الوقاية من الإضطرابات السلوكية

obeikandl.com

obeikandl.com

الوقاية من الإضطرابات السلوكية

تهدف البرامج الوقائية إلى تفادى مشكلات معينة حتى نتجنب حدوثها. ويعد تفادى مشكلة الإضطراب السلوكى من الأمور ذات الأهمية الكبيرة والتى تلفت نظر الكثيرين نظراً لأنها تؤثر على العديد من الأفراد مما يؤدى إلى حدوث بعض الصعوبة فى علاجها حيث تتضمن بذلك العديد من المشكلات منها ما يتعلق بالطفل نفسه، ومنها ما يتعلق بالوالدين، ومنها ما يتعلق بالأسرة، وهو الأمر الذى يكلف المجتمع تكاليف باهظة. ويرى مكورد وتريمبلاى (١٩٩٢) McCord & Tremblay أنه كما يحدث فى حالة العلاج يتم تطبيق العديد من أنماط التدخل (البرامج) بغرض الوقاية حتى يمكننا تجنب حدوث الإضطراب السلوكى. وهناك عدة برامج منتقاة تؤدى إلى نتائج لها دلالتها ومغزاها على المدى الطويل، إلا أن هناك العديد من التعقيدات التى تفرضها ظروف الوقاية، إلى جانب وجود بعض الفروق الطفيفة التى تبدو كنتيجة لتلك التعقيدات وهو الأمر الذى يجعل المهمة ليست بالبسيطة كما كنا نتوقع. وسوف نتناول فى هذا الفصل أنماطًا عدة من البرامج الوقائية كى نوضح ما تم إنجازه فى هذا الصدد حتى الوقت الراهن.

نظرة عامة على البرامج الوقائية

١ ـ الأساس المنطقى

تمثل أوجه القصور التى يمكن أن تظهر فى البرامج العلاجية حافزاً أساسيًا لتطوير البرامج الوقائية. وتعد الأساليب العلاجية التى يمكن بمقتضاها التصدى

للإضطرابات السلوكية وغيرها من مشكلات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والتى يمكن أن تأخذ شكل العلاج النفسى أو الحجز فى المستشفى وتقديم العلاج الطبى، أو الإيداع فى السجن مكلفة وغير كافية. ومن الأكثر إحتمالاً بالنسبة للعديد من المراهقين المضطربين سلوكيًا أن نستخدم العديد من التدخلات كالعلاج أو التربية الخاصة أو السجن وذلك على إمتداد حياتهم. كذلك فنظرًا لإستخدام العديد من التدخلات العلاجية كالعلاج النفسى على سبيل المثال بشكل فردى فإنه لا يتسنى تقديم العلاج سوى لنسبة قليلة منهم فقط.

ويوضح تقرير الكونجرس الأمريكى (١٩٩١) U. S. Congress أن حوالى ثلثى الأطفال والمراهقين فقط الذين يحتاجون لمثل هذا العلاج فى الولايات المتحدة الأمريكية لا يتلقون الخدمات التى يجب أن يتلقونها فى الواقع. ويرجع ذلك جزئيًا إلى عدم القدرة على إيجاد واستغلال مثل هذه الخدمات، إلى جانب نقص التأمين الذى يغطى تلك الخدمات. كذلك فلو أن كل المراهقين الذين يحتاجون إلى مثل هذه الخدمات بحثوا فعلاً عن العلاج فإن عدد الأخصائيين النفسيين الذين يقومون بتقديم تلك الخدمات سوف لا يكون كافيًا لذلك بأى حال من الأحوال.

ويرى ويسبرح وآخرون (١٩٩١) Weissberg et. al أن مهمة العلاج لا تعد بالأمر اليسير إذ أنه فى الوقت الذى تكون فيه مشكلات الصحة النفسية أو الصحة الجسمية كإساءة استخدام العقاقير أو الإضطرابات السلوكية على سبيل المثال حادة بدرجة تعوق العلاج الفعال قد يصبح من الصعب علاج مثل هذه المشكلات. كما أنها قد تؤدى أيضًا إلى التأثير سلبًا على الأداء الوظيفى للفرد وتجعل بالتالى مهمة التدخل العلاجى أكثر صعوبة. ولهذه الأسباب فإن التركيز على مسألة العلاج يثير العديد من العقبات التى يمكن التغلب عليها باستخدام البرامج الوقائية ذات الفاعلية.

هذا وتمتد أسس ودعائم الوقاية إلى أبعد من مجرد الاهتمام بتكاليف وحدود العلاج حيث أنه إذا كان النموذج العلاجى يركز على المشكلات فإن النموذج

الوقائى يركز بدرجة كبيرة على الكفاءة أو المقدرة الاجتماعية وعلى المرونة وسهولة التكيف وذلك كأسلوب لتدعيم الأداء الوظيفى التواؤمى. وأحيانًا يتحدد الفرق بين النموذجين بشكل آخر يتمثل فى أن العلاج يميل إلى التركيز على المرض النفسى فى حين تركز الوقاية على الصحة النفسية. وفى ضوء ذلك يتم توجيه العلاج نحو خفض إختلال الأداء الوظيفى أو التخلص منه فى حين يتم توجيه الوقاية نحو تطوير أداء اجتماعى إيجابى تواؤمى.

وإذا ما اعتبرنا هذا الفرق بمثابة نقطة الإنطلاق فإنه يصبح ذا درجة أكبر من الأهمية، ولكنه مع ذلك يعد بسيطًا للغاية نظرًا للإرتباط بين الصحة النفسية والمرض النفسى، وبساطة مصطلحى الصحة والمرض، والآثار الكبيرة التى قد تترتب أحيانًا على كل من البرامج العلاجية والبرامج الوقائية. ومع ذلك تعد هذه النقطة حاسمة لأن العديد من البرامج الوقائية قد تم إعدادها بغرض تطوير الكفاءة أو المقدرة الاجتماعية والتى سوف تساعد بالتالى فى منع أو خفض تلك الآثار المترتبة على العديد من المشكلات وذلك بدلاً من التدخل الجراحى لمجرد تجنب الإضطراب السلوكى أو أى مشكلة أخرى. ومن ثم فالوقاية توفر فرصًا عديدة وخاصة لا يوفرها العلاج ويتضمن ذلك إمكانية الوصول بها إلى عدد كبير من الأفراد، والتدخل المبكر لخفض أو تقليل عدد الحالات الجديدة التى يمكن أن تضطرب سلوكيًا، وتدعيم الأداء الوظيفى التواؤمى للإسهام فى تجنب حدوث العديد من المشكلات.

٢ ـ نطاق البرامج الوقائية

يتسع نطاق البرامج الوقائية التى يتم إعدادها بغرض تحسين الصحة النفسية ومنع حدوث إختلال فى الأداء الوظيفى للأطفال والمراهقين وذلك فى ضوء السمات أو الملامح الرئيسية المميزة لمثل هذه البرامج والأهداف التى تسعى أو ترمى إلى تحقيقها والتى يمكن تناولها على النحو التالى:

أولاً: يمكن تمييز العديد من الأهداف الخاصة بمثل هذه البرامج الوقائية، ومن ثم

يختلف نوع الوقاية طبقًا للهدف أو مجموعة الأهداف التى يرمى إلى تحقيقها. وفى هذا الإطار يمكن تقديم ثلاثة أنواع من البرامج الوقائية ما بين الوقاية الأولية والوقاية الثانوية والوقاية الثالثة. ومن هذا المنطلق تتضمن الوقاية الأولية primary prevention تلك البرامج التى يتم إعدادها خصيصًا بغرض منع تطور الإضطراب النفسى، ولتدعيم سعادة ورفاهية الأفراد الذين لم يتأثروا بعد بإختلال أدائهم الوظيفى. وفى ضوء ذلك تقدم تلك البرامج الوقائية إلى تلك المجموعات من الأفراد الذين لم يخبروا مشكلات التوافق. أما الوقاية الثانوية Secondary prevention فتركز على أولئك الأفراد الذين تبدو عليهم بالفعل دلائل مبكرة لإختلال الأداء الوظيفى سواء كانت بسيطة أو متوسطة، أو يتم تقديمها لأولئك الذين يعدون فى خطر يجعلهم عرضة للمشكلات الإكلينيكية. ويتم إعداد البرامج الوقائية فى هذا الصدد بغرض وقف تطور إختلال الأداء الوظيفى حتى لا يصل الأمر إلى ما هو أسوأ. وغالبًا ما يكون الفرق بين هذين النوعين من البرامج غير واضح نظرًا لأن أيًا منهما قد يتم تقديمه إلى مجموعات من الأطفال والمراهقين تتضمن أولئك الذين لا يزال أداؤهم الوظيفى جيدًا ومن هم معرضين بدرجة كبيرة للإضطراب، مع أن البرامج التى تقدم للأطفال المتوافقين يجب أن يتم توجيهها نحو الوقاية الأولية، فى حين يتم تقديم تلك البرامج التى تقدم للأطفال غير المتوافقين أى المعرضين بدرجة كبيرة للإضطراب صوب الوقاية الثانوية. كذلك فهناك نوع ثالث من هذه البرامج يعرف بالوقاية الثالثة tertiary prevention وهو المصطلح الذى يستخدم أحيانًا للإشارة إلى تلك البرامج التى يتم تطبيقها على الأفراد الذين يعانون بالفعل من المشكلة على الرغم من أن الهدف الذى تسعى مثل هذه البرامج إلى تحقيقه قد يتمثل فى منع تطور تلك المشكلة لدى هؤلاء الأفراد إلى الأسوأ. إلا أن هذا المصطلح لا يستخدم على نطاق واسع فى التراث السيكولوجى والطبى الخاص بالبرامج الوقائية لأن هذا يساوى أو يعادل

العلاج أو التدخل لصالح أولئك الذين يعانون بالفعل من مشكلة معينة. ومع ذلك يعد هذا المصطلح ذا همية نظرًا لأنه يضع كلاً من الوقاية والعلاج على متصل Continuum من النقاط التى تتعلق بالتدخل.

ثانيًا: تختلف تلك البرامج فى محور تركيزها أو بؤرة إهتمامها الأساسى، ففى حين تهدف بعض البرامج إلى تطوير الكفاءة أو المقدرة الاجتماعية أو الأداء الوظيفى التواؤمى، تركز برامج أخرى على تأخير بداية حدوث إختلال الأداء الوظيفى أو منع حدوث مشكلة معينة كإساءة إستخدام المواد أو الإنتحار على سبيل المثال. وبوجه عام نلاحظ أن مثل هذه البرامج تميل إلى التركيز على التقليل من أثر العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى كإنخفاض نسبة ذكاء الطفل وأساليب الرعاية الوالدية الفظة أو غير المناسبة مثلاً، كما تعمل على تطوير عوامل حماية وعوامل تواؤمية مثل التعلق القوى للأم بطفلها، إلى جانب تقوية علاقة الطفل بالأسرة والمدرسة. ومن ثم نلاحظ أن بؤر الإهتمام ومحاور التركيز هذه لا تعد عشوائية ولكنها تستند إلى وجهات نظر حول العمليات التى تتوسط إختلال الأداء الوظيفى أو تؤدى إليه.

ثالثًا: تختلف تلك البرامج وتتمايز عن بعضها فى الكيفية التى يتم تقديمها بها والأفراد الذين تُقدم لهم. فما يسمى بالبرامج العامة universal programs يتم تطبيقها على العدد الكلى للأفراد أو تطبق على عينات غير مختارة من الأطفال والمراهقين بدلاً من تقديمها أو تطبيقها فقط على أولئك الذين يعدون فى خطر ويخشى عليهم من التعرض للإضطراب. وبذلك نجد من هذا المنطلق أن مثل هذه البرامج الوقائية العامة يتم تقديمها إلى جميع الطلاب المقيدين فى مدرسة معينة أو الذين يقطنون حيًا سكنيًا معينًا، أو الذين يعيشون فى مدينة معينة ثم يتم التقييم بعد ذلك حتى يتم تحديد أثر مثل هذه البرامج. أما البرامج المختارة أو المنتقاة فتتمثل فى تلك البرامج التى يتم توجيهها إلى الأفراد الذين يتم تصنيفهم على أنهم فى خطر شديد

يعرضهم للإضطراب السلوكى. ويختلف هذان النوعان من البرامج (العامة والخاصة) فى المزايا وذلك من حيث التكلفة، والأفراد الذين يتم تقديمها إليهم، ولكن فى الوقت ذاته يعد كلاهما على درجة كبيرة من الأهمية.

