinquents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 476-490.

McConaughy, S. H. (1992). Objective assessment of children's behavioral and emotional problems. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 163-180). New York: John Wiley.

McCord, J. (1978). A thirty-year follow-up of treatment effects. *American Psychologist*, 33, 284-289.

McCord, W., McCord, J., & Zola, I. K. (1959). *Origins of crime*. New York: Columbia University Press.

McCord, J., & Tremblay, R. E. (Eds.). (1992). *Preventing antisocial behavior*. New York: Guilford.

McCord, L., & Newcomb, M. D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 766-776.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11-15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.

McMahon, R. J., & Forehand, R. (1988). Conduct disorders. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed., pp. 105-153). New York: Guilford.

Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (Eds.). (1990). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for child conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.
- Moffitt, T. E. (1993a). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moffitt, T. E. (1993b). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 135-151.
- Moore, D. R., Chamberlain, P., & Mukai, L. H. (1979). Children at risk for delinquency: A follow-up comparison of aggressive children and children who steal. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 345-355.
- Morris, S. M., Alexander, J. F., & Turner, C. W. (1991). Do reattributions reduce blame? *Journal of Family Psychology*, 5, 192-203.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers of preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Newberry, A. M., Alexander, J. F., & Turner, C. W. (1991). Gender as a process variable in family therapy. *Journal of Family Psychology*, 5, 158-175.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Newbury Park, CA: Sage.
- O'Donnell, C. R. (1992). The interplay of theory and practice in delinquency prevention: From behavior modification to activity settings. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 209-232). New York: Guilford.

- O'Donnell, C. R., Lygate, T., & Fo, W. S. O. (1979). The buddy system: Review and follow-up. *Child Behavior Therapy*, 1, 161-169.
- Offord, D. R. (1982). Family backgrounds of male and female delinquents. In J. Gunn & D. P. Farrington (Eds.), *Abnormal offenders: Delinquency and the criminal justice system*, Chichester, UK: Wiley.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. A. (1991). The epidemiology of antisocial behavior. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 31-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Olds, D. L. (1988). The prenatal/early infancy project. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 9-23). Washington, DC: American Psychological Association.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 411 - 448). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Olweus, D., Mattsson, A., Schalling, D., & Low, H. (1980). Testosterone, aggression, physical, and personality dimensions in normal adolescent males. *Psychosomatic Medicine*, 42, 253-269.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (1992). Developmental changes in antisocial behavior. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression*

and violence throughout the life span (pp. 52-82). Newbury Park, CA: Sage.

Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 53-70.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 43-87). New York: Plenum.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Pepler, D. J., & Rubin, K. H. (Eds.) (1991). *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Peters, R. D., McMahon, R. J., & Quinsey, V. L. (Eds.). (1992). *Aggression and violence throughout the life span*. Newbury Park, CA: Sage.

Pierson, D. E. (1988). The Brookline early education project. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 24-31). Washington, DC: American Psychological Association.

- Plomin, R. (1983). Childhood temperament. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 6, pp. 45-92). New York: Plenum.
- Plomin, R. (1991). Genetic risk and psychosocial disorders: Links between the normal and abnormal. In M. Rutter & P. Casaer (Eds.), *Biological risk factors for psychosocial disorders* (pp. 101-138). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Powers, E., & Witmer, H. (1951). *An experiment in the prevention of delinquency: The Cambridge-Sommerville Youth Study*. New York: Columbia University Press.
- Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P., & Ramos-McKay, J. (Eds.). (1988). *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Provence, S., & Naylor, A. (1983). *Working with disadvantaged parents and children: Scientific issues and practice*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Quay, H. C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective. *Development and Psychopathology*, 5, 165-180.
- Quinton, D., Rutter, M., & Culliver, L. (1990). Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in the children of psychiatric patients. In L. N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 259-278). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rae Grant, N., Thomas, B. H., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Risk, Protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 262-268.
- Reid, J. B. (ed.). (1978). *A Social learning approach to family interven-*

tion. *Volume 2: Observation in home sittings*. Eugene, OR: Castalia.

- Reid, J. B., Baldwin, D. V., Patterson, G. R., & Dishion, T. J. (1988). Observations in the assessment of childhood disorders. In M. Rutter, A. H. Tuma, & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (pp. 156-195). New York: Guilford.
- Reiss, D. (1993). *The prevention of mental disorders: A national research agenda*. Washington, DC: National Institutes of Mental Health.
- Reitsma-Street, M., Offord, D. R., & Finch, T. (1985). Pairs of same-sexed siblings discordant for antisocial behavior. *British Journal of Psychiatry*, 146, 415-423.
- Richters, J. E., & Martinez, P. E. (1993). Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.
- Rickel, A. R., & Allen, L. (1987). *Preventing maladjustment from infancy through adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Robins, L. N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- Robins, L. N. (1981). Epidemiological approaches to natural history research: Antisocial disorders in children. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, 20, 566-680.
- Robins, L. N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 193-212.

