

الفصل الثالث

الاضطرابات الانفعالية

obeikandi.com

مقدمة

مما لاشك فيه أن الأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً لا يتسمون كما يرى فارمر وآخرون (Farmer et al. (2001) وفارمر (Farmer (2000) بالقدرة على تكوين واتخاذ الأصدقاء، وإنما نجدهم عادة ما يفشلون في إقامة علاقات انفعالية حميمة ومشبعة مع الآخرين، وقد يكون من الأسهل بالنسبة لهم أن يخفوا مشاعرهم، بينما نجد أنه عادة ما يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لمعظمهم أن يخبروا العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي الانفعالي مع عدم قدرة من جانب بعضهم الآخر على التحكم في انفعالاتهم، أو ضبط النفس وهو ما يسهم كثيراً في حدوث معاناتهم تلك .

ومن جهة أخرى فإننا نجد أن بعض هؤلاء الأفراد ينسحبون من المواقف أو التفاعلات الاجتماعية المختلفة، فيتحركون وفقاً لذلك بعيداً عن الآخرين . ومع استمرار مثل هذا الوضع فإنهم قد يفقدوا ما يكون قد تبقى لديهم من أصدقاء وهو ما يعني بطبيعة الحال عدم قدرتهم على الاحتفاظ بما يكونوا قد قاموا بتكوينه من صداقات، أو ما يكون قد تكون من صداقات حتى وإن لم يكن لهم دور في تكوينه . ونظراً لأن العلاقات الانفعالية الحميمة تقام استناداً على الاستجابات الاجتماعية المتبادلة فإن الناس عادة ما يفقدوا اهتمامهم بأولئك الأفراد الذين لا يستجيبون لتلك العروض الاجتماعية المقدمة لهم والتي يكون من الممكن بالنسبة لهم أن يقيموا من خلالها مثل هذه العلاقات حيث قد يتم تفسير ذلك على أنه رفض لمثل هذه العروض، وعدم رغبة من جانبهم في الاستجابة لها .

ومن الجدير بالذكر أن العديد من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية والذين عادة ما يعزلون عن الآخرين بسبب ذلك إنما يتسمون في الواقع بالعديد من السمات التي قد يكون من شأنها ألا تشجع أحداً على التقرب منهم مطلقاً حيث نجدهم على سبيل المثال يتسمون بعدم القدرة على التنبؤ بما سوف يفعلونه في

المواقف المختلفة، وعدم المسؤولية، ويمثلون مصدراً للضيق والقلق بالنسبة للآخرين فضلاً عما يتسمون به من سمات أخرى من أهمها الغيرة، وعدم القدرة على الوصول إلى تقدير موضوعي لمختلف المواقف التي قد يمرون بها، وغير ذلك من السمات المشابهة التي لا يمكن لها أن تجعل منهم مصدراً للسرور والسعادة، بل إنها قد تجعلهم مصدراً للبؤس والشقاء لأنفسهم ولغيرهم .

ومن الطبيعي أن نجد أن هؤلاء الآخرين بناء على ذلك يفضلون عدم قضاء أي وقت مع أطفال من هذا القبيل ما لم يكونوا مضطرين إلى ذلك حيث يرفضونهم ويبتعدون عنهم وهو الأمر الذي يحرمهم من أي فرصة يمكن أن يتعلموا من خلالها كيف يتصرفون بشكل مقبول إذ أننا عادة ما نلاحظ انخفاض معدل تلك الفرص التي تتاح أمام الطفل المرفوض للتعلم وتكوين الصداقات مع الآخرين . وبالتالي فإنه لا يتمكن من إقامة العلاقات الاجتماعية الحميمة معهم، ولن يستطيع أن يتواصل معهم بالشكل الذي يضمن تحقيق التبادل الاجتماعي المنتظر ممن هم في نفس سنه وفي جماعته الثقافية .

ولكن من أين تبدأ المشكلة إذن ؟ وهل تبدأ بتلك السلوكيات التي عادة ما تسبب الإحباط أو الغضب أو الإثارة للآخرين، أم أنها تبدأ بالبيئة الاجتماعية غير المريحة وغير المناسبة والتي تكون فيها الاستجابة الوحيدة المقبولة من الطفل هي الانسحاب أو الهجوم ؟ والواقع أن البحوث التي يتم إجراؤها في الوقت الراهن لم تتمكن للأسف من الإجابة بشكل قاطع على مثل هذه التساؤلات، ومع ذلك فإن أفضل طريقة في وقتنا الراهن للنظر إلى هذه المشكلة تتمثل في النظر إليها على أنها ليست في سلوك الطفل فحسب، ولا في البيئة فقط ، بل إن مثل هذه المشكلة إنما تظهر في الأساس نظراً لأن التفاعلات الاجتماعية المختلفة التي تحدث بين الطفل والبيئة الاجتماعية تعد غير مناسبة وهو ما يعتبر تفسيراً للمشكلة على أنها جانب سلبي في كل من الطفل والبيئة الاجتماعية التي يحيا فيها .

أما عن التربية الخاصة التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال فإنها عادة ما تسبب أو تتعرض للخط الخاطئ بين الأشياء إذ أن المصطلحات التي تستخدم في هذا المجال تتسم بعدم ثباتها فضلاً عن إساءة فهم التعريفات المقدمة . ومن جانب آخر فإننا نجد أن الاضطرابات الانفعالية تمثل بالتناوب أو بالتبادل مع الاضطرابات السلوكية

إحدى فئات التربية الخاصة حيث من الملاحظ كما أوضحنا في الفصل الثاني أن الاضطرابات السلوكية تتعلق بالجانب الخارجي من السلوك الذي يتم توجيهه من الفرد صوب الآخرين فيتحرك على أثر ذلك ضد الآخرين، أما الاضطرابات الانفعالية على الجانب الآخر فتتعلق بالجانب الداخلي أو المستدخل *internalizing* من السلوك والذي يدفع بالفرد إلى الابتعاد عن الآخرين فيتحرك بالتالي بعيداً عنهم، ويخبر العزلة والوحدة، ويعاني من جراء ما يحدث من سلوكيات سواء من جانبه أو من جانب غيره . كذلك يضيف كوفمان (٢٠٠١) Kauffman وواكر وآخرون (١٩٩٨) Walker et al أن تصنيف المشكلات السلوكية والانفعالية للأطفال لم يظهر سوى مؤخراً فقط عندما كشفت نتائج البحوث في هذا الميدان عن ذلك . كما أن العدد الأكبر من النظريات والآراء التي تتعلق بتلك الأسباب التي تكمن خلف هذه الاضطرابات، وأفضل الأساليب التي يمكن أن تتبع في علاجها يجعل من الصعب القيام بتصنيف تلك المفاهيم ذات الأهمية في هذا المجال . ومن هذا المنطلق فإن دراسة هذا الجانب من التربية الخاصة يتطلب ما هو أكثر من الكم العادي من المثابرة والتفكير الناقد حيث أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً عادة ما يأتون بمشكلات اجتماعية تعد غاية في الصعوبة، ومع ذلك ينبغي على المجتمع أن يجد لها حلاً مناسباً .

مفهوم الاضطرابات الانفعالية

لا تعد الاضطرابات الانفعالية مجرد سلوكيات غير مرغوبة أو غير ملائمة ولكنها تضم تفاعلات اجتماعية غير ملائمة تحدث بين الطفل أو المراهق من ناحية وبين البيئة الاجتماعية من ناحية أخرى . ومن المعروف أنه قد تم استخدام العديد من المصطلحات المختلفة للدلالة على الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً . أما التعريف المقترح لتلك الاضطرابات فيعرفها على أنها إعاقة تتسم بالاستجابات الانفعالية أو السلوكية للمدرسة التي تختلف عن تلك الاستجابات المناسبة للعمر الزمني، أو الثقافة، أو المعايير العرقية التي تؤثر سلباً على الأداء التربوي للطفل وهو ذلك الأداء الذي لا يعد مجرد الأداء الأكاديمي وما يرتبط به من مهارات، ولكنه يتضمن إلى جانبه المهارات الاجتماعية، والميول المهنية، والشخصية . كذلك فإن

مثل هذا الاضطراب ليس مجرد استجابة متوقعة أو مؤقتة للأحداث الضاغطة التي تواجه الطفل أو المراهق، كما أنه يظهر في أكثر من موضع وموقف واحد، ولا يستجيب للتدخل المباشر الذي يمكن أن يتم في الغالب في إطار مدارس التعليم العام . وأخيراً فإن هذا الاضطراب يغطي مجموعات تشخيصية متنوعة تتضمن اضطرابات السلوك أو التوافق التي تؤثر سلباً على الأداء التربوي والتي يمكن أن تتزامن في واقع الأمر مع إعاقات أخرى .

وكما أشرنا في الفصل الثاني فإن العلماء عادة ما يميزون في هذا المجال بين بعدين عامين للسلوك المضطرب هما البعد التجسدي الخارجي *externalizing* والبعد الداخلي أو المستدخل *internalizing* . وفي حين يتضمن السلوك التجسدي الخارجي الهجوم على الآخرين وإلحاق الأذى بهم أي أنه يكون بذلك موجهاً إلى خارج الفرد فإن السلوك المستدخل على الجانب الآخر يتضمن الصراعات الانفعالية أو العقلية مثل الاكتئاب والقلق الذين يكونا هما الأكثر شيوعاً وانتشاراً في هذا الإطار ويكون بذلك موجهاً إلى داخل الفرد . ومع أن بعض الباحثين قد توصلوا إلى وجود مزيد من الاضطرابات النوعية فإنها جميعاً تتضمن نفس البعدين الأساسيين للسلوك . وكما أشرنا من قبل فإن الفرد الواحد عادة ما يعاني من أحد هذين النمطين فقط ، ونادراً جداً ما نجد من يجمع بين النمطين حيث نجد أن الفرد قد يعتدي على الآخرين، وقد يقتل، أو يسرق، أو ما إلى ذلك، ومن ثم فهو لا يهاب منظر الدم مثلاً نظراً لإقدامه على القتل إذا ما تطلب الأمر منه ذلك، ولكننا على الطرف الآخر قد نجد شخصاً يخشى منظر الدم ويهابه حتى إذا ما رآه في التلفيزيون مثلاً، بل إنه قد يسبب له مشكلات كثيرة، ومن ثم فإنه لن يقدم على القتل مهما اضطرت الظروف . وإذا ما وجدنا في بعض الأحيان – وهذا ليس القاعدة بل الاستثناء – أنه إذا كان بإمكان بعض الأفراد أن يظهروا سلوكيات تتعلق بكلا البعدين فإن هذا لا يعني مطلقاً أنه يتم استبعاد البعدين بالتبادل بالنسبة لهم . فقد يظهر أحد الأطفال أو المراهقين العديد من تلك السلوكيات التي ترتبط بالمشكلات الداخلية أو المستدخلة كقصر مدى الانتباه، أو ضعف التأزر مثلاً إلى جانب العديد من السلوكيات التي ترتبط بالمشكلات التجسدية الخارجية أيضاً كالتشاجر، أو السلوك الفوضوي، أو مضايقة الآخرين على سبيل المثال كما تتضح لدى الأحداث الجانحين . وتعرف مثل هذه

الحالة بأنها تزامن *comorbidity* أي حدوث الحالتين معاً لدى نفس الفرد في ذات الوقت وهو أمر غير مستبعد في تلك الحالة . وإلى جانب ذلك فإن العديد من الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الانفعالي أو السلوكي قد يظهرون نمطاً واحداً فقط من السلوك اللاتكيفي وهو ما قد يظهر في أحد هذين النمطين فقط دون النمط الآخر . وربما يفسر ذلك اجتماع النمطين في فئة واحدة، وظهور كلمة (أو) فيها حيث تعرف هذه الفئة في إطار تلك الفئات التي تتضمنها التربية الخاصة بأنها فئة " الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية " . *behavior or emotional disorders* . وتؤكد الحكومة الفيدرالية كما تشير وزارة التربية الأمريكية (٢٠٠٠) أن حوالي ثلث الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية يعانون في ذات الوقت من إعاقة أخرى أيضاً .

ومن الملاحظ أن بعض المدارس تستخدم إجراءات فرز وتصنيف لتحديد أولئك التلاميذ المضطربين انفعالياً حتى يتم توفير الخدمات المناسبة لهم . وتضم إجراءات التحديد الفعالة لهؤلاء الأفراد تقديرات المعلمين، والملاحظة المباشرة لسلوك الأطفال. كما أنه غالباً ما يتم استخدام تقديرات الأقران أيضاً في هذا الصدد . كذلك فمن الملاحظ أن نسبة ذكاء التلميذ المتوسط الذي يعاني من هذا الاضطراب عادة ما تكون في المستوى المتوسط ، أما المدى الكلي لهؤلاء الأطفال فيتباين بدرجة كبيرة ما بين الإعاقة العقلية إلى الموهبة، كما أن معظم هؤلاء الأفراد يفتقرون بدرجات متفاوتة إلى القدرة على تطبيق معارفهم ومهاراتهم على متطلبات الحياة اليومية نظراً لما يخبرونه من مشاعر وإحساسات يكون من شأنها أن تجعل من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يقيموا علاقات إيجابية مع الآخرين، وأن يحققوا القدر المناسب من التوافق الاجتماعي الذي يمكن أن يساعدهم على أن يحققوا مستوى مناسباً من الصحة النفسية.

ومع أن التعديلات التي تم إدخالها عام ١٩٩٧ على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات قد نادت باستخدام التقييم الوظيفي للسلوك فإن عدم فهم هذا المصطلح بشكل دقيق جعل البعض يراه على أنه يعني استخدام إجراءات التقييم ذات الأهمية أو الفائدة، أو الإشارة إلى وظيفة أو معنى السلوك والذي قد يتطلب تدريب فني موسع لمعلمي التربية الخاصة . كذلك فإنه قد تم النظر إلى التدخلات السلوكية الإيجابية أو

تدعيم السلوك الإيجابي على أنه ذات أهمية كبيرة في إدارة تلك المدارس ككل إلى جانب أولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً . ومن جانب آخر فإن برامج التدخل المبكر تهدف إلى تقديم التشخيص المبكر للحالة، والوقاية من الاضطراب. ونظراً لأن أولئك الأفراد الذين تتم إحالتهم بعد ذلك إلى العيادة النفسية بسبب اضطرابهم الانفعالي أو السلوكي يبدون منذ وقت مبكر من حياتهم مشكلات سلوكية أو سلوكاً مشكلاً فإن التدخل المبكر يبدو ذا أهمية كبرى على أثر ذلك .

وأخيراً فإن برامج التربية الخاصة التي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين المضطربين انفعالياً تتنوع بدرجة كبيرة كذلك التي يتم تقديمها إلى أقرانهم المضطربين سلوكياً، كما أنها يجب أن تتسم بالفردية بسبب الفروق الشاسعة في معدلات ذكاء أولئك الأفراد، وخصائصهم السلوكية، ومستويات تحصيلهم، والظروف المحيطة بهم . كذلك فإن الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل وحياة الراشدين يعد أمراً صعباً بالنسبة لأولئك المراهقين المضطربين انفعالياً حيث أنه بجانب ذلك تتزايد معدلات التسرب من المدرسة بينهم، كما أن العديد من هؤلاء المراهقين يحتاج إلى برنامج تدخل طوال حياته .

تشخيص الاضطرابات الانفعالية

يشير عبدالرحمن سليمان وآخرون (٢٠٠٧) إلى أن أصل كلمة التشخيص في اللغة إنما تشتق من الفعل (شَخَّص) بمعنى فحص الشيء وعاینه . وقد شهد ميدان الطب بدايات استخدام هذا المصطلح، ثم ما لبث أن انتقل إلى بعض الميادين الأخرى التي تم تداوله فيها كميادين ومجالات العلاج النفسي، والإرشاد النفسي، والخدمة الاجتماعية، والتربية، والتعليم العلاجي وذلك على اعتبار أن المقصود من ذلك كله إنما يتمثل في تحديد نمط المشكلة، أو الاضطراب، أو المشكلة التي يعاني الفرد منها، والتي نتعامل معها إضافة إلى تحديد مدى حدتها حتى يتسنى لنا أن نحدد الوسائل والأساليب أو الاستراتيجيات المناسبة التي يمكن أن تساعدنا على تحقيق ما نصبو إليه من أهداف في هذا الخصوص والتي تكاد تتمثل في المقام الأول في تعديل السلوك .

وإذا كان التشخيص هو تلك العملية التي يتم بموجبها تحديد نمط الاضطراب الذي يعاني الفرد منه على أساس ما يبدو عليه من أعراض وعلامات محددة، وما نتبعه نحن من اختبارات وفحوص في سبيل ذلك، ثم التوصل بعد ذلك إلى تصنيف محدد وواضح للأفراد على أساس الاضطراب أو الخصائص المميزة لهم . وبالتالي فعندما نتحدث عن الاضطرابات الانفعالية فإننا نقصد أن نقوم بتصنيف الأفراد في مجموعات وفق نمط الاضطراب الانفعالي الذي يعانون منه .

ومن الجدير بالذكر أننا لكي نقوم بذلك فإن لدينا دليلين تشخيصيين يمكننا بموجب كل منهما أو أي منهما أن نصل إلى التشخيص الدقيق لما يمكن أن يعرض علينا من حالات . ويتمثل هذان الدليلان في وقتنا الراهن في التشخيص الدولي العاشر للأمراض ICD- 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) *World Health Organization WHO* ودليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة *DSM- IV* التي صدرت عام (١٩٩٤) عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي *American Psychiatric Association APA* فضلاً عن تلك المراجعة النصية *text revision* لذات الطبعة وذات الدليل والتي صدرت عام (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* عن الجمعية ذاتها . وقد تم تحديد تشخيص معين لكل اضطراب وفقاً لمجموعة معينة ومحددة من الأعراض وهو الأمر الذي سوف نوضحه بالنسبة لكل اضطراب سنقوم بتناوله خلال هذا الفصل الراهن .

تحديد السلوك المضطرب وتصنيفه وتقييمه

يذهب سالفيا وإيسلديك (٢٠٠١) *Salvia& Ysseldyke* إلى أن إجراءات التقييم التي يتم استخدامها في سبيل تحديد وتصنيف السلوك المضطرب تتباين كدالة للتوجهات النظرية التي ينتهجها القائمون بالقياس . وقد ذكرنا أن هناك وجهتي نظر رئيسيتين – الشخصية والسلوكية – سادت في تقييم الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية، ويبدو أنهما متضادتين قطبياً . فالمنظرون الذين يتناولون الشخصية مثلاً يستخدمون بشكل منتظم اختبارات الشخصية، ومقاييس أخرى للحالات الانفعالية كالاختبارات الإسقاطية، ومقاييس مفهوم الذات على سبيل المثال وذلك كجزء من

بطارية أكبر للتقييم تتألف من اختبارات الذكاء، والاختبارات التحصيلية، ومقاييس الإدراك الحركي، ومقاييس اللغة. ويفترض مثل هؤلاء المنظرون في الواقع كما يرى سالفيا وإيسلديك (1991) Salvia & Ysseldyke عدداً من الافتراضات على النحو التالي:

- ١- أن هناك أسباباً داخلية للسلوك.
- ٢- أن التعرف على مثل هذه الأسباب سيكون من شأنه أن يسهل من فهم السلوك العلني أو الصريح وتغيير السلوك.
- ٣- أن اختبارات الشخصية يمكن أن تساعد على إبراز الحالة الباثولوجية للفرد. ومن ناحية أخرى فإن المنظرين ذوي التوجه السلوكي كما يشير سالفيا وإيسلديك (1991) Salvia & Ysseldyke يرفضون بصراحة استخدام مقاييس الشخصية، وغيرها من مقاييس الحالات الانفعالية مدعين أن مثل هذه الأدوات خاطئة من الناحية النظرية، وتتسم بعدم الكفاءة الفنية حيث تفنقر إلى المعايير الكافية، والصدق، والثبات، كما أنها غير مرتبطة بما تتناوله من الناحية التعليمية. ولكنهم بدلاً من ذلك يعتمدون بشدة على الملاحظة المباشرة، وإجراء المقابلات السلوكية، والتقييمات المماثلة، ومقاييس السلوك المتدرجة.

وسوف نقوم في الجزء التالي بتفحص تلك الأساليب التي يستخدمها كل من الباحثين ذوي توجه الشخصية، ونظرائهم ذوي التوجه السلوكي. وسوف نبدأ بمراجعة تلك الإجراءات التي يتم استخدامها وإتباعها في سبيل فرز وتصنيف الأطفال في إطار الاضطرابات السلوكية التي يكون من المحتمل أن يتعرضوا لها، ثم نقوم بعد ذلك بمناقشة تلك الأساليب المتبعة في التعرف على هؤلاء الأطفال وتحديدهم مع إعطاء قدر خاص من الانتباه والاهتمام لأدوات التقييم التي يتم استخدامها في هذا المضمار على نطاق واسع.

(١) أساليب الفرز والتصنيف

يقوم معلم الفصل بصفة عامة بفرز وتصنيف الأطفال يومياً للتعرف على ما يمكن أن يوجد بينهم من مشكلات انفعالية أو سلوكية محتملة وذلك من خلال تفاعلاتهم اليومية في المدرسة. وفي هذا الإطار قد يتسم بعض الأطفال بالسلوك الفوضوي في

حين قد يتسم بعضهم الآخر بالنشاط الزائد، وقد يكون بعضهم الآخر عدواني، كما لا يزال البعض الآخر منهم سلبيًا، وغير توكيدي . وعندما تثبت مثل هذه الأنماط السلوكية مع مرور الوقت، أو تتذبذب في حداثتها يتم غالبًا إحالة الأطفال إلى العيادة النفسية حتى يتم فحصهم بصورة أكثر عمقًا . وتدل الدراسات التي تعتمد على الفرز والتصفيه كما يرى سالفيا وإيسلديك (٢٠٠١) Salvia & Ysseldyke أن المعلمين عادة ما يقوموا بإحالة ما بين ٣ - ٥ % تقريبًا من الأطفال في سن المدرسة إلى العيادة النفسية كي تتم إحالتهم إلى التربية الخاصة فيحصلون بذلك على تلك الخدمات التي ترتبط بها . ومع ذلك فإن أقل من نصف هذه الإحالات تتم في الأساس بسبب ما يصدر عن أولئك الأطفال من مشكلات انفعالية أو سلوكية . وفضلاً عن ذلك فإن الغالبية العظمى من هذا العدد من الأطفال الذين تتم إحالتهم إلى العيادة النفسية بسبب مثل هذه المشكلات يتسمون كما يرى واكر (١٩٩٥) Walker بأنهم يوجهون سلوكهم المشكل باتجاه الخارج *externalizers* أي أن سلوكهم بذلك يتم توجيهه منهم إلى الخارج أي إلى البيئة الخارجية بما فيها من أشياء وممتلكات، ومن فيها من أشخاص آخرين وهذا يعني أن مثل هؤلاء الأطفال تصدر عنهم في البيئة المدرسية أنماط سلوك أو سلوكيات لا تكيفية كالسلوك التنفيسي أو التمثيلي، *acting out* والنشاط المفرط، والسلوك الفوضوي، والعدوان من شأنها أن تثير الإزعاج والشغب داخل الفصل . وهنا بالتحديد تكمن إحدى المشكلات الرئيسية التي تصاحب استخدام الملاحظات غير الرسمية من جانب المعلم كأساس لتحديد السلوك المضطرب والتعرف عليه حيث يبدو أن السلوكيات الموجهة نحو الخارج أو السلوكيات الفوضوية فقط هي التي تسبب الإزعاج لمعلمي الفصل . ومن جهة أخرى فإن الأطفال الذين توجد لديهم مشكلات كامنة دالة موجهة نحو الداخل *internalizing* كالانسحاب المفرط على سبيل المثال نادراً ما تتم وفقاً لذلك إحالتهم إلى العيادة النفسية أو تحديدهم على أنهم مضطربين . ويمثل هذا الأمر في حد ذاته مشكلة كبيرة حيث تكشف البحوث الكثيرة التي تم إجراؤها في هذا الصدد عن أن مثل هؤلاء الأطفال يعدون من المعرضين لخطر مشكلات التوافق اللاحقة . وعلاوة على ذلك فإن هناك تبايناً كبيراً بين المعلمين في مستويات تحملهم لأنماط معينة من السلوك وتساؤلهم معها، وأن العديد من الأطفال قد تمت إحالتهم إلى العيادة النفسية بأسلوب غير مناسب من قبل معلمين يتسمون بمستويات متدنية للغاية من التسامح أو التحمل .

وإذا ما علمنا تلك الصعوبات أو المشكلات التي تصاحب استخدام أساليب الفرز والتصفية غير الرسمية مثل الأحكام الذاتية للمعلم فإن العديد من المعلمين يختلفون حول الفرز المنظم لجميع الأطفال في الفصول العادية باستخدام أساليب رسمية للفرز والتصفية . وقد وجد هؤلاء الباحثون باستخدام استمارة تقدير مختصرة للمعلم *AMI* أن تلك الأداة قد أدت إلى تحديد عدد من الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات لا تكيفية أكبر مما يقوم المعلمون بإحالتهم بشكل طبيعي إلى العيادة النفسية كي يتلقوا خدمات التربية الخاصة . ويعد مثل هذا المقياس البسيط والاقتصادي والذي يتمثل في تلك الاستمارة *AMI* على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لأنه يستغل معرفة المعلم بسلوك الطفل، كما أن تلك الأحكام التي يتم التوصل إليها وإصدارها عادة ما تتم بطريقة تتيح فرصة متكافئة أمام كل الاضطرابات السلوكية لتحديدتها والتعرف عليها . وإلى جانب ذلك هناك أنساق أخرى ممتازة للفرز والتصفية قد تم إعدادها في الأساس للاستخدام مع الأطفال في سن المدرسة أو مع أقرانهم في مرحلة ما قبل المدرسة . وهناك طريقة أخرى للفرز والتصفية تستخدم في سبيل التعرف على المشكلات الانفعالية أو السلوكية تتضمن قيام المعلم بتقييم الأطفال على امتداد أبعاد معينة مثل الكفاءة الاجتماعية، والسلوك الملائم في الفصل، والانسحاب الاجتماعي، والتحصيل. وتعد مثل هذه الطريقة دقيقة للغاية، ويمكنها التنبؤ بحالة الطفل على المقاييس المحكية . وجدير بالذكر أن الأطفال الذين يتم تقييمهم على أنهم يعدون بمثابة حالات طرفية بالنسبة للتوزيع التكراري يتم تقييمهم مرة أخرى بشكل أكثر دقة باستخدام أساليب معينة مثل مقاييس تقدير السلوك إلى جانب الملاحظة المباشرة . ومن المعروف أن تقديرات المعلم قد تتميز على إجراءات الفرز والتصفية العامة لأن مثل هذه التقديرات تتطلب تقديرات السلوك لجزء فقط من أولئك الأطفال الذين ينتظمون في الفصول العادية . ومن الملاحظ في هذا الإطار أن " نموذج جامعة أيوا لتقييم الاضطرابات السلوكية ؛ دليل التدريب " *The Iowa Assessment Model in Behavior Disorders; A Training Manual* يعد أحد أهم الوسائل الممتازة التي يمكن أن يتم بموجبها إجراء الفرز والتصفية، والتقييم اللازم لتلك الاضطرابات التي ترتبط بالمدرسة .

وربما يكون نسق الفرز المنظم للاضطرابات السلوكية *Systematic Screening for Behavior Disorders SSBD* الذي أعده واكر وسيفيرسون

(Walker & Severson, 1990) ومشروع الفرز المبكر *Early Screening Project ESP* الذي أعده واكر وسيفيرسون وفيل (Walker, Severson, & Feil, 1994) هما الأكثر إثارة بين أنساق الفرز والتصفية التي تم إعدادها في الوقت الراهن . ويعتبر هذان النسقان من أهم الأنساق متعددة الأبواب أو المراحل لفرز وتصفية الأطفال ممن تتراوح أعمارهم بين 3 - 11 سنة للتعرف على المضطربين انفعالياً أو سلوكياً منهم . وينبغي أن يمر الأطفال في هذه الأنساق خلال سلسلة من البوابات أو المراحل حيث يتم التأكد في النهاية من جدارتهم لتلقي الخدمات التربوية . ففي المرحلة الأولى من نسق الفرز المنظم للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية *SSBD* ينبغي على المعلم أن يقوم في الواقع بتقييم كل تلميذ على حدة في فصله، وتحديد رتبة معينة له وذلك وفقاً لمعدل انتشار تلك المشكلات الموجهة نحو الخارج ومثيلاتها الموجهة نحو الداخل . ولا ينتقل إلى المرحلة الثانية التي تعرف بدليل الأحداث الحرجة *Critical Events Index* سوى أعلى ثلاثة فقط من الأطفال في كل قائمة . ويجب أن يقوم المعلم خلال هذه المرحلة بتقييم وترتيب كل سلوك مما يأتي به الطفل في ضوء ثلاث وثلاثين بنداً تعكس في مجملها المعايير والتوقعات السلوكية العامة للمعلم . ولا ينتقل إلى المرحلة الثالثة سوى أولئك الأطفال الذين يتجاوزون المحكات المعيارية لدليل الأحداث الحرجة *CEI* حيث تتم خلال تلك المرحلة الملاحظات المباشرة والمتكررة لسلوكهم خلال أوقات العمل أو في أوقات أخرى غير أوقات العمل . وعند هذه النقطة نجد أن الأطفال الذين يتجاوزون تلك المحكات الفاصلة على مقياسي الملاحظة أو أحدهما فقط تتم إحالتهم إلى تقييم نال حتى يتم تحديد التصنيف المحتمل بالنسبة لهم . ويعتمد نسق الفرز المنظم للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية *SSBD* على إصدار أحكام منظمة من جانب المعلم تتعلق بالخصائص السلوكية للطفل في المرحلتين الأولى والثانية، ويستخدم بيانات ذات أسس معيارية يتم استخلاصها عن طريق الملاحظة كي يتم التوصل إلى تقييم واقعي ومستقل للوضع السلوكي للطفل في المواقف الأكاديمية ومواقف اللعب الحر خلال المرحلة الثالثة . ويتضاعف التأكد من صدق تلك النتائج التي تتعلق بالقرارات الخاصة بالفرز والتصفية في كل بوابة أو مرحلة عن طريق زيادة التقييم الأكثر تعقيداً وتكثيفاً خلال المراحل التالية .

