

العلاج السلوكي للطفل - أساليبه ونماذج من حالاته



تأليف: د. محمد الستار إبراهيم، د. محمد العزيز بن محمد الله الدخيل، د. رضوي إبراهيم

تلخيص: أ. م. د. سناء محمد حيدر - أستاذ علم النفس الطبي المساعد

قسم العلوم السلوكية / كلية الطب والعلوم الصحية / جامعة عدن - اليمن.

مراجعة: أ. د. معن عبد الباري قاسم صالح - أستاذ علم النفس السريري (العيادي)

قسم الطب النفسي / كلية الطب / جامعة الامام عبد الرحمن بن فيصل (الدمام سابقاً).

Maanslaeh62@yahoo.com

الكتاب خير جليس ، ومتابعة الجديدي في حقل الاختصاص هو محور الاهتمام وتأكيدي للتحديث المعلوماتي وتواصل حلقات المعرفة بين الماضي والحاضر . سوف نحرص لتكون لنا وقفة مع واحدة من الكتب المرجعية السيكولوجية (النفسية) في موضوعاتها لمؤلفين عرب وعرض وجزير بقصد تسليط الضوء على الارث السيكولوجي العربي الحديث ومساهمة علماء النفس والطب النفسي العرب المعاصرين في إغناء المكتبة النفسية.

نبذة مختصرة عن المؤلفين:

د. محمد الستار إبراهيم - رحمه الله:

ولد في قرية الزينية بحري بالأقصر - مصر - في نوفمبر 1939، تخرج في قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس 1962، ونال الدكتوراه الممتازة في علم النفس من جامعة القاهرة 1972، عمل مدرسا بجامعة القاهرة حتى 1974، عمل زميلا زائرا بجامعة ميشيغان بأمريكا سنتي 1974 - 1976، عضو وزميل بعدد كبير من الجمعيات النفسية والاجتماعية كجمعية علم النفس الأمريكي، والجمعية الدولية لعلم النفس، وجمعية دراسات الشرق الأوسط بأمريكا، وجمعية العلاج السلوكي، وجمعية علم النفس الإنساني.. الخ. نشر له عدد كبير من البحوث في المجالات العربية والأمريكية والدولية، شارك في كثير من المؤتمرات عن العلاج النفسي.

د. محمد العزيز بن محمد الله الدخيل:

حصل على الدكتوراه من جامعة أريزونا في توسان عام 1974 في علم النفس العلاجي والتجريبي. قام بعدة مهمات إدارية في جامعة الملك فهد للبترول والمعادن، آخرها عمله وكيلا للجامعة للشؤون الأكاديمية، إلى جانب ما نشره وقدمه من أبحاث حول السلوكية، له كتب حول الموضوع بعنوان "سلوك السلوك"، "إساءة معاملة الأطفال"، "التعامل مع الأطفال". كما قام مع اثنين من زملائه بترجمة كتاب عملي موجه لمعلمات مرحلة ما قبل المدرسة بعنوان "المرشد العملي" نشره مكتب التربية العربي لدول الخليج عام 1993. عضو في جمعية التحليل السلوكي الدولية.

د. محمد الستار إبراهيم - رحمه الله:

ولد في قرية الزينية بحري بالأقصر - مصر - في نوفمبر 1939، تخرج في قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس 1962، ونال الدكتوراه الممتازة في علم النفس من جامعة القاهرة 1972، عمل مدرسا بجامعة القاهرة حتى 1974، عمل زميلا زائرا بجامعة ميشيغان بأمريكا سنتي 1974 - 1976، عضو وزميل بعدد كبير من الجمعيات النفسية والاجتماعية

د. رضوى إبراهيم:

حصلت على الماجستير والدكتوراه في علم النفس من جامعة ميتشيجان ومركز فيلدنغ للدراسات العليا بالولايات المتحدة الأمريكية، حصلت على كثير من برامج التدريب والتخصص في العلاج النفسي والأسري والتنويم المغناطيسي، زاولت العلاج النفسي في الولايات المتحدة والسعودية. نشرت وأسهمت في نشر كثير من البحوث المتخصصة في مجالات علم النفس والطب النفسي بالولايات المتحدة والشرق الأوسط.

صدرت هذه الطبعة في ديسمبر 1993، ضمن سلسلة عالم المعرفة- كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب- الكويت، عدد صفحات الكتاب 305 صفحة. أحتوى الكتاب في منته على الفصول التالية:

مقدمة

الفصل الأول: اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل.

الفصل الثاني: ما العلاج السلوكي؟

الفصل الثالث: العلاج السلوكي متعدد المحاور (الموجة الثانية من التطور).

الفصل الرابع: الأسس النظرية للعلاج السلوكي متعدد المحاور.

الفصل الخامس: أساليب التعويد والكف بالنقيض وأساليب الاسترخاء.

الفصل السادس: التدعيم والعقاب والتجاهل.

الفصل السابع: تدريب المهارات الاجتماعية للطفل.

الفصل الثامن: تعديل أخطاء التفكير.

الفصل التاسع: المساندة الوجدانية مع الطفل "منهج التعليم الملطف".

الفصل العاشر: مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية.

الفصل الحادي عشر: إجراءات العلاج السلوكي للطفل: الخطوات الست.

الفصل الثاني عشر: خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية.

الفصل الثالث عشر: خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه لدى الطفل.

الفصل الرابع عشر: خطة لضمان الاستمرار في التغيرات الإيجابية للعلاج.

الفصل الخامس عشر: برنامج للتدريب على مقاومة التبول اللاإرادي وضبط المثانة.

الفصل السادس عشر: الطفلة التي عانت الصعوبات الدراسية وتشتت الانتباه.

الفصل السابع عشر: حالة الطفل المكتئب "الانتحاري".

الفصل الثامن عشر: حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته.

الفصل التاسع عشر: إيقاع الأذى بالنفس "حالة الطفل ذي الحكمة الدامية".

الفصل العشرون: حالة الطفل الخجول المنعزل.

الفصل الواحد والعشرون: حالة الطفلة المذعورة.

الفصل الثاني والعشرون: حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته.

الفصل الثالث والعشرون: حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي التدميري.

الفصل الرابع والعشرون: التغلب على مشكلة تبول لاإرادي بالطرق السلوكية.

الفصل الخامس والعشرون: طفل شديد العناد، ملحاح، وسهل الاستئثار.

الفصل السادس والعشرون: النمو والتغير في السلوك.

الفصل السابع والعشرون: تغيرات في النمو: أمثلة ونماذج.

الفصل الثامن والعشرون: النضج العقلي والنمو.

د. محمد العزيز بن محمد الله
الدخيل: حصل على الدكتوراه
من جامعة أريزونا في توسان
عام 1974 في علم النفس
العلاجي والتجربي. قام بعدة
مهام إدارية في جامعة
المملكه فهد للبترول، والمعادن،
آخرها عمله وكيلًا للجامعة
للشؤون الأكاديمية، إلى جانب
ما نشره وقدمه من أبحاث حول
السلوكية.

د. رضوى إبراهيم: حصلت على
الماجستير والدكتوراه في علم
النفس من جامعة ميتشيجان
ومركز فيلدنغ للدراسات العليا
بالولايات المتحدة الأمريكية،
حصلت على كثير من برامج
التدريب والتخصص في العلاج
النفسي والأسري والتنويم
المغناطيسي، زاولت العلاج
النفسي في الولايات المتحدة
والسعودية

ملحق رقم (1): تدريبان مفصلان للاسترخاء.

ملحق رقم (2): برنامج لتدريب الطفل بطريقة ملطفة.

الكتاب في سطور:

"إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب أن نقدم للقارئ العربي ونعرض له صورة من صور التقدم المعاصر في دراسة مشكلات الطفل وعلاج اضطراباته". بهذه العبارة يستهل المؤلفون مقدمتهم لهذا الكتاب الذي يتكون من عدد متنوع من الفصول والملاحق عن دور ما يسميه المؤلفون "العلاج السلوكي متعدد المحاور". ثلاثة من خبراء الصحة النفسية والعلاج السلوكي يجمعهم اهتمام مشترك بالاتجاه السلوكي في العلاج النفسي يقدمون لنا- من خلال خلفياتهم الأكاديمية وخبراتهم العملية في الممارسة العلاجية في العالم العربي- بلورة نظرية وعملية عن دور هذا الاتجاه في علاج عدد متنوع من اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية بما فيها القلق، والمخاوف المرضية والاكتئاب، والبول الانتحارية، والتخريب، وإيقاع الأذى بالنفس، والعدوان.. إلخ. كل ذلك من خلال العرض الواعي لعدد متنوع من الأساليب السلوكية، والحالات الفردية المدروسة التي راعى المؤلفون في تقديمها أن تحقق توازنا مطلوباً بين النظرية والحلول العملية. ومن ثم فإن القارئ-أي قارئ- يهيمه الاطلاع على أنواع مشكلات الطفل، وكيف تكونت؟ وماذا نستطيع أن نفعل حيالها خطوة خطوة؟، سيجد في هذا الكتاب ملقئاً للعديد من الإجابات.

مقدمة ص 9- 14

يقدم المؤلفون، لكتابهم بأن مشكلات الطفولة تمتد في تصورها من تلك التي تتزايد وتشتد بصورة تتطلب تدخلاً مهنيًا، أو ربما تقتضي الإقامة في إحدى المصحات أو دور الرعاية، إلى تلك المشكلات السلوكية التي وإن بدت بسيطة فإنها تثير الإزعاج لدى الآباء والأمهات والمهتمين برعاية الطفل. ومن ثم نجد أن مشكلات الطفولة التي يتعرض لها هذا الكتاب تمتد لتشمل مشكلات مثل التخلف العقلي، وصعوبات التعلم، واضطرابات التفكير، واضطرابات السلوك الحادة، والاكتئاب، والعدوان المنكر والعنف، وصولاً إلى المشكلات البسيطة المتعلقة بسوء توجيه النفس، وعدم ضبط السلوك، والمخاوف، وكل ما من شأنه أن يعوق تفاعلات الطفل الإيجابية بالمحيطين به، أو أن يعوق تحقيق نموه الطبيعي أو تحقيق الأهداف التي يرسمها الآخرون له. أما الفلسفة النظرية التي أعانت على لقائهم في تأليف هذا الكتاب وجمع مادته فهي الفلسفة نفسها التي تدعو لها تلك النظرية الهامة في دراسة السلوك الإنساني والتي يطلق عليها العلماء اسم نظرية التعلم. هذه النظرية كانت مرشدهم الرئيسي في تحليل مشكلات الطفل، وفي متابعة مصادر هذه المشكلات، وفي التخطيط لعلاجها، وفي تنفيذ خطط العلاج، وفي رسم خطوط التوجيه الرئيسية التي نقدمها في شكل اقتراحات عملية تحكمها طبيعة المشكلة ذاتها. واتفاقاً مع الاتجاه السلوكي فقد تحاشى المؤلفون في هذا الكتاب شغل القارئ بتفسيرات وراثية، أو بإرجاع مشكلات الطفل إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة، أو عقد نفسية أو غير ذلك من المفاهيم التي لا تصمد كثيراً أمام الممارسة العملية في العلاج. فقد ركزوا في تحليلهم لأي مشكلة على الشروط التي أحاطت بتكونها وتطورها، وهي الشروط نفسها التي إذا أمكن إزالتها أمكن علاجها. وحاول المؤلفون أن يكون هذا الكتاب للمتخصص ولغير المتخصص. إذ يمكن، بقليل من الجهد والتركيز والتأني في قراءة مادته، لغير المتخصص أن يستمد منه نصائح أو إرشادات عملية فعالة في التعامل مع المشكلات اليومية للطفل. كما يمكن للمتخصصين في الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية في الوطن العربي أيضاً الاطلاع على أحد الفصول الرئيسية من التقدم في هذا

"إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب أن نقدم للقارئ العربي ونعرض له صورة من صور التقدم المعاصر في دراسة مشكلات الطفل وعلاج اضطراباته". بهذه العبارة يستهل المؤلفون مقدمتهم لهذا الكتاب الذي يتكون من عدد متنوع من الفصول والملاحق عن دور ما يسميه المؤلفون "العلاج السلوكي متعدد المحاور"

حاول المؤلفون أن يكون هذا الكتاب للمتخصص ولغير المتخصص. إذ يمكن، بقليل من الجهد والتركيز والتأني في قراءة مادته، لغير المتخصص أن يستمد منه نصائح أو إرشادات عملية فعالة في التعامل مع المشكلات اليومية للطفل

يمكن للمتخصصين في الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية في الوطن العربي أيضاً الاطلاع على أحد الفصول الرئيسية من التقدم في هذا

الميدان الذي نعلم أن
مصادر الأطلاع والبحث فيه
مازالت محدودة في العالم
العربي، وأن التجارب فيه
والممارسة العملية له شبه
منعدمة

وبهذه الرؤى وهذه الأهداف قدم المؤلفون هذا الكتاب في خمسة أبواب رئيسية تشمل فيما بينها ما يقرب من ثلاثين فصلا تتضافر في تغطية كثير من النقاط النظرية والمهنية والعلاجية المتعلقة بمشكلات الطفل واضطرابات الطفولة. وفي أي كتاب يتضافر على كتابته أكثر من واحد، فإن الآراء والاهتمامات والاستنتاجات التي يحتويها لا يمكن أن تعبر بالضرورة عن وجود اتفاق كامل بينهم. صحيح أن مؤلفي هذا الكتاب يجمعهم مع الاهتمام بالفلسفة العامة للمدرسة السلوكية في العلاج النفسي، إلا أن لكل واحد منهم اتجاهاته العلمية وتاريخه السلوكي الخاص به. ومن ثم فإن ما يحتويه هذا الكتاب من آراء واتجاهات لا يتطابق تمام التطابق مع جميع عناصر النظام الفكري لكل واحد من مؤلفيه.