رابعًا: تعتمد تلك البرامج على ظروف وأوضاع وأماكن مختلفة، ومن ثم تعتمد على المصادر والتدخلات التى يتم استغلالها لتحقيق تلك الأهداف. فعلى سبيل المثال نجد أن البرامج التى يتم تقديمها فى المدرسة، أو المنزل، أو فى مراكز الرعاية النهارية، أو فى مراكز الأنشطة سواء تم تقديمها بمفردها أو مع غيرها من البرامج تعمل جميعًا كأساس للوقاية. فى حين نجد هناك برامجًا أخرى لا يتم تطبيقها فى ظروف أو أماكن معينة بالطريقة المعتادة ولكنها تعتمد بدلاً من ذلك على الحملات الإعلامية كالحملات المضادة للتدخين، أو لإساءة استخدام العقاقير، أو الحملات الخاصة بالوقاية من الأمراض التى تنتقل عن طريق الإتصال الجنسى. وتؤدى مثل هذه السمات إلى توفر قدر كبير من البرامج الوقائية وتوفر فى الوقت ذاته إختيارات متعددة لتحسين التوافق وتحول دون حدوث سوء التوافق.

ويرى جولد ستون وآخرون (١٩٩٠) Goldston et. al وبرايس وآخرون (١٩٨٨) Price et. al وريكل وآلان (١٩٨٧)Rickel & Allen أنه قد تم إثبات فاعلية البرامج الوقائية فى العديد من مجالات الأداء الوظيفى وذلك بالنسبة لكل من الأطفال والمراهقين. ويضيف مكورد وترمبلاى (١٩٩٢) McCord & Tremblay وزجلر وآخرون (١٩٩٢) Zigler et. al أن الإضطرابات السلوكية والجنوح تعد من هذه الجوانب التى ثبتت فيها فاعلية البرامج الوقائية. هذا وقد إتضح أن البرامج الوقائية التى يتم تقديمها فى وقت مبكر من الحياة كالإرشاد الذى يقدم للأم قبل وبعد الولادة، والإتصال المستمر بالأسرة والطفل فى السنوات القليلة الأولى من عمر الطفل، بالإضافة إلى الإرشاد خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة له آثاره الفعالة فى خفض إحتمالات قيام الطفل بالسلوكيات اللاتوؤمية (مثل التسرب من المدرسة، والسلوك المضاد للمجتمع)، وإختلال الأداء الوظيفى الإكلينيكى.

ومع ذلك فإن النتائج التى تتعلق بالبرامج الوقائية لا تزال فى حاجة إلى درجة أكبر من التركيز على الدقة حتى يتم التعيين والتحديد الدقيق للفروق الطفيفة التى يمكن أن تظهر، وتحديد التحديات التى تواجهها وأوجه القصور التى تعتريها بدرجة أكبر من الدقة، وأن يتم استخدام أنماط متعددة من البرامج طبقًا لما يتم التركيز عليه فى البرنامج الوقائى المقدم. وسوف نستعرض فيما يلى أنماطًا منتقاة من البرامج الوقائية الواعدة والفاعلة.

بعض أنماط البرامج الوقائية الفاعلة

أولا: البرامج الوالدية والأسرية الباكرة

ربما يعتبر أهم التساؤلات التى تواجهنا فى إطار الوقاية من الإضطرابات السلوكية هو متى نتدخل لهذا الغرض. وتعد الإجابة على هذا التساؤل واضحة أيضًا حيث يجب أن يبدأ مثل هذا التدخل قبل أن يولد الطفل. ويرجع السبب فى ذلك إلى أن العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى مثل سمات الوالدين والأسرة كوجود تاريخ أسرى للإضطراب السلوكى، وزيادة حجم الأسرة، وإنخفاض المستوى الاقتصادى الاجتماعى، وزيادة الضغوط والتوترات يمكن تحديدها قبل أن يولد الطفل. كذلك فهناك عوامل مساعدة أخرى مثل حمل الأم وهى لا تزال فى مرحلة المراهقة، ومشكلات ما قبل الولادة وأثناء الولادة لا يمكن الإنتظار بها حتى يتم التدخل فيها عندما يولد الطفل. وعلى ذلك يرى ميسلز وشونكوف (١٩٩٠) Meisels & Shonkoff أن العديد من البرامج الوقائية تبدأ قبل أن يولد الطفل وتستمر خلال السنوات القليلة الأولى من حياته.

وقد ركزت دراسات عديدة على تقليل أثر العوامل المساعدة التى يمكن أن تؤدى إلى حدوث إختلال فى الأداء الوظيفى لكل من الطفل والأسرة، ومن بينها الإضطرابات السلوكية للطفل. ولم يكن الهدف فى العديد من تلك الدراسات هو منع حدوث الإضطراب السلوكى للأطفال، كما لم يتم استخدام

أى مقاييس للإضطراب السلوكى فى تقييم نتائج البرنامج المستخدم وأثره. ومع ذلك كانت العلاقة بين تقليل أثر العوامل المساعدة وبين الإضطراب السلوكى واضحة فى العديد من هذه الدراسات وهو ما يؤكد على الصلة الوثيقة التى تربط بينهما.

ويرى أولدز (١٩٨٨) Olds أن برنامج الوقاية الأولية الجيد يجب أن يتم تصميمه بغرض تحسين العادات الصحية فى فترة ما قبل الولادة بالنسبة للأمهات، ومستوى رعايتهن لأطفالهن الرضع، والمساندة الاجتماعية لهن، وإستغلال الخدمات التى يقدمها المجتمع، ومستوى الأداء فى التعليم أو المهنة ومن ثم يمكنهن الإقلال من إعتمادهن على الخدمات الاجتماعية المنظمة التى تقدمها الدولة لتحسين أحوالهن الاقتصادية والاجتماعية. ومن ناحية أخرى من المتوقع أن يكون للتركيز على صحة الأم وتقليل معدل حدوث إضطرابات الطفولة كالولادة المبتسرة ونقص وزن الطفل عند الميلاد آثار كبيرة قد تعكسها المشكلات السلوكية للأطفال وإساءة استخدام الأطفال من جانب الأب. وعلى الرغم من أن الأهداف المحددة لمثل هذا البرنامج لا تتضمن منع حدوث الإضطرابات السلوكية للأطفال فإن التركيز على وزن الطفل عند الميلاد، ورعاية الأم له، وأساليب المعاملة الوالدية تعد أموراً كافية فيما يتعلق بالتعامل مع مجال العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية.

ويضيف أولدز Olds أنه قد قام فى دراسته هذه والتى أجراها لهذا الغرض بالتركيز على الأمهات اللائى كن فى خطر واللائى تم تحديدهن بأنهن كن صغيرات نسبيًا فى السن إذ كانت تقل أعمارهن عن تسع عشرة سنة، وكن غير متزوجات، إضافة إلى أنهن كن تنتمين إلى مستويات اقتصادية واجتماعية منخفضة. وقد عمل على إختيار النساء اللائى تتوفر لديهن إحدى هذه السمات على الأقل وذلك من منطقة شبه ريفية، وتم توزيعهن على إحدى المجموعتين اللتين تضمنتهما الدراسة حيث تلقت أولى المجموعتين برنامجًا إرشاديًا فى حين تلقت الثانية ما يعرف بالحد الأدنى من التدخل الإرشادى. وقد تضمنت إجراءات

الدراسة قيام ممرضات بزيارات منزلية مستمرة للمجموعة التى تلقت البرنامج الإرشادى وذلك منذ أن أصبحت النساء عضوات تلك المجموعة حوامل أى إبتداء من بداية حملهن ولمدة عامين. وكان البرنامج المستخدم يختلف وتختلف بالتالى معه أهدافه وذلك فى فترات زمنية معينة. فأثناء فترة الحمل مثلاً تم تعليم هؤلاء الأمهات كيف يعملن على تحسين وجباتهن الغذائية، وأن يقللن من تعاطى الكحوليات والعقاقير وتدخين السجاير، وأن يحافظن على صحتهن الشخصية، وأن يقمن بأداء التمرينات الرياضية المناسبة. أما بعد الولادة فكان يتم التركيز خلال الزيارات المنزلية على تفهم الأب لمزاج الطفل، والنمو المعرفى للطفل، والمظاهر المختلفة للأداء الوظيفى الذى يرتبط بسعادة ورفاهية كل من الأم والطفل. أما النساء فى المجموعة الثانية اللائى تلقين ما يعرف بالحد الأدنى من التدخل الإرشادى فقد تلقت خدمات عديدة مثل أجرة الإنتقال، والخدمات المرتبطة بالعناية الجيدة بالطفل، إلا أنهن لم يتلقين برنامج الزيارات المنزلية الذى تلقته المجموعة الأولى. وانتهى البرنامج مع بلوغ الطفل الثانية من عمره، ومع هذا فقد تمت متابعة أولئك الأطفال لمدة عامين بعد ذلك.

وعند المقارنة بين الأمهات فى المجموعتين لوحظ أن الأمهات اللائى تلقين البرنامج الإرشادى قد أقللن من تدخين السجاير، وكان وزن أطفالهن عند الولادة يزيد بكثير عن أطفال قريناتهن بالمجموعة الثانية، كما قلت بينهن حالات إساءة استخدام الطفل وإهماله، وقل معدل ذهابهن بأطفالهن إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى. وفيما يتعلق بالحياة الشخصية للأم فقد إزدادت معدلات التوظيف بين الأمهات اللائى تلقين البرنامج الإرشادى، وقلت مرات الحمل قياسًا بقريناتهن اللائى تلقين ما يعرف بالحد الأدنى من التدخل الإرشادى.

وتؤكد هذه النتائج إجمالاً على أن العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى والموجودة بالأسرة كالتعقيدات والصعوبات المرتبطة بولادة الطفل، وإساءة استخدام الطفل، وإنخفاض المستوى الاقتصادى الاجتماعى، وكبر حجم الأسرة يمكننا التأثير عليها والحد من أثرها السلبى وذلك بالتدخل الإرشادى الموجه للأمهات الشابات.

وفى مشروع بحثى آخر يستهدف نفس الغرض قام به بروفينس ونايلور (١٩٨٣) provence & Naylor تلقى الوالدون الشباب من ذوى المستوى الاقتصادى المنخفض برنامجًا إرشاديًا يهدف إلى تدعيم نمو أطفالهم بشكل سليم وتحسين حياتهم الأسرية. وكان الأساس المنطقى وراء ذلك يتمثل فى أن أى خلل أو ضغوط يتعرض لها الوالدان تعوق الأداء الوظيفى الأسرى وتزيد من احتمال حدوث إختلال فى الأداء الوظيفى للطفل. أما عن عينة الدراسة فقد تطوع أعضاؤها للإشتراك فى تلك الدراسة، وقد تألفت من مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية تمت المجانسة بينهما فى العديد من المتغيرات هى مستوى الدخل، ومعدل تواجد الوالدين بالمنزل، والعرق أو السلالة. أما البرنامج الإرشادى فى حد ذاته والذى تم تطبيقه على المجموعة التجريبية فقد تألف من مجموعة من الخدمات التى كان يتم تقديمها للأمهات على مدى عامين ونصف بعد الولادة. وقد تضمنت تلك الخدمات الزيارات المنزلية من جانب أخصائى اجتماعى يعمل على تلبية مختلف الحاجات لهن كالأمان والحصول على المساعدات المالية والمنزلية المناسبة، إلى جانب زيارات متكررة للطفل أثناء النهار للتأكد من رعايته فى ضوء البرنامج المستخدم، وإجراء الفحوص النمائية والطبية المختلفة عليه. وكانت الخدمات المقدمة للأسرة تحدد بدقة وفق إحتياجات كل أسرة على حدة وذلك فى ضوء محتوى البرنامج وبنيته والإتصال بالعاملين فيه.

وفى دراسة تتبعية استمرت عشر سنوات وجد سيتز وآخرون (١٩٨٥) Seitz et. al عند مقارنة مجموعة ضابطة من الأمهات بمجموعة تجريبية تلقت الأمهات فيها برنامجًا إرشاديًا بغرض الوقاية أنه كان من الأكثر إحتمالاً بالنسبة للأمهات فى المجموعة التجريبية أن يحصلن على عمل، وأن يكون عندهن عدد أقل من الأطفال، وأن يكون هناك فترات زمنية طويلة بين كل ولادة وأخرى. ومن الملاحظ أنه يتم من خلال معدل المواليد والتباعد بين كل ولادة والأخرى أى كثافة الأسرة أو حجمها التعامل مع العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى والتى تم تناولها من قبل. كذلك فقد أوضح أطفال أعضاء المجموعة

التجريبية معدلات أعلى من الحضور بانتظام للمدرسة، ولم يحتاجوا سوى لقدر أقل من الخدمات الخاصة، وتم تقييمهم من جانب معلميهم على أنهم أكثر إيجابية. وإلى جانب ذلك فقد عكست تقديرات المعلمين الخاصة بهم معدلاً أقل من العدوانية، ومعدلاً أقل من السلوكيات المضادة للمجتمع والتى تستدعى وضع الطفل فى الفصول الخاصة، ومعدلاً أقل من الإبعاد المؤقت من المدرسة. فى حين كانت تقارير الأمهات فى المجموعة الضابطة تدل على حدوث السلوكيات المضادة للمجتمع كالبقاء خارج المنزل طوال الليل دون علم الأم، والقسوة على الحيوانات، والسلوك العدوانى تجاه الوالدين والأخوة وذلك من جانب أطفالهن بمعدل أكبر. ومن ثم فإن هذه الدراسة تحظى بأهمية كبيرة ولها مغزى هام فى البرهنة على حدوث تغيرات مباشرة فى العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى، وفى الإقلال من السلوك المضاد للمجتمع، وفى حدوث نتائج طويلة المدى للتدخل المبكر.