- Robins, L. N., & Rutter, M. (Eds.). (1990) *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 22-28.
- Rogeness, G. A., Javors, M. A., & Pliszka, S. R. (1992). Neurochemistry and child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 765-781.
- Rubin, K. H., Bream, L. A., Rose-Krasnor, L. (1991). Social Problem solving and aggression in childhood. In D. J. Perler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 219-248). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rutter, M. (1981). The city and the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 610-625.
- Rutter, M., Birch, H. G., Thomas, A., & Chess, S. (1964). Temperamental characteristics in infancy and the later development of behavioral disorders. *British Journal of Psychiatry*, 110, 651-661.
- Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Penguin.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., & Ouston, J. (1979). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (Eds.). (1970). *Education, health and behaviour*. London: Longmans.
- Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Satterfield, J. H., Satterfield, B. T., & Schell, A. M. (1987). Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 56-64.
- Schweinhart, L. J., & Weikart, D. P. (1988). The High/Scope Perry Pre-school program. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 53-66). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sears, R. R., Maccoby, E., & Levin H. (1957). *Patterns of child rearing*. New York: Harper & Row.
- Seitz, V., Rosenbaum, L. K., & Apfel, N. H. (1985). Effects of family support intervention: A ten-year follow-up. *Child Development*, 56, 376-391.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M., & Busner, C. (1990). Adolescent Suicide attempters: Response to suicide prevention programs. *Journal of the American Medical Association*, 264, 3151-3155.
- Shirk, S. R. (Ed.). (1988). *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum.
- Shure, M. B. (1992). *I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program*. Champaign, IL: Research Press.
- Spivack, G., & Shure, M. B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, PP. 323-372). New York: Plenum.
- Stewart, J. R., Myers, W. C., Burket, R. C. & Lyles, W. B. (1990). A re-

view of the psychopharmacology of aggression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 269-277.

Stice, E., Barrera, M., Jr., & Chassin, L. (1993). Relation of parental support and control to adolescents' externalizing symptomatology and substance use: A longitudinal examination of curvilinear effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 609-629.

Strasburger, V. C. (1995). *Adolescents and the media: Medical and psychological impact*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Sturge, C. (1982). Reading retardation and antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 21-31.

Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vasquez, A., Hervis, O., Posada, V., & Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-578.

Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, D. R. (1989). ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 865-872.

Tremblay, R. E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, E., & Ledingham, J. E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 64-72.

United States Congress, Office of Technology Assessment. (1991). *Adolescent health* (OTA-H-468). Washington, DC: Government Printing Office.

- Wadsworth, M. (1979). *Roots of delinquency: Infancy, adolescence and crime*. New York: Barnes & Noble.
- Wahler, R. G., & Dumas, J. E. (1986). Maintenance factors in coercive mother-child interactions: The compliance and predictability hypotheses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 13-22.
- Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy*, 16, 223-243.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A Comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550-553.
- Weikart, D. P., & Schweinhart, L. J. (1987). The High/Scope Cognitively Oriented Curriculum in early education. In J. L. Roopnarine & J. E. Hohnson (Eds.), *Approaches to early childhood education* (pp. 253-268). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Weikart, D., & Schweinhart, L. J. (1992). High/Scope preschool program outcome, J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 67-86). New York: Guilford.
- Weissberg, R. P., Caplan, M., & Harwood, R. L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 830-841.
- Weisz, J. R., Walter, B. R., Weiss, B., Fernandez, G. A., & Mikow, V. A.

- (1990). Arrests among emotionally disturbed violent and assaultive individuals following minimal versus lengthy intervention through North Carolina's Willie M. Program. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 58, 720-728.
- Wenar, C. (1984). Commentary: Progress and problems in the cognitive approach to clinical child psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 57-62.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- West, D. J. (1982). *Delinquency: Its roots, careers and prospects*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- West, M. O., & Prinz, R. J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 203-218.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A Critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.
- Williams, J. R., & Gold, M. (1972). From delinquent behavior to official delinquency. *Social Problems*, 20, 209-229.
- Wilson, H. (1980). Parental supervision: A neglected aspect of delinquency. *British Journal of Criminology*, 20, 203-235.
- Wolfgang, M. E., Figlio, R., & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a birth cohort*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wolkind, S., & Rutter, M. (1973). Children who have been "in care" - An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 97-105.

- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases* (ICD-10). Geneva: Author.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54.
- Zigler, E., Taussig, C., & Black, K. (1992). Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency. *American Psychologist*, 47, 997-1006.
- Zill, N., & Schoenborn, C. A. (1990, November). *Developmental, learning, and emotional problems: Health of our nation's children, United States 1988*. Advance Data: National Center for Health Statistics, Number 190.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547-556.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 65-78.

* * *