الفصل الأول: اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل ص 17 - 29

مفهوم الطفولة هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل سلوك يثير الشكوى أو التذمر لدى الطفل أو أبويه أو المحيطين به في الأسرة أو المؤسسات الاجتماعية والتربوية ويدفعهم إلى التماس نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من ذلك السلوك. كما تتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ويمكن معرفة هذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها ثم تصنيفها بالتتابع المنتظم لما يرد من هذه الحالات للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات، فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة على النحو التالي: مشكلات متعلقة بالنمو (التخلف العقلي أو الدراسي، مشكلات النمو اللغوي-صعوبات التعلم)، مشكلات متعلقة باضطراب السلوك (الإفراط الحركي- الحركية-، العدوان، تشتت الانتباه، التخريب، الجنوح، الكذب، الانحرافات الجنسية)، مشكلات القلق (قلق الانفصال، القلق الاجتماعي، تحاشي أو تجنب الاحتكاك بالآخرين)، الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام (الهزال أو النحافة المرضية، النهم، السمنة، التهام المواد الضارة)، اللوازم الحركية (نقف الشعر-مص الأصابع-قضم الأظافر)، اضطرابات الإخراج (التبول اللاإرادي، التغوط)، اضطرابات الكلام واللغة (التهتهة-البكم-الحبسة الصوتية)، اضطرابات أخرى (ذهان الطفولة، السلوك الاجتراري)

إلا أن أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي هو الاكتفاء بتصنيف الاضطرابات أو الأعراض أو الشكاوى وفق فئات عريضة. فالمطلب الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي للطفل هو تحديد السلوك المطلوب علاجه تحديدا نوعيا ودقيقا. فالمعالج السلوكي-على سبيل المثال-لا يقبل وصف اضطراب طفل معين بالعدوان. بل يفضل بدلا من ذلك الإشارة إلى مظاهر سلوكية محددة مثل: يستخدم ألفاظا قبيحة-يضرب أخته- يعتدي على أبويه بالضرب-يبصق- يخطف الأشياء من أمام زملائه- يحطم أثاث المنزل يشعل النيران- وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التي يمكن وصفها عادة بالعدوانية. وعلى المنوال نفسه يفضل المعالج السلوكي استخدام صياغات سلوكية محددة مثل: يخاف من الظلام-يشعر بالسخونة في المدرسة-يرفض الذهاب للمدرسة- لا يستيقظ مبكرا في أيام الدراسة..

بدلا من وصف الطفل بأنه يعاني عصاب القلق، أو تتنابه المخاوف المرضية. ويحتاج المعالج السلوكي إلى أن يدرّب نفسه جيدا على عمل مثل هذه الصياغات السلوكية، والفوائد التي يجنيها المعالج من هذه المهارة متعددة فهي تسهل له ملاحظة المشكلة وتقييمها وتعينه على وضع خطة محددة للعلاج ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها. وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التي تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء. ولهذا يبذل المعالجون السلوكيون جهدا كبيرا في وضع قوائم تحليل سلوكي نوعي للاضطرابات السيكياترية الشائعة. وفي خلاصة الفصل، أشار المؤلفون أن المشكلات الانفعالية والعقلية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال

مفهوم الطفولة هنا يمتد ليشمل
كل الفترة الزمنية التي تتراوح
من فترة الولادة حتى بداية
المراهقة. أما عن مفهوم
اضطرابات الطفل فهو يشمل
كل سلوك يثير الشكوى أو
التذمر لدى الطفل أو أبويه أو
المحيطين به في الأسرة أو
المؤسسات الاجتماعية والتربوية
ويدفعهم إلى التماس نصيحة
المتخصصين وتوجيهاتهم
المهنية للتخلص من ذلك
السلوك

المطلب الأول للبدء في أي
برنامج للعلاج السلوكي للطفل
هو تحديد السلوك المطلوب
علاجه تحديدا نوعيا ودقيقا.
فالمعالج السلوكي-على سبيل
المثال-لا يقبل وصف اضطراب
طفل معين بالعدوان. بل يفضل
بدلا من ذلك الإشارة إلى

مظاهر سلوكية محددة مثل:
يستخدم ألفاظ قبيحة-يضرب
أخته- يعتدي على أبويه
بالضرب-يصفق- يخطف
الأشياء من أمام زملائه-يخطم
أثاث المنزل يشعل النيران-
وإلى غير ذلك من جوانب
السلوك التي يمكن وصفها
بحادّة بالعدوانية

تزايد تزايداً واضحاً.. مما يستتبع ضرورة وجود اهتمام بتقديم الخدمات النفسية والرعاية الملائمة. وينكر لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال والتي تحتاج إلى التدخل المهني. لكن أحد أهدافنا الرئيسية هنا أن نبين أن التصنيفات التقليدية لاضطرابات الطفولة لا تكفي.. ونفضل بدلاً من ذلك ترجمة المفاهيم العامة إلى عناصر سلوكية يمكن ملاحظتها وتتبعها وتقدير مدى انتشارها في سلوك الطفل. ومن ثم كان هدف هذا الفصل مساعدة القارئ على شحذ قدرته ومهارته على الصياغة السلوكية للاضطرابات الشائعة بما فيها مفاهيم كالعصاب والذهان، والعدوان.. إلخ. إن الصياغة السلوكية بما تتميز به من تحديد نوعي للمشكلة، تعتبر من الإسهامات البارعة التي قدمتها مدرسة العلاج السلوكي لإثراء علم النفس المرضي تشخيصاً وعلاجاً. ومن ثم قدم هذا الفصل للقارئ قائمة المشكلات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها لتحديد مدى شيوع الاضطرابات بين الأطفال قبل الدخول في أي برنامج علاجي.. حتى يتحدد بالضبط الهدف من العلاج وتقدير مدى التقدم فيه.

الفصل الثاني: ما العلاج السلوكي؟ ص 31- 38

إن العلاج السلوكي ببساطة شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية. ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك. ولأن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظرية التعلم، فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي "بافلوف" L. Pavlov ومن بعده "واطسون" Watson و "هل" Hull الأمريكيان. لكن الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس. ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما سنستخدمه في هذا السياق علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل: (أ) الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند "بافلوف" و "هل" بشكل خاص، (ب) الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي (التي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي "سكينر" Skinner) والتي امتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية لم تتطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك، (ج) أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير، والتدريب على حل المشكلات، والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد، (د) الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية.

ويرى البعض أنه يجب التمييز بين العلاج السلوكي وتعديل السلوك، فالشائع الآن أن يقتصر مفهوم العلاج السلوكي على الحالات التي تتصف بالاضطراب النفسي والعقلي والمشكلات الانفعالية، بينما يستخدم مفهوم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعوقات الأخرى للنمو، وضبط التصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي المتمثل في السلوك العدواني والجنوح. بينما يفضل آخرون (Goldfried & Davison, 1977) استخدام مفهوم العلاج السلوكي على أساس أنه أكثر شمولاً في مدلوله من مفهوم تعديل السلوك، لأن علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط الخاطئة من السلوك. كذلك يجب أن نميز بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي (Pichot, 1989) وقد اعتاد الباحثون أن يستخدموا مفهوم العلاج النفسي عند الإشارة إلى طرق العلاج غير السلوكية مثل العلاج بالتحليل النفسي والعلاج الإنساني والوجودي. لكن الشائع بين كثير من

يفضل المعالج السلوكي
استخدام صياغات سلوكية
محددة مثل: يخاف من
الظلام-يشعر بالسخونة في
المدرسة-يرفض الذهاب
للمدرسة- لا يستطيع مبحراً في
أيام الدراسة.. بدلاً من وصف
الطفل بأنه يعاني من عصب القلق،
أو تتناوب المناوغة المرضية

إن الصياغة السلوكية بما تتميز
به من تحديد نوعي للمشكلة،
تعتبر من الإسهامات البارعة
التي قدمتها مدرسة العلاج
السلوكي لإثراء علم النفس
المرض تشخيصاً وعلاجاً

الأطباء النفسيين النظر إلى العلاج النفسي بأشكاله المختلفة والعلاج السلوكي كليهما على أنهما يشكلان تيارا واحدا مستقلا في مقابل العلاج الطبي.

تتميز نظرة العلاج السلوكي من غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة نذكر منها على سبيل المثال ما يأتي: (1) إن العلاج السلوكي يختلف عن الأساليب التقليدية الشائعة في مدارس العلاج النفسي من حيث إنه يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعانيها المراجع، (2) إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتزمان، إذ إن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يخاف، أو يقلق، (3) يرى المعالج السلوكي أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح، (4) ينظر المعالجون السلوكيون بشك شديد إلى المسملمات التقليدية في العلاج النفسي والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض، (5) إن العلاج السلوكي، ولو أنه يعتمد على الحقائق التجريبية في علم النفس الإكلينيكي بمدارسه المختلفة، إلا أنه يستظل أساسا بعباءة نظريات التعلم. فهو قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الإكلينيكية.

إن مفهوم العلاج السلوكي -بحسب وجهة نظر مؤلفي الكتاب- مفهوم متعدد الأوجه ويمتد ليشمل كل الوسائل الممكنة لتحقيق تغيير مباشر في السلوك المضطرب. ولكي يكون هذا التغيير علاجيا-أي فعالا وحاسما- فإن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث تغيير في البيئة المباشرة المحيطة لظهور السلوك المضطرب.. وفي أنماط تفكير الفرد ومهاراته الاجتماعية. ويهتدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية وبتركيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الاستجابة (أو مجموعة الاستجابات) المرضية والشاذة شيء أمكن اكتسابه بفعل خبرات خاطئة. ولهذا نجد أن مناهج العلاج السلوكي-على تنوعها وثنائها- تتفق فيما بينها على هدف موحد وهو أن ما أمكن اكتسابه يمكن التوقف عنه، أو استبداله بسلوك أو استجابات أخرى. بعبارة أخرى، فإن المعالج السلوكي يطبق القواعد العلمية نفسها في تشجيع الطفل على التوقف عن المشكلة (أو المرض) وتشجيعه على اكتساب سلوك صحي بديل يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

الفصل الثالث: العلاج السلوكي متعدد المحاور (الموجة الثانية من التطور) ص 39- 42

يتفق المؤلفون، أن (الموجة الثانية من التطور) لكي تقوم بعلاج طفل يشكو مثلا من اضطراب معين كالعجز عن ضبط النزعات العدوانية، فإن المعالج السلوكي الحديث يمكن أن ينظر إلى هذا السلوك العدواني من زوايا مختلفة. فمثلا قد يعبر هذا السلوك العدواني عن: أ) رغبة الطفل العدواني في الحصول على مزايا أو اهتمامات خاصة، ب) خبرات سيئة في مواقف مماثلة كان يشعر خلالها الطفل بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدي على حقوقه، ج) قصور في المهارات الاجتماعية-لهذا الطفل تجعله عاجزا عن حل صراعاته ومشكلاته الاجتماعية بطرق غير عدوانية، د) تفسيرات سيئة المقاصد الآخرين وللذات يستنتج من خلالها أنه غير كفء أو أنه ضحية وموضوع للامتهان من قبل الآخرين. ولعلاج هذا الطفل نجد أن المعالج السلوكي قد يعلمه أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التي يريدها بطريق مقبول. كما يمكن أن يعلمه طرقا جديدة في التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن يساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبنّاها نحو بعض الأهداف. أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الاجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات اجتماعية تساعد فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية

ويتوافق العلاج السلوكي متعدد المحاور من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا للسلوك الشاذ

إن العلاج السلوكي ببساطة شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغييراته في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية

الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتدار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس

يجب التمييز بين العلاج السلوكي وتعديل السلوك، فالشائع الآن أن يقتصر مفهوم العلاج السلوكي على الحالات التي تنصّف بالاضطراب النفسي والعقلي والمشكلات الانفعالية، بينما يستخدم مفهوم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعرفات الأخرى للنمو، وضبط التصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي المتمثل في السلوك العدواني والجورح

إن العلاج السلوكي يختلف عن

الأساليب التقليدية الشائعة في مدارس العلاج النفسي من حيث إنه يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعانيها المراجع

إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيانان ملتزمان، إذ إن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعله يخاف، أو يقلق

ينظر المعالجون السلوكيون بشك شديد إلى المسمات التقليدية في العلاج النفسي والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض

إن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث تغيير في البيئة المباشرة المعينة لظهور السلوك المضطرب

التعلم الشرطي: ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحيانا اسم نظرية المنبه-الاستجابة، وهي تتخذ من نظريات "بافلوف" الدعامية الرئيسية

والاضطراب. فلأي سلوك مرضي-فيما نعتقد- توجد على الأقل محاور رئيسية هي: (1) الموقف أو الحوادث السابقة التي تثيره وتسهم في تشكيله وما تتطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد، (2) السلوك الظاهر، أي الأفعال السلوكية التي يترجم الشخص من خلالها هذا الاضطراب، كالتهته، أو التبول اللاإرادي، أو العجز عن الاحتكاك البصري، أو احمرار الوجه، أو شحوبه، أو هروب من المدرسة، أو تجنب لبعض المواقف، (3) المكونات الانفعالية أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الاضطراب مثل زيادة ضربات القلب، ازدياد في سرعة التنفس، النشاط الهرموني.. إلخ، (4) الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها، (5) ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي، أو قصور المهارات الاجتماعية، فالعدوان والخجل، والانزواء وغيرها يمكن النظر إليها كدلالة على ضعف المهارات الاجتماعية أو افتقاد المتطلبات الإيجابية للتفاعل الاجتماعي السليم والتواصل الموجب بالآخرين. نظرا لأن المحاور الخمسة السابقة جميعها- فيما عدا المحور الأول الخاص بالموقف أو الحوادث الخارجية- يمكن أن تكون تحت سيطرة المعالج السلوكي، فإننا نجد أن من المطالب الحديثة للعلاج السلوكي توجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب الأربعة (أي السلوك الظاهر-الانفعال- المكونات الفكرية، والأساليب المعرفية- نواحي التفاعل الاجتماعي).