ومن الجدير بالذكر أن الأدلة التي تم الحصول عليها بخصوص نسق الفرز المنظم للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية *SSBD* تبدو واحدة حيث اتضح على سبيل المثال أن الأدوات التي تؤلف ذلك النسق تعد ذات خصائص سيكومترية ممتازة. كما أن هذا النسق يحدد الأطفال المشكلين أي الذين يعانون من مشكلات انفعالية أو سلوكية في فصول التعليم العام وذلك بصورة ثابتة، كما يميز أيضاً بين الأطفال الذين يعانون من مشكلات موجهة نحو الخارج (سلوكية) وأقرانهم ممن يعانون من مشكلات موجهة نحو الداخل (انفعالية)، كما أنه يتمتع بنسب اتفاق عالية بين المصححين أو من يقومون بالتقييم من المعلمين وذلك فيما يتعلق بما يحدوده من تقديرات ورتب .

وقد أظهرت الدراسات التي تم إجراؤها في إطار نسق الفرز المنظم للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية *SSBD* أنه قد تم بموجبه وبشكل صحيح تصنيف حوالي ٩٠ % تقريباً من الأطفال الذين يعانون من مشكلات موجهة نحو الخارج، وأقرانهم ممن يعانون من مشكلات موجهة نحو الداخل فضلاً عن أقرانهم غير المعوقين والذين كانوا مقيدين في ثمانية عشر فصلاً من الفصول العادية . وطبقاً لما يراه كوفمان (١٩٩٩) *Kauffman* فإن هذا النسق يعد من أكثر الأدوات المستخدمة في هذا الإطار تنظيمياً، كما أنه تم إعداده بصفة كلية في سبيل فرز وتصفية الأطفال لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية المحتملة بينهم . وقد تم بعد ذلك كما يرى كل من فيل وبيكر (١٩٩٣) *Feil & Becker* وسنكلير وآخرين (١٩٩٣) *Sinclair et al.* وواكر (١٩٩٥) *Walker* استحداث صيغ جديدة من هذا النسق بإدخال تعديلات عديدة عليه مثل مشروع الفرز المبكر *Early Screening Project ESP* وتم اختبار تلك الصيغ في الميدان أي في أرض الواقع، كما تم تقييمها للتأكد من ملاءمتها الفنية للاستخدام مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة .

(٢) أساليب التعرف على المضطربين انفعالياً أو سلوكياً وتحديدهم

بمجرد أن يتم فرز وتصفية الأطفال للتعرف على الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية المحتملة بينهم وتحديدها يرى روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) *Rosenberg*

et al. أنه عادة ما تتم إحالتهم إلى نوع من التقييم أكثر تكثيفاً . وفي هذه المرحلة تقوم فرق البحث التي تتولى فحص الطفل بجمع معلومات إضافية تتعلق بالتقييم حتى يتمكنوا من تقرير ما إذا كان بوسع مثل هذا الطفل أن يستفيد من تلك الخدمات التي ترتبط بالتربية الخاصة أم لا (أي التحديد)، وإذا اتضح أن بوسعه أن يستفيد منها فيتم تحديد فئة التشخيص التي ينتمي إليها ويندرج تحتها (أي التصنيف) . ومن جهة أخرى فإن هذه المرحلة تشهد أيضاً اختلاف القائمين بالتقييم في أساليب التقييم التي يتبنونها وفقاً للنظرية التي يتبعونها . وسوف نقوم هنا في البداية بوصف بعض الأساليب الأولية التي يستخدمها أولئك الأفراد الذين يقومون بالتقييم ويكونوا موجّهين في الأساس بالشخصية *personality- oriented* ثم ننتقل بعد ذلك إلى تلك الإجراءات التي يشيع استخدامها بين القائمين بالتقييم ممن يتسمون بوجهتهم السلوكية . ومع ذلك يرى سالفيا وإيسلديك (١٩٩١) Salvia & Ysseldyke أننا يجب أن نلاحظ أن استخدام تقييم الشخصية قد تناقص بصفة أساسية بين من يرتكزون في التقييم على تلك المدرسة خلال السنوات الخمس والعشرين السابقة في حين شهد الميدان زيادة متزامنة في استخدام أساليب الملاحظة المباشرة .

أولاً : أساليب القياس والتقييم الموجهة بالشخصية

personality- oriented assessment methods

كما ذكرنا سابقاً فإن الغرض الأولي من تقييم الشخصية يتمثل في التوصل إلى ذلك السبب أو تلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية . ومن الناحية التاريخية نلاحظ أن أصحاب نظريات الشخصية قد اعتمدوا على مجموعة مختلفة من طرق وأساليب التقييم أهمها مقاييس الشخصية، والاستبيانات، والأساليب الإسقاطية، ومقاييس مفهوم الذات . ومن أهم مقاييس الشخصية الأكثر شيوعاً واستخداماً ما يلي :

(أ) المقاييس العامة للشخصية والنمو الانفعالي :

- مقياس كاليفورنيا السيكلوجي (جوف ١٩٨٧ ، Gough) .

- اختبار كاليفورنيا للشخصية (ثوربي وآخرون ١٩٥٣ ، Thorpe et al.) .

- استبيان الشخصية المدرسية المبكرة (كوان وكاتيل ١٩٧٠ Coan& attell,).
- جدول إدواردز للتفضيلات الشخصية (إدواردز ١٩٥٩, Edwards).
- مقياس إدواردز للشخصية (إدواردز ١٩٦٦, Edwards).
- مقياس آيزنك للشخصية (آيزنك وآيزنك ١٩٦٩ Eysenck& Eysenck,).
- اختبار العلاقات الأسرية (بيني وأنتوني ١٩٥٧, Bene& Anthony).
- استبيان الشخصية لطلاب الصفوف الأولى والنهائية بالمدارس العليا (كاتيل وآخرون ١٩٦٩, Cattell et al.).
- اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (هاثاواي وماك كينلي ١٩٦٧, Hathaway& McKinley).
- استبيان العوامل الستة عشر للشخصية (كاتيل وآخرون ١٩٧٠, Cattell et al.).

(ب) الأساليب الإسقاطية :

- اختبار بيندر جشطلت البصري الحركي (بيندر ١٩٣٨, Bender).
- اختبار صور بلاكي (بلوم ١٩٦٧, Blum).
- اختبار تفهم الموضوع للأطفال (بيلاك وبيلاك ١٩٦٥, Bellak& Bellak,).
- اختبار رسم الشخص (أوربان ١٩٦٣, Urban).
- اختبار بقع الحبر لهولتزمان (هولتزمان ١٩٦٦, Holtzman).
- اختبار المنزل والشجرة والشخص (بوك وجوليز ١٩٦٦, Buck& Jolles,).
- اختبار رسم الأشخاص *human figures* (كوبيتز ١٩٦٨, Koppitz).
- اختبار بقع الحبر لرورشاخ (رورشاخ ١٩٦٦, Rorshach).
- اختبار التفهم المدرسي (سولومون وستار ١٩٦٨, Solomon& Starr).
- اختبار تفهم الموضوع *TAT* (موراي ١٩٤٣, Murray).

(ج) مقاييس مفهوم الذات :

- مقياس بيرز- هاريس لمفهوم الذات للأطفال (Piers & Harris, 1969).

- مقياس تينيسي لمفهوم الذات (فيتس 1965) (Fitts).

وسوف نقوم بإلقاء نظرة سريعة على أهم هذه المقاييس، والغرض الأساسي من استخدامها، وأهم المجالات التي يمكن أن نقوم باستخدامها فيها، والفئة أو الفئات التي يتم تطبيقها عليها وذلك فيما يلي .

١- مقاييس الشخصية والنمو الانفعالي

تم تصميم وإعداد مقاييس الشخصية في الأصل حتى يتمكن من إجراء القياس الموضوعي للخصائص الانفعالية للأفراد . وباستثناء مقياس الشخصية للأطفال الذي أعده ويرت وآخرون (Wirt et al. 1984) فإن معظم مقاييس الشخصية قد تم في واقع الأمر تصميمها وإعدادها للمراهقين والراشدين . وسوف نستعرض باختصار فيما يلي بعض مقاييس الشخصية الأكثر شيوعاً واستخداماً .

أ- اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية

Minnesota Multiphasic personality Inventory (MMPI)

أعد هذا المقياس في الأصل هاثاواي وماك كينلي (Hathaway & McKinley 1967) ويعد أحد أكثر مقاييس الشخصية شعبية وشيوعاً واستخداماً، وقد تم إعداده للاستخدام مع الأفراد الذين تبلغ أعمارهم ١٦ عاماً فأكثر . ويتألف هذا المقياس من ٥٥٦ عبارة يجاب عنها بنعم أم لا ، ويحدد الاختبار درجات لتسعة مقاييس إكلينيكية، وثلاثة مقاييس للصدق . وتضم المقاييس الإكلينيكية توهم المرض، *hypochondriasis* والهوس الخفيف، *hypomania* والاكتناب، *depression* والهستيريا، *hysteria* والفصام، *schizophrenia* والبارانويا، *paranoia* والانحراف السيكوباتي، *psychopathic deviate* والميكوسينيا أو الوهن النفسي، *psychoasthenia* والذكورة والأنوثة . *masculinity-femininity* بينما نجد أن اختبارات الصدق الثلاثة قد تم تصميمها للتأكد من مدى

صدق الاستجابات التي يقدمها المفحوص، وتتمثل هذه الاختبارات في اختبارات الدفاع والحماية، *defensiveness* وعدم التكرار، *infrequency* والكذب *lie*. وقد تم توجيه النقد إلى اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية *MMPI* كغيره من مقاييس الشخصية وذلك لعدم الكفاءة الفنية وخاصة البيانات غير الكافية التي تتعلق بصدقه. كما أن هذا الاختبار يستهلك وقتاً طويلاً لتطبيقه وتفسيره، وأن بنوده تعتبر عرضة للشك بسبب تأثير المرغوبية الاجتماعية.

ب- اختبار كاليفورنيا السيكولوجي (الطبعة الثالثة)

California Psychological Inventory

أعد هذا الاختبار جوف (1987) Gough وهو مقياس آخر من مقاييس الشخصية الشائعة، ويتألف من 434 بنداً من نوع الصواب أو الخطأ، ويمكن تطبيقه على الأفراد بداية من سن 14 سنة من العمر فأكثر. ومثل اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية *MMPI* فإن اختبار كاليفورنيا السيكولوجي *CPI* يعطي درجات على مقاييس للشخصية وأخرى للصدق. وتضم مقاييس الشخصية المتضمنة عشرين مقياساً هي السيطرة، والقدرة على تحقيق المنزلة والاحتفاظ بها، والاجتماعية، والحضور الاجتماعي، وتقبل الذات، والاستقلالية، والتعاطف، والمسئولية، والتنشئة الاجتماعية، وضبط النفس، وتكوين الانطباع الجيد، واحترام الملكية الجماعية، والرفاهية، والتسامح، والإنجاز عن طريق التكيف مع العادات والقواعد والأساليب السائدة، والإنجاز عن طريق الاستقلال، والكفاءة العقلية، والاستعدادات أو الميول النفسية، والمرونة، والذكورة والأنوثة. أما مقاييس الصدق الثلاثة فهي الملكية العامة، وتكوين الانطباع الجيد، والرفاهية. ويؤيد الباحثون استخدام هذا المقياس رغم وجود بعض الحشو والإسهاب بين بعض المقاييس المتضمنة فيه.

ج- مقياس الشخصية للأطفال *Personality Inventory for Children*

أعد هذا المقياس في الأصل ويرت وآخرون (1984) Wirt et al. ويتألف من 600 بنداً، وقد أعد خصيصاً للاستخدام مع الأطفال ممن تتراوح أعمارهم بين 3 - 16 عاماً. ويجيب والد الطفل المحول إلى العيادة النفسية عن هذا الاختبار،

ويتم تسجيل الدرجات على مدى ثلاثة عشر بر وفيلاً، وثلاثة مقاييس للصدق . وبخلاف العديد من المقاييس الأخرى للشخصية فإن هذا المقياس يعطي معلومات أساسية تتعلق بالخصائص الفنية للاختبار، كما يبدو أن له معايير كافية باستثناء مستوى ما قبل المدرسة . ومع ذلك فقد تم توجيه النقد إليه بخصوص صدقه، والثبات المنخفض للمصححين .

٢ - الأساليب الإسقاطية

تعد الأساليب الإسقاطية هي ثاني أسلوب رئيسي للقياس والتقييم يستخدمه منظرو الشخصية، وتعمل مثل هذه المقاييس من الناحية النظرية كما يرى سالفيا وإيسلديك (٢٠٠١) Salvia & Ysseldyke على قياس بعض الخصائص الانفعالية الأساسية للأفراد التي عادة ما يكون من المعتقد بالنسبة لها أن تظهر وتتجلى من خلال إسقاطات أفكار أو مشاعر أو حاجات أو دوافع الأفراد أو كل هذه الإسقاطات حول تلك المثيرات الغامضة التي تعرض عليهم إذ يتم من الناحية التقليدية تقديم بعض المثيرات الخاصة للأفراد مثل صور بقع الحبر، وتداعي الكلمات، وبعض الجمل المكتملة جزئياً، وبعض الرسومات الغامضة، ويجب عندئذ على مثل هؤلاء الأفراد أن يقوموا بالاستجابة عليها عن طريق وصف ما يرونه، أو تكلمة الكلمات الناقصة، أو النطق بأول شيء يطرا على بالهم . ويتم بعد ذلك تفسير استجاباتهم من جانب بعض الأخصائيين المدربين حتى يصلوا إلى السبب الحقيقي لما يعانوه من مشكلات، ويتأكدوا من ذلك .

وعلى الرغم من أن الاختبارات الإسقاطية مازالت تستخدم في التربية الخاصة وخصوصاً مع الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً فإن أهميتها في هذا المجال تعد في الواقع موضع شك وجدال إلى حد بعيد . وهناك مشكلات رئيسية تصاحب استخدام مثل هذه الاختبارات الإسقاطية تتمثل أهمها في خصائصها الفنية غير الكافية كالمعايير والصدق والثبات، وعدم ارتباطها بالتعليم، وطبيعتها المضطربة أو المستهلكة للوقت وذلك فيما يتعلق بتطبيقها وتفسيرها . وفيما يلي نستعرض باختصار بعض هذه المقاييس الإسقاطية الأكثر شيوعاً واستخداماً .

أ- اختبار بقع الحبر لرورشاخ *Rorschach Ink Blot Test*

أعد هذا الاختبار في الأصل رورشاخ (١٩٣٢) Rorschach ويتألف من عشر بقع حبر يتم تقديم واحدة منها للفرد في كل مرة ليسجل ما يراه في كل بقعة منها . ويتم بعد ذلك تقدير درجة معينة للاستجابة وفقاً لمحتواها، وموقعها، ومكوناتها . وعلى الرغم من ضرورة الحصول على قدر أساسي من التدريب والخبرة الإكلينيكية حتى يتم تفسير الاستجابة على هذا الاختبار فإن جميع التفسيرات المقدمة تظل محل شك بسبب عدم الكفاية الفنية لهذه الطريقة في التقييم .

ب- اختبار رسم الأشخاص *Human Figures Drawing Test*

أعد هذا المقياس في الأساس كوبيتز (١٩٦٨) koppitz ويعتبر من الاختبارات الإسقاطية الشائعة، وغالباً ما يتم تطبيق هذا الاختبار في بداية جلسة التقييم الخاصة بالفرد، وقد تم إعداده كي يعمل على إذابة الجليد، أو لكي يحقق للفرد نوعاً من الراحة . وعادة ما يطلب المختبر من الطفل أن يرسم صورة إنسان، ثم يتم تقدير درجة لما يقدمه من رسومات في ضوء وجود أو عدم وجود ثلاثين مؤشراً انفعالياً تم تحديدها . ومرة أخرى تؤكد على ضرورة توخي الحذر والحيطه عند تفسير تلك النتائج التي يمكن أن نحصل عليها من جراء استخدام هذا الأسلوب من أساليب التقييم نظراً لأن عدم الكفاية الفنية عادة ما يكون من شأنها أن تحد من صدق وثبات تلك التفسيرات التي يقوم بها الأخصائي .

ج- اختبار تفهم الموضوع للأطفال *Children's Appreciation Test* (CAT)

أعد هذا الاختبار بيلاك (١٩٩٢) Bellak وهو من الأساليب الإسقاطية شائعة الاستخدام، ويتألف من مجموعتين من البطاقات التي تعمل في الأساس كمثيرات، تضم المجموعة الأولى عشر بطاقات تصور حيوانات في مواقف مختلفة بينما نجد أن المجموعة الثانية تضم عشر صور بشرية . وينبغي على الأطفال أن يقوموا بوصف ما يحدث في كل صورة، ثم يتم تقدير درجة لاستجاباتهم وتفسيرها في ضوء

موضوعات انفعالية معينة . وعلى الرغم من أنه قد تم تطوير بعض الأنساق الكمية لتقدير الدرجات فإن تفسير الاستجابات على هذا الاختبار لا يزال ذاتياً إلى حد بعيد .

٣- مقاييس مفهوم الذات *Self- concept Measures*

تعد مقاييس مفهوم الذات هي طريقة التقييم الأولية الثالثة التي يستخدمها منظرو الشخصية . وتعتمد مثل هذه الأدوات في الأساس على التقييم الذاتي والتقرير الذاتي وذلك على الرغم من أن بعض الاختبارات المتضمنة يمكن أن يقوم الوالدان أو المعلمون بإكمالها والاستجابة عليها . وفي هذه الاختبارات يتم تقديم جملة معينة للفرد من قبيل " أشعر أحياناً بالوحدة " ، ويصبح عليهم أن يقبلوا تلك العبارة أو يرفضوها، أو يوضحوا الدرجة التي تصف بها تلك العبارة مشاعرهم كما هو الحال بالنسبة لتلك المقاييس التي تسير على نمط ليكرت . *Likert- type scales* وجدير بالذكر أن المنطق الذي يكمن خلف قياس مفهوم الذات يعد مباشراً وصريحاً إلى حد بعيد حيث أن تلك الطريقة التي يشعر بها الأفراد نحو أنفسهم سوف تؤثر بالقطع على كيفية تصرفهم . أما في حالة الأطفال والمراهقين الذين يعانون من المشكلات الانفعالية أو حتى السلوكية فعادة ما يكون من المفترض أن يؤدي تدني مفهوم الذات إلى سلوكهم اللاتكفي . وفضلاً عن تلك الأمور التقليدية التي تتعلق بالكفاءة الفنية لمقاييس مفهوم الذات فإن تلك المقاييس تواجه أيضاً مشكلة أخرى تتمثل في المرغوبة الاجتماعية *social desirability* بمعنى أن العديد من الأفراد قد يجيبوا على تلك البنود التي يتضمنها مقياس مفهوم الذات بالطريقة التي يعتقدون أن الآخرين يتوقعون منهم أن يستجيبوا بها وليس بالطريقة التي تعكس ما يشعرون به في الواقع . ويعمل مثل هذا الأمر بطبيعة الحال على الحد من صدق الاستجابات المعطاة . وسوف نعرض باختصار لأكثر مقاييس مفهوم الذات شيوعاً واستخداماً .

- مقياس بيرز- هاريس لمفهوم الذات للأطفال

Piers - Harris children's self - concept

أعد هذا المقياس بيرز و هاريس (١٩٨٤) Piers & Harris وهو يعتبر من أشهر مقاييس مفهوم الذات التي يتم استخدامها في المواقف التربوية المختلفة . وقد تم

تصميم وإعداد هذا المقياس ليتم تطبيقه على الأطفال في الصفوف من الرابع إلى الثاني عشر كي يقيس مشاعرهم حول وضعهم الدراسي ، والعقلي ، والمظهر الجسمي والخصائص الجسمية، ومستويات القلق، والشعبية، والسعادة والرضا، والسلوك العلني أو الصريح . وينبغي على الأفراد أن يقوموا بقراءة ثمانين عبارة هي مجمل ما يتألف منه المقياس من عبارات، وأن يقوموا بالاستجابة على كل منها إما بنعم أو لا . وتعكس الدرجات التي يتم الحصول عليها في أي جانب من المقياس فكرة الأفراد عن قدرتهم في هذا الجانب أو ذلك . وعموماً فإن هذا المقياس يتسم بدرجة معقولة من الثبات على الرغم من أن صدقه لا يصل إلى مثل هذه الدرجة حيث يعد المقياس على درجة محدودة من الصدق .

ثانياً : أساليب القياس والتقييم ذات التوجه السلوكي

Behaviorally Oriented Assessment Methods

نادراً ما يستخدم القائمون بالتقييم السلوكي مقاييس الشخصية، أو الاختبارات الإسقاطية، أو مقاييس مفهوم الذات وذلك على العكس من نظرائهم الإكلينيكين . وبدلاً من ذلك فإنهم يعتمدون بشدة على المقاييس المباشرة للسلوك كالملاحظة المباشرة، والمقابلات السلوكية، والتقييم القياسي، *analogue* ومقاييس تقدير السلوك . وفيما يلي سوف نعرض لبعض أهم المقاييس الرئيسية لتقدير السلوك التي يتم استخدامها في المدارس في الوقت الراهن .

***Behavior Rating Scales* مقاييس تقدير السلوك**

هناك العديد من مقاييس تقدير السلوك التي يتم استخدامها في الوقت الراهن مع أولئك الأطفال الذين يواجهون مشكلات بين شخصية أو اجتماعية في المدارس . وتعد تقديرات الوالدين والمعلمين أو أي منهما للمشكلات الانفعالية أو السلوكية شائعة إلى حد كبير، وقد يرجع ذلك جزئياً إلى سهولتها النسبية في التطبيق . ومع ذلك فإن مقاييس التقدير تتباين بدرجة كبيرة في كل من المجالات التي يتم تقييمها وفي النمط الذي تحدده للاستجابة . فعلى سبيل المثال نلاحظ بصورة جلية أن بعض هذه المقاييس مثل قائمة المشكلات السلوكية المعدلة *Revised Problem*

Behavior Checklist RPBC التي أعدها كل من كواي وبيترسون (1987) *Quay & Peterson* وقائمة واكر لتحديد المشكلات السلوكية *the Walker Problem Behavior Identification Checklist WPBIC* التي أعدها واكر (1983) *Walker* وقائمة سلوك الأطفال *Child Behavior Checklist CBC* التي أعدها أكينباتش (1991) *Achenbach* قد تم إعدادها في الأساس لتحديد العديد من الأبعاد التي يتضمنها السلوك المشكل مثل مشكلات الانتباه، والعدوان، والقلق والانسحاب. بينما نجد أن بعض المقاييس الأخرى مثل استبيان كونرز المختصر للوالد والمعلم *Conners' Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire CAPTQ* الذي أعده كونرز (1973) *Conners* يركز على نمط واحد من المشكلات السلوكية كالنشاط المفرط على سبيل المثال. وعلى نفس الشاكلة فإن بعض مقاييس تقدير السلوك تتطلب أن تتم الإجابة عنها باستجابة تقديرية بسيطة إما بنعم أو لا وذلك لتحديد حدوث أو عدم حدوث سلوكيات معينة. وفي ذات الوقت فإن بعضها الآخر يتطلب في الواقع تحديد استجابة نوعية أو كيفية مثل (تنطبق تماماً - تنطبق إلى حد ما - لا تنطبق) أو استجابة كمية تتراوح بين (لا تحدث مطلقاً) إلى (تحدث بصورة مستمرة). كذلك فإن المقياس التقديري الذي يتم اختياره يجب أن يتحدد وفقاً لنمط المعلومات التي نرغب في معرفتها إلى جانب كفاءته الفنية. وفيما يلي أهم مقاييس تقدير السلوك وأكثرها شيوعاً واستخداماً وهي التي يتم استخدامها كما أوضحنا مع الأطفال الذين يواجهون مشكلات بين شخصية أو اجتماعية في المدارس.

- مقياس تقييم السلوك (ماك كارني ولايف 1983، *McCarney & Leigh*).
- مقياس تقدير السلوك (براون وهاميل 1978، *Brown & Hammill*).
- مقياس بوركس لتقدير السلوك (بوركس 1969، *Burks*).
- قائمة سلوك الأطفال (أكينباتش 1991، *Achenbach*).
- استبيان كونرز المختصر للوالد والمعلم (كونرز 1973، *Conners*).
- مقياس ديفيرو *Devereux* لتقدير السلوك للمراقبين (1967، *Spivack et al.*).

- مقياس ديفيرو و *Devereux* لتقدير السلوك للأطفال (1966) Spivack & (Swift).

- قائمة المشكلات السلوكية المعدلة (كواي وبيترسون 1987) Quay & (Peterson).

- مقياس سلوك الأطفال (فينتر وآخرون 1966) (Vinter et al.).

- مقاييس السلوك الاجتماعي المدرسي (ميريل 1993) (Merrell).

- نسق تقدير المهارات الاجتماعية (جريشام وإليوت 1990) Gresham & (Elliot).

- مقياس واكر - ماكونيل للكفاءة الاجتماعية والتوافق المدرسي (واكر وماكونيل 1995) (Walker & McConnell).

- قائمة واكر لتحديد المشكلات السلوكية (واكر 1983) (Walker).

وسوف نقوم بإلقاء نظرة سريعة على أهم هذه المقاييس، والغرض الأساسي من استخدامها، وأهم المجالات التي يمكن أن نقوم باستخدامها فيها، والفئة أو الفئات التي يتم تطبيقها عليها وذلك فيما يلي .

أ- قائمة واكر لتحديد المشكلات السلوكية

Walker Problem Behavior Identification checklist

أعد هذه القائمة واكر (1983) Walker وقد تم تصميمها وإعدادها في الأساس في سبيل معرفة وتحديد المشكلات السلوكية والانفعالية للأطفال من الصف الرابع وحتى الصف السادس . وتتألف هذه القائمة من خمسين سلوكاً يتم في الواقع ملاحظتها في المواقف المدرسية المختلفة . ويقوم بعض الأفراد الذين يألفون الطفل الذي يتم إحالته إلى العيادة النفسية بتحديد ما إذا كانت قد تمت ملاحظة ذلك الطفل وهو يبدي مثل هذه السلوكيات أم لا . ويعمل هذا المقياس على قياس وتقييم خمس فئات من المشكلات السلوكية والانفعالية تتمثل فيما يلي :

١- السلوك التنفيسي أو التمثيلي . *acting out*

٢- الانسحاب .

٣- تشتت الانتباه .

٤- اضطراب العلاقة مع الأقران .

٥- عدم النضج .

ويحصل الطفل على درجة في كل عامل منها، ثم تتم بعد ذلك مقارنة تلك الدرجات بدرجات العينة المعيارية . ومن المهم أن نؤكد كما يرى واكر (١٩٨٣) Walker أن هذه القائمة لم يتم تصميمها في الأصل كي يتم بموجبها تصنيف الأطفال، ولكنها بدلا من ذلك تستخدم في الواقع كأداة سريعة لفرز وتصنيف الأطفال حتى يتمكن من القيام بتحديد من يعدون منهم في حاجة إلى قدر أكبر من التقييم المتعمق . وطبقاً لما يذهب إليه ويت Witt وزملاؤه (١٩٨٨) فإن هذه القائمة تعد من المقاييس التي تتمتع بقدر من الصدق والثبات النسبي حيث يمكن بموجبها أن نميز بين الأطفال المشكلين أو حتى المضطربين سلوكياً وأقرانهم غير المشكلين أو غير المضطربين، كما أنها تتناول تلك المشكلات السلوكية ذات الصلة المباشرة بالمواقف التعليمية . ومن أهم المزايا التي تتمتع بها تلك القائمة كما يرى واكر Walker (١٩٩٥) ذلك العدد الصغير من العبارات التي تتألف منها، وسهولتها النسبية في التطبيق . أما أهم أوجه القصور الخاصة بها فتتمثل في عدم وجود قاعدة بيانات معيارية على المستوى القومي تتعلق بها .

ب- قائمة المشكلات السلوكية المعجلة

Revised Behavior Problem Checklist RBPC

أعد هذه القائمة كواي وبيترسون (١٩٨٧) Quay & Peterson وتتألف من ٨٩ عبارة، وقد تم تصميمها في سبيل التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية للأطفال والمراهقين وتحديدها . ويمكن أن يقوم الوالدان أو أحدهما، أو المعلمون، أو أي أفراد آخرون يألفون الطفل ويكونوا على دراية به كالعائنين على رعايته مثلا بالاستجابة على هذا المقياس . وتضم تلك القائمة ستة عوامل أو أبعاد للمشكلات السلوكية والانفعالية هي :

١- الاضطرابات السلوكية .

٢- العدوان الجماعي .

٣- مشكلات الانتباه - عدم النضج .

٤- القلق - الانسحاب .

٥- السلوك الذهاني .

٦- الحركة المفرطة .