كذلك فقد قام لالى وآخرون (١٩٨٨) Lally et. al بتقديم برنامج للتدخل المبكر للأمهات ذوات المستوى الاقتصادى المنخفض واللائى تطوعن للإشتراك فى ذلك البرنامج وذلك خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل. وتضمن البرنامج الإتصال المستمر مع المختصين الذين قاموا بتقديم خدمات عديدة تتعلق بالأم ورعاية الطفل كالتغذية، ونمو الطفل، وتحسين العلاقة بين الوالد والطفل، وغير ذلك. وكانت تتم زيارات أسبوعية للمنزل حتى يتسنى توضيح أمور معينة مثل تربية الطفل، والعلاقات الأسرية، والتوظيف، والأداء الوظيفى للمجتمع ككل. وعلى الرغم من أنه قد تم النظر إلى الإتصال بالوالد على أنه تدخل أولى فقد كان الجزء الأساسى من البرنامج هو تقديم الرعاية اليومية للطفل. وقد عمل المختصون على التأكد من توفير ذلك للأطفال حتى حوالى الخامسة من أعمارهم تقريبًا. هذا وقد تمت مجانسة المجموعتين الضابطة والتجريبية فى عدد من المتغيرات الديموجرافية والشخصية وذلك قبل البدء فى البرنامج، أما عند نهايته فقد تمت المقارنة بين أسر المجموعتين.

وبعد نهاية البرنامج بعشر سنوات كان هناك تقييم آخر حيث استمرت متابعة تلك الأسر وأطفالها خلال هذه الفترة، وكان سن الأطفال فى ذلك الوقت يتراوح بين ١٣ ـ ١٦ سنة. وأسفرت النتائج عن حدوث العديد من التغيرات، إلا أن التغيرات التى ترتبط بالإضطرابات السلوكية قد حظت على الجانب الأكبر من الإهتمام، إذ أوضح المراهقون من أبناء الأسر التى تضمنتها المجموعة التجريبية حالات أقل من المخالفات السلوكية، وكانت الجنح التى إرتكبوها أقل حدة، كما كانت تتسم بدرجة أقل من الإزمان، ومن ثم كانت التكلفة التى تسببوا فيها من جراء ذلك مثل تكلفة المحاكم، والمخالفات السلوكية، والإيداع فى فصول خاصة، والحبس، وغيرها من التكاليف التى ترتبط بذلك تعد تكاليف أقل وذلك قياسًا بأقرانهم من أبناء الأسر التى تضمنتها المجموعة الضابطة. وبذلك يتضح أن التدخل المبكر له أثره المباشر والفعال على الإضطرابات السلوكية من جانب الأبناء حيث يقلل منها بدرجة كبيرة.

ومن الأمثلة الأخرى لبرامج التدخل المبكر ذلك البرنامج الذى قدمه جونسون (١٩٨٨) Johnson بغرض الإقلال من معدلات إنخفاض المستوى الدراسى للأطفال الأمريكيين من أصل مكسيكى وتجنب حدوث مشكلات سلوكية من جانبهم. وتضمنت العينة أطفالاً يبلغون عامًا واحدًا من العمر، ومن ثم لم تكن تبد منهم أى مشكلات سلوكية بعد. وكان الفقر والإنتماء إلى الأقليات من العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية والتى تمت دراستها، كما كانت الأسر تتطوع سنويًا للإشتراك فى الدراسة وذلك على مدى ثمانى سنوات، وتم تقسيم تلك الأسر عشوائيًا إلى مجموعتين كانت إحداهما تجريبية تلقى أعضاؤها برنامج التدخل المبكر الذى تم إستخدامه فى تلك الدراسة، بينما كانت الثانية ضابطة لم يتلق أعضاؤها ذلك البرنامج.

هذا وقد بدأ البرنامج مع بلوغ الأطفال عامهم الأول من العمر وانتهى مع بلوغهم الثالثة. وتضمن زيارات منزلية، ومقابلات مع الأمهات لزيادة فهمهن لكيفية الرعاية الجيدة للطفل ونموه، والإرشاد الشخصى، والإشتراك فى أنشطة

أسرية أسبوعية تتعلق بالورش أو الأحداث الاجتماعية المختلفة، إلى جانب الإشتراك فى تلك الأنشطة التى يقدمها المركز المسئول عن البرنامج حيث كان الأطفال يودعون هناك فى حضانة تابعة له، كذلك فقد تم عقد جلسات للأمهات يتم من خلالها تبصيرهن بكيفية التعامل مع المهام المدرسية والدراسية للطفل، والسلوك المشكل من جانبه، والأمور المرتبطة بإدارة المنزل مثل الميزانية وكيفية تصريفها. وتم خلال هذا البرنامج بذل جهود مضنية حتى يتم إلحاق الأسرة بأكملها فى البرنامج، ولمناقشة العديد من الأمور المتعلقة بتربية الطفل ونموه، والإستجابة للإهتمامات المتنوعة للوالدين وتلبيتها وذلك مثل التدريب على قيادة الأسرة وإدارتها، والتربية الجنسية، والتخطيط الأسرى.

ومن ناحية أخرى تم إجراء القياس التتبعى بعد الإنتهاء من البرنامج بفترة تتراوح بين خمس إلى ثمانى سنوات وكان الأطفال فى ذلك الوقت قد وصلوا إلى الصفين الثانى والثالث، وأوضحت النتائج فيما يتعلق بالسلوكيات المضادة للمجتمع التى تستدعى الإيداع فى فصول خاصة أنها كانت تحدث دومًا فى الفصل من جانب أطفال الأسر التى تضمنتها المجموعة الضابطة وذلك بشكل أكثر شيوعًا وذى دلالة إحصائية قياسًا بأقرانهم الذين ينحدرون من تلك الأسر التى تضمنتها المجموعة التجريبية التى تلقى أعضاؤها البرنامج المستخدم. كذلك فقد بلغت نسبة الإحالة لتقديم خدمات خاصة بين أطفال أسر المجموعة الضابطة أربعة أضعاف مثيلاتها بين أطفال أسر أقرانهم بالمجموعة التجريبية. ومن جانب آخر كان أداء أطفال أسر المجموعة التجريبية على العديد من المقاييس المعرفية ومقاييس المهارات والقدرات العقلية أفضل من أداء أقرانهم الذين ينتمون إلى تلك الأسر التى تضمنتها المجموعة الضابطة.

ثانيًا: البرامج المدرسية

تركز البرامج المبكرة التى ترتكز على الأسرة والوالدين على رعاية الأم للطفل وعلى نمو الطفل خلال تلك الفترة المبكرة من حياته. وتتضمن تلك البرامج أيضًا

الرعاية اليومية للأطفال وخبراتهم المبكرة المرتبطة بالمدرسة. وهناك العديد من البرامج المرتبطة بالإضطرابات السلوكية والتى تركز فى الأساس على تلك التدخلات التى ترتكز على المدرسة، وغالبًا ما يكمل مثل هذه البرامج إتصالات إضافية بالوالدين.

ويرى شوينهارت وويكارت (١٩٩٢، ١٩٨٨، ١٩٨٧) Schweinhart & Weikart أن من بين البرامج التى نالت إهتمامًا كبيرًا فى هذا المجال ذلك البرنامج الذى تم تصميمه لمساعدة الأطفال الذين يعدون فى خطر يعرضهم للفشل المدرسى. وقد إستند خطر التعرض للفشل المدرسى فى هذا البرنامج على إنخفاض المستوى التعليمى للوالدين، وإنخفاض دخل الأسرة، والبيئة الضاغطة. وبدأت الدراسة على مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين ثلاث وأربع سنوات تم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعتين إحداهما تجريبية يطبق عليها البرنامج، والأخرى ضابطة. وتضمن هذا التدخل الوقائى برنامجًا يقدم فى الفصل وذلك على مدى سنتين بواقع خمس جلسات أسبوعية صباحية لمدة سبعة شهور فى كل سنة، مع زيارات أسبوعية من جانب المعلم لمنازل الأطفال خلال تلك الفترة. وقد تم تصميم محتوى البرنامج والأنشطة التى تجمع بين المعلم والطفل لتلبية الحاجات المتنوعة للتلاميذ والتى تتضمن الحاجات العقلية والاجتماعية والجسمية وذلك فى ضوء آراء بياجيه حول نمو القدرة على إتخاذ القرارات وغيرها من العمليات المعرفية الأخرى.

وقد انتهى البرنامج عندما كانت أعمار أولئك الأطفال تتراوح بين خمس وست سنوات، فى حين استمرت القياسات التتبعية على مدى سنوات عدة. وكشف القياس التتبعى الذى تم إجراؤه عندما بلغ أفراد العينة التاسعة عشرة من أعمارهم عن نتائج لها أهميتها ومغزاها منها أن المراهقين الذين إشتركوا فى هذا البرنامج قبل المدرسى (عندما كانوا أطفالاً) قد أبدوا مستويات أقل من التأخر العقلى، ومعدلات أقل للتسرب من المدرسة، إضافة إلى مستويات أقل من الإعتماد على المساعدات التى تقدمها الحكومة لرفع المستوى المعيشى قياسًا

بأقرانهم من المجموعة الضابطة. كما أظهروا أيضًا مستويات أعلى من التثقف، ومن التوظف، ومن الإلتحاق بالكليات أو المدارس الفنية Vocational Schools والحضور إليها بانتظام. كما كشفت النتائج أيضًا عن أن أمهات أفراد المجموعة التجريبية فى هذا السن عند ذلك القياس التتبعى لم يخبرن الحمل والولادة سوى عدد من المرات أقل من أمهات أفراد المجموعة الضابطة. وبذلك فإن هذا البرنامج قد أدى إلى التقليل بدرجة كبيرة من أثر العديد من العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى لدى هؤلاء الأفراد مثل حجم الأسرة، ومستوى التعليم، والطبقة الاجتماعية نتيجة للتوظف مما قد يفيد أولادهم فيما بعد. وفيما يتعلق بالنتائج الخاصة بالإضطرابات السلوكية أوضحت مقاييس التقرير الذاتى وتقارير الشرطة أن الأفراد الذين تلقوا هذا البرنامج قد أبدوا معدلات أكثر إنخفاضًا من السلوك المضاد للمجتمع، كذلك فقد أوضحت تقارير مؤسسات الأحداث وملفات البوليس أن نسبة قليلة منهم قد تمت إدانتهم فى سلوكيات مضادة للمجتمع وذلك قياسًا بأقرانهم الذين لم يتلقوا البرنامج.

وفى برنامج آخر مشابه ركز هاوكنز Hawkins وزملاؤه (١٩٩٢، ١٩٨٨) بصفة خاصة على كبح أو ضبط الإضطرابات السلوكية. وعلى هذا تم التركيز خلال البرنامج على زيادة الفرص الملائمة لذلك أمام التلاميذ، إلى جانب التركيز على المهارات والمكافآت وذلك فى محاولة لتطوير الترابط الاجتماعى لهؤلاء الأطفال بالمؤسسات الاجتماعية التقليدية كالاسرة والمدرسة وجماعات الرفاق، إضافة إلى تنمية القيم لديهم. وتضمن البرنامج العديد من المكونات منها ما يتعلق بالفصل والمدرسة، ومنها ما يتعلق بالأسرة، إضافة إلى مكونات أخرى. وركزت مكونات الفصل والمدرسة فى هذا الإطار على إدارة الفصل وتناولت أساليب الإبعاد أو الحرمان من المدرسة، وأساليب التدريس التفاعلى والتعلم التعاونى أى الذى يتضمن الأقران. وتم توجيه تلك الأساليب لزيادة معدل إنغماس الأطفال فى الفصل وتعلقهم بمعلميهم وبأقرانهم غير المنحرفين. وقد عملت البرامج التى تقدم فى الفصل على تغيير البيئة حتى يتم تدعيم السلوك

الملائم، والمهارات الدراسية أو الأكاديمية، والتعلق بين الشخصى بالآخرين. أما المكون الأسرى كتدريب الوالد على إدارة الأسرة على سبيل المثال فقد تم تصميمه بغرض تحسين مهارات إدارة الأسرة والمساعدة فى إيجاد حل للصراع فيما يتعلق بسوء السلوك فى المنزل وفى المدرسة. فى حين تضمنت المكونات الأخرى التدريب على المهارات الاجتماعية للأقران، والتدخلات المجتمعية التى ترتكز فى الأساس على التربية المهنية والإرشاد المهنى.