الفصل الرابع: الأسس النظرية للعلاج السلوكي متعدد المحاور ص 43- 53

ترتكز مناهج العلاج السلوكي للطفل- كغيرها من المناهج التي تستخدم في علاج مشكلات الراشدين- على أربعة محاور تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي: (أ) **التعلم الشرطي:** ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحيانا اسم نظرية المنبه-الاستجابة، وهي تتخذ من نظريات "بافلوف" الدعامية الرئيسية لكل ما تحويه من قواعد وقوانين. أما عن العمليات الرئيسية التي يتم من خلالها التعلم الشرطي، فقد نجح "بافلوف" في وضع قائمة منها مازالت تسهم بشكل مثير في تطور حركة العلاج السلوكي. فلكي يحدث التعلم الشرطي لابد أن يحدث اقتران بين حدوث المنبه الشرطي (الجرس مثلا) والمنبه الأصلي (الطعام). أو أن يكون المنبه الأصلي (الطعام) مسبوقا بالمنبه الشرطي بفرق زمني ضئيل حتى لا تحدث مشتتات أخرى تمنع تكوين الرابطة بين المنبه. وعندما نتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعميم على كل المنبهات المماثلة له، فالطفل الذي تعلم أن يستجيب بجزع لمشهد فأر، سيستجيب بجزع لكل الفئران المماثلة وربما لكل حيوان ذي فراء، ويقدم لنا "بافلوف" مبدأ الانطفاء لتصوير هذه الظاهرة التي تحدث عندما تختفي الرابطة بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية. (ب) **التعلم الفعال (الإجرائي):** وضع أسسه المنهجية العالم الأمريكي الراحل "سكينر" (Skinner) يقوم في مجمله على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار. ومن هنا يسمى "سكينر" نظريته باسم التشريط الفعال (الإجرائي) للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة) أو سلبية (العقاب). عندما يستخدم التعلم الفعال (الإجرائي) بطريقة منظمة ويوجه نحو الأنواع الإيجابية من السلوك بدلا من الاهتمام بالجوانب المرضية فقط، فإنه يتحول إلى وسيلة علاجية تساعد على تقوية كثير من الجوانب الصحية في السلوك الإنساني. (ج) **التعلم الاجتماعي:** تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي كما صاغها باندورا إحدى النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل. ولعل من أهم إسهامات "باندورا" في مجال العلاج السلوكي دراساته وتجاربه على الأطفال التي حاول أن يبين فيها أن كثيرا من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال-كالعدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له- تتكون بفعل القدوة ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها (التعلم الاجتماعي). (د) **التعلم المعرفي:** ترى نظريات التعلم المعرفي

لحل ما تحويه من قواعد

وقوانين

عندما نتعلم الاستجابة للمنبه

الشرطي يحدثه تعميم على كل

المنبهات المماثلة له، فالطفل

الذي تعلم أن يستجيب بجزع

لمشهد فأر، سيستجيب بجزع

لكل الفئران المماثلة وربما لكل

حيوان ذي فراء، ويقدم لنا

"بافلوف" مبدأ الانطفاء

لتصوير هذه الظاهرة التي

تحدث عندما تختفي الرابطة

بين المنبهات الأصلية

والمنبهات الشرطية

التعلم الفعال (الإجرائي): وضع

أسسه المنهجية العالم الأمريكي

الرائد "سكينر" (Skinner)

يقوم في مجمله على قاعدة

رئيسية مؤداها أن السلوك هو

حيلة ما يؤدي له من نتائج

وأثار. ومن هنا يسمى

"سكينر" نظريته باسم

التشريط الفعال (الإجرائي)

للإشارة إلى أن تقوية جوانبه

معينة من السلوك تتوقف على

ما يتبع هذا السلوك من نتائج

إيجابية (كالتدعيم أو

المكافأة) أو سلبية (العقاب)

التعلم الاجتماعي: تعتبر نظرية

التعلم الاجتماعي كما صاغها

باندورا إحدى النظريات

المعاصرة التي أثرت في تطور

أن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشرطية، أو التعلم الاجتماعي، بل وأيضاً من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكاتنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها. نشير هنا إلى أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام: (1) الكفاءة أو القصور المعرفي، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء، (2) مفهوم الذات وما نحمله من اعتقادات خاصة عن إمكاناتنا الشخصية وقدراتنا، (3) القيم والاتجاهات التي نتبناها عن المواقف أو الأشخاص الذين نتفاعل معهم، (4) التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي نتبناها في هذه المواقف وشدتها، واستمرارها.

الفصل الخامس: أساليب التعويد والكف بالنقيض وأساليب الاسترخاء ص 61- 67

جاءت البدايات الأولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب)، وهي تلك الاضطرابات التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال وتأخذ شكل انزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد، ولا تمثل عند التعرض لها خطراً مباشراً على الشخص. وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به. وما زال هذا المنهج التدريجي في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال من المناهج الأثرية لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن. ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عدداً من الشروط منها: (1) أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعدته، (2) تقسيم الموقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة بحيث نبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل. (3) ويتم تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجياً إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديداً أو من خلال التعريض المباشر إذا كان ذلك ممكناً، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أولاً. كما أن أسلوب الاسترخاء، عادة ما يستخدم إما كأسلوب علاجي مستقل، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة. ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهة فسيولوجية معروفة، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية، فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم القهرية في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة، وتتوتر أيضاً أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف، ويتعطل نشاط بعض غدده كالغدد اللعابية فيجف ريقه، ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته. ويرتفع نجاح الاسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد 8 سنوات تقريباً) وألا يكون متخلفاً، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها.

وفي خلاصة هذا الفصل، أشار المؤلفون أن التعويد والكف بالنقيض طريقتان من العلاج يتم بمقتضاهما إزالة السلوك المرضي (خاصة الخوف والقلق) من خلال التعرض التدريجي للمواقف المرتبطة بظهوره.. مع استبدال السلوك المرضي بسلوك آخر معارض ومناقض له. ويتطلب استخدام هذا السلوك التعرف على المصادر المرتبطة بظهور الخوف والقلق، وأن نرتبها حسب درجة شدتها بحيث نبدأ بأقلها إثارة للقلق وننتهي بأكثرها تأثيراً في إحداثه. ثم يمكن بعد ذلك تعريض الطفل لهذه المواقف تدريجياً بطريق التخيل أو التعرض الفعلي. ويساند استخدام هاتين الطريقتين أسلوب آخر هو الاسترخاء العضلي التصاعدي، وهو أسلوب حديث له شروط وقواعد يتعرض لها هذا الفصل بالتفصيل، ويرتفع

نجاح الاسترخاء كطريقة علاجية لمشكلات الخوف والقلق عند الأطفال بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك، وأن يكون على درجة عادية من الذكاء، وأن تكون اضطراباته وجوانب القلق لديه غير مرتبطة بمكاسب ثانوية، أو الحصول على انتباه سلبي من خلالها.

الفصل السادس: التدعيم والعقاب والتجاهل ص 69- 88

إن التدعيم هو أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو إلى تكرار حدوثه. فكلمات المديح، وإظهار الاهتمام، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلا) عند ظهور سلوك إيجابي معين تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي. وقد يكون التدعيم إيجابيا أو سلبيا. ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه. أما التدعيم السلبي فيتمثل في توقف أو منع حدث كرهه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه. والتدعيم-إيجابيا كان أو سلبيا- يؤدي دائما إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيه. ولكن المعالج السلوكي يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجه سريعة، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له. وعموما يمكن تصنيف المدعمات إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي: مدعمات مادية وممتلكات، ومدعمات اجتماعية، ومدعمات نشاطية (أي مرتبطة بأداء نشاطات محببة). ويمكن تقسيم المدعمات الاجتماعية إلى أربعة أقسام مثل: أ- إظهار الاهتمام والانتباه بكل ما يصحب ذلك من مظاهر سلوكية دالة عليه كالتبسم، والإيماء بالرأس، والاحتكاك البصري، ب- الحب والود وذلك كما في حالات عناق الطفل أو تقبيله أو التريبت علي، ج- الاستحسان باستخدام الألفاظ الدالة على الاستحسان أو الحركات، كالنصفيق، والشكر والموافقة، د- الامتثال والإذعان، فإذعان الأبوين أو الإخوة إلى طلبات الطفل وإلحاحه بتقديم ما يرغب فيه يعتبر ذا قيمة اجتماعية. فهناك طائفة أخرى من التدعيمات التي يطلق عليها العلماء اسم التدعيمات الهروبية (السلبية) أي التي ترتبط بتجنب أو منع أشياء مزعجة أو كرهية، كالتوقف عن النقد، أو الضرب، أو التوقف عن توقيع عقوبات معينة.

كما يتضمن العقاب إيقاع أذى-لفظي أو بدني-أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب. ومن أمثلة العقاب الضرب، والحرمان من التفاعل الاجتماعي، وزجر الطفل، والصراخ في وجهه، وحرمانه من لعبه. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك، فطرد التلميذ من الفصل، أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوكا غير محبب كالإهمال والشغب هي أيضا أنواع من العقاب. ومن أنواع العقاب الرئيسية ما يسمى بتكاليف الاستجابة والتي تأخذ شكل الحرمان من مدعم كان يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب. ومن أهم أنواع العقاب ما يسمى بالإبعاد المؤقت، ويتضمن إبعاد الطفل إثر ظهور السلوك عن الموقع لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية، على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتكز بشروط متعددة منها: أ- تجنب الهياج الانفعالي والثورة خلال تطبيقه، ب- ينبغي تجنب الجدل والنقاش مع الطفل، ج- تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات أو أذار، د- أما من حيث الوقت الذي ينبغي أن يبتعد فيه الطفل فيعتمد على الخبرة، لكن ملاحظات خبراء العلاج النفسي ترى أن الإبعاد لمدة دقيقتين يؤدي إلى نتائج إيجابية لدى الطفل ذي العامين، وقد تزداد هذه الفترة لمدة خمس دقائق لمن هم أكبر من ذلك، هـ- عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقابا، كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء.. وإلا فمن الممكن تمديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته.

وفي خلاصة الفصل، أفاد المؤلفون أن التدعيم إيجابيا كان أو سلبيا يؤدي إلى زيادة واضحة في

حركة العلاج السلوكي للطفل.
ولعل من أهم إسهامات
"باندورا" في مجال العلاج
السلوكي دراساته وتجاربه على
الأطفال التي حاول أن يبين
فيها أن كثيرا من الجوانب
المرضية من سلوك الأطفال -
كالعدوان الذي كان من
الموضوعات الرئيسية له-
تتكون بفعل القدوة ومشاهدة
الآخرين وهم يقومون بها
(التعلم الاجتماعي).

نشير هنا إلى أربعة أبعاد
معرفية رئيسية يجب الانتباه لها
عند التعامل مع المشكلات
النفسية بشكل عام

الكفاءة أو القصور المعرفي،
أي المهارات والقدرات الخاصة
والذكاء، (2) مفهوم الذات
وما نعمله من اعتقادات خاصة
عن إمكاناتنا الشخصية
وقدراتنا، (3) القيم والاتجاهات
التي نتبناها عن المواقف أو
الأشخاص الذين نتفاعل معهم،
(4) التوقعات التي نتبناها عند
التفاعل مع المواقف الخارجية
تحدد نوع المشاعر التي نتبناها
في هذه المواقف وشدتها،
واستمرارها.

أن أسلوب الاسترخاء، عادة ما
يستخدم إما كأسلوب علاجي
مستقل، أو مصاحب للعلاج

بطريقة الكهف بالنفيس عندما
نحتاج إلى خلق استجابة معارضة
للقلق والتوتر عند ظهور
المواقف المهددة.

يعتمد أسلوب الاسترخاء على
بديهة فسيولوجية معروفة،
فالقلق والخوف والانفعالات
الشديدة عادة ما تكون تعبيراً
عن وجود توترات عضوية
ومخفية ولهذا فإن الطفل في
حالات الخوف والانفعال
يستجيب بزيادة في الأنشطة
العضلية، فتتوتر العضلات
الخارجية لتتكون حركات لا
إرادية مثل اللوازم القهرية في
الفم والعينين والابتسامات غير
الملائمة

أن التعويد والكهف بالنفيس
طريقتان من العلاج يتم
بمقتضاهما إزالة السلوك
المرضي (خاصة الخوف
والقلق) من خلال التعرض
التدريجي للمواقف المرتبطة
بظهوره.. مع استبدال السلوك
المرضي بسلوك آخر معارض
وهناك له

يساند استخدام هاتين
الطريقتين أسلوب آخر هو
الاسترخاء العضلي التدريجي،
وهو أسلوب حديث له شروط
وتقنيات يتعرض لها هذا الفصل

جوانب السلوك المرغوب فيها بما فيها الصحة والنظافة والتوافق والتعاون.. إلخ.. والتدعيم أنواع تتفاوت
من الحوافز المادية إلى تلك المدعومات التي تشتمل على جوانب اجتماعية أو نشاطات. ومن خلال
التدعيم يمكن تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعالج
السلوكي على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوانب السلوك الإيجابي للطفل من خلال ما
يسمى بالتدعيم الإيجابي، أي إظهار الانتباه والثناء على الطفل عندما يصدر منه سلوك إيجابي. أما
العقاب وما يشق منه من أساليب أخرى كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت-ولو أنه لا يؤدي إلى زيادة
في السلوك الإيجابي- فإنه يؤدي إلى إيقاف السلوك السلبي. ولكي يكون العقاب فعالاً، يجب أن يكون
حازماً، ومتسقاً.. وخالياً من الهياج الانفعالي والمجادلة. ويلعب التجاهل دوراً متميزاً في علاج كثير من
مشكلات الطفل، لكن يجب عدم تجاهل جوانب السلوك الخطرة والمؤذية للنفس أو للآخرين. في مثل هذه
الأحوال يجب معرفة مصادر إحباط الطفل، والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها
حتى يستبدل السلوك السلبي بسلوك إيجابي آخر.