ويحصل الأطفال على درجات خام في كل عامل من هذه العوامل الستة، ثم تتم مقارنة تلك الدرجات بالبيانات التي تشتق أو يتم استخلاصها من البحوث والدراسات الإمبريقية التي يتم إجراؤها باستخدام القائمة . أما الدليل الخاص بالقائمة فيتضمن النتائج الخاصة بتقديرات الوالدين والمعلمين لكل من العينات العادية والإكلينيكية من الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ - ١٨ سنة . وتعد هذه القائمة كمقياس تقديري للسلوك على درجة منخفضة من المعيارية نظراً لانخفاض مستوى كفاءتها الفنية حيث تعتبر على درجة محدودة من الصدق والثبات على الرغم من أن النسخة المبكرة من هذه القائمة والتي صدرت في عام ١٩٦٧ كانت تتمتع بدرجة معقولة من الكفاءة الفنية . وعلى نفس المنوال فإن عدد العبارات المتضمنة، وطول الوقت المطلوب للإجابة على تلك القائمة يعتبران من أهم أوجه القصور التي تتسم بها . ومع ذلك فلا يزال من الممكن أن يتم استخدام هذه القائمة خلال إطار مرجعي المحك، أو يتم بموجبها إجراء المقارنة بين تلك التقديرات الخاصة بالعديد من الأطفال في ذات الفصل، كما يمكن القيام بكل الأمرين في ذات الوقت .

ج- قائمة سلوك الأطفال *Child Behavior Checklist CBC*

أعد أكينباتش (١٩٩١) Achenbach هذه القائمة كي يتم استخدامها مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ - ١٨ سنة . وتعد هذه القائمة هي أكثر مقاييس تقدير السلوك شمولاً في سبيل تقييم سلوك الأطفال والمراهقين، وأكثرها تمتعاً بدرجة عالية من الكفاءة الفنية . وتتألف هذه القائمة من مائة وعشرين سلوكاً مشكلاً، وعشرين عبارة للكفاءة، ويمكن أن يقوم أحد الوالدين، أو المعلم بتقدير سلوك الطفل أو المراهق على هذه القائمة . ويقدم الدليل الخاص بالقائمة معايير مستقلة للبنين وأخرى للبنات وذلك في اثنين من المستويات العمرية تتراوح الأولى من ٤ - ١١ سنة، والثانية من ١٢ - ١٦ سنة . وتضم القائمة عاملين أو كبيرين هما الأعراض السلوكية المرضية الموجهة نحو الخارج، والأعراض السلوكية المرضية

الموجهة نحو الداخل . فضلاً عن ذلك فإن كل عامل من هذين العاملين يتألف من عدد من العوامل الخاصة التي تتباين كدالة لكل من الجنس والمستوى العمري . وتوجد مجموعة من العوامل الخاصة التي تؤلف متلازمة الأعراض المرضية السلوكية الموجهة نحو الخارج، ومجموعة أخرى تؤلف متلازمة الأعراض المرضية السلوكية الموجهة نحو الداخل . ويحصل الطفل على درجة معينة على كل عامل من تلك العوامل الخاصة، ثم يتم عرض هذه الدرجات في البروفيل المعدل لسلوك الطفل *Revised Child Behavior Profile RCBP* أو الجانب الانفعالي لديه والذي يتضمن هو الآخر معايير محددة يتم إجراء المقارنة بين الأطفال والمراقبين في ضوءها .

وتعد هذه القائمة بمثابة مقياس تقديري للوالدين يستخدم في سبيل التعرف على المشكلات الانفعالية والسلوكية للأطفال والمراقبين وتحديدًا، وأنه يتمتع بجودة التصميم، والبناء، والاستغلال الجيد في البحوث والدراسات المختلفة . ويمكن استخدام هذه القائمة أيضاً في قياس المشكلات السلوكية والانفعالية عبر مختلف المواقف كالمواقف المنزلية والمدرسية، وفي تحديد أولويات الأغراض المحتملة للتدخل . وتتمثل أهم جوانب قوتها في الاهتمام الواعي بالخصائص السيكومترية وذلك على الرغم من أننا لا نزال في حاجة إلى تحديد عينة معيارية ممثلة . أما أهم نواحي القصور فيها فتتمثل في طولها، وما تتطلبه من وقت طويل حتى تتم الإجابة عنها .

د- تقييم العلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية

Assessment of Interpersonal Relations AIR

أعد براكن (1993) Bracken هذا المقياس في سبيل تقييم نوعية العلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية من وجهة نظر المراهق كمقياس علم، وكمقياس لخمس أنماط من العلاقات الخاصة هي العلاقة بالأم، والعلاقة بالأب، والعلاقة بالأقران من الذكور، والعلاقة بالأقران من الإناث، والعلاقة بالمعلم . ويقاس هذا المقياس ثلاثة مجالات للعلاقات الأولية للمراهق هي المجال الأسري (العلاقة مع الأم والأب)، والمجال الاجتماعي (العلاقة مع الأقران من الذكور والإناث)، والمجال

الأكاديمي (العلاقة مع المعلمين) . ويتألف كل مقياس فرعي من خمس وثلاثين عبارة يتم تقدير سلوك المراهق وفقاً لها وذلك باستخدام مقياس متدرج من أربع نقاط على غرار طريقة ليكرت . *Likert* ويجب على المراهق أن يقوم بقراءة كل عبارة، ثم يقرر بعد ذلك مدى انطباق هذه العبارة أو تلك عليه من خلال تحديد مدى اتفاقها مع ما يبديه من سلوكيات حيث يتراوح التدرج المتبع بين (أوافق بشدة) إلى (لا أوافق بشدة) . وباستخدام تلك المعلومات التي تتناسب مع المستوى العمري والجنس يتم تحديد الدرجات المعيارية لكل مقياس فرعي فضلاً عن تحديد المؤشر الكلي للعلاقات . ويوضح معد هذا المقياس أن له فائدة كبيرة في التقييم نظراً لأنه يصور ويقدم تقريراً ذاتياً من جانب المراهق عن إدراكاته المختلفة يمكن أن تتم مقارنته بمقاييس تقدير السلوك التي يقوم أفراد آخرون بالإجابة عنها .

هـ - مقياس التقدير السلوكي والانفعالي

The Behavior and Emotional Rating Scale (BERS)

أعد هذا المقياس إبشتين وشارما (١٩٩٨) Epstein & Sharma ويعد هذا المقياس مقياساً معيارياً *standardized* مرجعي المعيار *norm-referenced* تم تصميمه في سبيل تقييم جوانب قوة الأطفال السلوكية والانفعالية . كما أن الهدف الأساسي من استخدامه إنما يتمثل في المساعدة على تصميم وتطوير البرامج التربوية الفردية لمثل هؤلاء الأطفال، وتخطيط البرامج العلاجية الفردية، وتقييم برنامج التدخل الذي يتم استخدامه مع الطفل فضلاً عن تقييم ذلك البرنامج الذي يتم استخدامه من قبل مؤسسة معينة أو وسيط معين من وسطاء التنشئة . ويعد هذا المقياس بمثابة قائمة سلوكية تتألف من ٥٢ عبارة، ويضم خمسة مقاييس فرعية على النحو التالي :

- ١- جوانب القوة بين الشخصية أو الاجتماعية .
- ٢- معدل اشتراك الأسرة مع الطفل .
- ٣- جوانب القوة الذاتية أو الشخصية .
- ٤- الأداء الوظيفي المدرسي .
- ٥- جوانب القوة الانفعالية .

وجدير بالذكر أن أحد الوالدين أو أحد المختصين ذي العلاقة بالطفل هو الذي يقوم بالإجابة عن هذا المقياس حيث يقوم بتقدير كل عبارة على مقياس متدرج على نمط ليكرت . *Likert* ويمكن تحويل درجة الطفل على المقاييس الفرعية إلى مئينيات أو درجات معيارية وذلك لكل من الأطفال الذين يعانون والذين لا يعانون من المشكلات السلوكية والانفعالية . وعلى الرغم من أن هذا المقياس لم يتم تطويره وإعداده في الأساس بغرض تشخيص أنماط معينة من المشكلات السلوكية والانفعالية فإن تلك المعلومات التي يصبح بإمكاننا أن نحصل عليها أو نستخلصها من المقياس يمكن استخدامها في سبيل تحديد مدى القصور في جوانب القوة الشخصية .

و- مقاييس السلوك الاجتماعي المدرسي

The school Social Behavior Scales SSBS

أعد هذا المقياس ميريل (١٩٩٣) Merrell ويعد بمثابة أداة لتقدير السلوك يتم استخدامها بغرض تقييم الكفاءة الاجتماعية، وأنماط السلوك المضادة للمجتمع وذلك للأطفال والمراهقين في المرحلة العمرية المقابلة للفترة الزمنية التي تمتد من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية . ويتألف هذا المقياس من مقياسين رئيسيين هما مقياس الكفاءة الاجتماعية؛ ويضم ٣٢ عبارة، ومقياس السلوك المضاد للمجتمع؛ ويضم ٣٣ عبارة . ويضم كل مقياس منهما ثلاثة مقاييس فرعية، تضم المقاييس الفرعية لمقياس الكفاءة الاجتماعية المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية، ومهارات إدارة الذات، والمهارات الأكاديمية بينما تضم المقاييس الفرعية لمقياس السلوك المضاد للمجتمع السلوك العدواني – السلوك المثير للغضب والسخط ، والسلوك اللااجتماعي – السلوك العدوانى ، والسلوك المثير – السلوك الفوضوي . وقد تم إعداد هذا المقياس في الأساس من أجل تحقيق ثلاثة أغراض رئيسية على النحو التالي :

- ١- أن يستخدم كأداة للفرز والتصنيف للأطفال والمراهقين المعرضين لخطر مثل هذه الاضطرابات .
- ٢- أن يستخدم كجزء من تقييم متعدد المصادر لتحديد مدى استعداد الطفل وقابليته للاستفادة من التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات .

٣- أن يستخدم كأداة للبحث يمكن أن يتم بمقتضاها دراسة الكفاءة الاجتماعية للأطفال والمراهقين .

وينبغي أن تتاح الفرصة أمام الملاحظ لكي يقوم بملاحظة الطفل وما يصدر عنه من سلوكيات، وأن يألف الطفل لمدة لا تقل عن ستة أسابيع كحد أدنى . وبعد الاستجابة على هذا المقياس والتي قد تستغرق في المتوسط مدة لا تقل عن عشر دقائق تقريباً يتم تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية تعكس مستويات الأداء الوظيفي الاجتماعي للأطفال والتي تتراوح بين " الأداء الوظيفي المرتفع " إلى " القصور الدال في الأداء الوظيفي " .

ز- مقياس بيك للاكتئاب *Beck Depression Inventory*

أعد هذا المقياس بيك وآخرون (١٩٦١) Beck et al. وقام غريب عبدالفتاح (١٩٨٥) بإعداده للعربية . ويتألف هذا المقياس من إحدى وعشرين عبارة تقيس مدى شدة الاكتئاب وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى ثلاث درجات . وتعد تلك العبارات بمثابة إحدى وعشرين فئة من الأعراض والاتجاهات هي المزاج، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، ومشاعر الذنب، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، ولوم الذات، والرغبات الانتحارية، ونوبات البكاء، والهيجان، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وتحريف أو تشويه صورة الجسم، والكف عن العمل، واضطراب النوم، وسرعة التعب، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والمشكلات الجسمية، ونقص الطاقة الجنسية .

ح- مقياس هاملتون للاكتئاب *Hamilton Rating Scale for Depression*

أعد هاملتون (١٩٦٧) Hamilton هذا المقياس الذي يقيس من خلاله شدة الاكتئاب، ويحدد المكونات الوجدانية والمعرفية والسلوكية للاكتئاب إلى جانب ما يرتبط به من متغيرات تتعلق بالخمول وذلك من خلال سبع عشرة عبارة تمثل كل منها عرضاً مرضياً . ويتم التقدير على مقياس متدرج من خمس درجات تتراوح بين صفر (لا يوجد) إلى أربع درجات (شديد) .

ط مقياس الاكتئاب للمؤلف Depression Scale

أعد مؤلف هذا الكتاب مقياساً للاكتئاب عام (١٩٩٧) وذلك في ضوء محكات التشخيص الواردة في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM- IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* ويتألف من أربع وخمسين عبارة يجاب عنها بالموافقة على أحد اختياريين هما (تنطبق) و (لا تنطبق) .

أنماط الاضطرابات الانفعالية

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأنماط التي تندرج تحت الاضطرابات الانفعالية، والتي يمكن أن نشهدها بين الأطفال والمراهقين . وعادة ما تكون مثل هذه الأنماط سبباً رئيسياً في إحالتهم إلى العيادات النفسية لتلقي العلاج اللازم، أو برنامج التدخل المناسب الذي يمكن أن يكون من شأنه أن يحد من الكثير مما يمكن أن يترتب عليها من آثار سلبية، أو يحول دون تطورها . وكما أشرنا من قبل فإن جميع هذه الأنماط إنما تتبع النمط الداخلي أو المستدخل *internalized* للسلوك . وسوف نقوم خلال الصفحات التالية بالقاء نظرة سريعة على أهم هذه الأنماط فقط وهي تلك الأنماط التي تعد في الواقع هي الأكثر شيوعاً وانتشاراً بين الأطفال والمراهقين .

أولاً : الشيزوفرينيا ذات البداية المبكرة (فصام الطفولة)

early-onset schizophrenia

يعمل مصطلح الشيزوفرينيا ذات البداية المبكرة أو الفصام ذي البداية المبكرة في الواقع كمظلة تعكس ما كنا نشير إليه في الماضي على أنه فصام الطفولة . وعلى الرغم من أن المراجعة النصية *text revision* للطبعة الرابعة لدليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM- IV* الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠٠٠) *APA* لم تخصص فئة محددة لفصام الطفولة فإن هناك من الأسباب ما يجعلنا نعتقد أن الشيزوفرينيا أو الفصام في مرحلة مبكرة من العمر إنما يمثل كما يرى ويرى (١٩٩٢) *Werry* عدداً من الموضوعات الفريدة والحاسمة . وقد كان يتم النظر إلى هذا الاضطراب

النادر على أنه اضطراب حاد في العلاقات الاجتماعية، والشذوذ المتعدد في السلوك والذي غالباً ما يتطور بين سن ثلاثين شهراً واثنتي عشرة سنة من العمر . ومن الأمثلة الدالة على اضطراب العلاقات الاجتماعية حالات مثل اللااجتماعية، *asociality* وقصور العلاقات مع الأقران، والالتصاق أو التعلق المفرط وغير الملائم بالإضافة إلى قلة الاستجابة الفعالة . أما الأنماط الشاذة من السلوك فتتسم كما يرى باركر (1995) Barker بأنها القلق المفاجئ والمفرط ، والوجدان غير المناسب، ومقاومة التغيير الذي يحدث في البيئة، والاستجابات الحركية الغريبة أو الشاذة، ووجود أوجه شذوذ في الكلام أو الحديث، وردود فعل مفرطة للمثيرات الحسية . ومع ذلك فإن التوصل إلى تشخيص محدد للفصام ذي البداية المبكرة يعد أمراً صعباً نظراً لما قد يواجهنا من تحد في التمييز بين الخيال والضلالات، ولأن المهارات اللفظية المحدودة للطفل تجعل من الصعب عليه أن يقوم بوصف خبراته الذاتية .

وبصفة عامة من المسلم به أنه لا يوجد هناك تعريف متكامل أو وصف أو مجموعة من الخصائص المميزة للفصام ذي البداية المبكرة . ومع ذلك فعندما قام الباحثون بتنظيم السمات الإكلينيكية المختلفة للفصام ذي البداية المبكرة أو فصام الطفولة وجدوا العديد من الخصائص الأولية التي تعد عامة أو شائعة في معظم الأوصاف الإكلينيكية بالرغم من ذلك التجانس الواضح الموجود في تلك الأوصاف التي استخدمها العديد من الباحثين في هذا المجال .

(١) الخصائص الأولية للفصام ذي البداية المبكرة

تقع الخصائص الأولية للشيزوفرينيا ذات البداية المبكرة في أربع فئات رئيسية

هي :

١- اضطرابات اللغة والكلام .

٢- اضطرابات العلاقات .

٣- اضطرابات الانفعال .

٤- الاعتقادات الضالة (الضلالات) والهالوس .

وغني عن البيان أن مثل هذه الفئات لها أهميتها الكبيرة وفائدتها بالنسبة للمعلمين على وجه الخصوص حيث يمكنهم أن يقوموا بموجيها وفي ضونها بالتركيز على

أوجه القصور النفس تربوية *psychoeducational* التي تعد في حاجة إلى التدخلات العلاجية . ومن المهم كما يؤكد جاكوبسين ورابوبورت (١٩٩٨) أن Jacobsen & Rapoport ونيكولسون وآخرون (٢٠٠٠) Nicolson et al. أن تلك المشكلات التي تعترض النمو المعرفي، والنمو اللغوي، والنمو الاجتماعي غالباً ما تكون موجودة قبل ظهور الأعراض الذهانية .

أ- اضطرابات اللغة والكلام

عادة ما يبدي الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة كأقرانهم الذين يعانون من اضطراب التوحد أنماطاً من اضطرابات اللغة والكلام تتسم بشدتها . كما أن البكم والذي يعد بمثابة اضطراب لغوي شديد يعتبر في الواقع اضطراباً شائعاً بينهم . فالأطفال الذين يتضمن قاموسهم اللغوي بعض الكلمات لا يستخدمونها عادة بغرض تحقيق التواصل، ولكنهم بدلاً من ذلك يبدون وكأن لديهم لغة خاصة بهم لا يمكن أن يفهمها الآخرون . وغالباً ما تتعارض هذه التلغظات الغريبة مع تلك الجهود التي يتم بذلها في سبيل زيادة التواصل، والتي تؤدي بالطفل إلى أن يصير أكثر بعداً عن الواقع . ومن المعتقد أن اللغة التي يستخدمها هؤلاء الأطفال ما هي إلا انعكاس لفظي لعدم قدرتهم على تنظيم أو تكامل الأفكار المختلفة في نمط تفكير منطقي . وفي الواقع فإننا نرى أن استجاباتهم لا تتجاوز الجمل القصيرة، وغالباً ما تكون مجرد كلمات فردية . وعلاوة على ذلك فإن تعبيرهم الشفوي عادة ما يخلو من التجريد، ونادراً ما ينقل مزاجاً أو انفعالاً معيناً . وفي كثير من الحالات تحمل إيماءات الوجه والجسم علاقة محدودة بمضمون ما يقولون، كما أنهم أحياناً ما يؤكدون على تلك الكلمات والمقاطع التي لا تعد ضرورية لتفسير الرسالة . وبالنسبة للملاحظ الذي يبحث عن السببية فإن أكبر سمة مميزة للكلام الفصامي كما يشير إليسون وآخرون (١٩٩٨) Ellison et al. إنما تتمثل في النغمة العالية، والتغير الصاعد في مقام الصوت أو درجته الذي يتضح في نهايات الجمل المختلفة والذي يعد بمثابة صفة معينة عادة ما يتم تفسيرها على أنها عدم تأكيد أو ارتباك وتشويش . وفي هذا الإطار تعد مهارات القراءة الضعيفة، وإساءة نطق الكلمات من أهم السمات النموذجية الدالة على هذا الاضطراب .

ب- اضطرابات العلاقات

يظهر أولئك الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة اضطرابات حادة في تكوين العلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية . وكأقرانهم التوحدين يميل هؤلاء الأطفال إلى عدم الاستجابة للآخرين في بيئتهم المباشرة . وغالباً ما قد تشتكي بعض الأمهات كل منهن من أن طفلها ينظر إليها كما لو كانت غير موجودة، وأنها تشعر كأنها لا يمكنها أن تقترب منه بشكل حميم وبصورة تمكنها من إظهار عاطفتها له . وفي المقابل نلاحظ أن بعض الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة يقتربون جداً من والديهم، ويتعلقون جسدياً بالديهم وذلك بطريقة تكافلية . *Symbiotic* ومع ذلك فإن مثل هذا الالتصاق أو التعلق من جانبهم كما يرى إليسون وآخرون (Ellison et al. ١٩٩٨) غالباً ما يكون مصحوباً بتعبيرات وجهية غير معبرة، وغياب الارتباط الانفعالي العادي . وغالباً ما نجد أن جميع الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة يظهرون اهتماماً محدوداً أو بسيطاً ببيئتهم الخارجية – بما تتضمنه من أناس آخرين وأنشطة أخرى – ويكشفون في الغالب عن ابتعاد كامل من جانبهم عن الواقع . ويبدو أن استغراقهم في ذواتهم يحل بطبيعية الحال محل العلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية .

ج- اضطرابات الانفعال

غالباً ما يتم وصف الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة على أنهم يعيشون في حالة من القلق الشديد . وعادة ما يتم وصف هؤلاء الأطفال بأنهم دائماً ما يكونوا على حافة الهلع أو الغضب الشديد والاهتياج . كما تشيع بينهم التحولات المزاجية العنيفة والتي لا يمكن التنبؤ بها . كذلك فإنهم يشعرون كما يرى باركر (Barker ١٩٩٥) أن حفزاتهم وانفعالاتهم يتم التحكم فيها بشكل بالغ الصرامة، وأنهم يتحولون بصورة فجائية من حالة متطرفة من الانسحاب إلى نوبة من الغضب أو الصراخ يتم الاستغراق فيها بصورة كلية، ولا يمكن التحكم فيها . ومن جهة أخرى فإن هذه النوبات من الصراخ أو انفجارات الغضب من جانبهم إنما تختلف من الناحية الكيفية أو النوعية عن تلك السلوكيات التي تتشابه معها طبوغرافياً والتي تتم ملاحظتها عند الأطفال المشكلين الآخرين في أنها عادة ما تفنقر إلى الغرض أو

الاتجاه المكاني . ومن المعتقد أن قصور الثبات الإدراكي وعدم القدرة على التحكم في المدخل الحسي أو التفكير عند أولئك الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة ما هي إلا أسباب رئيسية للانفجارات أو نوبات الغضب التي يتعرضون لها. وعلى هذا الأساس فإن التفسيرات غير الثابتة وغير جيدة التنظيم للبيئة إنما يكون من شأنها أن تؤدي في الواقع إلى الارتباك والتشويش، والخوف، وظهور القلق .

د- الاعتقادات الضالة (الضلالات) والهلاوس

مما لا شك فيه أن الضلالات التي يبيدها الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة قد تعكس الشعور بالاضطهاد، أو الاعتقاد ذي التوجيه السيئ في أن أفكار الشخص إنما تسيطر عليها وتوجهها قوة خارجية . ويرى باركر (١٩٩٥) Barker أنه عندما تحدث مثل هذه الضلالات فإن الهلاوس التي تحدث آنذاك عادة ما تكون سمعية، كما أنها تتألف من أصوات إما فردية أو متعددة، وتتسم بما يلي :

١- أنها تكرر أفكار الأطفال بصوت عال ، أو

٢- أنها تناقش أو تجادل أو تعلق على سلوك الفرد .

ومن الملاحظ أن تلك الهلاوس السمعية التي تحدث كما يتضح من القانون الرسمي للأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين (٢٠٠١) *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action AACAPOA* وكلارك ولويس (١٩٩٨) Clark & Lewis قد تكون اضطهادية في طبيعتها، أو أنها قد تطلب من الطفل أن يقوم بوظيفة معينة . وعلاوة على ذلك فإن الطفل يمكن أن يعتقد أن الأفكار يتم إدخالها في رأسه، أو أن أفكاره يمكن إذاعتها حتى يتسنى للآخرين بذلك أن يسمعوا ما يفكر فيه . كما قد يعتقد هؤلاء الأطفال أيضاً أنهم يتلقون رسائل خاصة من الراديو ، أو أنهم يتميزون بقدرات خاصة . ومن جانب آخر فإن مادة الضلالات قد تتضمن أيضاً هي الأخرى في الواقع العديد من المواقف كتلك التي تضم العفاريات، أو الأشباح، أو الحيوانات .

(٢) الخصائص الثانوية للفصام ذي البداية المبكرة

علاوة على الاضطرابات الأولية التي يظهرها أولئك الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة فإن هناك العديد من الخصائص الثانوية ذات الأهمية

وخاصة بالنسبة للمعلمين والأطباء . وتعتبر مثل هذه الخصائص ثانوية نظراً لأنها لا تتوفر لدى جميع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، ولكنها بدلاً من ذلك توجد لدى بعضهم فقط دون البعض الآخر، وحتى بالنسبة لأولئك الأطفال الذين توجد لديهم مثل هذه الخصائص فإن حدوثها تختلف في الواقع من حالة إلى أخرى من هذه الحالات .

وفيما يتعلق بالقدرة على الحركة فإن الكثير من الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة إنما يأتون في الواقع بحركات جسمية غير عادية . فبدلاً من المشي أو السير بطريقة عادية كما يرى إليسون وآخرون (١٩٩٨) Ellison et al. فإنهم ينتقلون من مكان إلى آخر بطريقة تتراوح بين الدوران الرشيقي والصرامة والصلابة التي تميز الإنسان الآلي . وعادة ما تتسم لمسة هؤلاء الأطفال بالخفة والرقّة، وأن هناك هشاشة معينة تميز بنيتهم الجسمية . وعندما يتم حمل الواحد منهم فإنه يبدو وكأنه قد انصهر في جسم ذلك الشخص الذي يحمله، أو أنه يتبخر في الهواء . ومن جهة أخرى فإن التحكم في السلوك الحركي والسيطرة عليه يمثل أيضاً مشكلة بالنسبة لهم، فالأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة يعانون من قصور في قدرتهم على التحكم في قوامهم أو جسمهم والسيطرة عليه، إلى جانب ضعف التحكم في عضلات الوجه، وهي حالة عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث التكشيرات الوجهية، والأصوات اللفظية غير العادية . كما أنهم غالباً ما يتعرضون أيضاً للمشكلات التي تتعلق بالتحكم في المثانة والأحشاء أي التحكم في الإخراج بشقيه التبول والتبرز إلى جانب العديد من الحركات الجسمية الغريبة أو الشاذة كالهزّة والارتجاج التي تحدث بشكل تكراري والتي تعدّ شائعة بينهم إلى حد كبير .

أما فيما يتعلق بالذكاء المقاس فإن ما بين ثلث إلى نصف الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة عادة ما تقل نسب ذكائهم عن ٨٠ في حين يتضح في الواقع من القانون الرسمي للأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين (٢٠٠١) *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Official Action AACAPOA أن أولئك الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة جداً عادة ما تكون نسب ذكائهم في المستوى البيئي للإعاقة العقلية

الفكرية . ورغم ذلك فإن نمط الأداء على مثل هذه الاختبارات يميل إلى أن يكون غير ثابت . وليس من الغريب بالنسبة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أن يتمكنوا من الإجابة على بعض الأسئلة الصعبة بشكل صحيح في الوقت الذي يفشلون فيه في الاستجابة للبنود الأسهل منها . وبالنسبة للأداء الفعلي في الفصل فإن أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كما يشير شولتز وآخرون (١٩٩٨) Schultz et al. غالباً ما يتشابهون مع الأطفال المعوقين عقلياً في ذلك . ونظراً لأنهم يفتقرون إلى الثبات الإدراكي، وعادة ما يكونوا غير قادرين على التحكم في المدخلات الحسية وتفسيرها فإن انتباههم، وتركيزهم، وكفاءتهم في التعلم تتسم جميعها بالضعف والقصور . وفي حقيقة الأمر فإن بعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتميزون في الواقع بمستويات تحصيل معيارية تتساوى فعلاً من حيث القياس مع أعمارهم الزمنية، إلا أن أداءهم على الاختبارات لا يعكس عادة سلوكهم في الفصل . وفي الوقت الذي قد يقوم فيه القليل من هؤلاء الأطفال بأداء الأنشطة الصفية المختلفة بقليل من الصعوبة فإننا لا نجد أن أيًا منهم يقوم باستخدام مهاراته الأكاديمية المكتسبة في سبيل أداء تلك الأنشطة الهادفة . وباختصار فإننا نجد أنه حتى أولئك الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة الذين يكونوا قد تعلموا المهارات الأكاديمية غالباً ما يفشلون في استغلال مثل هذه المهارات، وأنهم نادراً ما يعرضون معارفهم المختلفة داخل الفصل .

أسباب اضطراب الفصام ذي البداية المبكرة

من الجدير بالذكر أننا لم نتوصل بعد إلى الفهم الكامل لذلك السبب أو تلك الأسباب التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى الفصام ذي البداية المبكرة، وفي حين تمت كتابة الكثير عن أسباب ذلك الاضطراب المحير يصير من المهم أن نضع في اعتبارنا أن مثل هذه المادة ما هي حتى في أفضل الأحوال إلا تصورات نظرية . وكما هو الحال بالنسبة لاضطراب التوحد فإن الأسباب المحتملة للفصام ذي البداية المبكرة غالباً ما تعكس نماذج مفاهيمية متضاربة، ولذلك فسوف نقوم هنا أيضاً بتنظيم مثل هذه التصورات السببية المختلفة في تلك الفئات التقليدية التي تتألف في الواقع من الطبع والتطبع .