هذا وقد تم تطوير البرنامج مع مجموعات من التلاميذ مقيدين بالمدرسة وذلك فى أوقات مختلفة، وتم تقسيمها عشوائيًا ومن ثم إخضاعها لظروف التدخل الإرشادى مقابل عدم التدخل. وتوضح النتائج التى تم التوصل إليها فى نهاية السنة الأولى من البرنامج أن أفراد العينة الذين تلقوا البرنامج قد أبدوا معدلات للفصل المؤقت أو النهائى من المدرسة أقل من أقرانهم الذين لم يتلقوا البرنامج. وأوضحت التقييمات التالية إنخفاض معدلات الجنوح كالهروب من المدرسة أو السرقة على سبيل المثال كما كشفت عنه التقارير الذاتية لأفراد العينة، وكذلك الحال بالنسبة لتعاطى الكحوليات من جانب تلاميذ الصف الخامس الذين تم تعريضهم لبرنامج شامل خلال الصفوف من الأول إلى الرابع. وعلاوة على ذلك فقد أوضحت التحليلات التى تم إجراؤها أن العمليات التى تتوسط آثار مثل هذه التدخلات كالإرتباط بالأسرة والمدرسة على سبيل المثال تتغير خلال مضمار ذلك التدخل الوقائى.

ومن ناحية أخرى عمل فيلنر وأدان (١٩٨٨) Felner & Adan فى برنامج قدماه للتلاميذ يركز على مساعدتهم فى تحقيق التكيف عند الإنتقال من مدرسة إلى أخرى. وقد إرتكز البرنامج فى الأصل على تلك النتائج التى تكشف عن أن الإنتقال من مدرسة إلى أخرى يرتبط بانخفاض مستوى الأداء الأكاديمى، وبزيادة معدلات الفصل من المدرسة، وزيادة الأعراض النفسية، ويتضمن ذلك بطبيعة الحال الإضطرابات السلوكية حيث قد يزيد الإنتقال من مدرسة إلى أخرى من إحتمالات التعرض لإختلال الأداء الوظيفى بسبب الضغوط التى يثيرها، وبسبب تباين مهارات الأفراد فى مواجهة مثل هذه الضغوط.

هذا وقد قام الباحثان فى تلك الدراسة بتصميم ذلك البرنامج المسمى برنامج تغيير البيئة المدرسية School Transitional Environmental program (STEP) والذى يهدف إلى مساعدة الطلاب على التكيف لعملية الإنتقال إلى بيئة مدرسية جديدة والذى يتم من خلال الإنتقال من مدرسة إلى أخرى. ويشير مصطلح تغيير البيئة المدرسية أو الإنتقال من مدرسة إلى أخرى إلى تلك العملية العادية للإلتحاق بمدرسة جديدة مثل الإنتقال من المدرسة الإعدادية أو المتوسطة إلى المدرسة الثانوية أو العليا. ويهدف هذا البرنامج إلى التقليل من صعوبة عملية الإنتقال هذه، وإلى زيادة إستجابات المسايرة والمواجهة. ويتميز هذا البرنامج بوجود مكونين أساسيين هما:

أولاً: إعادة تنظيم النسق الاجتماعى للمدرسة الجديدة حتى يتمكن الطلاب من الإنضمام إلى جماعة أقران ثابتة. إضافة إلى مزايا أخرى تعمل على إيجاد بيئة أكثر ثباتًا قياسًا بما لو ترك الوضع على طبيعته كأن تكون هناك مثلاً جماعة أقران مشتركة من تلك الفصول، أو يحدث نوع من التقارب الشديد بين الطلاب بتلك الفصول المتضمنة بالمدرسة مع بعضهم البعض.

ثانيًا: إعادة تحديد دور المعلم على أنه ليس فقط معلمًا يقوم بشرح الدروس لهم فحسب، بل على أنه مرشدًا لهم أيضًا. كذلك فعليه أن يتعامل مع الأطفال الصغار فرادى، وأن يعمل كمرجع فى الشئون الأسرية والمدرسية، ويقدم جلسات الإرشاد الخاص خلال الفترات المحددة لذلك فى فصل أعد لهذا الغرض.

وفى إحدى مرات تقييم البرنامج كان يتم التركيز على مدرسة ثانوية كبيرة فى إحدى المناطق الريفية، وكان التلاميذ الذين يخضعون للبرنامج ملتحقين بالصف التاسع وينحدرون من أسر ذات مستويات اقتصادية اجتماعية منخفضة وينتمون إلى الأقليات. وتم تقسيم الطلاب إلى مجموعتين كانت إحداهما تجريبية تلقى

أعضاؤها البرنامج المستخدم STEP وكانت الثانية ضابطة، وتمت مجانسة الطلاب فى العديد من المتغيرات. وأوضحت النتائج أنه قد قلت معدلات الأداء الأكاديمى لطلاب المجموعة الضابطة، وإزدادت معدلات غيابهم قياسًا بأقرانهم فى المجموعة التجريبية. وأوضحت نتائج القياس التتبعى أن الطلاب بالمجموعة التجريبية قد إنخفضت معدلات تسربهم من المدرسة، وقلت معدلات وضع برامج بديلة للطلاب الراسبين منهم. كما إزدادت خلال العامين الأول والثانى من المدرسة الثانوية الدرجات التى حصل عليها أعضاء المجموعة التجريبية فى المواد الدراسية المختلفة، وقل غيابهم قياسًا بأقرانهم فى المجموعة الضابطة. أما خلال العامين الثالث والرابع من المدرسة فكانت الفروق بين أفراد المجموعتين أقل وضوحًا وقد يرجع ذلك جزئيًا إلى إرتفاع معدلات تسرب أعضاء المجموعة الضابطة فى ذلك الوقت.

كذلك فقد قام الباحثان بعمل نسخ مطابقة من نفس البرنامج مستخدمين العديد من المقاييس. وتم تطبيقها فى العديد من المدارس، وفى مناطق ريفية، وفى الأحياء التى تقع بالضواحى. وأوضحت نتائج القياس التتبعى بعد سنة وسنتين على مجموعات مختلفة من الطلاب أثر ذلك البرنامج على أدائهم الأكاديمى، وعلى إختلال الأداء الوظيفى الإنفعالى والسلوكى، فتأثرت إساءة استخدام المواد والسلوك الجانح من قبل أعضاء المجموعة التجريبية بالبرنامج قياسًا بأقرانهم فى المجموعة الضابطة. ومن ناحية أخرى أثبت التقييم المستمر لهذا البرنامج الحصول على نتائج محددة وطويلة المدى لها أهميتها ومغزاها فى ذلك الوقت، كما كانت له آثاره المباشرة على الإضطرابات السلوكية.

ومن البرامج المدرسية الجديدة فى هذا الصدد ذلك البرنامج الذى أعده أولويوس (١٩٩١) Olweus والذى تم تطبيقه فى النرويج كجزء من تدخل إرشادى على مستوى القطر يهدف إلى الحد من السلوك العدوانى فى المدارس والذى يتمثل فى التنمر من جانب بعض التلاميذ على من هم أضعف منهم.

ويشير التنمر على الآخرين bullying إلى الإحتيال المتكرر على الآخرين والإساءة إليهم وإلحاق الأذى بهم، ومن أمثلته العدوان اللفظى أو البدنى من جانب أحد الأقران الذى يتمتع بقوة فارقة أو مختلفة من نوع ما كأن يتمتع بفرق فى القوة البدنية أو السن أو المكانة. وتم تطبيق هذا البرنامج على التلاميذ من الصف الأول وحتى الصف التاسع. وقد ضم البرنامج الوالدين والمعلمين والطلاب، وتم توفير المواد المكتوبة وغيرها من مصادر المعلومات كشرائط الفيديو وتقديمها للمعلمين والوالدين، كما تم بذل العديد من المحاولات والجهود التى تهدف إلى زيادة المعرفة والإلمام بمشكلة التنمر بالآخرين. أما داخل المدرسة فقد تم سن القوانين ووضع القواعد التى تتعلق بهذه المشكلة، إضافة إلى جهود أخرى مقصودة تهدف إلى مساندة الضحايا وحمايتهم. ومن نقاط القوة التى يتفرد بها هذا البرنامج وتميزه عن غيره من البرامج فى هذا المجال بذل الجهود على مستوى واسع النطاق وإنتقال التأثير إلى أطر أو مناطق عديدة على المستويات المصغرة والكبيرة أى واسعة النطاق أيضًا.

هذا وقد تم تقييم أثر البرنامج من خلال تصميم شبه تجريبى يتضمن مجموعات منفصلة من الطلاب. وبعد عامين من البرنامج كان سلوك التنمر بالآخرين قد قل بين الطلاب بنسبة ٥٠٪ أو أكثر وذلك بين الطلاب بكل الصفوف الدراسية. وكانت النتائج واضحة لكل من البنين والبنات. وإضافة إلى ذلك فقد قلت أيضًا العديد من السلوكيات المضادة للمجتمع والتى لم يركز عليها البرنامج بشكل مباشر مثل السرقة والهروب من المدرسة وتدمير الممتلكات العامة أو الخاصة. ومما يضيف إلى أهمية مثل هذا البرنامج أنه ينقل تلك الجهود التى يتم بذلها فى هذا الصدد إلى المستوى الرسمى داخل المؤسسات الاجتماعية والتى تتمثل فى المدرسة فى هذه الحالة ويجعلها هى المسئولة عن مثل ذلك التدخل الإرشادى. كما أنه إلى جانب ذلك يضم كلاً من المعلمين والوالدين والطلاب وذلك بإسلوب ثابت ومركز يتحدد من خلاله الدور المناط بكل طرف.

ثالثًا: البرامج المجتمعية

تعمل البرامج المجتمعية على استغلال الخدمات الموجودة بالفعل فى المجتمع مثل المراكز الترفيهية والمتنزهات، ويتم تقديم مثل هذه البرامج للأفراد فى سياق حياتهم اليومية. كما أنها تتميز باستخدامها لمصادر البيئة التى يمكن من خلالها تدعيم سلوك الأفراد الاجتماعى. وعلى ذلك فغالبًا ما يتم تقديم مثل هذه البرامج فى المراكز الترفيهية المحلية أو فى مراكز الشباب حيث يتم تنفيذ برامج الأنشطة بالفعل فى هذه المراكز، وتستمر تلك الأنشطة فى مجراها الطبيعى ولا تتوقف على أثر استخدام مثل هذه البرامج.

ومن ناحية أخرى يعمل التكامل بين البرامج التى تقدم فى المجتمع المحلى على تعزيز وتدعيم نقل السلوك الاجتماعى إلى المواقف اليومية وصبغها به وذلك لأن التدخل الإرشادى يتم فى هذه المواقف وليس فى أماكن خاصة أو أكثر تقييدًا كالمستشفيات النفسية، أو مؤسسات وإصلاحيات الأحداث على سبيل المثال.

ومن أمثلة هذه البرامج تلك البرامج التى استخدمها كل من فو وأودونيل (١٩٧٥) Fo & O'Donnell وأودونيل وآخرين (١٩٧٩) O'Donnell et. al وأودونيل (١٩٩٢) O'Donnell وقاموا بتطبيقها على عينات من المراهقين تتراوح أعمارهم بين ١١ ـ ١٧ سنة تم تحويلهم للعلاج من قبل عدد من الهيئات كالمدارس العامة، والمحاكم، وهيئة الرعاية الاجتماعية وذلك بسبب مشكلاتهم السلوكية والأكاديمية. ونظرًا لأن بعض هؤلاء المراهقين كان لديهم تاريخ سابق للقبض عليهم، فى حين لم يكن لدى البعض الآخر أى تاريخ سابق من هذا القبيل كان لابد للبرنامج المستخدم أن يتضمن جانبًا علاجيًا يتمثل فى تقديم العلاج المناسب للمراهقين الذين صدرت ضدهم أحكام قضائية، إلى جانب شق آخر وقائى يتم تقديمه للذين يعدون معرضين لخطر الجنوح.