الفصل السابع: تدريب المهارات الاجتماعية للطفل ص 89- 101

يشير المؤلفون، أنه يوجد من الطرق العلاجية المبنية على نظرية التعلم الاجتماعي ما يمكننا من
تدريب الطفل على العديد من المهارات الاجتماعية، لعل أهمها: التعلم من خلال ملاحظة النماذج (أو
التعلم بالقدوة)، تدريب القدرة على تأكيد الذات، لعب الأدوار. كما أن هناك عشرات الأمثلة وعشرات
الحالات المنشورة التي تبين أن استخدام التعلم بالقدوة يؤدي إلى اكتساب كثير من المهارات الاجتماعية.
فباستخدامه الاستخدام الفعال يمكن إحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط
والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال المصابين بعيوب الكلام، وتطوير الحكم الخلفي المقبول
اجتماعياً حتى بين الأطفال المتخلفين والمضطربين عقلياً، ولهذا الأسلوب دور متميز كذلك في
علاج الأطفال المصابين بالاضطرابات العقلية كالفصام والأمراض الذهانية الاجترارية. ونظراً لما
يلعبه التعلم بالقدوة من أدوار مهمة في تعليم الطفل كثيراً من المهارات الاجتماعية في الفترات المبكرة من
الطفولة، فإن علماء الصحة النفسية والعلاج السلوكي ينصحون الوالدين بالانتباه لدورهما في هذه
الناحية. على أن الاقتداء بالوالدين أو بأحدهما لا يتم على نحو آلي. فقد تبين أن الطفل يقتدي بأحد
الوالدين إذا تحققت فيه أو فيها بعض الشروط التي منها: (1) أن يقضي مع الطفل وقتاً طويلاً خلال
عملية التنشئة المبكرة، (2) أن يكون على قدر مرتفع من الجاذبية للطفل، (3) أن يكون مقبولاً وفق
المعايير الاجتماعية والمحلية. كما يستخدم أسلوب تدريب القدرة على تأكيد الذات، والتعبير الطليق عن
المشاعر لتحقيق الأهداف التالية:

أ- تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرات الصوت، واستخدام
الإشارات، والاحتكاك البصري الملائم. ب- تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل فيما
عدا التعبير عن القلق أي التعبير الحر عن المشاعر والأفكار بحسب متطلبات الموقف بما في ذلك
تدريب القدرة على الاستجابة بالغضب، أو بالإعجاب والود، أو بالتراضي، أو غير ذلك من مشاعر
تتطلبها المواقف. ج- تدريب الطفل على الدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدواني أو
مندفع، وتأخذ خطط تدريب هذه القدرة مسارات متعددة منها: (1) التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو
التحدي) وتأكيد الذات، (2) تدريب الطفل على التمييز بين الانصياع (أو الخضوع) وتأكيد الذات، (3)
استعراض نماذج مواقف مختلفة تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية اكتسابها وطرق التعبير عنه،
(4) تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجياً حتى يصل إلى المستويات المرغوب فيها من التعبير عن
هذه القدرة، (5) التدعيم الإيجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل ولفت نظره إليها

على أنها شيء جيد ومرغوب فيه، (6) علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية والعداوية بسبب تدخلها في تعويق ظهور السلوك التأكدي، (7) تشجيع الطفل على تدعيم التغيرات الإيجابية التي اكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين بترجمتها في المواقف الخارجية الحية.

ويمثل أيضا لعب الأدوار منهاجا آخر من مناهج التعلم الاجتماعي، يدرّب بمقتضاه الطفل على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها ولإجراء هذا الأسلوب يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو من الخجل مثلا أن يؤدي دورا مخالفا لشخصيته أو أن يقوم مثلا بأداء دور طفل عدواني أو جريء. وأحيانا يتم تطبيق هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على تبادل الأدوار، وهي طريقة يستخدمها أحد مؤلفي هذا الكتاب (ع. إبراهيم) في تدريب المهارات الاجتماعية. وبمقتضى هذا الأسلوب نطلب من الطفل أن يؤدي الدور ونقيضه، أي أن ينتقل من القيام بدور الخجول، إلى دور الجريء، أو من دور الغاضب إلى المعجب والشاكر والمدح لسلوك طفل آخر. ويوضح أرجايل (Argyle 1984)، أن هناك أربع مراحل على المعالج أن يتقنها لكي يستفيد من هذا الأسلوب استفادة فعالة: (1) عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل المعالج أو من خلال نماذج تليفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية. (2) تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مساعده، أو مع طفل آخر، أو مع دمي أو عرائس. (3) تصحيح الأداء، وتوجيه انتباه الطفل لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه. (4) إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له. (5) الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة.

كما أكد المؤلفون، في خلاصة الفصل، أن العلماء يدركون اليوم أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق يكتسبها الطفل بتأثير من الآخرين وملاحظته لهم، وتفاعله معهم. وبالمناطق نفسه أصبح الآن من الممكن تحقيق تغيرات علاجية هائلة في سلوك الأطفال من خلال إكسابهم بعض المهارات الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين ومن خلال القدوة والمحاكاة للسلوك الاجتماعي الفعال. وقد ركز هذا الفصل على شرح طرق التعديل السلوكي المستخدمة في تدريب الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية.. كالتعلم بالقدوة، وتدريب القدرة على تأكيد الذات، ولعب الأدوار. وقد تبين على وجه العموم أن ملاحظة السلوك الإيجابي في الآخرين، أو التدريب على ممارسة هذا السلوك مثل الدخول في العلاقات الاجتماعية تمد الطفل برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعد على اكتساب المهارة والنجاح والتوافق. وقد ركزنا على شرح تفاصيل هذه الأساليب وكيفية إجرائها.

إن التدعيم هو أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو إلى تكرار حدوثه. فكلما كان المديح، وإظهار الاهتمام، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلا) عند ظهور سلوك إيجابي معين تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي

يقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل أو حادثة يرتبط بتقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه

الفصل الثامن: تعديل أخطاء التفكير ص 103 - 115

أشار المؤلفون، أنه يمكن تحديد أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة وهي: 1- نقص المعلومات وقصور الخبرة، والسذاجة في حل المشكلات، 2- أساليب التفكير وما تتطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف، 3- ما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها، 4- التوقعات السلبية. إن من أهم الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير هي: (1) التوجيه المباشر والتربية وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف، (2) الحوارات مع النفس المونولوج، (3) الوعي بالذات ومراقبتها، (4) تخيل النتائج، (5) استخدام أسلوب التشبع بالفكرة الخاطئة، (6) توليد البدائل واستكشاف الإمكانيات المختلفة للحل، (7) التقليل من أهمية بعض الأهداف التي يسعى لها الطفل، (8) لعب الأدوار، (9) الواجبات المنزلية والخارجية.

لخص المؤلفون، محتويات هذا الفصل، أنه لم يعد مقبولا اليوم أن نعالج اضطرابات الطفل ومشكلاته

المعالج السلوكي يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائج سريعة، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له

دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، واتجاهاته نحو نفسه ونحو المواقف التي يتفاعل معها. فالاضطراب النفسي يعتبر من وجهة النظر الحديثة في العلاج السلوكي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص، وما يحمله من آراء ومعتقدات شخصية. ويشرح لنا هذا الفصل بعض الأساليب التي يستخدمها المعالجون السلوكيون لتعديل أخطاء التفكير بما فيها: التربية المباشرة، وتعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية وتعديل الأساليب الفكرية المثيرة للانفعالات والقلق، وتعديل الحوارات مع النفس، ومراقبة الذات وعقابها أو مكافأتها عند ظهور أنماط معينة من التفكير

الفصل التاسع: المساعدة الوجدانية مع الطفل "منهج التعليم الملطف" ص 117 - 122

التعليم الملطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منه: (1) أنه يرفض استخدام العقاب تماما ويتجنب استخدام الأساليب التفسيرية في تعديل السلوك، (2) يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية، (3) يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة السلطوية (التي يرى أصحاب التعليم الملطف أنها تميز حركة العلاج السلوكي)، (4) يراعي العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض. إن الفلسفة العامة للعلاج الملطف هي: 1- كل التفاعلات الإنسانية - ناجحة أو فاشلة - تعتمد أساسا على اتجاهاتنا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة. 2- العلاج بالتعليم الملطف يتبنى قيما غير تسلطية: فهو بعبارة أخرى يراعي بدقة ألا يؤدي التفاعل العلاجي إلى أي خسارة للطفل. ومن ثم يركز التعليم الملطف على مساندة الطفل، وعلى الصداقة، والاعتماد المتبادل بدلا من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع. إن الهدف الرئيسي من العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض. ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة إيجابية بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج. ونتيجة للرابطة الوجدانية التي تتكون تدريجيا مع الطفل، يتعلم الطفل ثلاثة أشياء هي: 1- إن وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة. 2- إن كلماتنا وإيماءاتنا (بما فيها اللمس، والابتسام، والعناق) تعني الإثابة والمكافأة في ذاتها، وليس التحكم والرغبة في الضبط. 3- إن مكافأة الطفل تأتي من إسهامه (وليس من مجرد خضوعه).

الفصل العاشر: مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية ص 123 - 127

يشرح هذا الفصل ويخلص الأساليب المتنوعة والمستخدم في ميدان العلاج السلوكي.. ويبين نوع المشكلات أو الاضطراب الذي يصلح علاجه بأسلوب دون الأساليب الأخرى. ومن ثم، يكون بإمكاننا، بمقارنة هذه الأساليب بعضها ببعض الآخر أن نختار الملائم منها عند التعرض لمشكلات الطفل.

الفصل الحادي عشر: إجراءات العلاج السلوكي للطفل: الخطوات الست ص 135 - 147

يبين هذا الفصل الإجراءات السلوكية المستخدمة في عملية العلاج النفسي وفق ست خطوات هي: تحديد السلوك المحوري (أي السلوك الذي سيخضع للعلاج، (قياس مدى شيوع هذا السلوك، الظروف أو الحوادث البيئية السابقة لحدوث السلوك واللاحقة له، وضع الخطة العلاجية، بناء توقعات علاجية إيجابية، ثم أخيرا تعميم السلوك الجديد على البيئة الطبيعية.. ومن ثم يمهد هذا الفصل للخطط في الفصل التالي.

الفصل الثاني عشر: خطة سلوكية للتغلب على المذاوف المدرسية ص 149 - 151

يمثل الخوف من المدرسة إحدى المشكلات الرئيسية التي تشكل مصدرا من مصادر الضيق للأسرة. وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الانزعاج الشديد والرعب والتمارض في صباح كل

يمكن تصنيف المدعمات إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي: مدعمات مادية وممتلكات، ومدعمات اجتماعية، ومدعمات نشاطية (أي مرتبطة بأداء نشاطات محددة)

أن التدعيم إيجابيا كان أو سلبيا يؤدي إلى زيادة واضحة في جوانب السلوك المرغوب فيها بما فيها الصحة والنظافة والتوافق والتعاون... إلخ

يوجد من الطرق العلاجية المبنية على نظرية التعلم الاجتماعي ما يمكننا من تدريب الطفل على العديد من الممارسات الاجتماعية، لعل أهمها: التعلم من خلال ملاحظة النماذج (أو التعلم بالقدوة)، تدريب

يوم دراسي والنحيب والبكاء والتوسل بالبقاء في المنزل. وسنشرح فيما يلي خطة علاجية يمكن اتباعها للتقليل من هذا النوع من المخاوف أو للقضاء عليه: 1- تكوين علاقة طيبة بالمدرسة، والأطباء، والعيادة للتعرف على المشكلة سريعاً وقبل استئصالها، 2- تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية. فمثلاً لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي، 3- تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع التوضيح لهما أن مخاوف طفلها ستختفي تدريجياً، وأن العكس صحيح، أي أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه، 4- إجراء المزيد من اللقاءات العلاجية مع الأبوين لتخليصهما من قلقهما حول هذه المشكلة ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية، وفق الخطوات التالية:

(أ) خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوف الطفل من الذهاب للمدرسة. فلا شيء يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها. (ب) أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع، وبالذات في الليلة السابقة على المدرسة ومن دون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب للمدرسة غداً. (ج) أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي، ساعده على ارتداء ملابسه، وتنظيم كتبه وزوده ببعض الأطعمة الجذابة على ألا تكون من النوع الدسم الذي قد يؤدي إلى الشعور بالغثيان فيما بعد. (د) خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره ولا تثر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته، كل المطلوب أن تأخذه للمدرسة وتسلمه للمشرفين، وأن تترك المكان. (هـ) في المساء، وعند العودة من المدرسة امتدح سلوكه، واثق على نجاحه في الذهاب للمدرسة، مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم كالقيء أو الإسهال. (ز) كرر في صباح اليوم التالي نفس ما حدث في اليوم السابق، وكرر بعد عودته السلوك نفسه بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة. (ح) عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث. ولخلق مزيد من التعزيز يمكن أن تهديه في هذا اليوم الثالث شيئاً جذاباً، أو يمكن عمل حفلة أسرية بسيطة احتفالاً بتغلبه على المشكلة. (ط) استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان الخارجي من أطفال آخرين أو المعاملة القاسية من مدرسيه وذلك معالجة هذه الأشياء أولاً بأول.