أ- التفسيرات التي تركز على الطبع

يذهب باركر (1995) Barker إلى أن الوقت الراهن إنما يشهد إجماعاً في الرأي على أن أسباب الفصام ترجع في واقع الأمر إلى أساس بيولوجي . ومن هذا المنطلق فقد افترض البعض أن الأسباب المحتملة التي تكمن خلف الفصام ذو البداية المبكرة مثلها في ذلك كتلك الأسباب التي تؤدي إلى فصام المراهقة لا تخرج في واقع الأمر عن العوامل الوراثية . وبصورة عامة يذهب نيكولسون ورايبورت (1999) Nicolson & Rapoport إلى أنه كلما كانت هناك علاقة بيولوجية أقوى بشخص فصامي ازداد احتمال الإصابة بالفصام . كما أن معدل حدوث الفصام عند الطفل الذي يعاني أحد والديه فقط من الفصام تتراوح في الواقع بين 12 - 16 % تقريباً، أما إذا كان كلا الوالدين يعانيان من الفصام فإن المعدل يقفز بطبيعة الحال ليتراوح بين 39 - 68 % تقريباً . ويشير جابلينسكي (2000) Jablensky إلى أن معدل حدوث الفصام بين عامة الناس يبلغ حوالي 1 % تقريباً . وفي واقع الأمر فإن تلك الأدلة التي تؤيد أن تكون الوراثة هي السبب الفعلي للفصام إنما تركز على تلك الدراسات التي تقارن بين التوائم المتشابهة والتوائم غير المتشابهة والتي تظهر أن معدلات حدوث الاضطراب بالنسبة للتوائم المتشابهة تتراوح بين 38 - 88,2 % تقريباً، في حين تتراوح معدلات الإصابة بين التوائم غير المتشابهة على الجانب الآخر بين 10 - 22,9 % تقريباً . ويدل هذا التفاوت بصورة قوية على وجود دور للوراثة بشكل ما في هذا الإطار . ومع ذلك فلا تزال هناك حالات تشهد الخلاف والتضارب بين التوائم المتشابهة وخاصة تلك التي يتم فيها تشخيص أحد التوأمين فقط على أنه فصامي وهو الأمر الذي يدل على أن التأثير الوراثي في حدوث الفصام ما هو إلا أحد عوامل المخاطرة المؤدية إليه أي التي يكون من شأنها أن تعرض الأفراد لخطرهم، أو التي تسهم في وجود استعداد من جانب الفرد للإصابة به، ومن ثم فهي لا تكون بذلك بمثابة السبب المؤكد للاضطراب .

وعندما نقوم بتطبيق البيانات السالفة على الفصام ذي البداية المبكرة فإننا يجب أن نحذر نظراً لأن كل الدراسات تقريباً التي تم إجراؤها في هذا الإطار إنما أجريت على الفصاميين الراشدين أو المراهقين، ومن ثم فإنها قد لا ترتبط بشكل مباشر باضطرابات الطفولة . ومع ذلك فإذا ما كانت هناك علاقة بين الفصام ذي البداية

المبكرة وفصام المراهقة فإننا سنجد أنه من المحتمل أن يكون هناك مكون وراثي هو المسئول عن حدوث فصام الطفولة .

وغني عن البيان أن هناك أدلة متضاربة حول ما إذا كانت تلك التعقيدات القبلية (المتعلقة بالتوليد) *obstetric* تمثل أحد العوامل التي يكون من شأنها أن تعرض الفرد لمخاطر الفصام في وقت لاحق من حياته أم لا . فقد وجد بريتي Preti وزملاؤه (٢٠٠٠) أنه كانت هناك نسبة عالية من حدوث التعقيدات القبلية عند ميلاد الأطفال الذين تعرضوا للفصام فيما بعد . ويذهب بوكلاي وآخرون (٢٠٠٠) Buckley et al. وروسو وآخرون (٢٠٠٠) Rosso et al. إلى أن التعقيدات القبلية (بكسر القاف) التي تؤدي إلى حدوث الاختناق للجنين *hypoxia* (نقص الأكسجين)، أو نقص في تدفق الدم إلى المخ سواء قبل الولادة أو أثناءها إنما تعد بمثابة عوامل للخطورة أي يكون من شأنها أن تعرض الفرد لمخاطر الاضطراب فيما بعد . وفي المقابل لم يجد نيكولسون ورابوبورت (١٩٩٩) Nicolson & Rapoport أن التعقيدات القبلية كانت أكثر ظهوراً في فصام الطفولة .

وهناك من الأدلة كما يرى بوكلاي وآخرون (٢٠٠٠) Buckley et al. ما يمكن أن يجعلنا نخلص إلى أن هناك فروقاً واضحة في التشريح النيورولوجي *neuroanatomy* للمخ عند الإصابة بالفصام . فتوجد هناك فروق تركيبية بنائية في المهاد البصري الدماغى *thalamus* والأبطنه الدماغية *ventricles* والتي تتضح في التصوير بأشعة الرنين المغناطيسى *magnetic resonance imaging MRI scans* فضلاً عن دراسات ما بعد الوفاة . *post mortem* كما أننا نلاحظ أن الشذوذ الموجود في الموصلات أو الناقلات العصبية خاصة الجلوتاميت *glutamate* والدوبامين *dopamine* إنما يكشف في الواقع عن أن هناك فروقاً دالة في الكيمياء العصبية *neurochemical* للمخ عند الفصامين .

ب- التفسيرات التي تركز على التطبع

تؤكد النظريات، السببية التي تركز في الواقع على البيئة أو التطبع أن التفاعلات الأسرية غير العادية، والصدمة المبكرة الشديدة، *trauma* والمجتمع المريض تعد بمثابة أسباب محتملة للفصام ذي البداية المبكرة . ففيما يتعلق بالمؤثرات الأسرية

المحتملة فإن هناك قدراً كبيراً من البحوث والدراسات التي تتناول المتغيرات الشخصية لوالدي الأطفال الذين يعانون من الفصام ذي البداية المبكرة . وفي حين أكدت بعض الدراسات على أن الوالدين أنفسهم يبدون أنماطاً فصامية من السلوك نجد أنه من المعتقد بصفة عامة أن الوالدين لا يغمسون في ممارسات معينة، ولا يكون لديهم اتجاهات أو خصائص محددة يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث تلك الحالة التي يعاني الطفل منها . ويمكن النظر إلى معظم السلوكيات والاتجاهات الوالدية غير المناسبة على أنها استجابات لتلك السلوكيات الغريبة أو الشاذة التي تصدر عن الطفل . وفي هذا الإطار يرى أسارناو وآخرون (٢٠٠١) Asarnow et al. أن هناك حاجة ماسة في الواقع لتعليم الأسرة ما يتعلق بمثل هذا الاضطراب فضلاً عن أساليب المواجهة التي يمكن لها أن تتبعها كآسرة مع هذا الاضطراب الذي يتعرض له ويعاني منه فرد حبيب من أعضائها .

ومن جهة أخرى فقد افترض بعض المنظرين وأصحاب النظريات أن الصدمات المبكرة القاسية أو الشديدة التي تتراوح بين الصعوبات أو التعقيدات المختلفة التي تحدث أثناء الولادة إلى الوفاة المبكرة لأحد الوالدين هي التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الفصام ذي البداية المبكرة، إلا أنه من الواضح أن القليل من مرات الحمل العسيرة، والولادات المتعسرة، والموت المبكر للوالدين يكون من شأنها هي الأخرى أن تؤدي إلى حدوث السلوك الفصامي عند الأطفال . وبالمثل فقد حاول بعض المنظرين وأصحاب النظريات على الطرف المقابل أو المضاد تفسير السلوك الفصامي على أنه استجابة ذات معنى للمجتمع غير المثالي . ولكننا نؤكد من جديد أن هذه النظرة ما هي إلا نظرة قاصرة حيث أن عدداً صغيراً فقط من الأفراد هم الذين يعانون من مثل هذه الآثار الجانبية الشديدة التي تنجم عن محاولة التكيف مع العالم من حولهم .

مسار الاضطراب ومآله

من المعتقد أن مآل اضطراب الفصام ذي البداية المبكرة أو ما سوف تأول إليه الأمور بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون منه كما يرى باركر (١٩٩٥) Barker سوف تشهد ما يجعل منه اضطراباً مزمناً ومتواصلاً غير متقطع حيث يرى

جاكوبسين و رابوبورت (١٩٩٨) Jacobsen & Rapoport أنه لا توجد هناك بداية مفاجئة للاضطراب، أي أنه بذلك لا يحدث بصورة مفاجئة حيث أن تطوره عند الفرد يتم في الواقع على نحو تدريجي يمكنه من الرسوخ قبل أن يتم اكتشافه . وقد أسفرت الدراسات المبكرة في هذا المضمار على الرغم مما يحيط بها من شكوك بسبب ما يعترها من التباس في التشخيص عن العديد من النتائج من أهمها ما يلي :

١- أن حوالي ثلث الأطفال الفصاميين يتمكنون في الواقع من تحقيق درجة ما من التوافق المناسب .

٢- أن حوالي ثلث هؤلاء الأطفال يظلون سيني التوافق *maladjusted* على الرغم من أنهم يتلقون الخدمات في مؤسسات داخلية بالمجتمع .

٣- أن الثلث المتبقي منهم عادة ما يكون في حاجة إلى الإيداع في المؤسسات .

ووفقاً لما يراه هالاهاان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan & Kauffman فقد

استخدم إيغرز Eggers في عام ١٩٧٨ تعريفاً أكثر صرامة ودقة في تحديد فصام الطفولة فجعل العمر الزمني للطفل عند بداية الاضطراب حوالي سبع سنوات ووجد أن حوالي ٥٠ % تقريباً منهم قد أظهروا تحسناً بأي شكل، وأن غالبيتهم قد شفي تماماً . فضلاً عن ذلك فقد كان حوالي ٣٣ % تقريباً منهم يتسمون بالتدني الشديد في مستوى أدائهم الوظيفي ، أما النسبة الباقية منهم فكانوا في الفئات التي تتراوح نتائج أدائها بين المتوسط إلى الضعيف . ومن جانب آخر فقد كانت أهم العوامل المنبئة بتحقيق نتيجة جيدة تتمثل في وجود مستوى نكاه أعلى من المتوسط ، وأن تكون بداية الاضطراب قد حدثت بعد بلوغ الطفل العاشرة من عمره، وأن يأتي الطفل بالأنماط المناسبة من السلوك التكيفي مثل الطيبة، والصدقة، والاهتمامات الخارجية وذلك قبل ظهور الاضطراب .

ثانياً : الاكتئاب *depression*

تؤكد الدراسات الحديثة كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٠) أن العصر الذي نعيشه هو عصر الاكتئاب إذ توجد في حياتنا اليومية العديد من الانفعالات التي تمثل في مجملها أشكالاً للحزن . ويعتبر الاكتئاب هو أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً في الدول المتقدمة، كما أنه يمثل أحد اضطرابات الوجدان .

mood disorders وفي هذا المصطلح يشير الوجدان *mood* إلى تلك الحالة الانفعالية الداخلية الدائمة للفرد في حين تشير العاطفة *affect* إلى التعبير الخارجي الوقتي للمحتوى الانفعالي . ويعد الوجدان المكتئب أحد ثلاث حالات للوجدان إذ هناك حالتان غيره هما الوجدان العادي، والوجدان المرتفع كما في حالات الهوس . *mania* ويظهر المرضى ذوو الوجدان المكتئب نقصاً في الطاقة والحيوية والاهتمام، وتسود مشاعر الذنب لديهم، ويجدون صعوبة في التركيز، ويفقدون شهيتهم للطعام، وتتأهبهم أفكار عن الموت أو الانتحار إلى جانب حدوث تغيرات سلبية في مستوى النشاط والقدرات المعرفية والحديث والوظائف النمائية المختلفة كالنوم، والشهية، والنشاط الجنسي، والإيقاعات البيولوجية الأخرى يكون من شأنها أن تؤثر سلباً على أدائهم الوظيفي في جوانب الحياة المختلفة .

وفضلاً عن ذلك فقد ساد في علم الأمراض النفسية تصنيف الاكتئاب على أنه يتضمن ثلاثة اضطرابات هي الوجدان المكتئب، والزملاز الاكتئابية، والاضطراب الاكتئابي . ويتم من خلال الوجدان المكتئب *depressed mood* التركيز على الحالة الوجدانية، والنظر إلى الاكتئاب كعرض . ويشير ذلك الوجدان المكتئب إلى وجود الحزن أو التعاسة أو المشاعر الكئيبة لفترة غير محددة، إلا أنه لا يشير إلى وجود أو عدم وجود أعراض أخرى كضعف الشهية، أو الأرق على سبيل المثال . أما الزملاز الاكتئابية فتدل على وجود مجموعة من الأنماط السلوكية والانفعالات ذات الصلة بالاكتئاب والتي اتضح إحصائياً أنها تحدث معاً في نموذج محدد بمعدل يتجاوز الصدفة دون إرجاع أي نموذج معين للطبيعة، أو لتلك الأسباب المسنولة عن هذه الأعراض المترابطة .

وعادة ما تتم رؤية الفروق بين الأفراد في إطار من الانحرافات النوعية على مستويات الأعراض المرضية . ويعني الاضطراب الاكتئابي تطور الاكتئاب إلى اضطراب نفسي لا يتضمن فقط وجود زملاز محددة من الأعراض المترابطة، بل إن تلك الأعراض ترتبط أيضاً بمستويات دالة من الأسى والعجز، كما ترتبط بدرجة كبيرة من الضعف في الوظائف الحيوية للفرد . إلا أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية قد جمع في طبعته الرابعة في عام (١٩٩٤) *DSM- IV* بين الاضطرابين الأول والثاني في اضطراب واحد

يسمى الاضطراب الاكتئابي البسيط أو عسر الوجدان *dysthymia* يمثل في الواقع صورة من الاضطراب الاكتئابي الشديد *major depressive disorder* أقل في حدتها، وتستمر لفترة زمنية طويلة وربما غير محددة، وتتميز بالأعراض المزمنة وغير الذهانية، وتعني الكآبة، والأسى، وتعكير المزاج، واحتقار الذات إلى جانب زملة الأعراض السلوكية المصاحبة .

طبيعة الاضطراب الاكتئابي

مما لا شك فيه أن الاكتئاب يكاد يكون هو العرض الأكثر شيوعاً بين أولئك الأفراد المترددين على الأطباء النفسيين، وقد يتراوح في شدته بين الانخفاض المؤقت في الروح المعنوية، وهي حالة يتعرض لها الجميع في مواجهة ما يمكن أن يصادفوه من عقبات معتادة وهو النوع البسيط من الاكتئاب والذي كان يعرف سابقاً باسم الاكتئاب العصابي، إلى حالة عذاب من الاستسلام واليأس قد تؤدي بالفرد في النهاية إلى الانتحار وهو ما كان يعرف في السابق باسم الاكتئاب الذهاني . ويعد الفرق بين نوعي الاكتئاب هذين في الواقع بمثابة فرق في الدرجة حيث يمتد الاكتئاب عبر متصل من الشدة، ونادراً ما يحدث دون مقدمات أو عوامل مرسبة .

والاكتئاب في الواقع هو مفهوم لحالة انفعالية معينة ومحددة يعاني فيها الفرد من الحزن الشديد، وتأخر الاستجابة، والميول التشاؤمية، وقد يصل به الأمر إلى الميل للانتحار مما يجعله يمثل بذلك مركباً من الأعراض المترامنة والمترابطة . كذلك فالإكتئاب هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج في الواقع عن تلك الظروف الأليمة التي تبعث على الحزن والغم والأسى، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لأعراضه أو حالته تلك .

ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الاكتئاب إنما يبدأ في واقع الأمر بأعراض بسيطة، ثم لا تلبث أن تتدرج في الشدة إذا لم يتم علاجها في بداية الأمر فيشكو الفرد أولاً من فقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة مع انكسار النفس، وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها، ويعيش على أثر ذلك في يأس وجزع وانقباض . وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهلالي أو الصراع الحزين، ثم تزيد وطأة الاكتئاب فيشعر بفقدان الأمل، ويتخلل الخوف

والرعب كل حياته، ويصيبه الارتباك الشديد، وتتأثر وظائفه العقلية سلباً، ويضطرب سلوكه، ويشعر بعدم الأهمية واحتقار النفس، ويتوهم العلل البدنية، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات وهو الأمر الذي يفسح المجال أمام الأفكار الانتحارية .

وفضلاً عن ذلك فقد تشهد الحالات الشديدة أو الذهانية بعض الضلالات أو الهذات، كما تظهر أعراض فسيولوجية مختلفة كاضطراب النوم، والأرق، والأحلام المزعجة والكوابيس، وفقدان الشهية، ونقص الوزن دون اتباع رجم معين، والإمساك، والضعف الجنسي، واضطرابات الطمث . كما تظهر على المريض إلى جانب الحزن والكآبة واليأس أعراض سلوكية منها ضعف القدرة على العمل، وعدم الاهتمام بالملبس والمظهر مع حدوث هبوط في مستوى النشاط الحركي، ومستوى الكسل العام والخمول الذهني والجسدي، أو العكس فتحدث الإثارة والتهيج والاضطراب، وزيادة الحركة، والصراخ، والتفكير في الانتحار والإقدام عليه .

ومن جهة أخرى فإن المكونات الثلاثة للاكتئاب التي أشرنا إليها من قبل والتي تتضمن المزاج الاكتئابي، والزملاط (الأعراض المرضية) الاكتئابية، والاضطراب الاكتئابي إنما تقسم في واقع الأمر مجموعة مشتركة من الأعراض التي تعكس مشاعر سلبية، ولكنها تختلف بطبيعة الحال في مدى تضمنها لأعراض القلق، والمشكلات الجسمية، *somatic* والتركيز المشوش، وفي مدة وشدة تلك الأعراض التي تتضمنها . وتتداخل مثل هذه المكونات الثلاثة معاً كثلاثة مستويات للظواهر الاكتئابية في نموذج هرمي ومتتابع، ويفترض أن تكون العوامل الوسيطة هي المسنولة عن تلك العلاقات التي تنشأ بين مثل هذه المستويات الثلاثة .

ومما لا شك فيه أن الاكتئاب يعمل حال إصابته للأفراد في مرحلتي الطفولة أو المراهقة على إعاقة النمو الانفعالي والاجتماعي، ويؤدي إلى حدوث أوجه قصور ذات دلالة في وظيفة الذات وفعاليتها فضلاً عن العلاقات بين الشخصية . كما يؤدي إلى انخفاض في معدل التوافق الاجتماعي في المراهقة، ويرتبط إلى جانب ذلك باضطرابات الشخصية . وفي هذه الحالة الأخيرة تقل استجابة المريض للبرامج العلاجية المختلفة، ويقل أداؤه الاجتماعي، وينخفض معدل تواصله مع الآخرين إلى درجة كبيرة تعكس معها سوء التوافق الاجتماعي، ويصبح المريض أقل شعوراً

بالرافاهية والسعادة، وأقل قدرة على مسايرة الآخرين، أو مسايرة أحداث الحياة اليومية .

ومن جانب آخر فإن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب قد يصل في واقع الأمر في تشاؤمه، وفي شعوره بالشقاء، وضعف الثقة بالنفس، والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار ، بل وتكرار تلك المحاولة وهو الأمر الذي يعكس افتقاره إلى تلك المهارات اللازمة للتوافق مع نفسه ومع الآخرين، والتكيف مع البيئة من حوله، والفشل في تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية الناجحة بمعنى أن الخطأ في تلك الحالة لا يمكن أن يكون في المجتمع أو في المعايير الثقافية السائدة فيه، ولكنه لابد أن يكون بالضرورة وفي الواقع فيه هو نفسه .

تشخيص الاضطراب الاكتئابي

عادة ما يتم النظر إلى الاكتئاب على أنه مجموعة أعراض مترابطة ومتراصة أي أنه عبارة عن مركب من الأعراض تظهر في وقت واحد . ووفقاً لدليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV التي صدرت عام (١٩٩٤) وفي مراجعته النصية *text revision* التي صدرت عام (٢٠٠٠) DSM- IV- TR نجد أن هناك نوعين أساسيين من الاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب *unipolar* هما الاضطراب الاكتئابي البسيط أو عسر الوجدان *dysthymia* والاضطراب الاكتئابي الشديد *major depressive disorder* الذي يضم بدوره نمطين فرعيين هما الاضطراب الاكتئابي الشديد ذو النوبة الواحدة *single episode* والاضطراب الاكتئابي الشديد الدوري . *recurrent* ويمكن تمييز الاضطراب الاكتئابي وفقاً للمحكات التالية :

(١) الاضطراب الاكتئابي البسيط *dysthymic disorder*

يتطلب هذا الاضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم، وعلى مدى معظم الأيام وذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين . أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيمكن أن يتمثل مثل هذا الوجدان بسرعة الغضب، أو الانفعال، أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة

على الأقل . وإلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية :

- ١- ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الطعام .
- ٢- الأرق أو الإفراط في النوم .
- ٣- انخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب .
- ٤- انخفاض تقدير الذات .
- ٥- ضعف القدرة على التركيز ووجود صعوبة في اتخاذ القرارات .
- ٦- الشعور باليأس .

وإلى جانب ذلك يلاحظ أنه خلال فترة الاضطراب والتي تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين أنه يجب ألا تختفي تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين، وألا تحدث نوبة اكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد تلك على ألا ترجع تلك الأعراض إلى اضطراب اكتئابي شديد أو أي نوبة هوسية، أو اضطراب ذهاني، أو إلى آثار فسيولوجية مباشرة لمادة معينة أو حالة طبية (صحية) عامة . كذلك فإن مثل هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث الضيق النفسي، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح في الأداء الوظيفي للفرد اجتماعياً أو مهنيًا أو في أي مجال هام آخر . وعادة ما يعرف هذا الاضطراب بأنه ذو بداية مبكرة وذلك إذا ما بدأ قبل سن الحادية والعشرين، أما إذا ما بدأ بعد ذلك فتكون بدايته متأخرة .

(٢) الاضطراب الاكتئابي الشديد *major depressive disorder*

يضم هذا النمط من الاضطراب كما أوضحنا من قبل نمطين فرعيين اثنين هما النوبة الواحدة، والاضطراب الدوري أي الذي يحدث بصفة دورية . ويمكن أن نتناول ذلك على النحو التالي :

أ- النوبة الواحدة *single episode*

يتطلب هذا النمط من الاضطراب أو تلك النوبة وجود خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على مدى أسبوعين على أن يحدث ذلك كل يوم تقريباً، ويؤدي

ذلك إلى حدوث تغيير في الأداء الوظيفي للفرد عما كان عليه سابقاً على أن يكون أحد هذه الأعراض هو الوجدان المكتئب *depressed mood* أو فقد الاهتمام أو المتعة . وهذه الأعراض هي :

١- الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وذلك كل يوم تقريباً كما يتضح إما من التقارير الذاتية (الشعور بالحزن أو الفراغ)، أو من ملاحظات الآخرين (يبدو كثير البكاء) . ويمكن أن يظهر ذلك بين الأطفال والمراهقين على هيئة وجدان يتسم بسرعة الغضب أو الانفعال أو التهيج .

٢- انخفاض واضح في مستوى الاهتمام بكل الأنشطة تقريباً وذلك لمعظم اليوم مع انخفاض مماثل في مستوى متعة الفرد بها كما يتضح أيضاً من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين .

٣- نقص الوزن بشكل كبير على الرغم من عدم اتباع أي رجيم، أو حدوث زيادة في الوزن (على أن يمثل مثل هذا التغيير سواء بالزيادة أو النقص أكثر من ٥ % من وزن الجسم خلال الشهر السابق)، أو ضعف الشهية للطعام أو زيادتها .

٤- الشعور بالأرق أو الإفراط في النوم .

٥- الإثارة أو التهيج الحس حركي، أو الإعاقة والتأخر والبطء (وليس المشاعر الذاتية للاستياء أو التأخر والبطء) .

٦- فقد الطاقة والحيوية وسرعة الشعور بالتعب .

٧- الشعور بعدم القيمة أو الجدوى، والشعور المفرط بالذنب .

٨- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز إلى جانب التردد وعدم الحسم .

٩- تكرار أفكار عن الموت لا تقتصر فقط على الخوف من الموت، وتكرار أفكار عن الانتحار دون وجود خطة محددة للقيام به، أو الإقدام على الانتحار في ضوء خطة محددة لذلك .

وإلى جانب ذلك فإن مثل هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث ضعف أو تدهور في مستوى الأداء الوظيفي للفرد اجتماعياً أو مهنياً أو في أي مجال هام آخر بشرط ألا ترجع تلك الأعراض إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة ما كإساءة استخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية (صحية) علما كحدوث قصور في

وظائف الغدة الدرقية مثلاً . كذلك فإنها أيضاً لا تعود في ذات الوقت إلى مشاعر الحرمان كقصد شخص عزيز أو حبيب . وتستمر مثل هذه الأعراض على مدى أكثر من شهرين متتاليين، وتسبب خللاً أو تدهوراً واضحاً في الأداء الوظيفي للفرد *functioning* مع انشغال كبير *preoccupation* بعدم القيمة أو الجدوى، أو انشغال بالأفكار الانتحارية، أو بالأعراض الذهانية، *psychotic symptoms* أو بالإعاقة الحس حركية .

ب- الاضطراب الاكتئابي الشديد الدوري *recurrent*

ويتطلب هذا الاضطراب في الواقع توفر عرضين على الأقل من تلك الأعراض التسعة السابقة . ولكي تعتبر مثل هذه النوبات مستقلة يجب أن تنقضي فترة شهرين متتاليين على الأقل بين كل نوبة والأخرى على ألا تنطبق خلالها المحكات السابقة على الفرد . كما لا يجب أن تعود مثل هذه النوبات الاكتئابية الشديدة إلى أي اضطراب فصامي، وألا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوسية . كذلك فإنها يجب ألا ترجع إلى تلك الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة معينة كإساءة استخدام عقار ما، وألا تعود كذلك إلى حالة طبية أو صحية عامة . ومن المتفق عليه أنه إذا ما استمرت تلك الأعراض تنطبق على الفرد لمدة عامين متتاليين فإن ذلك إنما يعرف بالاضطراب الاكتئابي الشديد المزمن . *chronic*

أهم الخصائص المميزة للاضطراب الاكتئابي

وفقاً لذلك التصنيف الذي تم تقديمه للشخصية الاكتئابية هناك في واقع الأمر سبع مجموعات من السمات التي عادة ما يكون من شأنها أن تميز تلك الشخصية . وتتمثل هذه المجموعات من السمات فيما يلي :

- ١- الهدوء، والانطواء، والسلبية، والتردد وعدم الحسم .
- ٢- الحزن، والتشاؤم، وعدم القدرة على التمتع والإمتاع .
- ٣- نقد الذات، ولوم الذات وتوبيخها، وازدراء الذات أو الحط من قدرها .
- ٤- الشك، والنقد الزائد، وصعوبة إرضائها كشخصية .
- ٥- الضمير الحي، والمسئولية، والتنظيم الذاتي .

٦- النزعة أو الميل للقلق .

٧- الانشغال بالأحداث السلبية، وعدم الكفاءة، والنقص الشخصية لدرجة المتعة المرضية .

ومن جهة أخرى يمكن النظر إلى الاكتئاب بوصفه اضطراب في التفكير، كما أنه يتضمن ثلاثة أنماط معرفية سالبة أطلق عليها بيك Beck اسم الثالوث المعرفي أو الاكتنابي *triad* هي الأفكار السلبية عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل أي المفهوم السلبي للذات، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات، والنظرة السلبية إلى المستقبل . ويتضمن ذلك بطبيعة الحال أفكاراً عن اللاقيمة، والذنب، وعدم الكفاءة، والانهازم، والحرمان، والوحدة، واليأس، ومن ثم تتحرك أعراض الاكتئاب على أثر ذلك عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار فيشرع في تحريف خبرات النجاح والفشل وتوقعات النجاح، وتحريف الإدراك فيرى الأحداث بما هو شخصياً عليه وليس بما هي عليه، كما يتعرض لتحريف الذاكرة فيكثر نسيانه لتلك المعلومات الإيجابية المرتبطة باللذة والسرور، ويقبل نسيان المعلومات السالبة المرتبطة بالألم وعدم السرور والتوقعات السلبية .

وفضلاً عن ذلك فإن أعراض ومظاهر الاكتئاب يمكن أن تندرج في إطار أربع مجموعات مميزة تتمثل في المظاهر الانفعالية، والمعرفية، والدافعية، والجسمية تضم كل منها مجموعة من الأعراض لا تنفصل أو تستقل عن بعضها البعض، ولكنها بدلاً من ذلك تتداخل مع بعضها البعض بطريقة أو بأخرى . ومن أمثلة ما تتضمنه المظاهر الانفعالية من أعراض المزاج المكتئب، والحزن، والنعاسة، والشعور بالذنب، والهجر، واليأس، والكآبة، والشعور بالذل والحزن، والمشاعر السلبية نحو الذات، وعدم الرضا، وفقد الروابط الانفعالية كفقد التأثير في الآخرين وأنشطتهم، وفقد الاهتمام على سبيل المثال . أما المظاهر المعرفية فتضم التقييم الذاتي المنخفض أو السلبي، والعزو الخاطي، وتشوش التفكير، وتدني القدرات المعرفية، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات مع التردد وعدم الحسم . وتتضمن المظاهر الدافعية العديد من السلوكيات مثل السلبية، والدافعية النكوصية، والتجنب، والانسحاب، والاعتماد الزائد، ومحاولات الانتحار . أما المظاهر الجسمية فتضمن فقد الشهية، واضطرابات النوم، وسرعة التعب، والإجهاد، وفقد الاهتمام بالجنس، والشعور بالخمول، وانخفاض مستوى النشاط والطاقة والحيوية .

ثالثاً : اضطرابات القلق *anxiety disorders*

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من الاضطرابات التي تتضمن القلق كعامل مشترك فيها جميعاً، وأنا كنا نتناول كلاً منها من قبل كاضطراب مستقل في حد ذاته إلى أن تغير الحال مع ظهور الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM- IV (1994) فتم تناولها معاً، وتم عرضها جميعاً على أثر ذلك تحت فئة كبيرة أطلق عليها اضطرابات القلق . وهو الأمر الذي تم تعزيزه في الأطر التشخيصية جميعها . وتتضمن مثل هذه الاضطرابات في واقع الأمر اضطراب الهلع، *panic disorder* واضطراب القلق العام أو المعمم، *generalized anxiety disorder* واضطرابات الرهاب أو الخوف المرضي (الفوبيا)، *phobias or phobic disorders* (وتضم مثل هذه الاضطرابات أنماطاً فرعية أخرى تتمثل أكثر أنماطها شيوعاً وانتشاراً في فوبيا الأماكن الواسعة أو ما يعرف برهاب الساحة، *agoraphobia* والمخاوف الاجتماعية، *social phobias* علاوة على المخاوف النوعية المحددة (*specific phobias*)، كما تضم أيضاً اضطراب انعصاب ما بعد الصدمة، *post- traumatic stress disorder* والوسوس والأفعال القهرية . *obsessive compulsive disorder* ثم جاءت المراجعة النصية *text revision* لنفس الطبعة وذات الدليل التي صدرت في عام (2000) *DSM- IV- TR* عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتؤكد على الفكرة ذاتها .