هذا وقد تطوع بعض الراشدين للعمل كمعالجين ولتطبيق برامج تعديل السلوك فرديًا على هؤلاء المراهقين أعضاء العينة. فقاموا بالتالى بمقابلة هؤلاء

المفحوصين الذين تضمنتهم العينة واشتركوا معهم فى مجموعة من الأنشطة مثل الفنون والحرف والصيد والمعسكرات، كما قاموا أيضًا بتطبيق وتقييم برنامج تعديل السلوك. كذلك فقد عملت برامج الإثابة الفردية على التركيز على سلوكيات معينة مثل الهروب من المدرسة، والعراك أو الشجار، والقيام بالأعمال النظامية أو الروتينية اليومية بالمنزل، وأداء الواجبات المنزلية.

وكشفت الدراسة عن معدلات مختلفة ومرتفعة من الهروب من المدرسة، والعراك أو الشجار، والتأخر ليلاً خارج المنزل، وغير ذلك من السلوكيات المشكلة التى كانت تصدر من جانب المراهقين من أعضاء المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا البرنامج المستخدم فى الدراسة بشقيه العلاجى والوقائى. كذلك فعلى مدى عامين من التتبع لهؤلاء المراهقين وهى المدة التى استغرقتها الدراسة التتبعية كشفت سجلات الشرطة فيما يتعلق بالقبض على غير المنضبطين عن حدوث تحسن للمراهقين الذين تلقوا الشق العلاجى من البرنامج (المجموعة التجريبية) وذلك قياسًا بأقرانهم فى المجموعة الضابطة. ومع ذلك فقد اختلفت آثار البرنامج كدالة لوجود سجل سابق من الجنح لهؤلاء الأفراد عندما كانوا أطفالاً أم لا إذ اتضح أن المراهقين الذين أكملوا البرنامج ولم يكن لديهم سجل سابق للقبض عليهم قد أصبحوا أسوأ مما كانوا عليه سابقًا كما تعكسه زيادة معدلات إرتكابهم للجنح والمخالفات، وهو ما أرجعه أودونيل (١٩٩٢) O'Donnell إلى زيادة العلاقات والصداقات بين المراهقين الأقل إنحرافًا وأقرانهم الأكثر إنحرافًا وهو ما حدث بالفعل خلال فترة تطبيق البرنامج نتيجة لإتاحة العديد من الفرص أمامهم للتواصل وإقامة العلاقات الاجتماعية. ومع ذلك فقد كان البرنامج ذا أثر فعال فى الإقلال من السلوك المضاد للمجتمع بين أولئك المراهقين الذين كان لهم سجل حافل بالقبض عليهم من قبل.

ويعد البرنامج الذى قدمه دافيدسون Davidson وزملاؤه (١٩٨٨) من البرامج التى تنتمى إلى التدخلات المجتمعية أى التى تستند فى الأساس على المجتمع المحلى وما يقدمه من خدمات، والتى تهدف كبرامج إلى الحد من حدوث

إنتكاسة تتمثل فى الإرتداد إلى الإجرام مرة أخرى من جانب المراهقين. وقد تم تطبيق هذا البرنامج المصمم خصيصًا للمراهقين على المراهقين الجانحين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ ـ ١٦ سنة والذين تمت إحالتهم إلى محاكم الأحداث ولم يصدر ضدهم حكم قضائى رسمى بعد. وكانت قد تمت إحالة معظم هؤلاء المراهقين للمحكمة بسبب إرتكابهم جنح ومخالفات تتعلق بالممتلكات كاقتحام المنازل أو المحلات، والسرقة، وسرقة السيارات.

هذا وقد تضمن البرنامج إتصالاً وثيقًا بين كل مراهق من هؤلاء بصفة فردية وأحد الطلاب الجامعيين المتطوعين للعمل فى تنفيذ البرنامج والذين تم تدريبهم والإشراف عليهم من قبل متخصصين تم الإشراف عليهم هم أنفسهم من قبل الجامعة. وإستمر هذا الإتصال الوثيق بينهما ما بين ست إلى ثمانى ساعات أسبوعيًا لمدة ثمانية عشر أسبوعًا. كذلك فقد تضمن البرنامج العمل على تقليص السلوكيات المشكلة من جانب المراهق، ومساعدته على الإستفادة من مصادر المجتمع، ومساعدته أيضًا على الإندماج فى المجتمع. وكان الإتصال بين المراهق والطالب المتطوع لتنفيذ البرنامج يتم فى منزل المراهق، أو فى أماكن ترفيهية، أو غيرها من الأماكن المناسبة. وأوضح التقييم الدقيق للبرنامج أنه قد أدى إلى تقليل حدوث إنتكاسة تتمثل فى الإرتداد للإجرام بين المراهقين الذين تم تطبيق البرنامج عليهم، وهو ما أكدته سجلات الشرطة لمدة عامين بعد البرنامج.

ومن الملاحظ أن هناك العديد من السمات المميزة لهذا البرنامج تتضمن مضاعفة الآثار المترتبة على الكثير من البرامج كما كشفت عنها تلك الدراسات التى استخدمتها إلى جانب مقارنة المجموعة التجريبية بأكثر من مجموعة ضابطة، ومقارنتها بالظروف البديلة المحيطة بالبرنامج كالإجراءات التقليدية بالمحكمة. كذلك فقد عمد البرنامج إلى تقييم الأنماط البديلة للأماكن والمتطوعين (كطلاب الجامعة وأعضاء عاديين فى المجتمع) والمختصين كالأخصائيين الاجتماعيين. وتؤكد النتائج التى تم الحصول عليها على أن لهذا البرنامج آثار مضاعفة على

خفض حـدة إختلال الأداء الوظيفى للمراهقين المعروفين بارتكابهم للجنح والمخالفات.

تقييم أثر البرامج الوقائية المختلفة

تدل نتائج الدراسات التى عرضنا لها سلفًا بالإضافة إلى غيرها مما سوف نعرض له بعد ذلك، ومن أمثلتها دراسات مكورد وترمبلاى (١٩٩٢) McCord & Tremblay وزيجلـر وآخـرين (١٩٩٢) Zigler et. al ويوشيكاوا (١٩٩٤) Yoshikawa على أن البرامج التى تمثل تلك التدخلات الوقائية قد أدت إلى التقليل من حدوث الإضطرابات السلوكية. كما تضمنت نتائجها أيضًا حدوث نقص فى معدلات العدوان تجاه الوالدين والأخوة، والهروب من المدرسة، والفصل المؤقت أو النهائى من المدرسة، والقسوة، وإساءة استخدام المواد، والجنوح كما يقاس بمقاييس التقرير الذاتى وسجلات الشرطة. كذلك فإن مثل هذه النتائج توضح أن التدخل المبكر يمكن أن يؤدى إلى تقليل أثر العوامل المتعددة التى تؤدى بالأفراد إلى الإضطراب السلوكى وتساعد على حدوثه. وتتضمن مثل هذه العوامل مشكلات الولادة التى قد تتعرض لها الأمهات، ومعدل المواليد ومن ثم حجم الأسرة، وأساليب رعاية الطفل التى تعمل على إساءة استخدامه، وإعتماد الأسرة على تلك المعونات التى تحصل عليها من الحكومة، وإنخفاض أو تدنى مستوى الأداء الأكاديمى، والمستوى التعليمى للأطفال وأمهاتهم.

وكما لاحظنا من قبل فى معظم الدراسات التى عرضنا لها لم يكن الهدف هو إثبات أن التغيرات التى تحدث فى تلك العوامل تقلل من حدوث الإضطرابات السلوكية. ومع ذلك فهناك من الأدلة ما يؤكد على أن هذه العوامل تؤدى إلى زيادة خطر أو إحتمال حدوث الإضطرابات السلوكية، وأن تقليل خطر مثل هذه العوامل قد أدى فى بعض الدراسات إلى تقليل معدلات حدوث السلوك المضاد للمجتمع، وهو ما يدعم أهمية تقليل أثر تلك العوامل كوسيلة للوقاية من الإضطراب السلوكى وتجنب حدوثه.

هذا وقد تضمنت تلك الدراسات محددات يمكنها أن تؤدى إلى الحد من أهمية النتائج التى تم التوصل إليها، ومنها:

أولاً: أنه لم تتم دراسة التأثير طويل المدى للبرامج الوقائية بشكل جيد حيث ركزت العديد من الدراسات فى هذا الصدد على تلك التغيرات التى تحدث خلال الوقت الذى يظهر فيه أثر البرنامج أى ما بين عام إلى عامين من إنتهاء البرنامج. وبذلك فإنه لا يمكن بهذا الشكل تحديد النتائج الحاسمة التى تتعلق بأثر مثل هذه البرامج حتى عشر سنوات بعد إنتهاء البرامج على سبيل المثال.

ثانيًا: أن عددًا قليلاً من الدراسات هو الذى ركز بشكل مباشر على الإضطراب السلوكى كنتيجة، ويعنى عدم التركيز المباشر فى دراسات عديدة أنه لم يتم استخدام سوى مقاييس قليلة ترتبط بالإضطراب السلوكى. كذلك فقد كان النقص الحادث فى معدلات حدوث سوء السلوك فى الفصل أو نقص حدوث الأفعال الجانحة كما تعكسها التقارير الذاتية على درجة كبيرة من الأهمية. ومع ذلك فإن تقييم مدى كفاءة البرنامج يتطلب تقييم مقاييس عديدة للإضطراب السلوكى حتى تشمل الأداء فى مواقف مختلفة كالمنزل والمدرسة والمجتمع المحلى، وتشمل مصادر مختلفة للمعلومات كالذات والوالدين والمعلمين، وتشمل أيضًا أساليب مختلفة للقياس والتقييم كمقاييس التقرير الذاتى والسجلات الخاصة بالمؤسسات المجتمعية المختلفة. ومع عدم وجود تقييم شامل تصبح معرفتنا بأثر البرامج الوقائية الخاصة بالإضطرابات السلوكية محدودة بعدد قليل من البرامج. ومن ثم فإن هذه النقطة ترتبط بالنقطة السابقة.

ثالثًا: من المعروف أننا لا نعرف سوى القليل عن المكونات الحاسمة التى تؤدى إلى حدوث التغير حيث عملت الدراسات التى أجريت فى هذا المجال على إجراء المقارنات بين مجموعات تجريبية وأخرى ضابطة تلقت الأولى تلك

البرامج التى تم استخدامها فى هذه الدراسات فى حين لم تتلق الثانية أى برامج على الإطلاق. ومن الجدير بالذكر أن ما يفهم من خلال هذا الإجراء أننا نريد أن نتعرف على أثر البرنامج المستخدم، وأن نتثبت من مدى فاعليته فى تحقيق الهدف المحدد له سلفًا. وفى نفس الوقت فإننا لا نزال نحتاج عند إجراء هذه المقارنات إلى أن نقوم من خلالها بتحليل مكونات ومحددات العلاج وتحديد أثرها. كذلك فإن الاعتماد بدرجة كبيرة على المقارنة بين مجموعات تجريبية تلقت تلك البرامج وأخرى ضابطة لم يتم تطبيق تلك البرامج عليها يثير أمورًا أخرى إذ أن الإشتراك فى برنامج وقائى خاص بمعزل عن محتوى هذا البرنامج يكون له آثاره المحتملة التى يجب أن نتداركها ونحددها. ومن ناحية أخرى فإن الترتيبات الخاصة التى تتخذ فى المدرسة وتحديد المكان الذى سيتم تطبيق البرنامج فيه يعنى أن المجموعة التجريبية التى سيتم تطبيقه عليها لها متطلبات خاصة يمكن أن تسهم فى حدوث النتائج. كما أن تقييم مثل هذه النتائج على نطاق ضيق كجزء من المحاولات الوقائية قد يتطلب اللجوء إلى شروط الضبط التى تستخدم فى أسلوب الإنتباه الوهمى attention - placebo أو التباين فى البرامج الفعالة كما يرى كل من بيرسون (١٩٨٨) pierson ودافيدسون وآخرين (١٩٨٧) Davidson et. al وبين وبراى (١٩٨٠) Bien & Bry وسوف يعمل تقييم الوضع الخاص للمجموعات التى تتلقى مثل هذه البرمج وما إذا كان ذلك يمكن أن يسهم فى حدوث التغير أم لا على المساهمة فى التمكن من تنمية فهمنا لأسس مثل هذا التغير.