تشجيع الطفل على تدعيم

التغيرات الإيجابية التي

اكتسبها تحت إشرافه

المعالجين أو البالغين بترجمتها

في المواقف الخارجية الحية

أن العلماء يدركون اليوم أن

كثيراً من جوانب الاضطراب

النفسي بما فيها العدوان

والقلق يكتسبها الطفل بتأثير

من الآخرين وملاحظته لهم،

وتفاعله معهم

الفصل الثالث عشر: خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه لدى الطفل ص 153 - 157

تششت الانتباه في حد ذاته من الأعراض الرئيسية المرتبطة باضطرابات الحركة، ويمثل تحدياً حقيقياً لفاعلية العمليات العلاجية. وتزداد آثاره السلبية خاصة في المدرسة بسبب ما يخلقه من صعوبات في إدارة الفصل الدراسي، فضلاً عن مخاطر التأثير في الأطفال الآخرين. وتهدف الخطة العلاجية التالية إلى تركيز الانتباه وزيادة مداه الزمني تدريجياً. يحتاج المعالج أو المعلم أو الأبوان إلى أدوات منها: كرسيان، طاولة (منضدة)، وبعض المدعمات الإيجابية المرغوب فيها من الطفل (أطعمة، حلوى، ومشروبات)، فضلاً عن بعض الأدوات الأخرى بما فيها ملاعق، شوكة، مفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب .. إلخ. وتركيز الانتباه مهارة تتكون من أربع مراحل من السلوك، وعادة ما يكون أي طفل قادراً على أداء كل مرحلة منها، ولكنه قد يعجز عن القيام بها في الوقت المناسب وبالترتيب الملائم. ومراحل تشكيل سلوك الانتباه حيث تعتمد عملية تدريب الطفل الذي يعاني تششت الانتباه على تشكيل سلوكه بشكل منظم حتى يكون قادراً على أداء المراحل الأربع للانتباه وهي: 1- الاستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت محدد. 2- النظر إليك والاستجابة لك عندما تتأديه أو تذكر اسمه. 3- النظر إلى شيء معين عندما

أصبح الآن من الممكن تحقيق

تغيرات علاجية هائلة في سلوك

الأطفال من خلال إكسابهم

بعض المهارات الاجتماعية في

التفاعل مع الآخرين ومن خلال

الهدوء والمحاكاة للسلوك

الفصل الرابع عشر: خطة لضمان الاستمرار في التغييرات الإيجابية للعلاج ص 159 - 161

إن قضية الاستمرار في التغييرات الإيجابية العلاجية التي ننجزها مع الطفل قضية جوهرية لا تقل من حيث الأهمية عن تنفيذ خطط العلاج نفسها. وتبرز أهمية هذه القضية إذا تذكرنا أن كثيرا من الإنجازات العلاجية التي نحصل عليها بطريقة العلاج السلوكي قد تختفي بسرعة إذا لم نستمر في تقوية السلوك الجديد. وعلينا هنا أن نتذكر أن عدم تدعيم السلوك أو عدم الاستمرار في تدعيمه بعد اكتسابه يعني أننا نتجاهله، وإن التجاهل يؤدي إلى الانطفاء. وإذا كنا نوصي باستخدام التجاهل للتخلص من السلوك التدميري أو المرضي، فإننا بنفس الزخم نحذر من استخدام التجاهل في حالة السلوك الإيجابي لأن هذا سيؤدي إلى توقفه وانطفائه. ولهذا نوصي بالخطة التالية لتأكيد الاستمرار في التغييرات العلاجية:

(1) الاستمرار في استخدام كلمات مثل «شكرا» بين الحين والآخر عندما يقوم الطفل بالنشاط المطلوب كفيلا بأن يضمن استمرارية ذلك النشاط. (2) ننصح بشكل عام بتجنب التعليقات السلبية، أو خلق توقعات سلبية. (3) ننصح بالاستمرار في الحث اللفظي لتوجيه انتباه الطفل وضبط هذا الانتباه وجعله محصورا بالنشاطات المرغوب في أدائها. (4) على أن الحث اللفظي يجب أن يكون متسقا، خاصة إذا كان القائم بالتدريب أكثر من شخص واحد. (5) كما أنه يجب الاستمرار أيضا في تجاهل السلوك السلبي أو أنماط التعلم القديمة وتبنيه كفلسفة عامة.

وقد تبدو هذه التوجيهات بديهية وبسيطة، وهذا صحيح، ولكن بديهيته وبساطتها تجعلها قوية الفعالية، لأن بالإمكان الاستمرار فيها، واستخدامها في تشجيع السلوك المكتسب على الاستمرار وتعميم هذا السلوك على مواقف، أي أوقات وأماكن جديدة وممتدة، أقرب إلى المواقف الحقيقية التي يتفاعل معها الطفل عادة.

الفصل الخامس عشر: برنامج للتدريب على مقاومة التبول الإرادي وضبط المثانة ص 163 - 166

عندما يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث يصبح قادرا على ضبط مثانته، ويمكن أن يحافظ على نفسه من دون تبليل ملابسه ببوله. إلا أنه يحتاج بالطبع إلى التدريب. ويمكن إتمام هذا التدريب خلال أسبوعين أو ثلاثة، سنشرح فيما يلي برنامجا يحقق هذا الغرض: 1- قم بتصميم جدول للمكافآت، 2- علق الجدول في مكان بارز، 3- اشتر بعض الهدايا البسيطة بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية. اشتر أيضا بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية، 4- اشرح للطفل البرنامج بعبارات بسيطة مثل "أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك، وأن تبقى جافا طوال اليوم. وفي كل مرة تذهب إلى الحمام، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول، وستحصل أيضا على هدية تحب أن تملكها أو تأكلها. ولنبدأ من الآن"، 5- إذا ذهب فعلا إلى الحمام للتبول، امتدح ذلك لفظيا وعلق على ذلك بأن هذا جميل، وأنه الآن يستحق أن تلصق له نجمة (وقم بلصق النجمة في المكان المناسب.. واسأله ماذا يريد أن تكون هديته.. من قائمة الهدايا الموجودة لديك)، 6- أعلن في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأنه نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة وأعد امتداح سلوكه وتعاونيه. 7- في الأيام التي تمر دون أن يبلى ملابسه ضع نجمتين إضافيتين. توقف تدريجيا عن موضوع الهدايا.. ولكن استمر في امتداح السلوك، وإضافة النجوم إلى أن تتحول هي إلى مصدر للتدعيم الرئيسي.

في الأيام التي يبلى فيها الطفل نفسه، لا تغضب ولا تؤنب، بل كن هادئا واكتف بتعليق بسيط "لقد

أن ملاحظة السلوك الإيجابي في الآخرين، أو التدريب على ممارسة هذا السلوك مثل الدخول في العلاقات الاجتماعية تمتد الطفل برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعد على احتساب المهارة والنجاح والتوافق

من أهم الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير هي: 1) التوجيه المباشر والتدريب وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف، 2) الحوارات مع النفس المونولوج، 3) الوعي بالذات ومراقبتها، 4) تخيل النتائج

نسيت اليوم وبللت نفسك، دعني آخذك للحمام حتى أبين لك كيف تقوم بتنظيف ملابسك". أطلب منه أن يخلع ملابسه المبتلة وأن يضعها في المكان المعد للغسيل.

كما أن نفس البرنامج السابق يمكن إجراؤه في حالة التبول اللاإرادي أثناء النوم. وهو يتميز بالبساطة. وربما يحقق النتيجة المرجوة في فترة قصيرة. وإذا لم ينجح فإن من الممكن استشارة أحد المتخصصين للبحث عن طريقة أخرى. يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ويحتاج إلى المواد نفسها بما فيها جدول المكافآت والنجوم اللاصقة، والهدايا والدعمات المحسوسة. تذكر أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر. استمر في تطبيق البرنامج حتى ينجح الطفل في المحافظة على نفسه أثناء الليل دون بلل لعدة أسابيع.

لم يعد مقبولا اليوم أن نعالج اضطرابات الطفل ومشكلاته دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، واتجاهاته نحو نفسه ونحو المواقف التي يتفاعل معها

التعليم المطفن يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منه: 1) أنه يرفض استخدام العقاب تماما ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك

يراعي العلاج المطفن الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفع واحترام المريض

الفصل السادس عشر: الطفلة التي تعاني الصعوبات الدراسية وتشخص الانتباه ص 173 - 182

"عالية" طفلة تبلغ من العمر ست سنوات. رأيناها لأول مرة وكانت في سبيل أن تلتحق بالصف الأول الابتدائي. وكان هناك اهتمام واضح من قبل أسرتها لمعرفة ما إذا كان بإمكانها مسابقة زميلاتها في الدراسة بسبب صعوبات في تعلم القراءة والكتابة وتآزر العضلات الرقيقة، والتشتت السريع والعجز عن التركيز. **الاختبارات التي طبقت على "عالية":** 1- اختبار «كولومبيا» للنضج العقلي لتقدير مستوى الذكاء. 2- اختبار تذكر الأشكال لقياس القدرة على التذكر. 3- اختبار «فاينلاند» للنضج والذكاء الاجتماعي. 4- اختبار «بندر جشتالت» للمساعدة لاستبعاد دور العوامل العضوية في الصعوبات التي تعانيها الطفلة. وتوحي نتائج هذه الاختبارات في عمومها بأن مشكلة "عالية" لا ترجع بأي حال من الأحوال إلى تخلف أو تعويق عقلي، بل ترجع إلى صعوبات في التعليم. ولهذا سنركز في بقية هذا التقرير -على طبيعة هذه الصعوبات وعلى إعطاء بعض التوجيهات المحددة التي كانت لها فائدتها القصوى في تطور الخطة العلاجية. **جوانب القوة:** 1- نضج اجتماعي واضح، 2- الميل للمبادرة والقيادة، 3- الخلو من التشخيص السيكياتري (فهي ليست عصابية أو ذهانية كما أنها ليست متخلفة، 4- النشأة في أسرة ذات مستوى ثقافي وتعليمي مرتفع وتشجع النجاح الأكاديمي والذهني. 5- اهتمام واضح من قبل الأسرة، ووجود دافع قوي لدى الأم بشكل خاص لمتابعة التعليمات ومسايرة خطة التدريب بحكم عملها مدرسة. وللتغلب على الصعوبات السابقة ولإعانة «عالية» على النمو الدراسي دون خلق مصاعب "انفعالية"، ركزنا توجيهاتنا على ثلاثة جوانب: أ- جو التعلم والتدريس. ب- زيادة التركيز والانتباه والدافع للعمل الدراسي. ج- زيادة قدرتها على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعوبات، وبالتالي تدريبها على التأمل والتفكير قبل القفز إلى الإجابة.

أشارت التقارير التليفونية والشخصية المتجمعة من الوالدين إلى وجود مزيد من التقدم الأكاديمي والشخصي. وكان من نتيجة ذلك أن الأسرة قررت إلحاقها بالصف الأول بعد أن كان هناك تردد واضح في ذلك من والديها، حيث كانت النية متجهة إلى تأجيل دخولها المدرسة الابتدائية. فضلا عن هذا، فقد حدث تقدم انفعالي واجتماعي واضح، إذ تزايد الوقت الذي تمنحه إياها الأم، كما بدأ الأب يعطيها وقتا إضافيا للتدريس والتسامر بالرغم من مشاغله المتعددة. وبالرغم من أن الطفلة ظهر لديها بين الحين والآخر صعوبات مرتبطة بضعف الدوافع الدراسية، والتشتت، فإن تكرار أفراد الأسرة بالاستمرار في الخطوط العامة للخطة كان دائما يؤدي إلى نتائج وتصحيحات فورية وسريعة.

الفصل السابع عشر: حالة الطفل المكتئب "الانتحاري" ص 183 - 185

إن الطفل الذي يعاني الاكتئاب عادة ما يجد صعوبة في التركيز والانتباه، ويتملكه التشاؤم واليأس. ويسجل المرشد النفسي الطبي الأمريكي (DSM-3-R) عددا من الأعراض ترتبط بالاكتئاب منها:

الأرق، التعب السريع، انخفاض مستوى الطاقة، انخفاض مستوى الأداء الأكاديمي والنشاط المدرسي والمنزلي، ضعف التذكر، انخفاض مستوى الانتباه والتركيز، فضلا عن ظهور مشاعر الانسحاب الاجتماعي والتوقع. وتوضح الحالة التالية محاولة لعلاج الاكتئاب عند طفل في العاشرة من عمره من خلال تشكيل مهاراته الاجتماعية بما في ذلك القدرة على الاحتكاك البصري والمرونة الحركية والحوار. كان الطفل في العاشرة من عمره، وكان يعاني اكتئابا حادا، أدى إلى حجزه في المستشفى بسبب محاولته الانتحار. وقد كان الطفل ذا ذكاء متوسط، وذا تاريخ تمييز بنوبات من الغضب والعنف وتدهور مستوى الأداء المدرسي. وبتطبيق المقاييس النفسية، حصل على درجات تضعه - من الناحية الإكلينيكية- في فئة الاكتئاب. اعتمدت خطة العلاج على حث وتدريب الطفل على تنمية أنواع من السلوك معارضة للسلوك المرضي في المجالات الأربعة الآتية: الأوضاع البدنية، تبادل النظر والاحتكاك البصري، نبرات الصوت ونوعية الكلام، الوجدان أو المشاعر الملائمة التي حاول المعالجون تنميتها لدى هذا الطفل: اشتملت هذه على تلوين انفعالاته أثناء الكلام أو الحوار من حيث الصوت، والإشارات، وإيماءات الرأس والوجه. استغرقت جلسات العلاج وتدريب المهارات الاجتماعية السابق ذكرها عشرين جلسة لمدة 20 دقيقة لكل منها. وفي كل جلسة منها كان المعالج يطلب من الطفل أن يقوم بأداء أو محاكاة الجوانب المرغوبة فيها من السلوك الجديد. فضلا عن هذا، كان المعالج يتبادل مع الطفل أنواعا من الحوار أعدها خصيصا لهذا الغرض لكي تلائم متطلبات وأهداف العلاج. كما شجع الطفل على أن يقوم بلعب الأدوار في الجوانب التي تحتاج إلى تدريبات حركية للجسم بما فيها استخدام الإشارات والاحتكاك البصري، وخلال ذلك كان على المعالج أن يعطي الطفل عائدا آمينا عن أدائه ويشجعه على تصحيح استجاباته الخاطئة خاصة فيما يتعلق بالاحتكاك البصري واللغة البدنية الملائمة. وفي نهاية كل جلسة، كان المعالج يمد الطفل بالتشجيع وبعض التدييمات الملموسة (كالحلوى، والمشروبات) لتعاونه على تنفيذ البرنامج بغض النظر عن نجاحه في تنفيذ أهداف الجلسة. أدى تدريب المهارات الاجتماعية إلى تحسن وتفوق في المهارات الأربع السابقة، وقد استمر تحسن الطفل لمدة 12 أسبوعا وهي الفترة التي أمكن متابعته فيها. وبهذا بين العلاج الناجح لهذه الحالة أن بالإمكان تدريب المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين ومعالجة أوجه القصور في السلوك الاجتماعي لديهم، هذا القصور الذي يعتبر أحد العناصر الرئيسية في وصف السلوك المتمسم بالاكتئاب.