القلق المرضي

يعرف القلق (المرضي) بأنه انفعال غير سار يتعلق غالباً بالمستقبل وإن كان يتعلق بالماضي في بعض الأحيان وذلك عندما يخشى الفرد مثلاً من أن يحدث له ما يكون قد حدث في الماضي . وعادة ما يتبع القلق بشعور بالتوتر والشد والكدر والتهديد والخوف الدائم دون سبب واضح . وتتسم استجابة القلق بأنها تكون مفرطة لا تتناسب مع الموقف أو المثير لأن مثل هذه المواقف لا تحمل خطراً حقيقياً، ولكنها تحمل الخطر فقط من وجهة نظر الفرد القلق سواء في مخيلته أو في البيئة الخارجية . وغالباً ما تسهم خصائص الشخص القلق في زيادة معاناته لخبرة القلق، وتجعل من

الصعب التخفيف من استجابة القلق أو تجنبها . وعادة ما يصاحب القلق بأعراض نفسية مثل الأرق، والأفكار الوسواسية، وبأعراض جسمية مثل الصداع، وآلام الصدر، والدوخة، والغثيان، وغير ذلك من أعراض .

ويتفق علماء النفس على أن القلق يعد هو نقطة البداية بالنسبة للاضطرابات النفسية والعقلية . وقد يكون القلق عرضاً في إحدى الزمالات المرضية الأخرى، وقد يشند في أحيان أخرى ويكون مرضاً أولياً . ووفقاً لما يراه إيليس Ellis فإن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي في الواقع إلى حدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون طرقاً أو اتجاهات للتفكير حول عالمهم هي التي تسبب لهم القلق . فحجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ ويزداد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء حتى يمكن أن نعتبره شخصاً ذا قيمة . وفضلاً عن ذلك فإن الفرد يمكن أن يتسبب لنفسه في القلق الاجتماعي أيضاً لو اعتقد أنه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوباً من كل المحيطين به، ومرضياً عنه منهم وهو الأمر الذي يعكس في الواقع عدم وجود فهم حقيقي لدى مثل هذا الفرد عن ذاته .

ومن جانب آخر فإن مدى القلق الذي يشعر الفرد به إنما يستدعي في الواقع زيادة المنبهات . ولذلك فإن أي حركة، أو أصوات، أو تغيرات في الوسط الذي يحيا فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر حيث يخبر الفرد أفكاراً عن ذلك الخطر المتوقع . وإلى جانب ذلك فإن تفكير الفرد عادة ما يكون مشتبهاً، ومشوشاً، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات مثل هذا الخطر مما يفقده بالتالي تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي بطبيعة الحال إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد حينئذ تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلي أي أنها لا تعكس ذلك الموقف الفعلي، بل تعكس تقييم الفرد لمثل هذا الموقف، كما أنها تعمل من جهة أخرى على إثارة استجابات الفرد الانفعالية والسلوكية .

ومرة أخرى نؤكد على ما سبقناه في بداية الحديث عن اضطرابات القلق من وجود عدد من الاضطرابات التي تشترك جميعها في وجود القلق كعامل مشترك بينها، وأنها جميعاً قد تجمعت تحت هذه الفئة الكبيرة وفق ما أورده أدلة التشخيص في هذا الصدد . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الاضطرابات على النحو التالي :

١- اضطراب الهلع *panic disorder*

يعد اضطراب الهلع بمثابة أحد هذه الاضطرابات التي أشرنا إليها منذ قليل وذلك في ثنايا حديثنا حول اضطرابات القلق . وكما يتضح من اسمه فهو حالة متطرفة من الخوف تترك تأثيرات سلبية كثيرة على من يتعرض لها أو يعاني منها، وتجعله غير قادر على أن يقوم بما كان بوسعه أن يؤديه من قبل .

طبيعة اضطراب الهلع

يمثل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتعمل مثل هذه الحالة كمشكلة أساسية وخطيرة بين أولئك الأفراد الذين يعانون منه حيث يتعرضون لما يشبه الانفجارات المفاجئة من الخوف، والأعراض الفسيولوجية الجياشة، والإحساسات المفزعة بفقد السيطرة على أنفسهم، أو الإصابة بالجنون، أو الموت . كما يحدث أيضاً كم متزايد من الإثارة والقلق والخوف من تكرار مثل هذه الأعراض . وتؤدي مثل هذه الأعراض بما لا يدع مجالاً للشك إلى عجز الفرد عن أن يواجه موقفاً يصبح فيه وحيداً، أو يذهب إلى الأماكن العامة، ويخشى حدوث نوبة أخرى . وهذا ما يعرف بالخوف من الأماكن الواسعة *agoraphobia* والذي غالباً ما يواجهه نوبة الهلع، ويؤدي في كثير من الأحيان إلى تقييد سلوك الفرد، وخوفه من السفر والترحال، ومن الأماكن العامة والواسعة والمفتوحة مما يؤدي في واقع الأمر إلى تجنب الفرد لمثل هذه المواقف .

وإلى جانب ذلك فإن اضطراب الهلع عادة ما يكون مصحوباً بخلل واضح في الأداء الوظيفي الاجتماعي والمهني والأسري فيؤدي إلى الخوف والانتزاع من المواقف اليومية المختلفة، والانسحاب من المواقف الاجتماعية بما فيها المهنة، ويصبح الفرد على اثر ذلك حبيس منزله ولا يقوى على مغادرته، كما أنه يعتقد من جراء تلك الأعراض المتلاحقة أنه مريض بدرجة خطيرة . وإذا كانت نوبة الهلع تحدث غالباً بشكل غير متوقع فإن هذه النوبة على العكس من الخوف الاجتماعي تحدث عندما لا يكون الفرد موضعاً لاهتمام الآخرين، كما أن إثارتها ترجع في الغالب إلى أحداث ومواقف عادة ما تثير القلق فضلاً عن أنها قد ترجع أيضاً إلى عوامل عضوية . وإذا كانت نوبة الهلع تنسم في البداية بحدوثها غير المتوقع فإنها

بعد ذلك ومع تطور الاضطراب يمكن أن تثار إذا ما تعرض الفرد لأي موقف من تلك المواقف التي عادة ما يكون من شأنها أن تسبب الخوف .

وعادة ما تتسم نوبة الهلع عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ، والترقب، والرعب مع شعور بالهلاك المحتوم، كما يصاحبها عدد من الأعراض تصل إلى ذروتها في الحدة خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض، وقد تستمر الأعراض الدالة عليها من بضعة دقائق وحتى ساعات طوال . وفي الواقع فإن مثل هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هي ما تميزه كاضطراب عن غيره من اضطرابات القلق الأخرى كاضطراب القلق العام أو المعمم على سبيل المثال . وتتضمن نوبة الهلع كما يرى راثوز وأسنيذ (١٩٩٥) Rathus& Asnis أعراضاً فسيولوجية عديدة كالخفقان أي سرعة معدل دقات القلب، والعرق، والرجفة، وانخفاض معدل التنفس (كرشة النفس)، والاختناق، والدوار، والغثيان، وتخدر الجسم، وآلام في الصدر (تسعة أعراض) . كما تتضمن أيضاً أعراضاً معرفية كالتجريد من الواقعية (الشعور بتغير الحقيقة) *derealization* واختلال الأنية *depersonalization* والخوف من الموت، والخوف من الجنون أو فقد السيطرة على النفس (ثلاثة أعراض)، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن في الغالب الحاجة الملحة من جانب الفرد للفرار أو الهروب من الموقف الراهن نتيجة الشعور بالقشعريرة أو التهيج (عرض واحد) . وبذلك يصل عدد مثل هذه الأعراض المميزة للهلع بأقسامها الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية إلى ثلاثة عشر عرضاً .

ويذهب عادل عبدالله (٢٠٠٠) إلى أن الهلع عادة ما يكون مصحوباً بالخوف من الأماكن الواسعة حيث ينتشر ذلك بين ثلث من يعانون من اضطراب الهلع تقريباً . ويتمثل ذلك الخوف في الخوف من التواجد في أماكن يصعب الهروب منها، كما تصاحبه مخاوف نوعية تتعلق بالإدراكات وحدث المأسى والمصائب . وجدير بالذكر أن ذلك الشخص الذي يعاني الخوف من الأماكن الواسعة لا يخشى في الواقع ذلك الموقف الذي يريد تجنبه في حد ذاته بقدر ما يخشى الأعراض المأسوية والمهلكة التي قد تحدث نتيجة لذلك . ومن بين تلك المواقف التي يمكن لها أن تثير مثل هذا الاضطراب الابتعاد عن المنزل، وركوب الأتوبيس أو القطار أو الطائرة، وقيادة سيارة خاصة فوق كوبري (جسر) أو في نفق أو عند الزحام المروري، أو

التواجد بين حشد كبير من الناس كما هو الحال في الأسواق على سبيل المثال، أو الوقوف في طابور . وعادة ما يحدث الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة في واقع الأمر بمعدلات متشابهة بين الجنسين .

ومن الجدير بالذكر أن نوبة الهلع غالباً ما تكون مصحوبة ببعض الاضطرابات الأخرى ومشاعر العجز كالقلق، والخوف، واليأس، والقلق العام، والمخاوف النوعية، والخوف الاجتماعي، والوساوس، والاكتئاب، وتوهم المرض، *hypochondriasis* والألام الجسمية، وبعض الضلالات من النوع الجسمي التي ترتبط باعتقادات حول اضطراب الجسم أو المرض . هذا وتتطور نوبة الهلع من وجود مثير إلى ظهور عرض جسمي، ففكرة مأسوية، ثم تصعيد للموقف، يليه الهروب أو تجنب ذلك الموقف، ثم شعور باليأس . فعند وجود الفرد وسط حشد من الناس على سبيل المثال يدق قلبه بسرعة، ويشعر بفقد السيطرة على نفسه، فيزداد قلقه، وتظهر أعراض أخرى للنوبة مما يدفعه إلى محاولة الابتعاد عن المكان، ويشعر بالاكتئاب والإثباط والعجز عن فعل أي شيء حيال ما يشعر به .

وفي هذا الإطار فإن وجود الفرد في موقف معين قد يمثل خطراً بالنسبة له، ويعمل إدراكه لذلك الخطر على إثارة استجابة طارئة من جانبه تعمل في حد ذاتها كمنبه للفرد، وتقوم بتجميع إحساساته الجسمية المضطربة والاختلالات الوظيفية المعرفية العابرة والتي يمكن له أن يدركها على أنها مصادر للخطر . ومن هذه الإحساسات أو المشاعر اعتصار القلب وسرعة دقاته، والشعور بالدوار أو الدوخة، والضعف، والإحساس باللاواقع، وغيرها من الإحساسات السلبية الأخرى . وعندما تثار الاستجابة الطارئة يتزايد الخوف والقلق بشكل سريع يقل معه التفكير العقلاني أو المنطقي للفرد، وتبدأ حلقة مفرغة من التوقعات المفزعة والأعراض المخيفة . وبالتالي نجد أن الإدراكات المشوهة للخطر من جانب الفرد تلعب دوراً هاماً في ذلك حيث يميل إلى تضخيم الخطر، والتقليل من قدرته على المواجهة . أي أن الفرد وفقاً لذلك يميل إلى ما يعرف بالتفسير المأسوي *catastrophic interpretation* للأعراض ومواجهتها نتيجة إساءة تفسير الإحساسات الجسمية التي يتم تقييمها من جانبه على أنها مخيفة، أو خطيرة، أو مهلكة . وعادة ما يؤدي مثل هذا التفسير المأسوي لها إلى التصعيد المستمر والقوي للقلق فضلاً عن إعطاء إثارة إضافية عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي بطبيعة الحال إلى الهلع .

تشخيص اضطراب الهلع

تحدد الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM- IV (1994) والمراجعة النصية التي أجريت عليه (DSM- IV- TR (2000) نوبة الهلع على أنها لا تعد اضطراباً مستقلاً، وأنها كنوبة تنسم بحدوث الخوف الشديد والتوتر والانزعاج في فترة تتوفر خلالها أربعة على الأقل من تلك الأعراض الثلاثة عشر التالية والتي تتطور فجأة، وتصل إلى ذروتها خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض . وتتمثل تلك الأعراض فيما يلي :

- ١- الخفقان وسرعة دقات القلب .
 - ٢- تصيب العرق .
 - ٣- الرجفة .
 - ٤- الشعور بانخفاض معدل التنفس أو كرشة النفس .
 - ٥- الشعور بالاختناق .
 - ٦- الشعور بألم في الصدر .
 - ٧- الغثيان .
 - ٨- الشعور بالدوخة والدوار .
 - ٩- الشعور بتخدر الجسم .
 - ١٠- الشعور باللاواقع أي التجريد من الواقعية أو اختلال الأنية أو الشعور بالانفصال عن الذات .
 - ١١- الخوف من فقد السيطرة على النفس أو الجنون .
 - ١٢- الخوف من الموت .
 - ١٣- الشعور بالفشعيرية أو التهيج مما يثير لديه الحاجة الملحة للفرار أو الهروب من الموقف الراهن .
- أما اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة على الجانب الآخر فيتسم بعدد من الخصائص أو الأعراض على النحو التالي :
- ١- تكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة .

٢- تتبع إحدى النوبات على الأقل بانتشغال الفرد لمدة شهر كحد أدنى بواحد على الأقل مما يلي :

- أ- الانتشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى .
- ب- الخوف من تلك النتائج التي قد تترتب على حدوث النوبة كفقد السيطرة على الذات، أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون .
- ج- تغير واضح ودال في السلوك يرتبط بتلك النوبات .

كما تتسم من ناحية أخرى بعدم وجود فوبيا الأماكن الواسعة، وأن مثل هذه النوبات لا تعود إلى أي آثار فسيولوجية للمواد التي قد يتعاطاها الفرد كإساءة استخدام عقار معين، أو تعاطي أدوية معينة، كما أنها لا ترجع إلى حالة طبية أو صحية عامة كالإفراط في إفراز الغدة الدرقية . كذلك فهي لا ترجع في ذات الوقت إلى أي اضطراب عقلي آخر، أو إلى الفوبيا الاجتماعية، أو المخاوف النوعية، أو اضطراب الوسواس القهري، أو انعصاب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال . ومن جانب آخر فإن اضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة يتسم هو الآخر بنفس ما يتسم به اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة باستثناء وجود خوف من الأماكن الواسعة يشعر الفرد به، ويصاحب حدوث نوبة الهلع .

٢- اضطراب القلق العام أو المعمم *generalized anxiety disorder*

يمثل هذا الاضطراب ثاني نمط من أنماط تلك الاضطرابات التي تندرج تحت اضطرابات القلق . ويعد هذا القلق على الرغم من كونه قلقاً غير محدد الموضوع قلقاً عاماً أو شاملاً يتسم بالإفراط . ويمكن أن نقوم بإلقاء الضوء عليه في الصفحات التالية .

طبيعة اضطراب القلق العام

يعد القلق العام أو المعمم قلقاً غير محدد الموضوع، ويعد بمثابة شعور عام غامض غير سار بالتوتر والتأهب تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بشكل خاص ومحدد بأي حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تحديد المثير

بدرجة كافية، أو قد تحدث الاستجابة لأي مثير منخفض . ويتخلل القلق الجوانب المختلفة لحياة الفرد، ويتوزع الشعور به على الوقت، ومن ثم فهو يعد قلقاً شاملاً . وقد يكون مثل هذا القلق حاداً أو مزمناً، وقد يرتبط في حالة الإزمان ببعض معين من أعضاء الجسم، ويسمى باسمه في تلك الحالة . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه إذا ما استمر الصراع لفترة طويلة، وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى أحد ثلاثة مظاهر هي :

١- المخاوف .

٢- عصاب الأعضاء .

٣- قلق الهستيريا .

وفي واقع الأمر فإن القلق يتضمن عملية تفاعل بين أنساق الاهتمامات والمفاهيم، وكذا الأنساق التخيلية والفسولوجية والانفعالية والسلوكية تتطور مع مرور الوقت كما يتضح من الاستجابة المستمرة لبيئة تتغير بشكل ثابت . وهناك سمات عديدة تميز القلق العام عن غيره من أنواع اضطرابات القلق الأخرى يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

١- مثيرات أو إشارات بينية للقلق أقل وضوحاً، أو التجنب السلوكي لتلك المثيرات .

٢- انحياز مسبق لأحداث تهديد متعددة مع تجنب معرفي سريع للكشف عنها .

٣- انتشار القلق اللفظي الذي قد يعمل على تفادي جوانب من خبرة القلق عن طريق قمع الخيال المرتبط بالخوف والإثارة الجسمية والتشغيل الانفعالي .

٤- سمات جسمية غير عادية تتضمن إعاقة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، وتقييداً لمدى تنوع هذا النشاط، وما ينتج عن ذلك من عدم المرونة الفسيولوجية في وقت الراحة وعند المواجهة .

وعادة ما يرهق أولئك الأفراد ممن يعانون من اضطراب القلق العام أنفسهم بأنماط تعودية مزمنة من الاستجابة التفاعلية متعددة الأنساق والتي تعد كل عملية فيها بمثابة رد فعل دفاعي للتهديد، وينتج عنها تتابع لاستجابات القلق التي تكتسب قوة كبيرة من خلال التكرار لتصبح بذلك عادة .

تشخيص اضطراب القلق العام

وفقاً لما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM- IV (١٩٩٤) وفي المراجعة النصية التي أجريت عليه (DSM- IV- TR (٢٠٠٠) يعد اضطراب القلق العام أو المعمم بمثابة قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر وذلك في عدد من الأحداث أو الأنشطة كالعمل أو الأداء المدرسي . ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه أو انشغاله الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من تلك الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفي توفر عرض واحد فقط . وهذه الأعراض هي :

- ١- الشعور بالاستياء والضجر، أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد .
- ٢- سرعة الشعور بالتعب .
- ٣- صعوبة في التركيز أو الوصول إلى النقطة المستهدفة .
- ٤- التهيج المفرط .
- ٥- التوتر العضلي .
- ٦- صعوبات النوم كأن يجد الفرد صعوبة في الاستغراق في النوم، أو البقاء نائماً، أو حدوث النوم غير المشبع .

وجدير بالذكر أن القلق أو الانزعاج هنا لا يرتبط بحدوث نوبة هلع، أو بالخواف الاجتماعي، أو باضطراب الوسواس القهري، أو بقلق الانفصال، أو بزيادة الوزن كما في حالة فقد الشهية العصبي، أو بوجود شكاوى جسمية متعددة، أو باحتمال إصابة الفرد بمرض خطير كما في حالة توهم المرض، أو بانعصاب ما بعد الصدمة. كما أنه في ذات الوقت لا يرجع إلى آثار فيسيولوجية مباشرة للمواد كإساءة استخدام مادة معينة أو عقار معين، أو إلى حالة طبية أو صحية عامة، أو إلى أي اضطراب ذهاني آخر . ويؤدي القلق أو الأعراض الجسمية في تلك الحالة إلى الضيق النفسي، أو حدوث خلل في أداء الفرد الوظيفي في المجال الاجتماعي أو المهني، أو أي من المجالات الأخرى الهامة .

٣- اضطرابات الرهاب أو الخوف المرضي *phobic disorders*

تعد اضطرابات الرهاب أو الخوف المرضي أو ما تعرف بالفوبيا هي النمط الثالث من أنماط تلك الاضطرابات التي تتدرج في الواقع تحت الفئة الأكبر التي تعرف باضطرابات القلق . وتتضمن مثل هذه الاضطرابات العديد من الاضطرابات وإن كان أكثرها شيوعاً وانتشاراً إنما يتمثل في ثلاثة أنماط أساسية رغم التزايد في ذلك العدد الذي يؤلف مكوناتها الفرعية . ويمكن أن نقوم بإلقاء الضوء عليها في الصفحات التالية .

طبيعة اضطرابات الرهاب

من الجدير بالذكر أن الرهاب هو الخوف، أو الخوف المرضي، أو الفوبيا *phobia* الذي يدرك من يعاني منه أن مخاوفه ليست منطقية، وليست عقلانية، وأنها غير مقبولة أو معقولة . ومع ذلك يظل على خوفه من تلك الأشياء التي لا تخيف في العادة . ويكون الخوف المرضي عاماً غير محدد، كما يكون خوفاً دائماً من وضع أو موضوع معين يعرف بموضوع الخوف يكون غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أي أساس واقعي أو منطقي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه رغم المحاولات الكثيرة والمتكررة لذلك من جانب ذلك الفرد الذي يعاني منه . ومع تكرار مثل هذه الاستجابة فإنها تأخذ خصائص الوسواس والأفعال القهرية . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن استجابة الخوف (الرهاب) هي حيلة دفاعية لا شعورية يحاول الفرد (المريض) أثناءها أن يعزل ذلك القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية، وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي . ولذلك فإن الفرد عادة ما يعلم عدم جدوى مثل هذا الموقف وعدم خطورته، ولكنه مع ذلك لا يستطيع التحكم في هذا الخوف أو السيطرة عليه . وقد يكون مثل هذا الخوف خوفاً من الأماكن الواسعة، أو من شيء أو موقف محدد، أو من حيوان ما، أو موضوع يوجد بالبيئة، أو غير ذلك وهو ما يعرف بالمخاوف النوعية . كما أنه قد يكون من جانب آخر خوفاً من مواقف اجتماعية معينة، ومن التواجد وسط الغرباء وهو ما يعرف بالخوف الاجتماعي .

ومن الجدير بالذكر أن استجابة الخوف إنما تتسم في الواقع بعدد من السمات التي يمكن لها أن تتحدد في ضوءها، وبناء عليها . وتعمل مثل هذه السمات كخصائص

يكون لها الدور الأساسي في تحديد أو تعيين تلك الاستجابة . وتمثل تلك السمات فيما يلي :

- ١- أنها لا تتناسب مع الموقف المثير لها .
 - ٢- أنه لا يمكن تفسيرها منطقياً .
 - ٣- أن الفرد لا يستطيع التحكم فيها إرادياً .
 - ٤- أنها عادة ما تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف .
- وفضلاً عن ذلك فإن استجابة الخوف أو المخاوف المرضية عادة ما تنقسم إلى ثلاثة أنواع أو أنماط أساسية تتمثل فيما يلي :

- أ- الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب الساحة) . *agoraphobia*
- ب- الخوف الاجتماعي . *social phobia*
- ج- مخاوف نوعية محددة . *specific phobia*

وفي حين يرتبط النوع الأول الذي يتمثل في فوبيا الأماكن الواسعة بالخوف من مغادرة المنزل، أو التواجد وسط الزحام، أو في الأماكن العامة، أو السفر وحيداً في أي وسيلة من وسائل المواصلات، أو التواجد في مكان يصعب فيه تقديم المساعدة حيث يعني هذا النوع من المخاوف الخوف من الناس، والأماكن المفتوحة كالساحات العامة، والسفر، ولذا فهو يعد أشد اضطرابات الخوف إعاقة نظراً لأن بعض الأشخاص يظلون داخل منازلهم ولا يغادرونها . ويختلف هذا النوع من الخوف عن القلق العام في أن القلق هنا يكون شديداً ومتركزاً حول موضوع معين يدركه الفرد (المريض) كاحتفاظ الناس في المكان مثلاً، بينما لا يكون القلق في حالة القلق العام بشدة الهلع . أما النوع الثاني من هذه المخاوف وهو المخاوف الاجتماعية فيرتبط بالخوف من أن يكون الفرد موضع اهتمام وملاحظة الآخرين، أو يتواجد وسط الغرباء مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية إذا يتعلق الخوف الاجتماعي بتعميم زائد يتعلق بالقدرات الاجتماعية للفرد، وتدور أفكاره الخاطئة حول توقع الخطر والأذى . ولذلك فعادة ما يكون لديه تقدير زائد لاحتمال حدوث الأذى، وما عساه أن يحدث، وتقدير أقل لقدرته على مواجهة الموقف والآخرين . ويشتمل ذلك في الواقع على توقع الرفض، والفشل، والانزعاج . أما النوع الثالث فيتمثل في المخاوف النوعية المحددة أي البسيطة، وتقتصر مثل هذه المخاوف على مواقف معينة ومحددة

تماماً بالنسبة للفرد كالأماكن المرتفعة، ورؤية الدم، والعواصف، والحيوانات، أو أي أشياء أو موضوعات معينة في البيئة . وعادة ما يبدأ مثل هذا النوع من المخاوف منذ مرحلة الطفولة، كما أن تلك المخاوف تسمى باسم ما ترتبط به فيقال مثلاً فوبيا الحيوانات، أو الظلام، أو الدم، أو المرتفعات، وهكذا .

تشخيص اضطرابات الرهاب

تورد الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM- IV (1994) والمراجعة النصية التي أجريت عليه (DSM- IV- TR (2000) ثلاثة أنواع من استجابات الخوف المرضي أو الرهاب وذلك على النحو التالي :

(١) الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب المساحة) *agoraphobia*

يتحدد في الدليل التشخيصي سالف الذكر أن الخوف من الأماكن الواسعة لا يعد اضطراباً مستقلاً، وأنه يتسم بالقلق من جانب الفرد حول وجوده في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح له أن يتلقى المساعدة فيها وذلك حال حدوث نوبة هلع غير متوقعة، أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع .

وتتضمن المخاوف المرتبطة بفوبيا الأماكن الواسعة مجموعة من المواقف التي تتضمن وجود الفرد وحيداً وبعيداً عن منزله، أو وجوده وسط حشد من الناس، أو وقوفه في طابور، أو وجوده فوق كوبري (جسر)، أو في نفق، أو سفره في أي وسيلة من وسائل المواصلات العامة كالأتوبيس أو القطار أو السيارة . ولا يتعلق الخوف بواحد فقط من هذه المخاوف دون سواه وإلا أصبح ذلك من المخاوف النوعية، كما أن التجنب هنا لا يرتبط بمواقف اجتماعية معينة وإلا أصبح ذلك ضرباً من الخوف الاجتماعي . وإلى جانب ذلك فإن سلوك التجنب هذا يرتبط بتوتر أو قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض شبيهة بأعراض الهلع، أو أن يتطلب الأمر وجود أحد الأصدقاء بصحبته .

وجدير بالذكر أن القلق أو الخوف هنا لا يرجع إلى أي مرض أو اضطراب عقلي، أو إلى الخوف الاجتماعي، أو المخاوف النوعية، أو اضطراب الوسواس القهري، أو انعصاب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال .

(٢) المخاوف الاجتماعية (اضطراب القلق الاجتماعي)

social phobia (social anxiety disorder)

يتسم هذا النوع من الرهاب بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون موضع اهتمام من الآخرين . ويؤدي التعرض لمثل هذه المواقف غالباً إلى إثارة القلق الذي قد يأخذ شكلاً يرتبط بهذا الموقف أو ذلك، أو يأخذ شكل نوبة الهلع . ويدرك الفرد تماماً أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة، ولكنه مع ذلك يخاف من المواقف الاجتماعية، ويتجنبها، أو يخبر قلقاً شديداً وتوتراً مما يكون من شأنه أن يؤثر على روتين حياته العادي وأدائه الوظيفي المهني أو الأكاديمي، وعلى أنشطته الاجتماعية وعلاقاته المختلفة على أن يستمر ذلك لدى أولئك الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر (أي أنهم يجب أن يخبرونه طوال هذه الفترة) بحيث لا يرجع مثل هذا الخوف إلى أي آثار فسيولوجية مباشرة لتلك المواد التي يمكن أن يتعاطاها الفرد كإساءة استخدامه للمواد، أو تعاطيه للأدوية، كما لا يرجع إلى أي حالة طبية أو صحية عامة .

ومن ناحية أخرى لا يجب أن يرجع مثل هذا الخوف إلى أي مرض عقلي، أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، أو قلق الانفصال، أو اضطراب صورة الجسم، أو أي اضطراب نمائي . كما يجب أيضاً ألا يرجع إلى اضطراب الشخصية شبه الفصامية . *schizoid personality*

(٣) المخاوف النوعية المحددة *specific phobia*

تتسم مثل هذه المخاوف النوعية المحددة في الواقع بكم مفرط من الخوف غير الواقعي الذي يثيره وجود أو توقع وجود شيء ما أو موقف معين كالطيران، أو الارتفاعات، أو الحيوانات، أو أخذ حقنة، أو رؤية الدم، أو غير ذلك من المثيرات والأشياء التي تعج البيئة بها . ويؤدي التعرض للمثير المسبب للخوف إلى استجابة قلق مباشرة قد تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف . وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، أو نوبات غضب، أو التجمد، أو التثبث بالآخرين .

ومما لا شك فيه أن الفرد الكبير وليس الطفل يدرك أن مثل هذا الخوف مبالغ فيه، وغير معقول، ومع ذلك لا بد له من أن يتجنب الموقف وإلا حدثت استجابة قلق شديدة تؤثر سلباً على روتين حياته العادي، وعلى أدائه الوظيفي المهني أو الأكاديمي، وعلى أنشطته الاجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك بالنسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر .

وغني عن البيان أن هذا القلق أو نوبة الهلع أو السلوك التجنبي الذي يرتبط بالمخاوف لا يرجع في الواقع إلى أي مرض أو اضطراب عقلي، أو إلى الوسواس القهرية، أو انعصاب ما بعد الصدمة، أو قلق الانفصال، أو الخوف الاجتماعي، أو اضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة . وقد تكون مثل هذه المخاوف من الحيوانات، أو من أشياء معينة في البيئة كالعواصف والارتفاعات والماء على سبيل المثال، أو من رؤية الدم، أو أخذ الحقن، أو من مواقف معينة كالكباري (الجسور)، والأنفاق، والطيران، ووسائل المواصلات العامة على سبيل المثال . وعادة ما يبدأ مثل هذا النوع من المخاوف في مرحلة الطفولة .