رابعًا: أننا لا نعلم سوى القليل عن الوقت الأمثل الذى يجب أن نقوم فيه بتقديم البرنامج الوقائى. ومن خلال البرامج التى تم إستعراضها هنا نجد أن تلك البرامج التى ترتبط بالتدخل المبكر مع الوالدين والأسرة، والبرامج المدرسية المنتقاة أى التى ترتكز على التدخل مع المدرسة قد أدت إلى حدوث نتائج إيجابية فيما يتعلق بتقليل معدلات حدوث الإضطراب

السلوكى. وسوف يدفعنا ذلك إلى مراجعة ما تركز عليه تلك البرامج ومدى الحاجة إلى التدخل بأسلوب معين كالتدخل على نطاق المجتمع المحلى بأسره. ومن الجدير بالذكر أن التراث السيكولوچى لم يقدم لنا ما يساعدنا على أن نقرر ما هو المكان الأفضل للتدخل أو ما هى المزايا التى يمكن أن نحصل عليها إذا ما قمنا باستخدام برامج بديلة. وقد يكون من الأكثر فائدة أن ننظر إلى مثل هذه البرامج فى سياق نمائى أو تطورى تتضح فيه العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية والوقت الذى يمكن أن نتدخل فيه وذلك فى مختلف الأعمار سواء تمثل ذلك فى مرحلة المهد أو المراهقة مثلاً. كما يجب أيضًا أن نعى أن فرص التدخل الوقائى أو العلاجى لم تنته بالضرورة حتى وإن لم نتدخل فى سن مبكرة من عمر الطفل.

وعلى الرغم من هذه المحددات فقد أثبتت نتائج العديد من الدراسات فى هذا المجال وجود آثار ثابتة للحد من أثر تلك العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى وعلى حدوث السلوكيات التى يتضمنها هذا الإضطراب أى التى تمثله. فنحن نعلم على سبيل المثال أن التدخل المبكر مع الأسرة كالرعاية الوالدية، والتثقيف الخاص بالوالدين، والمساعدة المباشرة يمكن أن يكون لها أثر واضح عندما تستمر لعدد من السنوات كأن تستمر مثلاً خلال سنوات ما قبل المدرسة أو أكثر من هذا القدر من السنوات وذلك بالنسبة للطفل على أن يكون التركيز خلالها منصبًا على مجالات متعددة وعوامل مساعدة متعددة أيضًا كالتغذية، والتفاعل بين الوالد والطفل، والنمو المعرفى للطفل. إضافة إلى حدوث مثل هذا التدخل فى أماكن ومواقف مختلفة كالمنزل والمدرسة ومراكز الرعاية النهارية أو اليومية على سبيل المثال، إلى جانب العمل مع عينات تعتبر معرضة لدرجة أكبر من الخطورة مما يزيد من إحتمال حدوث الإضطرابات السلوكية بين أعضائها كأن تنتمى تلك العينات على سبيل المثال إلى مستويات اقتصادية اجتماعية منخفضة.

ومع ذلك يتبقى لدينا العديد من الأسئلة التى لا تزال تحتاج إلى إجابات حاسمة، إلا أن الإجابة المبدئية للسؤال الأساسى والأهم من بين تلك الأسئلة والذى يتمثل فى ما إذا كان من الممكن أن يؤدى أى تدخل إلى منع حدوث الإضطراب السلوكى هى الإجابة بالإيجاب. ومن الجدير بالذكر أن تنوع البرامج التى يمكن أن نستخدمها فى هذا الصدد وتعدد الآثار المترتبة على مثل هذه البرامج فرادى يدعم الأدلة التى تؤكد أن استخدام المقاييس الإيجابية يمكن أن يؤدى إلى التقليل من معدلات حدوث الإضطراب السلوكى بين الأسر والمراهقين الذين يعدون فى خطر ويحتمل تعرضهم لإختلال الأداء الوظيفى.

بعض القضايا الأساسية والعقبات المرتبطة ببرامج الوقاية

إذا ما علمنا أن البرامج الوقائية يمكن أن تؤتى بثمارها المرجوة فلماذا إذن لا نتوسع فى مجال البرامج القائمة لتغطى المجتمع بأسره؟

وعند الإجابة عن هذا السؤال سوف يتبادر العديد من العوائق إلى الذهن. وفى مقدمتها التكلفة التى يتطلبها تطبيق مثل هذه البرامج على نطاق واسع، والصعوبات التى تتعلق بانتهاك الحقوق الفردية إستنادًا على تلك الكيفية التى يتم بها تنفيذ هذه البرامج، وموضوع الإختيارات الفردية المتاحة عند التطبيق والتى تتعلق بالمشاركة فى تلك البرامج. ومع ذلك فقبل أن نتناول تلك الأمور فإننا ننوه إلى أن هناك أمورًا جوهرية يجب أن نضعها فى إعتبارنا وأن نوليها الإهتمام الذى يتناسب معها. ومن هذه الأمور ما يلى:

١ ـ التحديد المبكر للأفراد المعرضين للخطر

من الواضح أن هناك نقطة إنطلاق رئيسية وحاسمة بالنسبة للبرامج الوقائية تتمثل فى تحديد الأطفال المعرضين للخطر والذين يحتمل بالتالى تعرضهم للإضطرابات السلوكية. ولا يبدو أن مثل هذه المهمة تعد بالصعوبة التى نتصورها وذلك لأن البحوث والدراسات التى أجريت حول العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية وهى تلك العوامل التى تناولناها سلفًا تكشف عن العوامل

المتعلقة بالطفل، والوالدين، والأسرة، وغيرها من العوامل كتلك التى تتعلق بالمدرسة مثلاً والتى ترتبط ببداية حدوث الإضطرابات السلوكية. ومع ذلك فهناك قصور فى استخدام مثل هذه المعلومات فى تحديد أطفال معينين على أنهم معرضين لخطر الإضطرابات السلوكية حيث نجد على سبيل المثال أن الدلائل المبكرة للإضطراب السلوكى وعدم القابلية للترويض من جانب الطفل تعد هى أحد العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ بحدوث إختلال لاحق فى الأداء الوظيفى بين البنين. ومع ذلك فقد أوضحت الدراسات الطولية ودراسات النمو المستعرضة أن تلك السلوكيات التى تسبب الفوضى والسلوكيات المشكلة والسلوكيات المضادة للمجتمع تعد جميعًا ذات معدلات إنتشار عالية نسبيًا خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ومن ثم يمكن أن نرى مثل هذه السلوكيات فى وقت مبكر من حياة الأطفال المتوافقين الذين لا يحتمل أن يتضمن مضمار نموهم على المدى الطويل أى إضطرابات سلوكية. كما يسود بين الأطفال العاديين الذين يقل خطر تعرضهم للإضطرابات السلوكية ميل إلى أن تأخذ مثل هذه السلوكيات طريقها إلى الزوال على مدار مضمار نموهم، وبالتالى فإن المحاولات والجهود التى تبذل فى سبيل إختيار أطفال معرضين بدرجة كبيرة لخطر الإضطرابات السلوكية قد يؤدى بشكل غير متعمد إلى إختيار عدد كبير من الحالات التى لا تؤدى مثل هذه السلوكيات بالنسبة لهم إلى إختلال لاحق فى أدائهم الوظيفى.

وبنفس الطريقة نجد أنه حتى عندما نستخدم العديد من العوامل المساعدة معًا فإنها قد لا تساعدنا فى إختيار كل أو حتى معظم الأطفال الذين قد يبدون إضطرابات سلوكية فيما بعد. وفى محاولة لتقييم أنساق مختلفة لدمج العوامل المساعدة معًا بغرض التنبؤ بمن يمكن أن يصبح جانحًا قام فارنجتون (١٩٨٥) Farrington بمقارنة أساليب بديلة لدمج المتغيرات المرتبطة بالطفل، والمتغيرات المرتبطة بالوالدين، وتلك المتغيرات المرتبطة بالأسرة معًا بغرض تحقيق نفس الهدف وهو التنبؤ بمن يمكن أن يصبح جانحًا. وتعد هذه الدراسة إحدى الدراسات الطولية التى تم فيها تحديد الأطفال فى حوالى الثامنة من العمر وتمت

متابعتهم حتى خلال المراهقة المبكرة. وأوضحت النتائج أنه حتى فى أفضل حالات دمج تلك العوامل المنبئة فإنه لم يتم تحديد سوى ٥٠٪ تقريبًا فقط من المراهقين الجانحين تحديدًا دقيقًا. وعلى هذا الأساس تتمثل إحدى المشكلات الأساسية التى تواجه البرامج الوقائية فى هذا المجال فى إنخفاض المعدلات المثالية التى تساعد فى التوصل إلى تحديد حقيقى لما يعرف بالحالات الإيجابية الحقيقية true positives وذلك فيما يتعلق بتحديد مآل أولئك الأفراد الذين تزداد لديهم العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى وذلك فى وقت مبكر من حياتهم والذين تظهر لديهم المشكلة فى النهاية بمعنى أنهم يظهرون الإضطرابات السلوكية فعلاً بعد ذلك. وهناك مقاييس ترتبط بذلك الأمر تتمثل فى الواقع فى تلك المقاييس التى تعكس مشكلات الإختيار أو الإنتقاء حيث يمكن أن نلاحظ فى هذا الصدد وجود ما يعرف بالحالات الإيجابية غير الحقيقية False positives والتى تتمثل فى أولئك الأفراد الذين تزداد لديهم العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى ويتم تحديدهم على أنهم من المحتمل أن يبدوا إضطرابات سلوكية فيما بعد، ولكنهم مع ذلك لا يبدون أى إضطرابات سلوكية. هذا إلى جانب وجود حالات أخرى تعرف بالحالات السلبية غير الحقيقية False negatives تتمثل فى أولئك الأفراد الذين تبعدهم ظروفهم عن أى أخطار تعرضهم للإضطرابات السلوكية ومع ذلك فإنهم يعانون من هذه المشكلة فى النهاية ويبدون إضطرابات سلوكية فيما بعد. أضف إلى ذلك مجموعة رابعة تعرف بالحالات السلبية الحقيقية true negatives تتمثل فى أولئك الأطفال الذين يعدون فى خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية ويظهرون بالفعل تلك الإضطرابات فيما بعد.

وفى هذا الإطار يرى كل من بويل وأوفورد (١٩٩٠) Boyle & Offord وفارنجتون (١٩٨٥) Farrington ولوبر وديشيون (١٩٨٣) Loeber & Dishion أنه عند هذه النقطة يصبح التنبؤ بمن سوف يبدى من الناحية الإكلينيكية سلوكًا حادًا مضادًا للمجتمع بمثابة عملية غاية فى التعقيد. كذلك فإن العوامل المساعدة

والتى يمكن أن تعد هى أفضل مجموعة من العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ بالإضطرابات السلوكية تختلف كدالة لعدد من المتغيرات كالتالى:

أ ـ العمر الزمنى الذى يتم فيه تقييم الطفل كأن يتم ذلك فى الطفولة المبكرة أو المتوسطة على سبيل المثال.

ب ـ المحكات التى تستخدم فى التنبؤ بذلك كالإتصال المستمر بالشرطة والمحكمة، والإدانة وثبوت التهمة، والتقارير الذاتية المتعلقة بالأفعال الجانحة.

جـ ـ خصائص العينة وسماتها المميزة كمستوى دخل أفراد العينة وهو ما يحدد أى هذه العوامل تبدو عوامل مساعدة وأيها لا يبدو كذلك.

وفى أفضل الظروف فإن تحديد الأطفال الذين يزداد معدل خطر تعرضهم للإضطربات السلوكية على أساس وجود مجموعات عديدة من المتغيرات التى ترتبط ببداية حدوث إختلال الأداء الوظيفى يحتمل أيضًا أن يؤدى إلى إختيار مجموعات من الأفراد لا يتعرضون مطلقًا للإضطرابات السلوكية أى الحالات الإيجابية غير الحقيقية، وأن يؤدى إلى عدم إختيار أو تجاهل مجموعات أخرى من الأفراد يتعرضون بالفعل فيما بعد لتلك الإضطرابات أى الحالات السلبية غير الحقيقية.

ومن المحتمل أن تبدى نسبة كبيرة من الأطفال الذين يزداد معدل خطر تعرضهم للإضطرابات السلوكية إضطرابًا فى مرحلتى المراهقة والرشد. ومع ذلك فلا تزال هناك نسبة منهم لا تبدى مثل هذا الإضطراب. وعلاوة على ذلك فمن المحتمل كما يرى فينار (١٩٨٤) wenar أن يبدى العديد من الأطفال الذين لا يعدون فى خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية العديد من المشكلات السلوكية لاحقًا ولكن نظرًا لأنهم لم يبدو أيًا من هذه المشكلات عند بداية تطبيق البرنامج الوقائى فإنهم لا يتلقون ذلك البرنامج. وتؤدى حقيقة نمو الأطفال بمعزل عن تلك المشكلات أو حتى نموهم ومعهم تلك المشكلات إلى الإقلال من فاعلية وكفاءة البرامج الوقائية فى التصدى لمشكلة معينة والحد منها أو حتى فى القضاء عليها.