يمثل الخوف من المدرسة إحدى المشكلات الرئيسية التي تشكل مصدرا من مصادر الضيق للأسرة. وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الانزعاج الشديد والرجوع والتمارض في صباح كل يوم دراسي والنحيب والبكاء والتوسل بالبقاء في المنزل

الفصل الثامن عشر: حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته ص 187 - 188

والمقصود باللغة النابية- كما استخدمها المعالجون في هذه الدراسة، الميل الذي يبديه بعض الأطفال إلى استخدام الألفاظ ذات المضمون الجنسي، أو التي تشير إلى استخدام عضو من أعضاء الجنس أو الإخراج من أجل التقبيح من شخص آخر في مواقف التفاعل. وقد تكونت مجموعة هذه الدراسة من ستة أطفال من ذوي الاضطراب السلوكي في أحد فصول التعليم الخاص ممن كانوا موضوعا للشكوى من قبل معلميه وزملائهم ومشرفيهم بسبب ميلهم إلى استخدام الألفاظ الجارحة بوفرة. أما الطريقة التي استخدمت لتعديل هذا السلوك فقد اعتمدت أسلوب التدعيم الفارق للانخفاض في سلوك الشتم. وقد هدفت الخطة إلى التوقف التدريجي عن السباب اليومي حتى يختفي تماما. ومن ثم فإن الطفل الذي يمر اليوم الدراسي كله عليه من دون أن يستخدم لفظا نابيا كان يحصل على عشرين نجمة يمكنه استبدالها في نهاية اليوم بمدعمات ملموسة أو نشاطات مرغوب فيها (لعب- حلوى- نزهة- تذكرة لمشاهدة فيلم سينمائي). وبالطبع فقد كان على الطفل لكي يصل إلى هذه النتيجة أن يمر بمراحل سابقة، كانت فيها الفترات الخالية من السباب تتزايد تدريجيا.. وقد تتخللها مرات قليلة من السباب خلال اليوم الدراسي. ثم بسبب الزيادة التدريجية لهذه الفترات تقلص السباب تدريجيا إلى أن اختفى تماما. وقد كان المعالج خلال مراحل

للتقليل من هذا النوع من المخاوف أو للقضاء عليه: 1- تكوين علاقة طيبة بالمدرسة، والأطباء، والعيادة للتعرف على المشكلة سريعا وقبل استفحالها، 2- تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية. فمثلا لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي

الخطوة يسجل على لوحة ظاهرة أي لفظ قبيح يستخدمه أحد الأطفال وذلك دون تعليق أو تأنيب لقائله. بعد 28 يوما، أي قبل الموعد المحدد لانتهاؤ الخطوة بخمسة أيام، توقف جميع الطلاب عن استخدام الألفاظ النابية. واستمر هذا التوقف حتى نهاية العام الدراسي. وهو ما يوحي بأن استخدام التدعيم الإيجابي عندما يتوقف الطفل تدريجيا عن السلوك المستهجن كان ذا نتائج فعالة وإيجابية في إيقاف الشتائم والألفاظ النابية، وأن من الممكن استخدامه كبديل من العقاب لعلاج مثل هذه الأنواع من السلوك التي تسبب الكثير من الإزعاج لكثير من الأسر ورجال التربية في المدرسة.

الفصل التاسع عشر: إيقاع الأذى بالنفس "حالة الطفل ذي الحكة الدامية" ص 189 - 191

إيقاع الأذى بالنفس أو سلوك التدمير-الذاتي من الاضطرابات السلوكية التي تشيع لدى بعض الأطفال وتسبب إزعاجا واضحا نتيجة لمخاطرها الصحية على الطفل. وهي تأخذ أشكالا مختلفة منها: نتف شعر الرأس والحاجب، خبط الرأس على الأرض أو الحائط، استخدام أدوات حادة أو مدية بهدف إيذاء النفس، أو حك الجلد إلى أن يدمى. وتمثل الحالة التالية نموذجا سلوكيا للتغلب على إحدى هذه المشكلات. كان الطفل في الثامنة من العمر عندما تم تحويله لعيادة العلاج السلوكي من أحد أقسام الأمراض الجلدية. وقد بين التقرير عند التحويل أن هذا الطفل بدأ منذ ثلاث سنوات يحك جلده إلى أن يدمى. يتكون علاج الحكة الدامية لدى الطفل من ثلاث مراحل. في المرحلة الأولى تم فحص الظروف المحيطة لتحديد المواقف السابقة أو المرتبطة ببداية الحك. وركز العلاج في المرحلة الثانية على إيقاف التدعيم الاجتماعي والانتباه الذي يحصل عليه الطفل نتيجة سلوكه التدميري. أما المرحلة الثالثة فقد اعتمدت استخدام أسلوب الإبعاد المؤقت عندما يبدأ الحك، مع التدعيم الاجتماعي عندما تقل البثور والعلامات الدامية على الجلد.

اتخذ تنفيذ الخطوة العلاجية عددا من المحاور منها إبعاد الطفل وإرساله إلى مكان منزو في المنزل لمدة 20 دقيقة كلما بدأ يحك جلده. فضلا عن ذلك، فقد كان على الطفل أن يختار مدعما اجتماعيا في بداية كل أسبوع. وقد تضمنت التدعيمات الاجتماعية الذهاب إلى حفل سينمائي أو زيارة متحف للأطفال، أو اللعب، أو شراء أجهزة.. إلخ. وقد ارتبط تقدم المدعم المرغوب فيه باختفاء بعض العلامات الدامية أو أحد البثور على جلده. استغرقت الخطوة العلاجية شهرين، بدأ السلوك التدميري خلالهما يتضاءل بشكل ملحوظ. لكن السلوك رجع إلى ما كان عليه عندما توقف الوالدان عن استخدام الخطوة بعد انتهاء الشهرين. وعندئذ طلب منهما المعالج أن يستأنفا الخطوة لأربعة شهور أخرى. وفي نهاية الشهور الأربعة، كان التحسن واضحا بالرغم من توقف استخدام الإبعاد المؤقت والتدعيم كليهما، فضلا عن أن جلد الطفل قد بدأ يتماثل للشفاء والصحة. وتوحي نتائج دراسة هذه الحالة بأن التدمير-الذاتي قد يحدث نتيجة عوامل عضوية، لكن استمراره يكون مرهونا بالانتباه والتدعيم الاجتماعي، وغيرها من المكاسب الثانوية. ومن الواضح أن الانتباه لهذه العوامل والتحكم فيها بشكل علاجي يؤدي إلى تحسن واضح حتى ولو كان الاضطراب قد بدأ لأسباب عضوية.

الفصل العشرون: حالة الطفل الخجول المنعزل ص 193 - 196

يتزايد الخجل الشديد، والعزلة، وقلة الأصدقاء عند بعض الأطفال لدرجة تعوقهم عن التفاعل الاجتماعي السليم، وتحرمهم من فرص النمو والتعبير عن الذات. وبالرغم من أن هذا النوع من الأطفال عادة ما يكون حاد الذكاء، فإن أحكام الناس عليهم تضعهم في درجة أقل مما هم عليه، ويраهم زملاؤهم على أنهم أقل جاذبية ومهارة من الزملاء الآخرين الذين يتسمون بالانطلاق وبعض الجرأة في التعبير عن النفس. وتمثل الحالة التالية نموذجا لاستخدام تدريب المهارات الاجتماعية لدى طفل عربي

خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوفه الطفل من الذهاب للمدرسة. فلا شيء يثير مخاوفه الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها

في المساء، وعند العودة من المدرسة امتدح سلوكه، واثق على نجاحه في الذهاب للمدرسة، مما كان له مخاوفه أو سخطه أو مخاوفه السابقة، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم التالي أو الإسمال

عانى معاناة شديدة من الخجل لدرجة أعجزته عن التفاعل مع زملائه وأدت به إلى كراهية المدرسة. قدم الطفل «ماجد» الذي يبلغ الرابعة عشرة من عمره لعيادة العلاج النفسي الخارجية بأحد المستشفيات الجامعية مع والديه. المشكلة الرئيسية للطفل، كما عبر عنها والداً، هي القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية والانطواء المرضي الشديد والخجل والعزلة وانعدام الأصدقاء والانفراد بالنفس لفترات طويلة بحجة الصلاة أو الاستماع إلى التسجيلات الدينية بحيث يقضي أغلب وقته في حجرته. وقد كانت علاقاته الاجتماعية حتى بالأقارب والجيران محدودة للغاية، واقتصرت على المجاملات الاجتماعية القصيرة، التي يبتريها بسبب خجله الشديد. وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب حصل الطفل على درجات مرتفعة في كلا المقياسين. وهذا يشير إلى أن قلقه العصبي قد تقاوم إلى حد ربما كان السبب في ارتفاع درجاته على مقياس الاكتئاب بما في ذلك الإحساس باليأس والعجز. لكن عملياته المعرفية وقدراته على التفكير والاستيعاب والتذكر كانت بحسب الملاحظات المسجلة والاختبارات المستخدمة - على مستوى لا بأس به. تركزت الخطة العلاجية على زيادة قدرات «ماجد» على الحوار ومبادلة الأحاديث الودية والعابرة. وقد تطلب تحقيق هذا الهدف تدريب «ماجد» على اكتساب أربع قدرات هي: 1- إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتتابعة عن موضوع معين، 2- التعليق على ما يسمع مع تنويع هذا التعليق بحيث يشمل إما إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ. 3- الاحتكاك البصري الملائم، 4- التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين وتنمية علاقاته بهم بصورة تتسم بالدفع والتقبل. أما الأساليب التي استخدمت فقد تنوعت بحيث اشتملت على كثير من الفنيات السلوكية بما فيها: التدريب على الاسترخاء العضلي، الاقتداء بالمعالج، لعب الأدوار، واجبات منزلية خارج العيادة، التعديل المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة. أما عن التقدم في العلاج، فقد كان التحسن واضحاً في كل المهارات الأربع التي كانت موضوعاً للتدريب. وبتتبع الطفل لمدة أربعة شهور بعد انتهاء الجلسات كان التقدم في هذه المهارات مستمراً. وبسؤال الوالدين كان هناك اتفاق على حدوث التحسن، فضلاً عن التحسن في تكوين الأصدقاء وفي المرونة الاجتماعية.

الفصل الواحد والعشرون: حالة الطفلة المذمومة ص 197 - 201

الخوف لدى الطفل يمثل فصلاً رئيسياً من فصول أي كتاب عن الاضطراب الانفعالي والعلاج النفسي للأطفال، ويمثل كذلك إحدى الشكاوى الرئيسية لزوار العيادات النفسية من الأطفال. وفضلاً عما يسببه من تعاسة وإزعاج للطفل، فإن الأسرة بكاملها قد تعاني بسبب وجود طفل خائف. الطفلة، التي نحن بصدد الحديث عن حالتها، تبلغ الخامسة من العمر، وقد حولت إلى إحدى عيادات العلاج السلوكي بسبب الخوف الشديد من الحيوانات، وقد بدأت مخاوفها، في أول الأمر، عندما كانت في الثالثة من العمر، محصورة بالكلاب. ثم بدأ هذا الخوف يتطور ويشد ويتعم حتى تحول إلى خوف مرضي شديد من كل الحيوانات والطيور والحشرات. ووصل بها الخوف لدرجة أعجزتها تماماً، ومنعتها من مغادرة منزلها، وأوقفت كل نشاطاتها الاجتماعية. وقد تطور خوفها إلى اضطراب هيسيتري، قوامه الجزع والصراخ والصياح الشديد. بل أوشكت في إحدى المرات أن تتعرض لحادثة مروية كادت تؤدي بحياتها عندما صادفت حشرة تزحف فأخذت، لدعرها، تجري في منتصف الشارع مخالفة قواعد السلامة.

تكونت خطة العلاج من مرحلتين رئيسيتين هما: التعرض التدريجي الرمزي والتعرض التدريجي في مواقف حية بالشكل الآتي: تولى المعالج في المرحلة الأولى تعريض الطفلة للحيوانات من خلال القصص والرسم وتلوين صور الحيوانات والطيور والحشرات المختلفة وقصها، فضلاً عن اللعب بالنماذج الحيوانية المحشوة أو المصنوعة من المطاط. وقد كان الهدف من هذه التدريبات خلق ألفة بين الطفلة وموضوعات الخوف، فضلاً عن تكوين رابطة سارة ومبهجة ومثيرة للخيال والتقبل مع موضوعات

تشبه الانتباه في حد ذاته
من الأعراض الرئيسية
المرتبطة باضطرابات الحركة،
ويمثل تحدياً حقيقياً للعلاجية
العمليات العلاجية. وتزداد
آثاره السلبية خاصة في
المدرسة بسبب ما يخلقه من
صعوبات في إدارة الفصل
الدراسي، فضلاً عن مخاطر
التأثير في الأطفال الآخرين

أن كثيراً من الإنجازات العلاجية
التي نحصل عليها بطريقة العلاج
السلوكي قد تختفي بسرعة إذا
لم نستمر في تقوية السلوك
الجديد

الخوف (أي الحيوانات والطيور). أما المرحلة الثانية فقد تضمنت تعريض الطفلة تدريجياً لمواقف حية لموضوعات الخوف. وقد استغرق تنفيذ المرحلتين ستاً من الجلسات المختلفة، احتوت على أنشطة تدريجية، حيث أنه في النصف الثاني من الجلسة السادسة سحب المعالج الطفلة إلى أحد المستشفيات البيطرية حيث أمكن أن تلاحظ بعض الحيوانات كالكلاب، وقد أبدت الطفلة تشوقها واهتمامها بالكلاب أكثر من المرات الماضية، فكانت تسأل عن الكلاب الضالة وأوجه الرعاية التي تقدم لها، ولم يبد عليها الجزع عندما كانت تسمع نباح الكلاب في المستشفى، لكنها رفضت أن تلمسها أو تداعبها حتى بعد أن شجعها المعالج على محاكاته في ذلك.