٤ - انعصاب ما بعد الصدمة *post traumatic stress disorder*

يعد هذا الاضطراب في الواقع بمثابة النمط الرابع من هذه الأنماط التي تتضمنها تلك الاضطرابات التي تندرج في الواقع تحت الفئة الأكبر التي تعرف باضطرابات القلق . ويعبر هذا الاضطراب بطبيعة الحال عن الضغوط التالية لتلك الصدمة التي يكون الفرد قد خبرها أو مر بها فيعكس بالتالي ما قد يترتب عليها من آثار سلبية عنيفة . ويمكن أن نقوم بإلقاء الضوء على هذا الاضطراب في الصفحات التالية .

طبيعة الاضطراب

يعرف اضطراب انعصاب ما بعد الصدمة بأنه مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك المتوافر لديه وخاصة في غياب المساندة الاجتماعية فيشعر بالعجز في مواجهة الحدث . وقد تأخذ مثل هذه الأعراض إحدى صورتين أو مجموعتين من الأعراض مع العلم بأنه قد ترتبط بمثل هاتين المجموعتين بعض الأعراض الأخرى

كاضطرابات النوم، وضعف التركيز، ونوبات الغضب . وتتمثل هاتان الصورتان أو مجموعتا الأعراض فيما يلي :

١- استعادة خبرة الحدث المؤلم عن طريق التخيل والأحلام أو تلك الأفكار التي يستدعيها الفرد، أو التي تقتحم عليه تفكيره .

٢- إنكار الحدث وهو ما ينعكس في السلوك التجنبي الذي يصدر عن الفرد، والذي يشمل التقليل من الاستجابة للعالم الخارجي، والشعور بالعزلة، وعدم الاهتمام بالأنشطة، وضعف الاستجابات الوجدانية، واللجوء إلى المخدرات .

ويعد اضطراب انعصاب ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة من أهم النواتج والآثار النفسية السلبية التي يمكن أن تجمع كل أشكال العصاب . وتعد الصدمة بمثابة موقف عصيب يكسر الإيقاع السوي لحياة الفرد اليومية، ويعد خروجاً على المألوف والمتوقع . وهناك العديد من العوامل التي تعد من أهم مسببات ذلك الاضطراب منها احتلال الأرض، والاعتصاب، والزلازل، والبراكين، والحوادث على سبيل المثال . وجدير بالذكر أن هذه العوامل المسببة للاضطراب تتبعها آثار سلبية قد تظهر في حينها أو تظهر بعد مرور عدة شهور أو سنوات طوال، وقد تستمر مثل هذه الآثار لفترات زمنية غير محددة . وعادة ما ينجم عن هذا الموقف قدر متفاوت الدرجة من الذلة أو المهانة أو احتقار الإنسان لنفسه، وعدم توقيره لها . ولا يكون ذلك غالباً لذنب اقترفه، بل يكون نتيجة قسر أو قهر أو إكراه إذ لا يكون له دخل فيما حدث، كما أنه لم يتمن ذلك على الإطلاق .

وفضلاً عن ذلك فإن هذا العنصر الضاغط أو الموقف العصيب الذي يكون الفرد قد تعرض له، والذي يكون قد تسبب في ظهور أعراض واضحة عليه يجب أن يتسم بعدد من السمات على النحو التالي :

١- أن يسبب الضيق والكرب للفرد من الناحية النفسية .

٢- أن يسبب الضيق والغنت لكل فرد تقريباً .

٣- أن يكون خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية .

كذلك فإن الأحداث الصدمية تتسم بأنها تمثل تهديداً خطيراً لحياة الإنسان، ولتكامل أعضاء جسمه، وإلحاق الأذى بمن حوله، وأنها ذات آثار تحطيمية مفاجئة . كما تتسم أيضاً بالعنف البدني، وبرؤية الآخرين وهم يتعرضون للأذى إلى جانب أن مثل هذا

الحادث الصدمي يتضمن أيضاً عنصراً بدنياً عضوياً كإصابة أحد أعضاء الجسم مثلاً. وهناك العديد من الأعراض المرضية التي تصاحب هذا الاضطراب كالقلق، والهم، والكرب، واليأس، والأحلام المفزعة، والكوابيس المتكررة، أو استرجاع الحدث أثناء اليقظة والتعايش مع الصدمة إضافة إلى تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة، وحدوث السلوك التجنبي، وصعوبات النوم، وضعف الذاكرة، وصعوبة التركيز، والتهيج، وانفجارات العنف والغضب، ومشاعر الذنب للبقاء على قيد الحياة، والتشوش العقلي، وحدوث صعوبات في حل المشكلات، وتشوه مفهوم الزمن.

ويختلف انعصاب ما بعد الصدمة عن الضغط النفسي *stress* في أن الحدث يكون واضحاً، أو تكون المحنة واضحة في حالة انعصاب ما بعد الصدمة، ولكنها تكون خارج حدود خبرات الإنسان مثل الفيضانات والحروب والكوارث والزلازل والبراكين والحرائق على سبيل المثال في حين تكون المثيرات في حالة الضغط النفسي داخل حدود خبرات الإنسان . وعلى الرغم من أن اضطراب انعصاب ما بعد الصدمة يندرج ضمن اضطرابات القلق، وأن استجابة الضغط في تلك الحالة تشبه استجابة القلق من حيث ظهور أعراض فسيولوجية ونفسية فإن استجابة الضغط تأتي نتيجة حدوث مثير ضاغط ، أما استجابة القلق فتنتج عن فشل الإنسان المتكرر في الاستجابة الملائمة للموقف الضاغط .

تشخيص انعصاب ما بعد الصدمة

وفقاً لما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) *DSM- IV* والمراجعة النصية التي أجريت عليه (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* توجد محكات معينة يتم تشخيص هذا الاضطراب في ضوءها ووفقاً لها وذلك على النحو التالي :

(١) أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتوفر فيه ما يلي :

١- أن يكون الفرد قد خبز أو شهد أو واجه موقفاً أو مواقف تتضمن موتاً حقيقياً، أو تهديداً بالموت، أو إصابة بالغة، أو تهديداً للتكامل الجسمي للذات أو الآخرين .

- ٢- أن تتضمن استجابة الفرد الخوف الشديد أو الحاد، والعجز، والفرع . ويعبر الأطفال عن ذلك بالسلوك غير المنظم أو الذي يتسم بالتهيج .
- (٢) أن يمر الحدث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مستمر وذلك عن طريق واحدة على الأقل من الطرق أو الأساليب التالية :
- ١- التذكر المستمر والمزعج لذلك الحدث الذي يقتحم تفكير الفرد، ويتضمن ذلك الصور أو الأفكار أو الإدراكات . أما بالنسبة للأطفال فإن ذلك عادة ما يتم عن طريق اللعب التكراري الذي يتم فيه التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها .
 - ٢- تكرار الأحلام المزعجة عن الحادث . وبالنسبة للأطفال فقد يكون هناك أحلام مخيفة لا يتذكرون محتواها .
 - ٣- التصرف المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي يعاود الحدوث، ويتضمن ذلك العديد من الأمور كإعادة معايشة الخبرة، والخداع، والهلاوس، وفترات من استعادة الخبرة السابقة . كما يتضمن ذلك أيضاً تلك المشاعر التي تحدث حال اليقظة أو عندما يكون الفرد تحت تأثير مخدر . وقد يحدث للأطفال صدمة خاصة تتعلق بإعادة تمثيل ذلك الحدث .
 - ٤- الشعور بالضيق النفسي الشديد أو الحاد عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمي .
 - ٥- حدوث انتكاسة فسيولوجية عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمي .
- (٣) التجنب المستمر لتلك المثيرات التي ترتبط بالصدمة والشعور بالخدر (فقد الإحساس) في الاستجابة العامة وهو ما لم يكن موجوداً قبل الصدمة وذلك كما يتضح من توفر ثلاثة على الأقل من الجوانب التالية :
- ١- بذل جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات التي تتعلق بالصدمة .
 - ٢- بذل جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأفراد الذين يمكنهم أن يثيروا لدى الفرد ذكريات عن الصدمة .
 - ٣- عدم القدرة على تذكر واسترجاع جانب مهم من الصدمة .

- ٤- تناقص واضح في الميل إلى الأنشطة المهمة أو الاشتراك فيها .
- ٥- الشعور بالانسلاخ عن الآخرين أو الانعزال عنهم أو النفور منهم .
- ٦- ضيق مدى الوجدان مما ينتج عنه أن يصبح الفرد على سبيل المثال غير قادر على أن تتولد لديه مشاعر الحب .
- ٧- الشعور بأن المستقبل غير رحب بالنسبة له كأن يتوقع مثلاً ألا تكون له مهنة معينة يمتنها، وأنه لن يتزوج ولن ينجب أطفالاً، أو أنه لن يحيا حياة عادية .
- (٤) وجود أعراض مستمرة تزيد من الإثارة والتنبية لم تكن موجودة قبل الصدمة وتتضح من توفر عرضين على الأقل من الأعراض التالية :
- ١- صعوبة الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً .
 - ٢- التهيج أو انفجارات الغضب .
 - ٣- صعوبة التركيز .
 - ٤- التيقظ الزائد .
 - ٥- استجابة الترويع المفاجئة المبالغ فيها .

(٥) أن يستمر الاضطراب لمدة شهر واحد على الأقل، ويؤدي إلى الكرب أو الضيق النفسي، وأن يحدث خلافاً في أداء الفرد الوظيفي اجتماعياً أو مهنياً أو في أي جانب آخر من جوانب الأداء الوظيفي ذات الأهمية . وتعد الأعراض التي تبدو على الفرد حادة إذا ما استمرت لمدة تقل عن ثلاثة شهور، أما إذا ما استمرت لمدة زمنية تزيد عن ذلك فإن مثل هذه الأعراض تعد آنذاك مزمنة . ومن جهة أخرى فإن بداية الاضطراب قد تكون في بعض الأحيان متأخرة وذلك إذا ما تأخر ظهور مثل هذه الأعراض المشار إليها لمدة ستة شهور على الأقل بعد الصدمة . أي أن ظهور الأعراض في تلك الحالة يتأخر لمدة زمنية لا تقل عن تلك المدة المشار إليها بعد حدوث الصدمة .

٥- اضطراب الوسواس القهري *obsessive compulsive disorder*

يعد هذا الاضطراب هو خامس هذه الأنماط التي تتضمنها تلك الاضطرابات التي تندرج في الواقع تحت الفئة الأكبر التي تعرف باضطرابات القلق . ويعبر هذا الاضطراب بطبيعة الحال عن تسلط أفكار معينة ومتواترة على الفرد، ومحاولته

التخلص منها، وعدم قدرته على أن يحقق ذلك نظراً لظهورها على هيئة أعراض قهرية عليه مما يجعل لها العديد من التأثيرات السلبية عليه . ويمكن أن نتناول ذلك على النحو التالي :

طبيعة اضطراب الوسواس القهري

تقوم الوسواس القهرية في الواقع على مجموعة افتراضات لا منطقية، وغالباً ما يتم تشخيص اضطراب الوسواس على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومتحكمة وتحدث مصادفة، كما تكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية . أما السلوك القهري على الجانب الآخر فهو سلوك علني يأخذ شكل السلوك المعرفي، ويؤدي فيه التابع بين الأفكار والسلوك بصاحبه إلى آلام وبؤس واضطراب .

وتعد الوسواس كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٠) بمثابة أفكار متسلطة ومتواترة، وتخيالات تبدو غير معقولة، ولا يمكن مقاومتها من قبل الأشخاص الذين تسيطر عليهم . ويكون للوسواس من القوة والتكرار ما يجعله يؤثر على الوظائف العادية للفرد . أما السلوك القهري فهو اندفاع جبري لتكرار بعض الطقوس الحركية عدة مرات وذلك بشكل لا يتناسب مع الغرض الواضح المراد تحقيقه . وغالباً ما يخاف الفرد من تلك العواقب الوخيمة لعدم قيامه بأداء مثل هذه الطقوس الحركية التي لا يمكنه مقاومة تكرارها على الرغم من تلك المحاولات التي يبذلها في سبيل ذلك .

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذا الاضطراب يتميز بوجود وساوس على هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، أو بوجودها معاً الوسواس والأفعال القهرية . ويكون الفرد الذي يعاني منها (المريض) على يقين بتفاهة مثل هذه الوسواس ولا معقوليتها، وأنها لا تستحق منه كل هذا الاهتمام وهو الأمر الذي يميزها عن الضلالات، كما يقوم أيضاً ببذل المحاولات المستمرة في سبيل مقاومتها وعدم الاستسلام لها، ولكن طول فترة المرض يضعف من مقاومته تلك . وإلى جانب ذلك فإن المريض يشعر بسيطرة تلك الوسواس وقوتها القهرية عليه مما يكون من شأنه أن يسبب له الشلل الاجتماعي مع آلام نفسية وعقلية شديدة . هذا وتتمثل أعراض اضطراب الوسواس القهري في وجود أفكار وسواسية تتمثل في أفكار أو صور، واندفاعات، واجترار

أفكار، ومخاوف ليس من الشيء نفسه ولكن مما يمكن أن يترتب عليه أو ينتج عنه فضلاً عن وجود أفعال قهرية عادة ما تتمثل في طقوس حركية معينة مع أفكار وأفعال قهرية مختلطة . وليس من الضروري ظهور أعراض كثيرة لدى الفرد ليصبح مريضاً، بل يكفي في الواقع وجود عرض واحد لتصنيفه كذلك .

ومن هذا المنطلق يتناول هذا الاضطراب الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية في زملة واحدة . ومع ذلك فقد توجد الوسوس بدون الأفعال، إلا أن وجود الأفعال يحتم أن يوجد معها وسوس . ويرجع ذلك إلى أنه عندما تتسلط فكرة وسواسية معينة على الفرد فإنه قد يلجأ إلى أساليب معينة حتى يتمكن من خفض حدة القلق فإذا ما نجحت مثل هذه الأساليب في تحقيق ذلك الهدف يتم تثبيتها وتكرارها كلما سيطرت الأفكار الوسواسية عليه مرة أخرى، وبذلك تتحول الفكرة الوسواسية إلى فعل قهري . وعلى الرغم من أن السلوك القهري عادة ما يهدف إلى خفض حدة القلق فإن ذلك لا يحدث في الغالب . ويبدو هذا واضحاً بطبيعة الحال في حالة أولئك الذين يقومون بالمراجعة القهرية للأشياء كالتأكد مرات عديدة من أنه قد أغلق باب الشقة ليلاً على سبيل المثال، أو الذين يقومون بطرح الأسئلة ولكنهم في الغالب لا يجدون لها الإجابة المقنعة .

ويبدو أن الحد الأقصى من الراحة يتحقق بعد المحاولة الأولى أو السؤال الأول، أما المحاولات المتكررة التالية وذلك من التكرار الثاني للأشياء فصاعداً فمن شأنها أن تعمل على زيادة حدة القلق والشك، وليس على خفضها مما يضطره إلى أن يقوم بتكرار مثل هذه الأفعال حتى يصل إلى درجة الإنهاك . وجدير بالذكر أن سلوك المراجعة *checking* هذا قد يكون غير صريح أو غير واضح للعيان كأن يقوم الفرد بمراجعة مدى تكامل قواه العقلية وذلك باستدعاء الذكريات السابقة، والتأكد من أنه لا يزال يتذكرها بشكل جيد . كذلك فإن هؤلاء المرضى يتسمون بمحاولاتهم الوصول إلى الدقة والإتقان والكمال إلى جانب ما يتسمون به من شك في أي شيء وكل شيء مع أنها تكون شكوك في غير محلها، كما أنهم يتسمون أيضاً بضميرهم الحي .

وعلاوة على ذلك فإن الوسوس عبارة عن معارف مقحمة يفسر المرضى حدوثها ومحتواها على أنها تعد دليلاً على مسئوليتهم عن إلحاق الأذى بأنفسهم أو بالآخرين ما لم يقوموا بعمل أي شيء يستطيعون بموجبه أن يتقوها . وتمثل الأفكار

الوسواسية ظاهرة عامة، ومن ثم فإن وجودها ليس هو الذي يحدد الاضطراب، بل إن استجابة الفرد لتلك الأفكار هي التي تحدد ذلك .

كما أن وجود افتراضات مختلة وظيفياً يعد بمثابة محدد هام لنواتج تلك الأفكار والتي تتمثل في القلق والانزعاج، ومن ثم فإن وجود مثل هذه الأفكار إنما يعد بمثابة مصدر إزعاج لهؤلاء الأفراد . ومن ناحية أخرى فإن خفض حدة ذلك الإزعاج الذي تسببه تلك الأفكار والذي يحدث على أثر قيام الفرد بسلوك تحييدي يمكن أن نقوم في الواقع بإرجاعه إلى الانخفاض المدرك للمسئولية من جانبه، ولذا يصبح من الأكثر احتمالاً أن يتكرر حدوث المعارف الوسواسية . ومع ذلك يبذل الفرد محاولات عديدة لكي يتمكن في النهاية من قمع أو تجنب تلك الأفكار، وتتل تلك المحاولات اهتماماً خاصاً من جانبه . هذا وتتحدد الأفكار المقحمة بدرجة كبيرة عن طريق ما يقبع خلفها من اعتقادات تتعلق بالمسئولية والتراخي أو عدم الفاعلية حيث نجد في الواقع أن أولئك الأفراد الذين تضمهم العينات غير الإكلينيكية *nonclinical samples* إنما يعتبرون أنفسهم مسئولين بطبيعة الحال عن كل ما يفعلونه وليس ما يفشلون في عمله وهو الأمر الذي لا يستطيع الأفراد الذين تضمهم العينات الإكلينيكية القيام به .

وأخيراً فإن هناك حقيقة هامة يجب أن نلفت الأنظار إليها وهي أن الوسواس القهري إنما يعد أحد أصعب الاضطرابات النفسية في علاجه إذ أن من المعلوم أن هذا الاضطراب إنما ينشأ نتيجة محاولة إحدى الدوائر الكهربائية في المخ أن تعزل نفسها عن باقي الدوائر التي تقوم بدورها بمقاومة مثل هذه المحاولات . وينعكس ذلك في إقناع من يعاني هذا الاضطراب أن أفكاره تافهة ولا معقولة، ومع ذلك يشعر بسيطرتها التامة عليه وهو الأمر الذي يحتاج في الواقع إلى التدخل الطبي .

محكات تشخيص الوسواس القهري

تحدد الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) *DSM- IV* والمراجعة النصية التي أجريت عليه (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* أن هذا الاضطراب يتضمن إما الوسواس أو الأفعال القهرية، وأن كلا منهما إنما يتحدد في ضوء عدد من الأعراض وذلك على النحو التالي :

(١) الوسواس *obsessions*

- ١- وجود أفكار متكررة، وبشكل دائم، كما قد يخبر الفرد اندفاعات أو صوراً في وقت ما أثناء حدوث الاضطراب على أنها مقحمة وغير ملائمة وتسبب القلق والضيق النفسي بشكل واضح .
- ٢- لا تعد الأفكار أو الاندفاعات أو الصور بمثابة انشغال مفرط من جانب الفرد بمشكلات الحياة الواقعية أو الفعلية .
- ٣- يحاول الفرد أن يتجاهل أو يقمع تلك الأفكار أو الاندفاعات أو الصور، أو يقوم بتحييدها أو تحييد أثرها مستخدماً فكرة معينة أخرى أو فعل معين .
- ٤- يدرك الفرد أن الأفكار الوسواسية أو الاندفاعات أو الصور تعد من نسج خياله، وأنها ليست مفروضة عليه من الخارج كما يحدث في حالة إدخال الأفكار *thought insertion* والتي تعد في الأساس مظهراً فصامياً .

(٢) الأفعال القهرية *compulsions*

- ١- حدوث أنماط سلوكية متكررة كغسيل الأيدي، والترتيب، والفحص المتكرر للأشياء، أو حدوث أفعال عقلية متكررة كالتوسل، والعد، والتكرار الصامت للكلمات والتي يشعر الفرد أن عليه أداءها كاستجابة لفكرة متمسطة أو طبقاً لقواعد معينة ينبغي عليه أن يطبقها بحذافيرها .
 - ٢- يهدف الفرد من جراء قيامه بتلك الأنماط السلوكية أو الأفعال العقلية إلى تجنب حدوث الضيق النفسي أو خفض حدته، أو تجنب موقف أو حدث مرعب . ومع ذلك فلا ترتبط مثل هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية بما ينبغي منها أن تقي منه، أو تقوم بتحييد أثره .
- هذا ويدرك الفرد عند مرحلة معين في مضمار الاضطراب أن مثل هذه الوسواس أو الاندفاعات مفرطة وغير واقعية . ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه الوسواس والاندفاعات إنما تسبب له الضيق، وتستهلك وقته حيث تستغرق جزءاً كبيراً من وقته يومياً، أو تتعارض مع روتين حياته العادي، وتعطل أداءه الوظيفي المهني أو الأكاديمي إلى جانب أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقته . كما أن هذا

الاضطراب لا يعود في الواقع إلى تلك الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة ما كإساءة استخدام عقار معين، كما أنها لا تعود أيضاً إلى حالة طبية أو صحية عامة .

رعاية الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الانفعالية

هناك العديد من المداخل والتوجهات المختلفة التي يمكننا أن نلجأ إليها وأن نتبعها في سبيل تقديم الخدمات المختلفة لأولئك الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية المختلفة رغم تعدد مثل هذه المداخل أو حتى الاضطرابات وهو الأمر الذي يتيح أمامنا العديد من البدائل الناجحة التي يمكننا بموجبها أن نحقق أهدافنا المنشودة في هذا الإطار والتي تتمثل في المقام الأول في تعديل سلوك هؤلاء الأفراد . ونقصد بتعديل السلوك تلك المحاولات أو أي محاولات يتم بذلها في سبيل تحقيق هدف واحد أو أكثر مما يلي :

- ١- إكساب الفرد مهارة معينة، أو حتى جانب معين من مهارة ما، وصقلها ، وتنميتها والوصول بها إلى أقصى ما يمكن أن تسمح قدراته به .
- ٢- إكسابه سلوك معين مقبول اجتماعياً، ومواصلة تدريبه على القيام به حتى يتقنه ويجيده، ويقوم بأدائه في غالبية المواقف التي يصادفها .
- ٣- الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعياً يصدر عنه مع العمل على تحقيق احتمال القضاء على مثل هذا السلوك .

وهناك العديد من الأساليب التي يمكن أن نقوم باتباعها في سبيل ذلك مهما اختلفت أسسها النظرية، أو اندمجت مثل هذه الأسس مع بعضها البعض في إطار تكاملي يسهم في تحقيق الأهداف المنشودة . وسوف نعرض لبعض هذه الأساليب على النحو التالي :

التدخل المبكر

يعد الاكتشاف المبكر لتلك الحالات والوقاية منها كما يرى سبراجو وواكر Sprague & Walker (٢٠٠٠) أهدافاً أساسية لبرامج التدخل المختلفة لأي فئة من فئات الإعاقة . أما بالنسبة لأولئك الأطفال المضطربين انفعالياً فإن مثل هذه الأهداف

تمثل مشكلات خاصة، ومع ذلك تعد تلك البرامج مبشرة وواعدة بالنسبة لهم حيث ترتبط الصعوبات الأساسية في هذا الموضوع بتعريف وقياس الاضطرابات الانفعالية خاصة بالنسبة للأطفال الأصغر سناً . ومن جانب آخر فإن ما يجعل هذه البرامج وواعدة بالنسبة لهؤلاء الأطفال الأصغر سناً إنما يرجع في الواقع كما يرى كل من كايزر (٢٠٠٠) Kaiser وكامبس وآخرين (٢٠٠٠) Kamps et al. وكما يرى كوفمان (١٩٩٩) Kauffman إلى أن سلوكهم الاجتماعي الانفعالي يتسم بقدر كبير من المرونة وهو الأمر الذي يجعل الفرصة مواتية أمام تلك الجهود الموجهة باتجاه الوقاية أن تحقق النجاح المنشود .

ومما تجدر الإشارة إليه أن تعريف الاضطرابات الانفعالية بطريقة تضمن لنا تحديد هؤلاء الأطفال بشكل ثابت وصادق، وتشخيصهم كذلك تعد مهمة صعبة نظراً لأن تعريف وتحديد وتشخيص هؤلاء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر عملية معقدة نظراً لوجود العديد من العوامل الإضافية التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك . ويمكن أن نعرض لهذه العوامل على النحو التالي :

١- أن تلك المهام التطورية التي نتوقع من هؤلاء الأطفال الأصغر سناً أن يقوموا بها تعد أبسط بدرجة أكبر من تلك المهام التي نتوقع أن يقوم الأطفال الأكبر سناً بها، وبالتالي يتضح أن ذلك المدى الذي يتضمن تلك السلوكيات العادية التي يمكن أن نستخدمها في سبيل إجراء المقارنة بين هذه السلوكيات يعتبر مقيداً تماماً حيث أنه إذا كنا نتوقع من الرضع والأطفال الأصغر سناً أن يأكلوا، ويناموا، ويؤدوا تلك المهارات الحركية البسيطة نسبياً، وأن يستجيبوا اجتماعياً لوالديهم فإنه ينبغي أن يقوم الأطفال في سن المدرسة بتعلم المهارات الاجتماعية والحركية الأكثر تعقيداً وتنوعاً، وأن يقوموا بتطوير علاقات اجتماعية مناسبة مع العديد من الأقران والراشدين .

٢- هناك تباين كبير في أساليب المعاملة الوالدية التي يبديها الآباء المتوسطين إلى جانب وجود تباين أيضاً في التوقعات الأسرية المرتبطة بسلوك الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك في الثقافات المختلفة وهو الأمر الذي يفرض علينا ألا نستخدم مطلقاً أي معايير غير مناسبة في تلك المقارنة التي

نقوم بإجرائها حيث أن السلوك الذي يعتبر غير ناضج، أو انسحابياً، أو عدوانياً من جانب أسرة معينة قد لا يعتبر كذلك من جانب أي أسرة أخرى .
٣- أن معدل نمو الأطفال في سنوات ما قبل المدرسة يعتبر سريعاً وغير مستو وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علينا أن نحدد في ضوءه أي التطورات التلقائية هي التي سوف تحدث .

٤- أنه غالباً ما تتم ملاحظة الأنماط الأكثر شدة من الاضطرابات الانفعالية لأول مرة خلال سنوات ما قبل المدرسة، ولكن يظل من الصعب أن نحدد الفروق بين الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية أو الحالات الأخرى كإعاقة العقلية أو الصمم على سبيل المثال . وغالباً ما تتمثل الدلائل الأولى للاضطراب فيما يلي :

- أ - وجود صعوبة في القيام بالوظائف البيولوجية الأساسية كتناول الطعام، والنوم، والإخراج على سبيل المثال .
- ب- وجود صعوبة في إصدار الاستجابات الاجتماعية الملائمة كالاستجابة بشكل إيجابي لمحاولات الوالدين القيام بتوفير الراحة للطفل، أو حمله .
- ج- حدوث تأخر في تعلم اللغة .

كذلك فإن وجود صعوبة في تلك الجوانب الأساسية أو في الوصول إلى الدلائل النمائية الأساسية كالمشي أو التحدث تدل على أن الطفل قد يعاني من إعاقة انفعالية أو حتى إعاقة سلوكية في بعض الأحيان . إلا أن مثل هذه الصعوبات قد تكون كذلك مؤشرات لحالات أخرى كالإعاقة الفكرية، أو الإعاقة الحسية، أو الإعاقة الجسمية والحركية . وفي هذا الإطار فإن الرضع والأطفال الأصغر سناً الذين يتسمون بحالتهم المزاجية السيئة وصعوبة مراسهم أي الذين يتميزون بسرعة الغضب أو الانفعال أو قابلية الإثارة، والذين يتميزون بأنماط غير عادية من النوم، وتناول الطعام، والإخراج، ويتميزون في الواقع بحدة استجاباتهم للعديد من المثيرات، وبرود فعلهم السلبية تجاه مصادر الإثارة الجديدة أو حتى المثيرات الجديدة يعدون في خطر من تطوير مشكلات سلوكية خطيرة إذا لم يتسم والدوهم بالمهارة في التعامل معهم . ومن المحتمل بالنسبة للأطفال في سن المدرسة أن يجعلوا الراشدين أو زملاء اللعب يستجيبوا لهم سلبياً إذا كانوا أكثر عدوانية أو أكثر انسحابياً من

المواقف والتفاعلات الاجتماعية قياساً بالعديد من الأطفال في مثل عمرهم . وقد تمثل مقارنتهم مع الأقران في نفس عمرهم أهمية كبيرة حيث أن المقارنات مع أطفال من هذا القبيل تعد على درجة عالية من الأهمية لما لها من دور بارز في توضيح ما يتميز به أولئك الأطفال، وتحديد وضعهم بالنسبة لأقرانهم . وعندما نتحدث عن هؤلاء الأطفال في مرحلة المهد على سبيل المثال فإننا نجد أنهم عادة ما يقومون بخطف ما يريدون، ويدفعون الأطفال الآخرين بعيداً عنهم، ويلقون بالأشياء المختلفة على الأرض، ويقذفون بأرجلهم ما قد يصادفهم من أشياء وخلافه، ويصرخون عندما يقوم أي شخص باعتراض طريقهم، كما أنهم لا يبدون مهارة في التفاعلات الاجتماعية، وغالباً ما يختبئون من الغرباء .