وغالبًا ما يتضمن نموذج الوقاية تطبيق البرنامج المستخدم على نطاق واسع بدلاً

من تطبيقه فقط على أفراد بعينهم يزداد معدل خطر تعرضهم للإضطرابات السلوكية. وبذلك فإنه إذا لم يمكن التنبؤ بالإضطراب السلوكى بالشكل الذى نريده يصبح من المحتمل استخدام العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية حتى يمكننا القيام بذلك من خلالها ولكن بالشكل الذى لا يجعلنا مقيدين فى إختيارنا للأطفال والمراهقين الذين نقوم بتطبيق مثل هذه البرامج عليهم. وهكذا نجد أنه إذا ما كانت محكات الإختيار مرنة وفضفاضة وغير محددة بدقة وذلك فيما يتعلق بتحديد أولئك الذين يزداد معدل تعرضهم للإضطرابات السلوكية إضافة إلى كثيرين غيرهم فهذا يعنى أنه سوف يقل فى ضوئها عدد الحالات السلبية غير الحقيقية أى الأطفال الذين لا يبدو أنهم معرضين لخطر الإضطرابات السلوكية مع أنهم فى الواقع معرضين له سوف يقل هذا العدد إلى الحد الأدنى وذلك فى مقابل الحصول على عدد كبير من الحالات الإيجابية غير الحقيقية False Positives أى الأطفال الذين ليسوا فى خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية ولكنهم يبدون تلك الإضطرابات لاحقًا.

ومع هذا فإن البرامج العامة والتى يتم تطبيقها على نطاق واسع تعد ذات تكلفة مرتفعة ويصعب تطبيقها بشكل جيد قياسًا بتلك البرامج التى يتم تطبيقها على نطاق ضيق والتى تتسم بأنها أكثر تركيزًا.

٢ ـ مدى فاعلية البرامج الوقائية

هناك سؤال جوهرى فى هذا الصدد يعد محكًا له أهميته أيضًا إذ يمكن فى ضوئه أن نحكم على فاعلية البرنامج المستخدم. ويتمثل هذا السؤال فى الصياغة التالية: ماذا يعنى أن نقول أن برنامجًا وقائيًا معينًا قد ثبتت فاعليته؟

ومن الجدير بالذكر أن البرنامج الفعال هو الذى يؤدى بأولئك الذين يتم تطبيقه عليهم إلى أن تقل لديهم معدلات حدوث الإضطراب السلوكى بشكل يزيد عن أقرانهم الذين لم يتلقوه. وهذا لا يعنى بالضرورة أن يكون قد تم القضاء على تلك المشكلة أو تجنبها كلية بين أولئك الذين تلقوا ذلك البرنامج.

فنلاحظ على سبيل المثال فى البرنامج الذى عرضنا له من قبل والذى تم تطبيقه على الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة وذلك فى الدراسة التى أجراها كل من ويكارت وشوينهارت (١٩٩٢) weikart & Schweinhart أن القياس التتبعى لأفراد العينة قد تم بعد إنتهاء البرنامج بالعديد من السنوات وذلك عندما كانت أعمار هؤلاء الأفراد تتراوح بين ١٥ ـ ١٩ سنة. ومن الملاحظ أن درجات الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة الذين تم تطبيق البرنامج عليهم فى العديد من المقاييس كانت أعلى بشكل ذى دلالة إحصائية من درجات أقرانهم الذين لم يتلقوا ذلك البرنامج، فكانت نسبتهم على المقياس الخاص بإلقاء القبض عليهم قد وصلت ٣١٪ مقابل ٥١٪ للمجموعة الضابطة، وبلغ متوسط عدد مرات القبض عليهم ١,٣ مقابل ٢,٣ لأقرانهم بالمجموعة الضابطة. كذلك كانت الفروق دالة لصالح أعضاء المجموعة التجريبية فيما يتعلق بإنهاء مرحلة الدراسة بالمدرسة العليا (الثانوية)، والإعتماد على المعونات الاجتماعية.

ومن الواضح أن البرنامج قد أثر تأثيرًا فعالاً على حياة العديد من الأفراد، ومع ذلك فإنه لم يقض كلية على حالات القبض عليهم أو إعتمادهم على المعونات الإجتماعية. ويعتبر الرد على ذلك بسيطًا حيث يتمثل فى أن البرامج التى تتسم بزيادة فاعليتها يمكن أن تترك بعض الأفراد يعانون من المشكلة كأن يتم إلقاء القبض عليهم فى المثال الراهن، بمعنى أنها لا يجب بالضرورة أن تؤثر على جميع الأفراد بنفس الدرجة.

كذلك فلا يجب بالضرورة لمثل هذه البرامج ذات الفاعلية أن تجنب جميع الأفراد ـ الذين يعدون فى خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية ـ تلك المشكلة، ولا يجب بالضرورة أن تجنب الغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد هذه المشكلة أيضًا. ولا يعد ذلك نقطة ضعف فى هذه البرامج إذ أن التأثير فى عدد كبير من الأطفال يعد أمرًا ضروريًا وغاية فى الأهمية. وإلى جانب ذلك فإن التأثير الاجتماعى للبرامج متوسطة الفاعلية يمكن أن يكون كبيرًا هو الآخر وذلك

بسبب إتساق مجال أو نطاق التأثير بين هؤلاء الأفراد الذين حدث تحسن لهم كما تعكسه سجلات القبض عليهم من قبل الشرطة، والإعتماد على المعونات الاجتماعية، والتخرج من المدرسة العليا (الثانوية)، والانتظام فى الدراسة بالجامعة على سبيل المثال. هذا ويمكن أن يكون لتلك المقاييس نتائج قد تستمر مدى الحياة وذلك بالنسبة لهؤلاء الأفراد أنفسهم إضافة إلى أبنائهم بعد ذلك.

وهناك نقطة أخيرة تتمثل فى أن العديد من الأفراد الذين يعدون فى خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية قد لا يبدون أى تحسن عندما يتم تطبيق البرنامج المستخدم عليهم، وهو ما يعنى أن البرنامج الوقائى الفعال لا يجب بالضرورة أن يقضى على المشكلة التى يستهدفها وذلك لدى كل الأفراد الذين يتلقونه.

٣ـ عدم مساهمة تلك البرامج فى حدوث الضرر

هناك أمر آخر يرتبط بالآثار المحتملة للبرامج الوقائية غير تلك الأهداف التى نتوقع من أى برنامج أن يحققها، إذ أن هناك إفتراضًا مؤداه أنه إذا لم يثبت البرنامج الوقائى المستخدم فعالية فى تحقيق ما تم تحديده له من أهداف، فإنه يجب على الأقل ألا يسهم فى إحداث أى ضرر، حيث أن مثل هذه البرامج قد تؤدى أحيانًا إلى آثار خطيرة وضارة. ومن الأمثلة المشهورة فى هذا الصدد ذلك البرنامج الذى قدمه باورز وويتمر (١٩٥١) Powers & Witmer والمعروف باسم كامبردج ـ سومرفيل Cambridge - Somerville والذى تم تطبيقه على خمسمائة من البنين فى مرحلة المراهقة المبكرة بغرض تجنب تعرضهم للجنوح ووقايتهم منه. وكان من بين أفراد العينة أولئك الذين اعتبروا فى خطر يعرضهم للجنوح، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لم تتلق البرنامج المستخدم فى حين كانت الأخرى تجريبية تلقت برنامجًا إرشاديًا يستند على أسس عريضة لم يتم التخطيط لها بعناية. وقد تضمنت تلك الأسس الرعاية الصحية والسيكاترية، والمساعدات الأكاديمية، والإتصال المستمر بأحد المرشدين، والبرامج المجتمعية. وقد أظهرت نتائج الدراسة التتبعية بعد ثلاثين سنة تقريبًا من إنتهاء البرنامج

(McCord, 1978) أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادى قد أظهروا معدلات مرتفعة من السلوك الإجرامى، وتعاطى الكحوليات، والمعاناة من الأمراض الخطيرة، وأعراض التوتر والإنعصاب، ومعدلات منخفضة من التوظف والرضا، إلى جانب الوفاة فى سن مبكرة. وقد لفتت مثل هذه النتائج العكسية الأنظار إلى إحتمال أن يساهم التدخل الوقائى فى إحداث الضرر للأفراد الذين تلقوا ذلك البرنامج.

وإلى جانب ذلك هناك أدلة أخرى قد أثبتت ودعمت خطورة الآثار الضارة الناجمة عن التدخلات البوامجية الوقائية، إذ نجد على سبيل المثال أن بعض البرامج قد عملت على تعريض الجانحين لبعض الراشدين المسجونين الذين شرعوا فى وصف الحياة داخل السجن لهم، ونقلوا لهم أيضًا خبراتهم فى الحياة، وعملوا على تخويف هؤلاء الجانحين من مغبة الإستمرار فى السلوك الإجرامى. ويرى كل من بوكنر وتشزنى ـ لند (١٩٨٣) - Buckner & Chesney Lind وفينكينور (١٩٨٢) Finckenauer أن النسخ المختلفة من هذه البرامج مثل تلك النسخ المسماة «الإستقامة خوفًا» أو «أن تبقى مستقيمًا» توضح وجود آثار ضارة وخطيرة لتلك البرامج حيث أظهر الأفراد الذين تلقوا هذه البرامج زيادة فى معدلات القبض عليهم لاحقًا وذلك قياسًا بأقرانهم فى المجموعة الضابطة. وعلى الرغم من أن السبب فى ذلك غير معروف للآن، فإن وجهة النظر السائدة حول ذلك ترى أن مثل هذه البرامج تعمل على إتصال الجانحين ببعضهم كجزء من البرنامج مما يؤدى إلى تكوين صداقات فيما بينهم تستمر خارج نطاق البرنامج. ومن المعروف أن مصادقة الأقران المنحرفين والإرتباط بهم له آثار ضارة وخطيرة ولها دلالتها على السلوك المنحرف.

ومن ناحية أخرى فإن التدخلات البرامجية الوقائية فى مجالات أخرى مثل إساءة استخدام الأدوية، والإقدام على الإنتحار قد أدت أيضًا إلى نتائج دالة وخطيرة حيث أصبحت المجموعات التى تلقت تلك البرامج أكثر سوءًا مما كانت عليه من قبل أو قياسًا بالمجموعات الضابطة التى لم تتلق أيًا من هذه البرامج

(Shaffer et. al. 1990). ومع حدوث آثار غير مرغوب فيها فى ظل استخدام مثل هذه البرامج وهى نتائج لا نحصل عليها بشكل مستمر فإن ذلك يجب ألا يثبط من تلك الجهود المبذولة لتقديم برامج وقائية جيدة. وتزيد مثل هذه الآثار المتباينة التى نحصل عليها من الحاجة إلى تقييم النتائج التى تسفر عنها تلك البرامج بعد إنتهاء البرنامج مباشرة، وخلال الفترة التى تستغرقها الدراسة التتبعية، إضافة إلى فهم الكيفية التى تعمل بها مثل هذه التدخلات البرامجية وتأتى بآثارها وهو ما يعنى فهم تلك العمليات التى يحدث التغير من خلالها.

٤ ـ إجراء البحوث فى مجال الوقاية

هناك العديد من العقبات التى تعترض إجراء الدراسات التى تهدف إلى الوقاية والتى عادة ما تجعل من الصعب إجراء مثل هذه البحوث والدراسات. وفى البداية يجب أن نذكر أن المهمة الأساسية لأى مشروع بحثى يتم إجراؤه فى مجال الوقاية تتمثل عادة فى الوصول إلى الحالة التى يتطلبها التدخل البرامجى الوقائى.

وعادة ما يتم تفسير عدم ظهور أى أعراض مرضية على الفرد بأن ذلك الفرد لا يعانى من أى مشكلة، وهو الأمر الذى لا يشجع على حدوث أى تدخل يشترك فيه هذا الفرد. ويتطلب تقرير مدى الحاجة إلى التدخل إقناع أولئك الأفراد الذين يعدون فى خطر بالعلاقة التى تنشأ بين وجود العوامل المساعدة وظهور المشكلة بجوانبها المختلفة، وهى القضية التى تتضح بجلاء تام بالنسبة لبعض المشكلات الأخرى كتلك العلاقة القائمة بين إرتفاع ضغط الدم hypertension وحدوث نوبة قلبية. إلا أنه قد يكون من الصعب إيضاح مثل هذه العلاقة بالنسبة للمشكلات النفسية والسيكاترية والسلوكية.