الفصل الثاني والعشرون: حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته ص 203-209

إن كثيراً من مشكلات التعلم والتأخر الدراسي لا ترجع إلى التخلف العقلي وانخفاض مستوى الذكاء بقدر ما ترجع إلى أخطاء في التربية والعجز عن تكوين الدافع الملائم للنجاح والتفوق لدى الطفل. ولهذا فإن هناك اعتبارات أخرى يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع الطفل الذي يبدأ أدائه المدرسي في التدهور. كان الطفل موضوع هذه الحالة في الحادية عشرة من العمر عندما أحضره والداه وهما في حالة من الجزع والانعراج. فالطفل يرسم في المدرسة. وما هو أسوأ من ذلك أنه لا يبدو أنه يهتم أو يكثر لذلك. وبالرغم من أن الطفل كان متفوقاً في دراسته في العامين الأولين لالتحاقه بالمدرسة، فإن أدائه بدأ في التدهور تدريجياً. ودلت اختبارات الذكاء التي استخدمها المعالج مع الطفل على أن نسبة ذكائه فوق المتوسط. كذلك لم تتضح صعوبات في التعلم أو قصور عقلي واضح في الجوانب الأخرى من التفكير. وقد استبعدت هذه النتائج أن تكون مشكلة هذا الطفل بسبب التخلف أو صعوبات التعلم.

مراحل العلاج: 1- مرحلة تقوية الدافع الدراسي، وفيما يلي الخطة العلاجية التي وصفها المعالج وقام بتنفيذها مع الوالدين: تحديد المشكلة وتعريفها، مكان خاص للعمل، إثارة الحوافز والتدعيم الإيجابي، المتابعة. **2-** التغلب على المشكلات السلوكية وخطواتها العلاجية: تحديد المشكلة، التحكم في الإثابة، الإبعاد المؤقت عن مواقف التدعيم السلبي، تدعيم السلوك الإيجابي، التقييم والمتابعة. ولم تكن هناك مشكلة واضحة عندما حدث توقف تدريجي عن خطة الحوافز، فلم يتراجع عن سلوكه الجيد عندما توقف تنفيذ هذه الخطة تماماً، فقد «أدمن» الطفل السلوك الجيد، وأصبحت دوافع النجاح الذاتية والتدعيمات التي كان يحصل عليها بسبب تفوقه وانتقاله لهذا المستوى كافية لاستمراره في السلوك الإيجابي. كذلك تحققت تغييرات في سلوك الوالدين، فقد اعتادا امتداح السلوك الجيد، وتوقفا عن النقد والعقاب، مما شكل تدعيماً إضافياً لاستمرار تفوقه في السنة التالية التي أمكن تتبعه خلالها.

الفصل الثالث والعشرون: حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي التدميري ص 211-214

تصل مشكلة انحراف السلوك الاجتماعي عند بعض الأطفال أحياناً إلى درجة من الخطر تجعل العلاج السريع مطلباً ملحاً. ومن هذه المشكلات تأتي مشكلة السلوك التدميري في المقدمة. ومن الأمثلة الأكثر أهمية لهذا السلوك نذكر تحطيم الأثاث، وإشعال النار، وإيذاء الآخرين، وإتلاف ملكياتهم. كان عمر الطفل في الحالة التي نحن بصددتها سبعة أعوام. وكانت مشكلته الرئيسية أنه استطاع في مناسبات مختلفة أن يحصل على أعواد الثقاب، ويشعلها في مواقع مختلفة من المنزل، مما أدى إلى إشعال بعض الحرائق في المنزل بما في ذلك حجرته، ولولا يقظة والدته التي كانت منتبهة لهذه المشكلة لكان من الممكن أن تحدث عواقب وخيمة. فضلاً عن هذا فقد كانت هناك مشكلات سلوكية أخرى لدى هذا الطفل منها الخوف من الظلام، والاستيقاظ للأكل خلال الليل، وتسلق أعمدة التليفون، والكذب على الوالدين، وعصيان الأوامر. وبعد جلسات قليلة مع الوالدين رسمت خطة العلاج وتم تنفيذها

أن عدم تدعيم السلوك أو عدم

الاستمرار في تدعيمه بعد

اكتسابه يعني أننا نتجاهله،

وإن التجاهل يؤدي إلى

الانطواء

نحذر من استخدام التجاهل في

حالة السلوك الإيجابي لأن هذا

سيؤدي إلى توقفه وانطوائه

الاستمرار في استخدام كلمات

مثل «شكراً» بين العين والآخر

عندما يقوم الطفل بالنشاط

المطلوب كفيلاً بأن يضمن

استمرارية ذلك النشاط

في جلسات متعددة تحت إشراف المعالجين السلوكيين «فيشر» و «جوكروس».

تطلبت خطة العلاج أن يقدم المعالج أو مساعده للطفل حالما يجيء للعيادة صندوقا يحتوي على علب كثيرة من الثقاب وأن يطلب منه إشعال أي عدد من أعواد الثقاب شريطة أن يتبع خمس خطوات للحماية من الأخطار. وكان المقصود من هذه الخطوات تنمية العزوف عند الطفل عن إشعال أعواد الثقاب: 1- لا يستخرج الطفل إلا عود ثقاب واحدا من العلبة في كل مرة، وعليه أن يغلق العلبة بإحكام قبل بدء إشعال العود. 2- عند إشعال العود، يجب أن يكون قريبا من المطفأة التي تكون على بعد حوالي ذراع واحدة من الطفل. 3- يجب أن تكون الذراع الممسكة بالعود ممدودة وغير قريبة من الجسم وليست مستندة إلى المنضدة أو إلى الذراع الأخرى (لإثارة التعب والكف السريع). 4- يجب أن يسمح لعود الثقاب بأن يظل مشتعلا حتى نهايته قبل إلقائه في المطفأة. قضى الطفل ثلاث جلسات في عملية إشعال أعواد الثقاب تميز سلوكه خلالها بالفرح والاستثارة ولم تبد عليه علامات الملل خلال هذه الجلسات الثلاث. امتدت الجلسة الرابعة ساعة كاملة وأربعين دقيقة والطفل يمارس إشعال أعواد الثقاب حسب الشروط التي سبق ذكرها. ولكن قبل انتهاء هذه الجلسة بعشر دقائق سأل الطفل ما إذا كان بإمكانه أن يتوقف عن هذه العملية، ويؤدي لعبة أخرى في العيادة. عندما عادت الأم بالطفل في الجلسة الخامسة أفادت بأن هناك تغيرا ملموسا حدث لدى الطفل. فقد توقف عن إشعال الثقاب بالمنزل، كما ظهرت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكه. بعد ثلاث جلسات أخرى من التدريب على التشبع بالمنبه، قرر الطفل أنه يود التوقف عن إشعال الثقاب مرة أخرى، طالبا البحث عن لعبة أخرى يؤديها. استمرت الأم تحضر الطفل لمدة ستة شهور إضافية لعلاج بعض المشكلات الأخرى، وقد كان التحسن-حسب إفادتها- واضحا جدا في سلوك الطفل وتوقفت تماما عملية إشعال الثقاب.

الفصل الرابع والعشرون: التغلب على مشكلة تبول لا إرادي بالطرق السلوكية ص 215 - 221

بعد سن الثالثة من العمر وما بعدها يصبح التحكم بالتبول والتغوط من قبل الطفل أمرا ضروريا. ويتم تشخيص التبول اللاإرادي كمشكلة سلوكية إذا ما بين الفحص الطبي الشامل للطفل أنه لا توجد لديه أي عيوب أو تشوهات خلقية في المسالك البولية، أو أنه ليس لديه أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول أثناء النوم. وقد بينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال أن حوالي 19% من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لا إرادي ليلي. ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي منخفضة للغاية، إذ تبلغ 14% بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى 16% بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل حاد لتصل إلى 3% فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاما ولهذا النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحيانا 93%

قدمت إلى أحد مؤلفي الكتاب (رضوى إبراهيم) بالعيادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيات الجامعية فتاة في الثامنة عشرة من عمرها تصحبها أمها. وقد بدا واضحا منذ المقابلة التشخيصية الأولى أن المريضة كانت تعزف عن الاحتكاك البصري مما أوحى بأنها تتسم بالخجل الشديد والحياء وعدم الثقة في نفسها، ومع ذلك فقد كانت من الناحية الجسمية على درجة عادية من الصحة والجمال والجاذبية. الشكوى الرئيسية لهذه الفتاة- وكما عبرت عنها الأم بنوع من اليأس الشديد- هي عدم قدرة ابنتها على ضبط نفسها في عملية التبول أثناء النوم. وقد ذكرت الأم أيضا أن ابنتها

المقصود باللغة النابية-كما استخدمها المعالجون في هذه الدراسة، الميل الذي يبديه بعض الأطفال إلى استخدام الألفاظ ذات المضمون الجنسي، أو التي تشير إلى استخدام عضو من أعضاء الجنس أو الإخراج من أجل التفتيح من شخص آخر في مواقف التفاعل

بأن استخدام التعزيز الإيجابي عندما يتوقف الطفل تدريجيا عن السلوك المستهجن كان ذا نتائج فعالة وإيجابية في إيقاف الشائعات والألفاظ النابية، وأن من الممكن استخدامه كبديل من العقاب لعلاج مثل هذه الأنواع من السلوك التي تسبب الكثير من الإزعاج لكثير من الأسر ورجال التربية في المدرسة.

استخدمت في السابق علاجات بالأدوية لفترات طويلة في محاولة وقف التبول اللاإرادي مثل التوفرانيل (Tofranil) وغيره من علاجات طبية أخرى، وجميعها لم تعط أي نتائج إيجابية في التغلب على هذه المشكلة. وقد أدى استمرار هذه المشكلة إلى وجود حساسية شديدة لدى الابنة، فهي عادة ما تتأثر وتتفعل لأقل الأسباب، وتشعر بالتعاسة والرغبة في البكاء في أحيان كثيرة. كما تطور لديها عزوف واضح عن العلاقات الاجتماعية، فلم يكن لديها صديقات، وهي تميل إلى العزلة والانفراد بالنفس لأوقات كثيرة، وتجنب للاحتكاك أو المشاركة في أنشطة الأسرة المختلفة على الرغم من إلحاح أمها عليها بالمشاركة، وكانت دائما تجد المبررات لابتعادها عن جو الأسرة بشكل عام.

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب، حصلت المريضة على درجات مرتفعة على كلا المقياسين. وكان هذا مؤشرا إلى أن قلقها العصبي قد تفاقم إلى حد سبب الارتفاع في درجاتها على مقياس الاكتئاب بما يتضمنه من إحساس قوي باليأس والعجز. تركزت الخطة العلاجية على مرحلتين أساسيتين: كان التركيز في المرحلة الأولى على التبول اللاإرادي كسلوك محوري للعلاج. أما المرحلة الثانية فقد كان الهدف منها زيادة قدرات مريضتنا على الحوار ومبادلة الأحاديث الودية والعابرة، وتنمية المهارات الاجتماعية لديها مع تشجيعها على تغيير أنماط الاتصال وأساليب تفاعلها بأفراد أسرتها. للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي قامت المعالجة بتنفيذ البرنامج التالي للتدريب على التحكم في التبول وضبط المثانة، وتم ذلك بالاتفاق مع المريضة والأم معا.

وفيما يلي خطوات هذا البرنامج: استخدمت المعالجة جدولا للمكافآت، طلبت المعالجة أن يعلق الجدول في مكان خاص بالمريضة (مثلا على الحائط بجانب سريرها أو في غرفتها أو في أي مكان تراه المريضة مناسباً)، شراء بعض الهدايا البسيطة لتستخدم كتدعيمات بحيث تتضمن أشياء ترغب المريضة عادة في شرائها مثل مأكولات أو مشروبات أو مجلات، وطلب من الأم أن تقوم بشراء بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية، شرحت المعالجة للمريضة وأمها البرنامج بعبارات واضحة ومفهومة، تحول النجمة في اليوم التالي إما إلى تدعيم مباشر بإعطائها أحد المدعمات المتوفرة، أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر في نهاية الأسبوع أو أي فترة أخرى، طلب من الأم أن تقوم بتقديم المدعم الرمزي في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت الابنة في الحفاظ على عدم تبولها، إذا استمرت المريضة في التوقف عن التبول اللاإرادي كل ليلة لأسبوعين متتاليين فالخطة تقتضي أن نعمل على تلاشي الاعتماد على المدعم الحسي تدريجياً، وطلب من الأم أن تمتدح سلوك الابنة خاصة أمام أفراد الأسرة كل مرة تتجح المريضة فيها في الكف عن التبول على نفسها. أما إذا فشلت فلا ضرورة للتأنيب أو اللوم. وعلى المريضة فقط أن تقوم بغسل الملابس والأغطية المبللة، ولكي نخفف عن المريضة مخاوف الفشل فقد أخبرناها بأنها ستجح في بعض الليالي وستفشل في البعض الآخر في أول الأمر، طلب من الأم أن تستمر في تطبيق البرنامج حتى تتجح المريضة في الكف عن التبول على نفسها أثناء الليل.