ونظراً لاستجابة هؤلاء الأطفال لتلك الظروف الموجودة في بيئتهم الاجتماعية، وإمكانية تأثر سلوكهم بالراشدين، بل وإمكانية قيام الراشدين بتشكيل سلوك أولئك الأطفال فإن تحقيق الوقاية الأولية أي منع حدوث المشكلات الانفعالية أو حتى السلوكية الخطيرة في المقام الأول يعد أمراً عظيماً . وفي هذا الإطار يرى جمع من الباحثين أننا إذا ما قمنا بتعليم الآباء والمعلمين تلك المهارات التي تتعلق بالإدارة الفعالة لهؤلاء الأطفال وسلوكهم فإننا بذلك سوف نساعد في منع حدوث العديد من حالات الاضطراب وهو ما يمثل وقاية أولية غالباً ما تكون على درجة كبيرة من الأهمية . فضلاً عن ذلك يمكننا أن نتخيل أنه إذا ما اتسم الوالدان والمعلمون بتلك المهارات فإن الأطفال المضطربين انفعالياً بالفعل لن يجدوا الفرصة مواتية أمامهم كي تزداد حالاتهم سوءاً وهذا ما يعرف بالوقاية الثانوية . ومع ذلك فإن مهمة الوقاية الأولية ليست هينة على الإطلاق، ولا هي تعد بالمهمة البسيطة نظراً لتلك المبالغ المالية الباهظة التي نحتاجها في سبيل ذلك، وما نحتاجه من أفراد للتدريب على إدارة الطفل وهي الأمور التي قد لا تتوفر حتى وقتنا الراهن، وإذا ما توفرت فإن كثيراً من المختصين كما يشير كوفمان (١٩٩٩) Kauffman وكازدين (١٩٩٧) Kazdin لا يوافقون دائماً على تحديد أي الأنماط السلوكية هي التي ينبغي أن نقوم بمنعها، ولا على تلك الكيفية التي ينبغي أن نقوم بموجبها بمنع ذلك السلوك غير المرغوب من جانب الطفل من التطور.

ومن هذا المنطلق فإن الأمر يتوقف على تحديد تلك المشكلات في سن مبكرة، ثم تعيين أسلوب التدخل المبكر المناسب . ولكن إذا ما تم تحديد السلوك العدواني أو الانسحابي من جانب الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة فإنه يجب أن يتم تحديد أي برنامج من برامج التدخل يعد هو المرغوب فيه، ويعتبر هو الأكثر أهمية . ويرى العديد من الباحثين كما يرى شتراين وتيم (٢٠٠١) Strain & Timm وفورنيس وآخرون (١٩٩٩) Forness et al. فيما يتعلق بذلك أن التدخلات السلوكية تعتبر على درجة كبيرة من الفعالية في هذا المضمار . ومن المعروف أن المدخل السلوكي في هذا الإطار يهتم بتحديد سلوكيات الطفل، وقياسها، وإعادة ترتيب البيئة وخاصة استجابات الراشدين والأطفال الآخرين لمشكلة الطفل وذلك في سبيل تعليم الطفل السلوك الملائم، وتدعيم أو تعزيز هذا السلوك . وهذا يعني أننا بالنسبة للطفل الذي يقوم بإبداء أو إظهار نوبة مزاجية على سبيل المثال يجب أن نعمل على أثر ذلك على عزله اجتماعياً عن الآخرين لفترة بسيطة وهو ما يعرف بالإبعاد المؤقت *time-out* وذلك بدلاً من الانتباه له، أو إعطائه المزيد من الاهتمام .

وباختصار فإننا يمكن أن نقوم في سن مبكرة بتحديد أولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للاضطراب الانفعالي أو السلوكي حيث يبدي هؤلاء الأطفال مزيداً من العدوان والانسحاب الاجتماعي، وقد يتعرضون للرفض الاجتماعي، أو مصاحبة الأقران المنحرفين . وبعد أن نقوم بتحديد مثل هؤلاء الأطفال ينبغي أن يتعلم أبائهم ومعلموهم كيفية تعليمهم المهارات الاجتماعية، وإدارة مشكلاتهم الانفعالية أو السلوكية وذلك باستخدام إجراءات إيجابية وغير عنيفة . وهنا يمكننا أن نقرر أنه إذا ما تم تحديد وتشخيص الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً في وقت مبكر من حياتهم، وكانت التدخلات المستخدمة كافية، وشاملة، ومكثفة، ومستمرة، وملائمة يصبح هناك فرصة جيدة للحد من مشكلاتهم تلك واضطرابهم هذا إلى جانب قيامهم بالأنماط السلوكية العادية أي التي تصدر عن أقرانهم غير المضطربين وهو الأمر الذي يؤكد على أهمية الاكتشاف المبكر لهؤلاء الأطفال، والتدخل المبكر للحد من مشكلاتهم واضطرابهم .

ومع ذلك فإن النتائج التي أسفرت عنها البحوث التي تم إجراؤها في هذا الميدان تكشف كما يشير دنكان وآخرون (١٩٩٥) Duncan et al. عن عدم حدوث التدخل المبكر وما يرتبط به من ممارسات مختلفة في الواقع الفعلي حيث أن التدخل بوجه

عام لا يحدث عادة إلا عندما يبدي الطفل نمطاً مضطرباً جداً من السلوك لعدة سنوات. كذلك يرى كوفمان (١٩٩٩) Kauffman أن أهم أسباب ندرة حدوث التدخل المبكر تتضمن ما يلي :

- ١- القلق الذي ينتاب الراشدين حول تسمية الطفل بذلك الاسم وما يرتبط به من وصمة تلتصق به .
- ٢- التفاؤل بحدوث نتائج إيجابية مع نمو الطفل المضطرب وتطوره بمعنى أنه سوف يتخلص من مثل هذه السلوكيات مع نموه .
- ٣- نقص الموارد اللازمة للتعامل مع الحاجات الضرورية لهؤلاء الأطفال المشكلين .
- ٤- تجاهل تلك الإرشادات المبكرة التي يمكن أن يبديها مثل هؤلاء الأطفال والتي تتعلق بمشكلاتهم الانفعالية أو السلوكية .

الانتقال إلى مرحلة الرشد

من الجدير بالذكر أن البرنامج الذي يتم تقديمه للمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً كما يرى ماج وكاتسيانيس (١٩٩٨) Maag& Katsiyannis يتنوع ويتباين بشكل كبير في أهدافه ومحتواه . ومع ذلك فلا تزال الاختيارات التالية هي الاختيارات الأساسية في وقتنا الراهن . وتتضمن هذه الاختيارات ما يلي :

- ١- الفصول العامة العادية بالمدارس العليا أو الثانوية .
- ٢- المعلمون المرشدون الذين يعملون مع معلمي التعليم العام والذين يوفرّون العمل الأكاديمي الفردي وإدارة السلوك .
- ٣- غرف المصادر والفصول الخاصة القائمة أو المستقلة بذاتها والتي قد يتم إرسال هؤلاء المراهقين إليها لجزء من اليوم أو طوال اليوم الدراسي بأكمله .
- ٤- برامج الدراسة والعمل والتي يتم فيها الدمج بين التعليم المهني وخبرات العمل من ناحية والدراسة الأكاديمية من ناحية أخرى .
- ٥- مدارس التربية الخاصة (العامة أو الخاصة) التي تعمل على تقديم المنهج الدراسي العادي المقدم في المدرسة العليا أو الثانوية ولكن في ظل ظروف أخرى مختلفة ووضع آخر مختلف .
- ٦- المدارس البديلة التي تقدم برامج فردية غير تقليدية في وضعها ومحتواها .

٧- مدارس خاصة *private* أو عامة تعمل بنظام الإقامة الداخلية .

وغني عن البيان أن المراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يمثلون إحدى الفئات التي يتم إهمالها في التربية الخاصة . ويرى البعض أن حاجات هؤلاء المراهقين التي تتعلق بالتربية الخاصة قد يتم إهمالها نظراً لأن مثل هؤلاء المراهقين يعرفون بأنهم يعانون من سوء التوافق الاجتماعي . كذلك فإن التعريف الفيدرالي الراهن يبدو أنه يسمح بتجاهل تقديم خدمات التربية الخاصة لعدد كبير من المراهقين يتمثلون في أولئك المراهقين الذين يبدون أنماطاً خطيرة من سوء السلوك، ولهم تاريخ طويل من الفشل في المدرسة .

ومن ناحية أخرى يعتبر من الصعب تصميم برامج للتربية الخاصة في مستوى المدرسة الثانوية يتم تقديمها للمراهقين المضطربين انفعالياً حيث أن مثل هذه الفئة تعد على درجة كبيرة من التباين . كذلك فإن المراهقين الذين يتم تصنيفهم في ضوء أهداف معينة للتربية الخاصة على أنهم مضطربون انفعالياً قد يتسمون بالعديد من الخصائص السلوكية التي تتراوح بين السلوك الانسحابي شبه التوحدي إلى الجنوح العدوانية، كما تتراوح معدلات ذكائهم بين الإعاقة العقلية الشديدة والموهبة المرتفعة، أما مهاراتهم الأكاديمية فتتراوح في مستواها بين ذلك المستوى الموازي لما قبل المدرسة وحتى المستوى الموازي للمرحلة الجامعية . وبالتالي يصبح من الصعب أن نجد هناك برنامجاً أو نموذجاً معيناً يعتبر مناسباً لهؤلاء المراهقين وهو الأمر الذي يؤكد أن هذه الفئة قياساً بغيرها من الفئات الأخرى تحتاج إلى نوع من التربية يتسم بدرجة عالية من الفردية، والمرونة، والإبداع . وقد تتراوح تلك البرامج بين الاهتمام بتعليم مهارات الحياة اليومية في بيئة وقائية إلى التسكين المتقدم في الكلية، ومن التسكين في فصل عادي إلى التسكين في مستشفى، ومن المنهج التقليدي إلى التدريب المهني الخاص وغير العادي وذلك تبعاً للحالة التي نتعامل معها .

ومن الجدير بالذكر أن الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل وحياة الراشدين يعد في واقع الأمر أمراً مختلفاً بالنسبة للمراهقين المضطربين انفعالياً حيث يفتقر العديد منهم إلى المهارات الأكاديمية الأساسية التي تعد ضرورية للتوظيف الناجح . وإضافة إلى ذلك فإنهم غالباً ما يسلكون بأساليب تمنعهم من أن ينالوا القبول، والحب، والمساعدة من أصحاب العمل أو من زملائهم في العمل . وبالتالي لن يكون من

المستغرب أن نجد أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهؤلاء المراهقين المضطربين انفعالياً أن يكونوا من المتسربين من المدرسة، كما يكونوا من بين أكثر من يصعب تدريبهم على البرامج التي يتم تقديمها في فترة الانتقال.

هذا وينمو العديد من هؤلاء الأطفال والمراهقين في الواقع وهم يعانون كما يرى واكر وستيبر (Walker & Stieber 1998) وكازدين (Kazdin 1997) من مشكلات حقيقية وصعوبات تمنعهم من أن يحيوا حياة مستقلة ومنتجة وهو الأمر الذي يساعد على أن يصبح الشكل العام لهم قاتماً . وعلى العكس مما يعتقد عامة الناس فإن الطفل أو المراهق من هذه الفئة الذي يتسم بالخجل، والذي يعاني من القلق والعصاب يصبح من الأقل احتمالاً بالنسبة له أن يعاني من مشكلات نفسية في مرحلة الرشد، ولكن الطفل أو المراهق المضطرب سلوكياً الذي يتسم بفرط العدوان هو الذي يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة له أن يتسم بالسلوك غير المقبول اجتماعياً، وأن يعاني من قصور في كفاءته الاجتماعية عندما يصل إلى مرحلة الرشد حيث أن حوالي نصف أولئك الأطفال الذين يبدو سلوكاً يتسم بفرط العدوان سوف يعانون في رشدهم من مشكلات تتطلب التدخل القانوني أو الرعاية الطبية النفسية .

ومن جانب آخر فإن الانتقال الناجح إلى حياة الراشدين غالباً ما يتسم بالتعقيد بسبب العلاقات الأسرية غير الملانمة، أو التعسفية العقابية، أو تلك العلاقات التي تتسم بالإهمال، والظروف الأسرية غير المواتية مما يؤدي بهم بالتالي كما يرى ميلر (Miller 1997) إلى الاستمرار في الإتيان بالسلوك غير المرغوب.

وهناك العديد من الأمثلة لتلك البرامج التي يتم تقديمها في المدرسة العليا أو الثانوية وبرامج الانتقال تتبع جميعاً المنحى السلوكي . ويبدو من المهم أن نركز عليها نسبياً نظراً لأن العديد من المراهقين والراشدين المضطربين انفعالياً بدرجة شديدة يعانون من اضطرابات نمائية حقيقية تتطلب التدخل طوال حياتهم . وفي الوقت الذي يصل فيه المراهقون الذين يخبرون الاضطرابات الانفعالية إلى المدرسة العليا أو الثانوية فإن هدف أكثر البرامج المقدمة لهم فعالية يجب أن يتمثل في الواقع كما يرى واكر وآخرون (Walker et al. 1995) في مساعدتهم على التكيف مع إعاقتهم من ناحية، ومع البيئة الخارجية بما فيها ومن فيها من ناحية أخرى . وبدلاً من التركيز على علاج المهارات الأكاديمية والاجتماعية فإن مثل هذه البرامج تعمل

على تعليمهم تلك المهارات التي يحتاجون إليها للحياة في المجتمع من ناحية، ولمسايرة المواقف المدرسية والمجتمعية من ناحية أخرى، كما أنها تعمل أيضاً على مساعدتهم على الانتقال إلى عالم العمل، وعلى تطوير أنفسهم مهنيًا. وفي هذا الإطار يرى تولبين وسبراجو (1999) Tolbin & Sprague وديوك وآخرون (1998) Duke et al. أن المدارس البديلة جيدة التخطيط يمكنها أن تقدم اختيارات هامة لأولئك الأطفال المعرضين للخطر بما فيهم أولئك الأطفال الذين يعانون من المشكلات الانفعالية أو السلوكية وهو الأمر الذي يمكن أن يعود عليهم بالفائدة أو النفع عندما يقدمون على إنهاء فترة التعليم بالمدرسة والانتقال إلى عالم العمل .

استراتيجيات التدخل الفعالة

من الجدير بالذكر أن أي إستراتيجية فعالة كما يشير هالاها وكوفمان (2008) Hallahan & Kauffman يجب أن تستند في الواقع إلى إطار نظري أو تصوري معين وهناك العديد من الاستراتيجيات الفعالة في هذا الصدد التي يمكننا أن نلجأ إليها، وأن نحقق الاستفادة المرجوة منها علماً بأن غالبية تلك الاستراتيجيات تتبع النموذج السلوكي في حين يكون من الممكن جداً أن نجد هناك نماذج أخرى قد تتضمن بعض هذه الاستراتيجيات أيضاً . ومن الواضح أن الاستراتيجيات الناجحة في كافة المستويات منذ التدخل المبكر وحتى الانتقال إلى مرحلة الرشد إنما تعمل في الواقع على إيجاد توازن بين التعليم الأكاديمي والمهارات الأكاديمية، وتقدم خدمات متكاملة لهؤلاء الأفراد . وتتضمن عدداً من العناصر على النحو التالي :

- 1- التدخلات المنظمة التي تستند على قواعد بيانات قوية تستفيد من نتائج البحوث في ذلك المضمار، ويتم تطبيقها بشكل منتظم وثابت .
- 2- قياس وتقييم مستمر لمدى التطور الذي يحدث حيث يجب أن تعمل على قياس أداء الأفراد بشكل مباشر ومستمر، بل وعلى أساس يومي مع الاستفادة مما تسفر عنه نتائج القياس والتقييم .
- 3- إتاحة الفرصة أمام الأطفال لممارسة المهارات الجديدة التي يتم تقديمها وتدريبهم عليها وذلك في مواقف فعلية .
- 4- العمل على إشباع حاجات هؤلاء الأفراد على المستوى الفردي .

٥- استخدام العديد من التدخلات المختلفة التي تعد ضرورية لإشباع تلك الحاجات المتعددة للأطفال .

٦- استخدام بعض التدخلات التي تعمل في سبيل تدعيم انتقال أثر التعلم إلى مواقف جديدة مع التمهّل وعدم الاستعجال حتى يتمّ التوصل إلى تغيير عام .

٧- اللجوء إلى تلك التدخلات ذات الأثر الثابت والتي يتمّ استخدامها مع اضطراب محدد وهي تلك التدخلات التي يتمّ اللجوء إليها أو تصميمها على أساس أن العديد من الاضطرابات الانفعالية عبارة عن إعاقات نمائية وسوف لا يمكن أن نعالجها تماماً أو نحد منها بشكل كلي .

إرشادات عامة لاختيار استراتيجيات وبرامج التدخل

نحن نعتقد أنه ينبغي علينا أن نقوم في واقع الأمر بتقديم المساعدة اللازمة للأطفال المنسحبين اجتماعياً، والمضطربين انفعالياً، وأن تلك المساعدة لا بد أن يتم تقديمها في مواقف الدمج وذلك بأقصى حد ممكن . فيما يلي بعض الإرشادات التي عادة ما يتمّ بموجبها مساعدة الممارسين على أن يتمكّنوا من الاختيار بين البدائل العديدة المتاحة من برامج التدخل .

أولاً : ينبغي علينا أن نضع العوامل التطورية في اعتبارنا عندما نقدم على اختيار برامج تدخل معينة . وقد تكون تلك الاستراتيجيات الأكثر تعقيداً أو التي تعتمد بدرجة أكبر على الجانب اللفظي كالتدريب الاجتماعي والاحتمالات التي توجهها الجماعة أكثر ملاءمة للأطفال في سن المرحلة الابتدائية أو الأكبر من ذلك، أما الاستراتيجيات التي تعتمد بدرجة أقل على الجانب اللفظي مثل قيام الراشدين بالتلقين والتعزيز، والتدريب على تقليد الأقران إنما تعتبر أكثر ملاءمة للأطفال الأصغر سناً أو الأطفال ذوي المهارات اللفظية المحدودة . ومن الواضح أن بعض الاستراتيجيات القليلة قد تمّ إعدادها بشكل محدد للمراهقين المنسحبين اجتماعياً، وتمّ اختبارها عليهم . ومن ثمّ فإن البحث في هذا المضمار في الوقت الراهن يعدّ مطلوباً بدرجة كبيرة .

ثانياً : يجب أن يتمّ اختيار استراتيجيات التدخل طبقاً لطبيعة تلك المشكلة التي يعاني منها الطفل . فعلى سبيل المثال يمكننا أن نلاحظ أن بعض الأطفال

المنسحبين اجتماعياً يبدون أوجه قصور في الأداء بمعنى أنهم يتمتعون بالمهارات الضرورية التي تمكنهم من التفاعل الناجح، ولكنهم يفشلون في القيام بذلك . وبالنسبة لهؤلاء الأطفال فإن استراتيجيات معينة مثل التعزيز من قبل الآخرين، والنمذجة إلى جانب استخدام تلك الاحتمالات التي توجهها الجماعة تعد هي الأكثر ملاءمة، وهي الأكثر إفادة لهم . ومن ثم فإن الأطفال المنسحبين اجتماعياً والذين يعانون بجانب ذلك من أوجه قصور معينة في مهاراتهم يجب أن يتعلموا كيفية التفاعل بشكل مناسب، وكيفية التصرف في إطار المواقف التبادلية أو تلك المواقف التي تتطلب وجود جماعة معينة كالأنشطة الجماعية على سبيل المثال، أو ما إلى ذلك . وعلى هذا الأساس تعد استراتيجيات التدريب الاجتماعي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، أو كليهما بالنسبة لهم هي أفضل الخيارات العلاجية . وأخيراً فقد يكون من المرغوب أن يتم تحسين السلوك الاجتماعي والأكاديمي للأطفال المستهدفين بشكل متزامن، وفي هذه الحالة فإن التعلم التعاوني، وقيام الأقران بالتدريب، والاحتمالات التي توجهها الجماعة تعتبر هي الأفضل والأكثر ملاءمة .

ثالثاً : يجب أن تكون إجراءات التدخل أقل إقحاماً بقدر الإمكان، كما ينبغي أن يتم تقديمها في المواقف التعليمية الأكثر شمولاً ودمجاً . وإذا كان من الممكن أن يتم تنفيذ برنامج التدخل دون اختيار أو تحديد أطفال معينين فسوف يكون ذلك مفضلاً . وبالمثل فإن تلك الجهود التي يتم بذلها في سبيل القيام بالسلوكيات الاجتماعية، والإبقاء عليها، وتوسيع مجالها ومداها سوف يكون أمراً يتم تفضيله على تلك الأساليب التي يتم تصميمها وإعدادها للحد من الاستجابات غير المناسبة التي يمكن أن تصدر في الواقع عن الطفل . وفي نفس السياق يجب على الممارسين أن يقوموا بتطبيق تلك البرامج التي يحدونها للتدخل في مواقف أكاديمية تقوم على الدمج بقدر الإمكان . وقد أدت الجهود الحديثة التي بذلت في سبيل دمج الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والحادة في فصول التعليم العام كما يرى كيندي وشوكلا (١٩٩٥) Kennedy & Shukla إلى وجود العديد من الميكانيزمات أو الآليات التي يتم بموجبها تقديم الدعم اللازم لكل من الأطفال والمعلمين في جهودهم

التنفيذية . ويبقى أن نؤكد على أننا ينبغي أن نعمل من خلال مثل هذه الاستراتيجيات على مواجهة العزلة الاجتماعية للأطفال، ومن ثم ينبغي أن نساعدهم على أن يتعلموا التفاعل الاجتماعي الإيجابي، وأن يتعلموا العديد من الأشياء أو الأمور الهامة من تلك التفاعلات الاجتماعية . ومن ثم يجب أن نفعل كل ما نستطيع لكي نضمن أن مثل هؤلاء الأطفال الذين يعانون في الواقع من المشكلات أو الاضطرابات الانفعالية *emotional problems or disorders* وما يمكن أن تفرضه عليهم من عزلة *isolation* قد أتاحت لهم الفرصة لكي يتعلموا مثل هذه الأشياء .

أهم برامج التدخل المستخدمة

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من برامج التدخل التي يمكن أن يتم إتباعها داخل الفصل، والتي عادة ما يكون من شأنها إذا ما أحسن استغلالها وتقديمها بالطريقة المناسبة أن تؤدي إلى حدوث العديد من النتائج الإيجابية حيث يمكن من خلالها أن يحدث تعديل لسلوك أولئك الأطفال والمراهقين ذوي المشكلات الانفعالية أو حتى أقرانهم ذوي الاضطرابات الانفعالية، ومساعدتهم على أن يندمجوا مع أقرانهم، وأن يخرجوا من عزلتهم المفروضة على أثر اضطرابهم . ومن أهم ما يميز هذه البرامج، ويجعلها أكثر فائدة أنها تتسم بعدد من الخصائص ذات الأهمية من أهمها ما يلي :

- ١- أنها توظف تدخل الأقران في سبيل تحقيق الأهداف والنتائج المنشودة .
- ٢- أنها تجعل من الأقران أو تقدم من خلالهم النماذج المرغوبة .
- ٣- أنها تساعد الأطفال والمراهقين المشكلين أو المضطربين على أن يقوموا بتقليد مثل هذه النماذج وتحقيق الاستفادة المرجوة منها .
- ٤- أنها تعمل على إشراك هؤلاء الأطفال والمراهقين في الأنشطة والأعمال الجماعية التي عادة ما يكون من شأنها أن تسهم بشكل إيجابي في القضاء على تلك العزلة الاجتماعية التي يمكن أن يعانون منها .
- ٥- أنها تساعد هؤلاء الأطفال والمراهقين على أن يندمجوا مع أقرانهم، وأن يصبحوا جزءاً من نسيج تلك الجماعة التي ينتمون إليها .

٦- أنها تسهم بصورة أساسية في تعديل سلوك مثل هؤلاء الأطفال والمراهقين وذلك بالشكل الذي يساعدهم على تحقيق القدر المناسب من التوافق النفسي . وسوف نعرض على مدى الصفحات التالية لأهم هذه الاستراتيجيات وبرامج التدخل، ونظراً لحاجتنا الماسة إلى الأقران والأنشطة الجماعية في هذا الإطار فسوف نعرض لبرامج التدخل بمساعدة الأقران *peer - assisted interventions* ونوضح من خلال ذلك كيف يمكننا أن نقوم بموجبها بتحقيق الأهداف المنشودة في هذا الإطار وذلك عن طريق توظيفها بالصورة المثلى التي يمكن من خلالها أن نعمل على تعديل سلوك الأطفال والمراهقين ذوي المشكلات أو الاضطرابات الانفعالية . وفي الواقع هناك عدد من برامج التدخل بمساعدة الأقران يمكن للمعلم أن يختار من بينها عندما يقدم على العمل مع الأطفال أو حتى المراهقين المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً . ويعتبر استخدام الأقران كوكلاء للتغيير المنظم للسلوك كما يرى ماهيدي وآخرون (٢٠٠١) Maheady et al. وأوتلي (٢٠٠١) Utley تطوراً حديثاً نسبياً في علم النفس السلوكي، ولكنه مع ذلك قد تطور بصورة واضحة عبر السنين . وهناك مجلدات كاملة الآن تقدم مقترحات محددة يتم بموجبها مشاركة الأقران في التدريب على المهارات الاجتماعية . وسوف نستعرض هنا ثلاث استراتيجيات مختلفة لتدريب الأطفال بمساعدة الأقران هي التدريب على تقليد الأقران، والمبادرات الاجتماعية للأقران، وقيام الأقران بالتلقين والتعزيز فضلاً عن اثنين من برامج التدخل للمراهقين ممن يعانون وممن لا يعانون من الإعاقات البسيطة هما الاحتمالات التي توجهها الجماعة، وقيام الأقران بالتدريب والتعلم التعاوني .

أ- التدريب على تقليد الأقران

يشهد التدريب على تقليد الأقران *peer imitation training* القيام بطلب المساعدة من أحد زملاء الطفل المنسحب أو المنعزل اجتماعياً وذلك في سبيل تعليم ذلك الطفل سلوكيات اجتماعية معينة حيث يقوم هذا الزميل بنمذجة السلوكيات الاجتماعية التي يتم اختيارها كعرض طلبات معينة، وتقديم التعليقات اللفظية، ومشاركة الآخرين على سبيل المثال وذلك لزميله المنسحب أو المنعزل اجتماعياً،

ومن ثم يطلب المدرب أو المعلم من الطفل المستهدف أن يقوم بتقليد ذلك السلوك، وعندما يؤدي ذلك وفقاً لما يحدده المدرب فإنه يقوم على الفور بتعزيزه مستخدماً المديح أو الثناء، والربت العاطفي على كنفه، أما إذا فشل في تقليد السلوك الذي تمت نمذجته له فإن المدرب يحثه بديناً على الفور بالاستجابة المرغوبة ويلقنها له . ويتم في الواقع تكرار مثل هذه الإجراءات على مدى عدد من المحاولات يتم تقديره سلفاً مع استخدام التوجيه البدني الذي يتلشى تدريجياً، واستمرار تعزيز التقديرات التقريرية المتتالية . وعندما ينجح الطفل المستهدف في تقليد القرين النموذج دون تلقين فإن التدريب ينتقل آنذاك إلى موقف أقل تنظيماً (كموقف وقت اللعب على سبيل المثال) . أما إذا ما فشل الطفل المستهدف في تقليد القرين النموذج يتم تكرار إجراءات التلقين المنظم والتعزيز .

وفي إحدى الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المضمار باستخدام التدريب على تقليد القرين وجد كوكي وآخرون (١٩٧٨) Cooke et al. زيادة دالة في التفاعلات اللفظية للأطفال المعوقين عقلياً بعد تعرضهم لنماذج من غير المعوقين . وذهب هؤلاء الباحثون إلى أن التدريب على تقليد الأقران يكون أكثر فعالية عندما يتم استخدامه في ذلك الموقف الذي يزداد فيه الاحتمال لكي يكون طبيعياً، ويفضل أن يكون ذلك الموقف هو الفصل الذي يتم فيه الدمج . وقد لاحظ كير ونيلسون (١٩٨٩) Kerr & Nelson أنه من المهم جداً أن نختار نموذج القرين الذي يتسم بالفعالية، ومن ثم فهما يوصيان باختيار أولئك الأطفال الذين يتسمون بعدة خصائص هامة من أهمها ما يلي :

- ١- الانتظام في الحضور إلى المدرسة .
- ٢- إبداء المهارات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين .
- ٣- إمكانية قيامهم بتقليد وإتباع التعليمات اللفظية بشكل جيد .
- ٤- التركيز على تلك المهام التي يتم تقديمها خلال التدريب وذلك لمدة عشر دقائق على الأقل في كل جلسة تدريبية .

ونظراً لأن التدريب على تقليد الأقران يتطلب وجود شخص راشد فإنه بذلك يعد تدريباً مكثفاً على العمل، ولهذا فقد يتطلب الأمر أن يتم تحفيظه للأطفال الأصغر سناً الذين يخبرون درجة حادة من الانسحاب الاجتماعي أو العزلة . أما ميزة هذا التدريب فتتمثل في تلك الدرجة العالية من المرونة التي يتسم بها، وفي إمكانية

استخدامه في سبيل تعليم الطفل مجموعة من المهارات الاجتماعية، والمهارات قبل الأكاديمية، ومهارات مساعدة الذات، أو هذه المهارات جميعاً .