وبمجرد توضيح هذه القضية وإقناع الأفراد بها تصبح هناك حاجة إلى التدخل الوقائى، لكن يظل إقناع أعضاء المجموعة الضابطة بمدى الحاجة للتدخل الوقائى أمرًا صعبًا. ومن الجدير بالذكر أن الدراسات التى تتناول الوقاية يجب أن تكون دراسات طولية، وبالتالى يصبح الإختبار الحقيقى للتدخل البرامجى الوقائى هو

إجراء المقارنات بين المجموعة التجريبية التى تم تطبيق البرنامج على أعضائها وأقرانهم من المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا ذلك البرنامج حتى نستطيع أن نحدد هل ستنخفض معدلات الإضطراب السلوكى، والإحالات الإكلينيكية للعلاج والجنوح، وغيرها فى غضون بضع السنوات التالية لتطبيق البرنامج المستخدم أم لا. وعادة ما يحتاج أعضاء المجموعة الضابطة إلى الوصول للمعدلات القاعدية base rates للتغير على مدار مضمار النمو. ومع ذلك يظل من غير الواضح لماذا يظل المشاركون فى مثل هذه المجموعة على عضويتهم فيها إذا ما اعتقدوا أن أطفالهم كانوا حقيقة فى خطر يعرضهم للمشكلات ومن ثم يجعلهم فى حاجة إلى برنامج من نفس ذلك النوع.

وثمة عقبة أخرى تتمثل فيما تؤكده تلك النتائج غير المثيرة من أن البرامج الوقائية الناجحة تعد فى الحقيقة برامجًا واعدة (Glidewell, 1983) حيث أنه إذا ما كان التدخل البرامجى ناجحًا فإنه سوف يؤدى بالضرورة إلى عدم ظهور مشكلات معينة أو يؤدى بشكل عام إلى تحسين التوافق. ومن ثم يمكننا القول أنه قد لا تظهر المشكلة بأى شكل من الأشكال وذلك بالنسبة لأى طفل معين، وبالتالى لن يكون أثر مثل هذا التدخل واضحًا. وعلى النقيض من ذلك قد يؤدى التدخل الوقائى فى أى شكل آخر إلى تحقيق آثار مثيرة للإهتمام كما يعكسها الإختفاء التام للأعراض. وتعد الفروق بين القياسين القبلى والبعدى فى التقييم الخاص بأى فرد تعرض لأحد برامج الوقاية بشكل ناجح أمرًا مغريًا وباعثًا على الاهتمام لما يمكن أن نجنيه من مثل هذه البرامج. ومن هنا يتضح أن نظير البرنامج الوقائى الناجح يتمثل فى الوصف الدقيق لنتائج القياسين القبلى والبعدى والذى يتضح من خلاله أنه لم تكن هناك مشكلة فى الأساس حتى نهتم بالبدأ فى علاجها، وأنها لم تظهر بعد ذلك أو لاحقًا.

وهناك بعض الأمور الأخرى التى ترتبط بذلك أيضًا حيث قد نلاحظ مثلاً أن تعيين أو تحديد الأطفال الذين سوف نقوم بتطبيق البرنامج الوقائى عليهم يمكن

أن يؤدى بشكل معاكس وغير مقصود إلى أن نطلق عليهم أنهم مشكلين أو فى خطر، لكن عند الرجوع إلى النتائج التنبؤية نلاحظ أن معظم هؤلاء الأطفال قد لا يبدون فى النهاية أى إضطرابات سلوكية. ومن ثم فإن تحديدهم فى وقت مبكر على أنهم مشكلين أو فى خطر يمثل الأساس لوصمهم بذلك إستنادًا على تفاعلاتهم مع معلميهم وأقرانهم. كما أنهم فى الوقت ذاته يتعرضون لخطر آخر يتمثل فى أن مثل هذا التحديد وتلك التسمية قد يصبح بإمكانها تقليص الإنجاز الشخصى الخاص بهم والتنبؤ به أيضًا. ومن الجدير بالذكر أن مثل هذا التحديد وتلك التسمية قد يحدثان فى حالة الدراسات العلاجية أيضًا، ومع ذلك فإن المشكلة الإكلينيكية فى تلك الحالة تكون محددة ويترتب عليها أن أهمية المشكلة بالنسبة للوالد عادة ما تتفوق على أى مخاطر ترتبط بتلك التسمية إذ أن ما يهم الوالد فى مثل هذه الحالة هو العلاج. أما فى الدراسات الوقائية فإن الأمر يختلف حيث يمثل الإهتمام بالأطفال الذين وصمناهم بذلك أو أطلقنا عليهم تلك التسمية إضافة إلى الإهتمام بأسرهم أحد الأسباب التى تؤدى إلى استخدام التدخلات البرامجية الوقائية على مستوى المجتمع المحلى وذلك حتى لا تبقى هناك أى فئة نوعية من أولئك الأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم فى خطر دون أن نقدم لهم مثل هذه البرامج.

وباختصار هناك مشكلات من أنواع مختلفة تتعلق بأولئك الأفراد الذين يتطوعون للإشتراك فى الدراسة، والإبقاء على تقديم البرامج الملائمة لهم، وتقييم المشاركين فى البرامج الوقائية. وقد كشفت برامج عديدة عن مثل هذه المشكلات إذ أوضحت على سبيل المثال أن أولئك الذين وافقوا على الإشتراك فى البرنامج غالبًا ما كانوا ممن يتميز أداؤهم الوظيفى بأنه فى مستوى أفضل أى أنهم كانوا من هذا المنطلق أقل تعرضًا للخطر وذلك قياسًا بمن لم يوافقوا على الإشتراك فى البرنامج وهو ما أوضحه ليفينشتاين (١٩٩٢) Levenstein. أما ترمبلاى وآخرون (١٩٩٢) Tremblay et. al فيرون أن هناك أيضًا حالات متطرفة فى حدة الإضطراب كانوا غالبًا ما يوافقون على الإشتراك فى البرنامج المستخدم

ليكونوا من أعضاء المجموعة التجريبية وذلك قياسًا بأقرانهم الذين كانوا ضمن أعضاء المجموعة الضابطة والذين لم تصل حالاتهم إلى مثل تلك الحدة فى الإضطراب. وعلى هذا الأساس يرى هاوكنز وآخرون (١٩٩١) Hawkins et. al أن المجموعات المستخدمة فى بداية البرنامج الوقائى لم تكن فى الغالب متساوية فى حدة الخلل. ويضيف بوث وآخرون (١٩٩٢) Booth et. al أنه كانت هناك حالات أكثر حدة تميل غالبًا إلى التسرب من البرنامج وذلك بدرجة كبيرة.

ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه العقبات لا تعد بسيطة أو بلا قيمة وذلك لأنها تمثل إنعكاسات تستخدم فى تقييم مدى فاعلية البرنامج المستخدم وفى تحديد إمكانية تطبيق مثل هذه البرامج على نطاق واسع.

تعليق عام

قمنا فى الفصل السابق وهو الفصل الخاص بعلاج الإضطرابات السلوكية بتحديد العديد من العقبات والصعوبات التى قد تحول دون إجراء البحوث الجيدة فى هذا الصدد، ومن ثم غالبًا ما تصبح المهام المناطة بإجراء البحوث الوقائية أكثر صعوبة. وقد تم فى العديد من الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الإطار والتى عرضنا لها خلال الفصل الراهن استخدام متخصصين كمدربين وكانوا من أولئك الذين سبق لهم تطبيق برامج متعددة الجوانب وذلك فى أماكن متعددة كالمنزل والمدرسة على سبيل المثال، وقد قاموا بتطبيق مثل هذه البرامج فى الغالب فى بحث واحد، كما أنهم قد قاموا أيضًا بإجراء قياسات متكررة على مدى فترات مطولة.

ومن ناحية أخرى كانت العقبات المرتبطة بتدريب المعالجين، والإبقاء على تكامل العلاج، وتنسيق التدخلات عبر المواقف أكثر حدة وذلك بالنسبة لتلك الدراسات التى تناولت الوقاية. ويرجع السبب فى ذلك إلى أن البرامج الوقائية تميل إلى أن يتم تطبيقها على نطاق واسع بحيث تشمل فى هذا الإطار العديد من

الفصول، والمدارس، والمدن. ويرى ألان وآخرون (١٩٩٠) Allen et. al وبوتفين وآخرون (١٩٩٠) Botvin et. al وهاوكنز ولام (١٩٨٧) Hawkins & Lam أنه مع زيادة نطاق البرنامج تزداد صعوبة تحقيق جودة ذلك البرنامج وتطبيقه بالشكل الذى يرضى عنه القائمون عليه حيث نجد على سبيل المثال فى العديد من البرامج الوقائية الجيدة أن بعض الباحثين يقررون أنه قد تم تطبيق البرنامج بشكل جيد فى بعض الفصول دون غيرها أو من جانب البعض فقط من أولئك القائمين عليه دون غيرهم أيضًا.

ويرى كازدين (١٩٩٢ ـ ب) Kazdin أن الإختلافات الكبيرة فى تطبيق البرنامج المستخدم تؤدى إلى حدوث العديد من المشكلات التى تتعلق بتقييم ما يترتب عليه من آثار. ومن المحتمل أن يكون الأمر الأكبر أهمية فى هذا الصدد هو الإهتمام الأكبر بما يمكن أن يحدث فى حالة استخدام وتطبيق مثل هذه البرامج الوقائية على نطاق واسع، وإذا ما كان يمكن أن نتوقع لها آثار واسعة النطاق أم لا وذلك بسبب وجود صعوبات قد تحول دون الإبقاء على تكامل الإجراءات العلاجية.

وعلى الرغم من هذه الإعتبارات فقد حققت البرامج الوقائية فى مجال الإضطرابات السلوكية آثارًا دالة وذات مغزى حيث أوضحت حدوث نقص فى العديد من أنماط السلوك المضاد للمجتمع بين الأطفال والمراهقين وذلك بمعدلات ثابتة. وقد أدى ذلك بالعديد من المؤلفين والباحثين كما يرى زيجلر وآخرون (١٩٩٢) Zigler et. al وأولويوس (١٩٩١) Olweus إلى ملاحظة وإدراك أننا الآن قد أصبحنا نعلم الكثير عن مثل هذه الإضطرابات وتلك البرامج، وهو الأمر الذى يمكننا من خلاله أن نؤثر على مسار المشكلة.

ملخص وخاتمة

من الجدير بالذكر أنه قد أصبح هناك العديد من البرامج الوقائية وخاصة للأطفال الذين يتم تحديدهم على أنهم فى خطر يعرضهم لسوء التوافق اللاحق. وقد كشفت العديد من نتائج الدراسات التى استخدمت العديد من هذه البرامج

عن حدوث تغيرات إيجابية فى الأداء الوظيفى للأطفال الذين تلقوا تلك البرامج وذلك بعد عدة سنوات من إنتهاء هذه البرامج. ومما يميز هذه البرامج أنه يمكن فى الغالب تطبيقها فى المدارس أو المجتمعات المحلية وعلى نطاق واسع نسبيًا. كذلك فقد تعددت أيضًا أساليب تطبيق وتقييم مثل هذه البرامج. ولكن لا تزال هناك بعض الصعوبات والعقبات التى قد تحول دون التطبيق الجيد لهذه البرامج. ومن الصعوبات التى يعج بها التراث البرامجى الوقائى مسألة الأهداف العامة والتى تتمثل فى تقليل معدلات خطورة التعرض لإختلال الأداء الوظيفى وتحسين الحالة النفسية للأفراد، وتحسين التوافق على الرغم من أن مثل هذه الأهداف تعد أهدافًا على درجة كبيرة من الأهمية. ومع ذلك ففى حالة الإهتمام الخاص أو المعين بجانب ما أو فى حالة التعامل مع مجال مشكل كالإضطراب السلوكى على سبيل المثال فإن النتائج التى ينتظر أن نحصل عليها تعد محدودة. وكما هو الحال بالنسبة للعلاج هناك العديد من الإستراتيجيات الوقائية الواعدة والفاعلة، كما أن هناك برامجًا عدة تعتبر بمثابة مرجع خاص للوقاية من الإضطرابات السلوكية والجنوح.

كذلك فمن الجدير بالذكر أن الوقاية من الإضطراب السلوكى تعد هدفًا يراودنا الأمل فى تحقيقه. ومع ذلك فهناك عقبات أساسية تعد متأصلة فى هذا الموضوع تجعل من الصعب تحديد أو تعيين وكذا تطبيق برامج فعالة فى هذا الصدد. كما أن تعيين وعلاج الأطفال أو الأسر ذوى المعدلات المرتفعة من خطورة التعرض للإضطرابات والمشكلات يثير مشكلات خاصة أخرى أمام مثل هذه البرامج والأهداف التى نسعى إلى تحقيقها من خلالها. إلا أن تلك المشكلات لا تعد من ذلك النوع الذى لا يقهر بل إنه من الممكن التغلب عليها. هذا ويتضح مجال أو نطاق البرامج التى نحتاجها من خلال دراسات منتقاة، إلا أن وجه القصور الأساسى فى مثل تلك الدراسات يتمثل فى عدم تركيزها على السلوك المضاد للمجتمع أو على قياسه ولكنه لا يتمثل فى الواقع فى تلك المقاييس الأكثر عمومية للتوافق..

❁ ❁ ❁