ب- المبادرات الاجتماعية للأقران

تعد إستراتيجية المبادرات الاجتماعية للأقران *peer social initiation* في الواقع هي ثاني إستراتيجية للتدريب بمساعدة الأقران والتي يقوم المعلم عندما يقدم على استخدامها بتدريب أحد الأقران غير المعوقين (على الرغم من استخدام الأطفال الذين يعانون من التأخر النمائي) وذلك في سبيل توجيه المبادرات الاجتماعية صوب ذلك الطفل المنسحب أو المنعزل اجتماعياً . فعلى سبيل المثال يمكن أن يقوم القرين بتقديم اقتراح للعب (فيقول مثلاً هيا بنا نلعب)، أو يعرض القيام بمشاركة الطفل المنسحب أو المنعزل في شيء ما (فيقول مثلاً هل تريد أن تمسك بعربتي وتلعب بها ؟) . ويكمن الهدف من تلك المحاولات أو الدعوات الاجتماعية الأولية في جذب الطفل المنسحب أو المنعزل اجتماعياً إلى التفاعل الاجتماعي . ومن الملاحظ أن الشخص الراشد لا يقوم أثناء برنامج التدخل بتلقين السلوك الاجتماعي للطفل المنسحب أو المنعزل، أو تقديم التعزيز له على الرغم من وجوده بالقرب من الطفل حتى يتمكن من تقديم التلقين اللازم للقرين الذي يقوم بالتدريب إذا لزم الأمر . وعادة ما يتم استخدام مبادرات الأقران بدلاً من ذلك التعزيز الذي يقدمه الشخص الراشد نظراً لأنها أسلوب طبيعي بدرجة أكبر يمكن أن يتم بموجبه اكتساب المهارات الاجتماعية، وأنها لا تعطي الفرصة لحدوث أي فوضى في نمط التفاعل الاجتماعي القائم، كما أن من شأنها أن تعمل أيضاً على تدعيم حدوث التعزيز بصورة أكثر ثباتاً .

وفي الدراسة الأولية التي أجراها سترين Strain ورفاقه (١٩٧٧) قاموا بتعليم الأقران القيام بتقديم المبادرات الاجتماعية لستة أطفال من المنسحبين اجتماعياً بمرحلة ما قبل المدرسة، وتم تقسيم الأطفال إلى مجموعتي لعب (تسمى كل منهما بالثلوث *triads*)، وتم تعيين مدرب مختلف من الأقران لكل مجموعة . وعندما بدأ المدربون تقديم المبادرات الاجتماعية في مجموعتيهما زادت معدلات حدوث المبادرات الاجتماعية لخمسة أطفال من الأطفال الستة المستهدفين بصورة دالة . وقد

تكرر حدوث مثل هذا الأثر العلاجي في العديد من الدراسات الأخرى التالية عند استخدام هذا الأسلوب ذاته وهو الأمر الذي يدل في واقع الأمر على فعاليته في هذا الإطار .

ويعتبر التدخل باستخدام المبادرات الاجتماعية للأقران مثل التدريب على تقليد الأقران تماماً في أن كلا منهما يعد تدريباً مكثفاً على العمل . وعلى الرغم من عدم حاجة الراشدين إلى الحضور لتقديم التلقين والتعزيز للأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً فإنهم قد يضطرون إلى تقديم المساعدة اللازمة للأقران الذين يقومون بالتدريب (على الأقل في البداية) . وعلاوة على ذلك فقد وجد كير ونيلسون (Kerr & Nelson 1989) أن الأيام القليلة الأولى في التدريب على تقديم الأقران للمبادرات الاجتماعية قد تكون مجرد محاولات في سبيل ذلك . كما لاحظنا على سبيل المثال أن الأطفال المنعزلين قد يتجاهلون أو يقاومون علانية (من خلال نوبات الغضب مثلاً) ما يقوم أقرانهم بإصداره لهم من أوامر . وعلى هذا الأساس يجب أن يتم إعداد المعلمين والأقران الذين يقومون بدور المدرسين أو المعلمين كيفية التعامل مع هذا الرفض . ولذلك يوصي بضرورة أن يستمر القرين الذي يقوم بالتدريب في تقديم المبادرات، وأن يقوم المعلم إذا لزم الأمر بالتدخل مستخدماً التلقين والتعزيز للطفل المنسحب أو المنعزل اجتماعياً . ولحسن الحظ فإن الفترة الصعبة لا تستمر أكثر من أربع أو خمس جلسات فقط ، وبعدها عادة ما يتعاون الأطفال مع بعضهم البعض، ويستمتعوا بما يحدث بينهم من تفاعلات مختلفة .

جـ قيام الأقران بالتلقين والتعزيز

هناك إستراتيجية ثالثة في هذا المضمار تتمثل في قيام الأقران بالتلقين والتعزيز *peer prompting and reinforcement* تتطلب أن يقوم القرين الذي يعمل كمدرّب بمساعدة أولئك الأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً في اللعب مع بعضهم البعض . وعادة ما يقوم القرين المدرّب في البداية بتقديم التلقين اللازم لأحد الأطفال وحثه على التفاعل (فيبدأ بالتلقين اللفظي، ثم ينتقل إلى التوجيه البدني إذا ما لزم الأمر)، ويقوم بعد ذلك بتقديم التعزيز اللفظي للأطفال المستهدفين على ما

يبدونه من تفاعل . وعادة ما يستمر هذا الإجراء حتى يتمكن أولئك الأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً من التفاعل دون تلقين، ثم ينتقل التدريب بعد ذلك إلى تلك المواقف الأقل تنظيماً .

ومن الجدير بالذكر أنه لم يتم إجراء عدد كبير من البحوث باستخدام إستراتيجية قيام الأقران بالتلقين والتعزيز، ومع ذلك فإن الأدلة المبدئية التي كشفت عنها تلك الدراسات القليلة تعد واعدة في واقع الأمر . وفي هذا الإطار يوصي كل من كير ونيلسون (Kerr & Nelson 1989) باستخدام هذه الإستراتيجية كمتابعة للتدريب على المبادرات الاجتماعية للأقران، وأن يتم تقديم العديد من زملاء اللعب تدريجياً مع مرور الوقت . كما يقترحان أيضاً ضرورة أن يتم تخصيص أربع جلسات على الأقل مدة كل منها عشرون دقيقة في سبيل إعداد مدرّبين من الأقران، وأن يكون الأطفال المنعزلين جزءاً من التدريب منذ البداية . وفي تغيير لتلك الاستراتيجيات التقليدية التي تتم بمساعدة الأقران قدم إنجلش English وزملاؤه (1997) نسق الرفيق أو الزميل *buddy* الذي يتم فيه الجمع أو المزاوجة بين الأقران والأطفال المستهدفين حيث يقوم الأقران بتدعيم التفاعلات الاجتماعية خلال اليوم الدراسي بكامله بدلاً من أداء ذلك أثناء القيام بأنشطة اللعب الحر فقط .

وفضلاً عن ذلك فإن هناك خيارين آخرين متاحان أمام المعلم للتدريب بمساعدة الأقران يتمثلان في الاحتمالات التي توجهها الجماعة، وقيام الأقران بالتدريب والتعلم التعاوني قد تم تقديمهما للاستخدام مع الأطفال الأكبر سناً والمراهقين، وأقرانهم الذين يعانون من الإعاقات البسيطة . وعلى الرغم من عدم إعداد أي من هذين الاتجاهين العامين خصيصاً للاستخدام مع المراهقين المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً فإنه قد تم استخدامهما بنجاح معهم، وإن كنا لا نزال في حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث في هذا الصدد .

د- الاحتمالات التي توجهها الجماعة

مما لا شك فيه أن إستراتيجية الاحتمالات التي توجهها الجماعة *group-oriented contingencies* إنما تعد في الواقع شكلاً من التدخلات التي يوجهها المعلم، ولكن نظراً لأن الأقران يقومون بدور الوسيط في سبيل تقديم العلاج عن

طريق التلقين والتعزيز فإننا سوف نقوم بمناقشة مثل هذه الإجراءات على أنها برامج للتدخل بمساعدة الأقران . *peer- assisted* وفي هذا الإطار فإننا نجد أن هناك في الواقع ثلاثة أنماط متاحة من الاحتمالات التي توجهها الجماعة تتمثل في الاستراتيجيات المستقلة أو المعيارية، *independent or standardized strategies* والنسق التابع الذي توجهه الجماعة، *dependent group-oriented system* فضلاً عن النسق المستقل الذي توجهه الجماعة . *independent group-oriented system*

ويتمثل أول هذه الأنماط في الاستراتيجيات المستقلة أو المعيارية وهو النمط الذي قدمه كازدين (1977) Kazdin ليكون بمثابة محك معياري للأداء لكل عضو من أعضاء المجموعة أو الفصل . ويتم خلاله تقديم التعزيز فقط عندما يتطابق أداء الفرد مع المحكات المحددة . وفي هذه الإستراتيجية يرتبط تقديم التعزيز للأفراد بأدائهم بصورة مباشرة . فعلى سبيل المثال قد يقيم المعلم نسقاً مستقلاً لاحتتمالات الجماعة بتعريف الفصل أن جميع الأطفال الذين يقومون بإنهاء ما يكلفون به من أنشطة أكاديمية بالفصل بنسبة دقة تبلغ ٨٥% (أي محك معياري للأداء) سوف يُسمح لهم بالحصول على وقت فراغ يمكنهم أن يقوموا باللعب خلاله (تعزيز) . ومن ثم فإنه عادة ما يتم تقديم التعزيز لأولئك الأطفال الذين تنطبق عليهم مثل هذه المحكات في حين أن أقرانهم الذين لا تنطبق عليهم تلك المحكات يصبح لزاماً عليهم أن يستمروا في العمل .

أما الخيار الثاني فيتمثل في النسق التابع الذي توجهه الجماعة وهو ذلك النسق الذي يقوم بتقديم التعزيز للجماعة بأسرها اعتماداً على انطباق مثل هذه المحكات على واحد أو أكثر من أعضاء الجماعة . ووفقاً لذلك الترتيب فإن التعزيز المقدم لكل أعضاء الجماعة إنما يرتبط بأداء واحد فقط من أعضاء الجماعة أو بعضهم ويعتمد عليه . وعندما تناول وينروت Weinrott وزملاؤه (1979) تلك الكيفية التي يمكن أن يتم بموجبها استخدام احتمالات الجماعة التابعة مع الأطفال المنعزلين اجتماعياً أوضحوا كيف يمكن للطفل المنسحب اجتماعياً أن يكسب نقاطاً للجماعة كلها عن طريق اشتراكه في مجموعة من السلوكيات بين الشخصية أو الاجتماعية، وعندما يصل عدد ما يكسبه من النقاط إلى ذلك العدد المحدد سلفاً يتم تقديم التعزيز للجماعة

بأسرها . وفي دراسة مشابهة أجراها واكر وهوبز (١٩٧٣) Walker & Hops كان أطفال الصف الأول جميعاً يتلقون مكافأة يومية عبارة عن مجموعة من النقاط نظير قيام طفلة منسحبة اجتماعياً بعدد من المبادرات الاجتماعية تجاه الآخرين . وقد أسفرت الدراساتن كلتاهما عن حدوث تحسن دال في السلوك الاجتماعي للأطفال المستهدفين . فضلاً عن ذلك فقد قام ماكونيل McConnell وزملاؤه (١٩٩١) من جهة أخرى باستخدام ذات الإستراتيجية بحيث تلقى كل الأطفال الذين كانوا في مجموعة اللعب المديح أو الثناء اعتماداً على معدل التفاعلات الاجتماعية للأطفال المستهدفين، وأسفرت النتائج التي تم التوصل إليها عن حدوث تحسن طفيف في معدلات القيام بالمبادرات الاجتماعية لكل من الأطفال المستهدفين وأقرانهم، كما أن نسبة عالية من هذه المبادرات قد أدت في الواقع إلى حدوث التفاعلات الاجتماعية المتبادلة من جانبهم .

ومن جهة أخرى فإن التعزيز في النسق المستقل الذي توجهه الجماعة إنما يعتمد في الأساس على مستوى أداء الجماعة . ويتم تقديم التعزيز لأعضاء الجماعة فرادى فقط إذا ما وصلت الجماعة بكاملها إلى محك معين في الأداء . وقد يحدد المعلم احتمالات مستقلة للجماعة كأن يقوم على سبيل المثال بتعريف أعضاء الفصل بأنهم لو تمكنوا من الحصول على عدد إجمالي للمبادرات (س) تجاه زميل معين بالفصل يتسم بالانسحاب الاجتماعي أو العزلة الاجتماعية أثناء فترة الاستراحة اليومية فسوف يحصل كل عضو منهم على وقت فراغ مقداره عشر دقائق يقوم خلاله بأداء ما يريد . وسوف يكون من المحتمل بناء على ذلك أن يشجع الأطفال بعضهم البعض أن يقوموا بالبحث عن الطفل المستهدف، وأن يقوموا بتوجيه مبادراتهم الاجتماعية نحوه . ويذهب واكر وهوبز (١٩٧٣) Walker & Hops إلى أن هذه الإستراتيجية يمكن أن تؤدي بنجاح إلى حدوث زيادة في مستوى التفاعل الاجتماعي للأقران مع طفل معين منسحب أو منعزل اجتماعياً . وعلى نفس المنوال يرى ماهيدي وآخرون (٢٠٠١) Maheady et al. أن هناك في الواقع قاعدة معقولة من البيانات حول التعلم التعاوني تؤكد بطبيعة الحال على وجود آثار قوية ودالة لاحتمالات الجماعة التي تستند إلى الاعتمادية المتبادلة على الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفل .

ومما لا شك فيه أننا نحتاج في الواقع إلى إجراء المزيد من الدراسات حول الاحتمالات التي توجهها الجماعة وخاصة ما يتعلق باستخدامها مع أولئك الأطفال

المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً . وقد تكون مثل هذه الاتجاهات ذات صلة بزيادة مستوى المهارات الاجتماعية للأطفال المنسحبين أو المنعزلين لأن التفاعل الاجتماعي إنما يتطلب اشتراك جماعة الأقران بأسرها . ومع ذلك فهما يحذران من أن الآثار الجانبية السلبية لذلك قد تظهر عندما يحول فشل الفرد في الوصول إلى محك معين دون حصول الجماعة على التعزيز . وعلى هذا الأساس يجب أن يعمل الممارسون أو المعلمون والمدرّبون على تنظيم جهودهم الأولية حتى يتمكنوا من تحقيق النجاح وذلك عن طريق استهداف مستويات الكفاءة التي توجد في المخزون بين الشخصي أو الاجتماعي القائم للطفل وهو الأمر الذي قد يكون من شأنه أن يعمل بالتالي على حدوث التدعيم الجوهري للمكانة الاجتماعية *social status* للأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً عندما يكونوا هم المسئولون شخصياً عن كسب المكافأة الخاصة بالمجموعة .

هـ قيام الأقران بالتدريب والتعلم التعاوني

هناك خيار أخير للتدريب بوساطة الأقران يمكن أن يلجأ المعلمون إليه عند العمل مع أولئك الأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً يتمثل في الواقع في قيام الأقران بالتدريب *peer tutoring* والتعلم التعاوني *cooperative learning* والذين يعدان بمثابة نمطين متداخلين من أنماط التدخل على الرغم من أنهما نمطان مستقلان ومتميزان . ومن المؤكد في واقع الأمر أن هذين النمطين قد أنيا كما يرى ماهيدي وآخرون (٢٠٠١) Maheady et al. وأوتلي وآخرون (١٩٩٧) Utley et al. إلى وجود قاعدة بيانات كبيرة ورئيسية خاصة بهما لا يمكن أن يكون بوسعنا أن نقوم بتلخيصها هنا . ويعد هذان الاتجاهان أوليان هنا لأنهما قد ساهما في حدوث العديد من الفوائد أو المكاسب الاجتماعية والأكاديمية الثابتة بين الأطفال ممن يعانون وممن لا يعانون من الإعاقات . وعلاوة على ذلك فإن هذين الاتجاهين الذين يتمثلان في قيام الأقران بالتدريب والتعلم التعاوني بطبيعتهما يزيدان من فرص التفاعل التي تتم إتاحتها أمام الأطفال .

وعلى الرغم من وجود عدد قليل من الدراسات حول قيام الأقران بالتدريب أو التعلم التعاوني تم إجراؤها في واقع الأمر على الأطفال المنسحبين أو المنعزلين

اجتماعياً بصفة خاصة فإن بوسعنا أن نقوم باستخلاص النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات التي تم إجراؤها على أطفال آخرين مضطربين سلوكياً . وفي هذا الإطار قام سكروجز وآخرون (1985) Scruggs et al. بمراجعة النتائج التي أسفرت عنها سبع عشرة دراسة أجريت على الأطفال المضطربين سلوكياً واستخدمت قيام الأقران بالتدريب . ووجدوا أن بعض الدراسات قد أسفرت عن وجود قدر أكبر من التفاعلات الاجتماعية الموجبة، وقد أقل من التفاعلات السالبة وذلك بين المدربين والمتدربين . وأسفرت دراسات أخرى عن حدوث اللعب الودي أثناء جلسات التدريب، وحدثت زيادة في معدلات تكرار الاتصالات الاجتماعية التي يبادر المتدربون المنسحبون أو المنعزلون اجتماعياً بها تجاه أقرانهم . ويلفت هؤلاء الباحثون الأنظار مع ذلك إلى أننا يجب أن ننظر إلى قيام الأقران بالتدريب على أنه اتجاه إضافي أو تكميلي للتدريب على المهارات الاجتماعية، وأنه قد يكون من الضروري أن نلجأ إلى تدخلات مباشرة بدرجة أكبر حتى نتمكن من تعليم مهارات اجتماعية جديدة للأطفال . وعلى أي حال يبدو أن قيام الأقران بالتدريب إنما يعد وسيطاً جيداً يمكن بموجبه للأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً أن يقوموا بممارسة أخذ الدور، وتقديم وتلقي التغذية الراجعة، والعمل مع طفل آخر .

ومن جهة أخرى فإن التعلم التعاوني ما هو إلا إستراتيجية للتدخل يتم استخدامها مع أولئك الأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً، ولا تقل في أهميتها عن قيام الأقران بالتدريب . ويشير التعلم التعاوني إلى مجموعة من الأساليب التعليمية التي يتم فيها تشجيع مجموعات صغيرة متجانسة من الأطفال، أو حثهم على القيام معاً بالمهام الأكاديمية لتحقيق المصلحة المتبادلة بالنسبة لهم . وعادة ما تختلف مثل هذه الأنساق في مستوى تعقيدها والأساليب التي يمكن أن يتم تطبيقها بمقتضاها . وفي دراسة حديثة حول استخدام أسلوب التعلم التعاوني مع الأطفال التوحديين وجد دوجان Dugan وزملاؤه (1995) أن مثل هذه الأساليب التعليمية من شأنها أن تؤدي إلى حدوث تحسن دال في الأداء الأكاديمي للأطفال حيث أدت إلى حدوث زيادة في معدل مشاركتهم الأكاديمية مع الأقران، كما أدت أيضاً إلى زيادة طول مدة تفاعلاتهم الاجتماعية أثناء التدخل . وكان من أكثر الأمور المؤثرة التي تتعلق بتلك الدراسة أنها قد أجريت على أطفال الصف الرابع بمدرسة عادية، كما كشفت عن

حدوث فوائد أو آثار تعليمية إيجابية لكل من الأطفال غير المعوقين وأقرانهم التوحديين . ومن الجدير بالذكر أن معظم المراجعات التي يتضمنها التراث السيكلوجي للتعلم التعاوني توضح في الواقع أن الأطفال في مجموعات التعلم التعاوني قد شعروا بالحب تجاه بعضهم البعض بدرجة أفضل، وتحسنت تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين، وتكونت لديهم اتجاهات أفضل نحو المدرسة بصفة عامة ونحو المحتوى الأكاديمي الذي تدرّبوا عليه بصفة خاصة، كما شعروا بدرجة أفضل من التوافق مع أنفسهم . وإذا ما رجعنا إلى القاعدة العريضة للبيانات التي تتعلق بالتعلم التعاوني فسوف يكون من المدهش أن نجد أنه لم يتم استخدام مثل هذه الأساليب بصورة متكررة مع أولئك الأطفال المنسحبين أو المنعزلين اجتماعياً . ومع ذلك يبدو أن مثل هذه الاتجاهات إنما تتناسب جيداً مع قيام الأطفال المنعزلين اجتماعياً بالاشتراك في التفاعلات الاجتماعية المختلفة من ناحية، والعمل على تعزيز جهودهم التعاونية من ناحية أخرى .

* * *

obeikandi.com

مراجع الفصل الثالث

أحمد عكاشة (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر (ط ٨). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨) . سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧).

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠) . العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات . القاهرة: دار الرشد .

عبدالرحمن سيد سليمان، وأشرف عبدالحميد، وإيهاب الببلاوي (٢٠٠٧) . التقييم والتشخيص في التربية الخاصة . الرياض : دار الزهراء للنشر والتوزيع .

مايكل روزنبرج، وريتش ويلسون، ولاري ماهيدي، وبول سنديلار (٢٠٠٨) . تعليم الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية (ترجمة عادل عبدالله محمد). عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٤) .

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. (2001). Practice parameter for the treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 45- 235.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), DSM-IV. Washington, DC: author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.; Text Revision), DSM- IV- TR. Washington, DC: author.

- Asarnow, J., Tompson, M., & Goldstein, M. (2001). Psychosocial factors: The social context of child and adolescent onset schizophrenia. In H. Remschmidt (Ed.). *Schizophrenia in children and adolescents* (pp. 168- 191). New York: Cambridge University Press.
- Barker, P. (1995). *Basic child psychiatry*. Cambridge, MA: Blackwell Science.
- Buckley, P., Buchnan, R., Tamminga, C., & Schults, S. (2000). Schizophrenia research: A progress report, summarizing proceedings of the 1999 International congress on Schizo-phrenia research. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 411- 419.
- Clark, A., & Lewis, S. (1998). Practitioner review: Treatment of schizophrenia in childhood and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1071- 1081.
- Cooke, S., Cooke, T., & Apolloni, T. (1987). Developing nonretarded toddlers as verbal models for retarded classmates. *Child Study Journal*, 8, 1- 8.
- Dugan, E., Kamps, D., Leonard, B., Watkins, N., Rheinberger, A., & Stackhaus, J. (1995). Effects of cooperative learning groups during social studies for students with autism and fourth- grade peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 175- 188.
- Duke, D., Griesdom, J., & Kraft, M. (1998, March). *A school of their own: A status check of Vergenia`s alternative high schools for at- risk students*. Charlottesville, VA: Thomas Jefferson Center for Educational Design.

- Duncan, B., Forness, S., & Hartsough, C. (1995). Students identified as seriously emotionally disturbed in school-based day treatment: Cognitive, psychiatric, and special education characteristics. *Behavioral Disorders*, 20, 238- 252.
- Ellison, Z., van Os, J., & Murray, R. (1998). Special feature: Childhood personality characteristics of schizophrenia: Manifestations of, or risk factors for, the disorder? *Journal of Personality Disorders*, 12, 247- 261.
- English, K., Goldstein, H., Shafer, K., & Kaczmarck, L. (1997). Promoting interactions among preschoolers with and without disabilities: Effects of a buddy skills-training program. *Exceptional Children*, 63, 229- 243.
- Farmer, T. (2000). Misconceptions of peer rejection and problem behavior: A social interactional perspective of the adjustment of aggressive youth with mild disabilities. *Remedial and Special education*, 21, 194- 208.
- Farmer, T., Quinn, M., Hussey, W., & Holahan, T. (2001). The development of disruptive behavioral disorders and correlated constraints: Implications for intervention. *Behavioral Disorders*, 26, 117- 130.
- Feil, E., & Becker, W. (1993). Investigation of a multiple-gated screening system for preschool behavior problems. *Behavioral Disorders*, 10, 177- 203.
- Forness, S., Kavale, K., Sweeney, D., & Greshaw, T. (1999). The future of research and practice in

- behavioral disorders: Psychopharmacology and its school implications. *Behavioral Disorders*, 24, 305- 318.
- Hallahan, D., & Kauffman, J. (2007). *Exceptional Learners: An introduction to special education* (10th ed.). New York: Allyn & Bacon .
- Individual with Disabilities Education Act Amendments of 1997, Pub. L. 105- 17 (1997).
- Jablensky, A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: Implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(suppl), s26- s34.
- Jacobson, L., & Rapoport, J. (1998). Research update: Childhood- onset schizophrenia: Implications of clinical and neurological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 101- 113.
- Kaiser, A. (Ed.). (2000). Special issue: Assessing and addressing problems in children enrolled in Head Start. *Behavioral Disorders*, 26 (1).
- Kamps, D., Tankersley, M., & Ellis, C. (2000). Social skills interventions for young at- risk students: A 2- year follow- up study. *Behavioral Disorders*, 25, 310- 324.
- Katsiyannis, A., & Maag, J. (1998). Disciplining students with disabilities: Issues and considerations for implementing IDEA 97. *Behavioral Disorders*, 32 (4), 276- 289.

- Kauffman, J. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children*, 65, 448- 468.
- Kauffman, J. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Kazdin, A. (1997). Conduct disorder. In R. Morris & T. Kratochwill (Eds.). *The practice of child therapy* (3rd ed., pp. 199- 270). Boston: Allyn & Bacon.
- Kennedy, C., & Shukla, S. (1995). Social interaction research for people with autism as a set of past, current, and emerging propositions. *Behavioral Disorders*, 21, 21- 35.
- Kerr, M., & Nelson, C. (1989). *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill.
- Maag, J., & Katsiyannis, A. (1998). Challenges facing successful transition for youth with E/BD. *Behavioral Disorders*, 23 (4), 209- 2201.
- Maheady, L., Harper, G., & Mallette, B. (2001). Peer mediated instruction and interventions and students with middle disabilities. *Remedial and Special Education*, 22, 4- 14.
- McConnell, S., Sisson, L., Cort, C., & Strain, P. (1991). Effects of social skills training and contingency management on reciprocal interaction of preschool

- children with behavioral handicaps. *Journal of Special Education*, 24, 473- 495.
- Miller, J. (1997). African American males in the criminal justice system. *Phi Delta Kappan*, 79, k1- k12.
- Nicolson, R., Lenane, M., Singaracharlu, S., Malaspina, D., Giedd, J. et al. (2000). Premorbid speech and language impairments in childhood- onset schizophrenia: Association with risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 794- 800.
- Nicolson, R.,& Rapoport, J. (1999). Childhood- onset schizophrenia: Rare but worth studying. *Biological Psychiatry*, 46, 1418- 1428.
- Preti, A., Cardascia, L., Zen, T., Marchetti, M., Favaretto, G.,& Miotto, P. (2000). Risk for obstetric complications and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 96, 127- 139.
- Rathus, J.,& Asnis, G. (1995). Panic disorder: Phenomonology and differential diagnosis. In G. Asnis& H. van Praag (Eds.). *Panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects*. New York: John Wiley& Sons, Inc.
- Rosso, I., Cannon, T., Huttunen, T., Huttunen, M., Lomquist, J.,& Gasperoni, T. (2000). Obstetric risk factors for early- onset schizophrenia in a Finnish birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 157, 801- 807.
- Salvia, J.,& Ysseldyke, J. (1991). *Assessment in special and remedial education* (5th ed.). Boston: Houghton Mifflin.

- Salvia, J., & Ysseldyke, J. (2001). *Assessment in special and remedial education* (8th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Schultz, C., Findling, R., Wise, A., Friedman, L., & Kenny, J. (1998). Child and adolescent schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 21, 43- 56.
- Scruggs, T., Mastropieri, M., & Richter, L. (1985). Peer tutoring among behaviorally disordered students: Social and academic benefits. *Behavioral Disorders*, 11, 283- 294.
- Sinclair, E., Del`Homme, R., & Gonzalez, M. (1993). Systematic screening for preschool behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 18, 177- 188.
- Sprague, J., & Walker, H. (2001). Early identification and intervention for youth with antisocial and violent behavior. *Exceptional Children*, 66, 263- 379.
- Strain, P., Shores, R., & Timm, M. (1977). Effects of peer social initiations on the behavior of withdrawn preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 189- 198.
- Strain, P., & Timm, M. (2001). Remediation and prevention of aggression: An evaluation of the Regional Intervention Program over a quarter century. *Behavior Disorders*, 26, 297- 313.
- Tolbin, T., & Sprague, J. (1999). Alternative education programs for at- risk youth: Issues, best practice, and recommendations. *Bulletin of the Oregon School Study Council*, 42 (4).

U.S. Department of Education. (2000). *Twenty- second annual report to Congress implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: author.

Utley, C. (2001). Introduction to the special series: Advances in peer- mediated instruction and intervention in the 21st century. *Remedial and Special Education, 22*, 2- 4.

Walker, H. (1995). *The acting out child: Coping with classroom disruption* (2nd ed.). Longmont, CO: Sopris West.

Walker, H., Forness, S., Kauffman, J., Epestein, M., Gresham, F., Nelson, C.,& Strain, P. (1998). Macrosocial validation: Referencing outcomes in behavioral disorders to societal issues and problems. *Behavioral disorders, 24*, 7- 18.

Walker, H.,& Hops, H. (1973). The use of group and individual reinforcement contingencies in the modification of social withdrawal. In L. Hamerlynk, L. Handy,& E. Mash (Eds.). *Behavior change: Methodology, concepts, and practice* (pp. 269- 307). Champaign, IL: Research Press.

Walker, H., Kavanagh, K., Stiller, B., Golly, A., Severson, H.,& Feil, E. (1998). First step to success: An early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6*, 66- 80.

Walker, H., & Severson, H. (1990). *Systematic screening for behavior disorders (SSBD): A multiple gating procedure*. Longmont, CO: Sopris West.

Walker, H., Severson, H., & Feil, E. (1994). *The early screening project: A proven- child find process*. Longmont, CO: Sopris West.

Walker, H., & Stieber, S. (1998). Teacher ratings of school skills as longitudinal predictors of long- term arrest status in a sample of at- risk males. *Behavioral Disorders*, 23, 222- 230.

Weincott, M., Corson, L., & Wilchesky, M. (1979). Teacher-mediated treatment of social withdrawal. *Behavior Therapy*, 10, 281- 294.

Werry, J. (1992). Child and adolescent (early onset) schizophrenia: A review in light of DSM- III- R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22 (4), 601- 624.

* * *