وقد كان التغير في سلوك المريضة واضحاً للغاية، فقد توقف التبول الليلي اللاإرادي في نهاية الأسبوع الثاني من تنفيذ هذا البرنامج. وفي الوقت نفسه بدأت المريضة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لأفراد أسرتها، وبدأت تظهر جوانب أخرى في سلوكها مثل قضاء وقت أكبر في صحبة الأسرة سواء داخل المنزل أو الخروج معهم للزيارات الاجتماعية. كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوب فيها، مع تشجيع الجوانب المرغوب فيها في السلوك باستمرار. وقد استمرت علاقتنا العلاجية بالمريضة بتشجيعها على التغير الإيجابي في المهارات الاجتماعية بحسب الخطة التي عرضنا لها في بداية هذا الفصل بعنوان المرحلة الثانية، والتي لا يتسع المقام هنا لشرح نتائجها أو تقييمها بسبب الاستمرار في العلاج حتى تقديم هذا الفصل للطباعة.

يتزايد الخجل الشديد، والعزلة،

وقلة الأصدقاء، عند بعض

الأطفال لدرجة تعوقهم عن

التفاعل الاجتماعي السليم،

وتحرمهم من فرص النمو

والتعبير عن الذات

إن كثيراً من مشكلات التعلم

والتأخر الدراسي لا ترجع إلى

التخلف العقلي وانخفاض

مستوى الذكاء بقدر ما ترجع

إلى أخطاء في التربية والعجز

عن تكوين الدافع الملزم للنجاح

والتهفؤ لدى الطفل

كان «مصعب الناجي» في الثالثة عشرة من العمر عندما حول إلى عيادة العلاج السلوكي بالمستشفى الجامعي. ويعيش مع والديه وأخت تصغره بستة أعوام في إحدى المدن السعودية بعد انتقال الأسرة من إحدى الدول العربية منذ 7 سنوات. بدأت مشكلات «مصعب» منذ كان في الخامسة من العمر. وبالرغم من أن الأب يذكر أن الطفل بدأ يمشي في سن مبكرة (سنة وشهرين) ويلاقي في 9 شهور.. إلا أن نموه اللغوي أخذ يتراجع.. مما جعله يبدأ بالكلام في سن 5 سنوات تقريبا. ختم الأب وصفه لابنه- بعد أن ذكر سلسلة طويلة من المشكلات التي يعانها- بهذه العبارة: «لم أترك طبيبا نفسيا معروفا أو غير معروف إلا وذهبت له». وقرر أن مشكلات «مصعب» متعددة، وقد حاول المعالج بالتعاون معه أن يصيغها على النحو الآتي: يستمر في تكرار كلمات بشكل دائم، ويكثر من تكرار السؤال نفسه حتى وإن كرر الأب له الإجابة نفسها عددا من المرات، يستجيب للمواقف بانفعال شديد وغضب، يخاف ويجزع من الحيوانات خاصة القطة التي تعيش في المنزل، يجزع من أي جرح بسيط بالرغم من أنه لم يتعرض لإصابات من قبل، تشتت الانتباه وعدم التركيز، قليل الصبر، ومنذ دفع في أفكاره، لا يستطيع أن يقرر حتى في الأشياء الخاصة الصغرى، يكره المدرسة، يؤذي نفسه باللطم والخربشة، التبول اللاإرادي ليلا.

تدل التقارير خلال الفترة السابقة على العلاج السلوكي على أن تشخيصات المريض امتدت إلى: تخلف عقلي، إفراط حركي، اضطرابات سلوكية، صعوبات في النطق والكلام، اضطراب في الانتباه والتركيز، وذهان طفولة. عندما جاء الأب مع الطفل، كان من الواضح أن هناك قلقا وتوترا شديدين عند كليهما. في خلال الجلسة الأولى تمت ملاحظة الطفل مع أبيه، وكان هناك نوع حاد من التوتر في العلاقة بينهما. فكلاهما أبدى قلقا حادا، وكان الأب بشكل خاص يعزف عن الاحتكاك البصري بانه ويتحدث عنه وكأنه غير موجود دليلا على وجود درجة عالية من العزوف عن الاتصال الوجداني الإيجابي بالطفل. أما الطفل نفسه، فقد كان ينظر إثر كل عبارة يتقوه بها إلى وجه الأب لكي يرى وقعها عليه، وكان يعدل ويبدل من إجاباته بناء على ما كان يقرأ في ملامح الأب ونظراته. تركزت أهداف العلاج على ما يلي:

1- خلق مناخ اجتماعي تفاعلي مطمئن للأسرة. 2- تقليل المخاوف الاجتماعية للطفل، لأنها هي التي تعوقه عندما تطبق عليه ا لمدرسة مقاييس الذكاء (حصل مصعب على نسبة ذكاء 45 في مدرسة التربية الفكرية، بينما دلت التقارير السابقة على أنه كان يحصل على نسبة ذكاء 80%)، مما يدل على أن القلق والتوتر الاجتماعي للطفل في موقف الاختبار كانا مسؤولين إلى حد بعيد، إذ يدل على ذلك تقرير مدرسة التربية الفكرية والذي يؤكد عزوفه عن التعاون في تطبيق المقاييس المستخدمة). 3- إعطاؤه فرص للنجاح في أداء بعض الأعمال حتى ولو كانت صغيرة في داخل نطاق الأسرة. هدف التدخل إلى: 1- التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه بنسبة 15% في الأسابيع الثلاثة الأولى. وقد عرفنا السلوك غير المرغوب فيه بأنه السلوك الدال على عدم الطمأنينة الانفعالية مثل: تكرار الكلام وتكرار الأسئلة، والإمسك بيد الأب وتعويق حركته. 2- إقامة علاقات اجتماعية مطمئنة بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة. أي أن تزداد نسبة تفاعلاته الاجتماعية الإيجابية في الشهر الأول بنسبة 15%. وقد تحددت العلاقات الاجتماعية بقضاء وقت ملائم يوميا في مبادلة الأحاديث، اللعب المستقل، عدم الالتصاق الشديد بالأب أو الأم. 3- تناقص مخاوفه الاجتماعية وتزايد الوقت الذي يقضيه في اللعب مع الأطفال الآخرين، أو الخروج معهم لأطول مدة ممكنة. كذلك طلبنا من الأب أن يلاحظ الطفل، وأن يسجل ملاحظاته باستخدام جداول الملاحظة وقائمة السوابق واللاحق.

لقد تركزت خطة العلاج بحيث يكون هدفها الرئيسي خلق جو أسري مطمئن وخال من التوتر الحاد الذي كان من الواضح أنه يعوق التواصل الوجداني مع الطفل. لقد شعرنا أن خلق جو اجتماعي قائم على

هناك اختبارات أخرى يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع الطفل الذي يبدأ أداؤه المدرسي في التدهور

تصل مشكلة انحراف السلوك الاجتماعي عند بعض الأطفال أحيانا إلى درجة من الخطر تجعل العلاج السريع مطلبا ملجا. ومن هذه المشكلات تأتي مشكلة السلوك التدميري في المقدمة

الثقة والتفاهم بين الطرفين سيمكن الأسرة من بذل كل الجهد للتقليل من المخاوف والتوترات التي يشعر بها الطفل والتي أدت من قبل إلى فشله في الاختبارات التي أعدتها المدرسة لقبوله. ومثل هذا المناخ سيساعد الطفل أيضا على قبول التوجهات الإيجابية ومن ثم سيتمكن من تطوير إمكانياته بحيث يلتحق بالمدرسة بأسرع صورة ممكنة. واعتقدنا أن كل ذلك يجب أن يبدأ من داخل الأسرة. وبالأدوات من خلال تحسين أنماط التفاعل باستخدام منهج للتعليم السلوكي وفق النقاط التالية: أ- إقامة رابطة وعلاقة مع الطفل. ب- استباق مواقف الضغط النفسي ومعالجة الأمور قبل حدوثها. ج- التعامل مع المشكلات عند ظهورها. أما عن التحسن في سلوك المريض فقد كان واضحا للغاية. إذ تحقق الهدف الرئيسي بعد انتهاء الإجازة الصيفية. فقد أعيد اختباره في مدرسة التربية الفكرية وساعده انخفاض درجة قلقه على أداء مقاييس الذكاء بنجاح، فقبل بهذه المدرسة، ولا يزال بها بعد تتبع لمدة عامين. فضلا عن هذا أكد الأب وجود تغيرات إيجابية إضافية في سلوك الطفل. وعدد الأب هذه التغيرات في النقاط الآتية:

- 1- قلت عمليات الإمساك بي وتعويق الحركة (الأب) أثناء الكلام. 2- تكرر الكلمات قلّ بوضوح، وإن كان أحيانا يكرر كلمات مثل "أنت زعلان مني ما تزعش" إلا أن تكراره لها ليس بالمقدار نفسه. 3- يشغل نفسه أحيانا بامتطاء البسكويت واللعب بها ساعة أو ساعتين. 4- يحاول أن يتصرف ويعتمد على نفسه إلى حد ما. 5- يطمب المساعدة في الوقت الملائم ولهدف محدد. (مثلا رفع كرسي دراجته). 6- يستخدم التليفون ليطلب أخته التي تعيش في مكان آخر. 7- يرد على التليفون ويأخذ رسالة. وإذا عرف الشخص يتكلم معه ويحاول أن يخلق مواضيع للحديث. كما أكد الطبيب النفسي الذي كان يراه في مواعيد متقطعة أنه "قد تحسن كثيرا". وبالرغم من أننا مازلنا نرى الأسرة ومازال الطفل يراجعا لأسباب أخرى للمحافظة على هذه الإنجازات العلاجية.. فإن الهدف الرئيسي لخطة العلاج السلوكي قد تحقق بالكامل. وفي هذا الإنجاز دليل ساطع على إمكان الاستفادة من هذه الخطة العلاجية في البيئة العربية، وفي أشد أنواع الاضطرابات السلوكية والعقلية حدة.

الفصل السادس والعشرون: النمو والتغير في السلوك ص 241- 244

إن القبول بمراحل النمو لا يعني أن كل الأطفال سيمرون بنفس التغيرات العضوية في الوقت نفسه- وبنفس القوة. صحيح أن الغالبية العظمى من الأطفال العادي ستتماثل في السلوك الانفعالي أو الاجتماعي عند الدخول في مرحلة من مراحل النمو- لكن هناك -بالطبع- أطفالا سيتأخر دخولهم مرحلة معينة- وآخرين يسبقون غيرهم في دخول تلك المرحلة. لهذا فإن الاختلافات بين الأطفال في العمر الواحد أمر ينبغي توقعه وينبغي حسابه. والانتقال من مرحلة إلى أخرى يعني أن سلوك الطفل قد ينقلب إلى ضده. فالطفل في سن الخامسة مثلا قد يبدي تعلقا شديدا بأمه فيتبعها كالظل أينما تذهب- ولكنه في السادسة يدخل في مرحلة امتداد اجتماعي- فلا تراه الأم لأنه في غالبية الوقت إما خارج المنزل أو مع أصحابه- أو يكون مستغرقا في اكتشاف شيء جديد في المنزل أو في الخارج. وينبغي أيضا أن نتذكر أن لكل مرحلة من مراحل النمو إيجابياتها وسلبياتها. لكن يجب أن نتذكر أن هذه الإيجابيات أو تلك السلبيات ينبغي تقويمها في ضوء متطلبات المرحلة ذاتها- وليس حسب قيمنا أو متطلباتنا الشخصية.

تتعلق الغالبية العظمى من شكاوى الآباء والأمهات بالسلوك الاجتماعي والانفعالي والفكري لأطفالهم. ولأن هذه الشكاوى تكون شيئا متوقعا نتيجة للنمو فإنه لا ينبغي لنا وصفها بالاضطراب- بل على أنها تغيرات سلوكية. وليس معنى ذلك أنه لا ينبغي الاهتمام بهذه الشكاوى- أو النظر إليها على أنها مشكلات نمو ومن ثم فإن التحسن آت ولا داعي للانزعاج أو عمل شيء إزاءها. ليس ذلك هو ما نعنيه- بل إن ما نريد تأكيده هو أن من القصور العلمي ألا يعرف المهتمون بصحة الطفل احتياجات نموه وطبيعته

بعد سن الثالثة من العمر وما بعدها يصبح التحكم بالتبول والتغوط من قبل الطفل أمرا ضروريا. ويتم تشخيص التبول اللاإرادي كمسألة سلوكية إذا ما بين الفحص الطبي الشامل للطفل أنه لا توجد لديه أي عيوب أو تشوهات خلقية في المسالك البولية، أو أنه ليس لديه أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول أثناء النوم

هناك ثلاثة مشكلات رئيسية ترتبط بسلوك الأكل والطعام لدى الطفل هي: 1- رفض الأكل والعزوف عن الطعام، 2- النهم والجشع في الأكل، 3- مشكلات مرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيد والتجشؤ وتأخر الانقطاع والإصرار على الأطعمة المسلية السريعة وعدم القبول بالأكل الذي تتوفر فيه شروط الصحة والغذاء الجيد

فينصرفون إلى التبرم ووضع مسؤولية مصاعب الطفل كاملة على الأبوين.

الفصل السابع والعشرون: تغيرات في النمو: أمثلة ونماذج ص 245 - 250

أ- مشكلات الأكل والطعام: هناك ثلاث مشكلات رئيسية ترتبط بسلوك الأكل والطعام لدى الطفل هي: 1- رفض الأكل والعزوف عن الطعام، 2- النهم والجشع في الأكل، 3- مشكلات مرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيؤ والتجشؤ وتأخر الانقطاع والإصرار على الأطعمة المسلية السريعة وعدم القبول بالأكل الذي تتوافر فيه شروط الصحة والغذاء الجيد. ومن بين هذه المشكلات الثلاث نجد أن مشكلة الشهية للطعام هي من المشكلات الرئيسية التي تثير جزع كثير من الأسر. وعلى حسب ملاحظات خبراء النمو- فإن شهية الطفل للطعام تقل عموماً بين السنة الثانية والسنة الثالثة من العمر. وتبدأ الشهية في الاعتدال بدخول السنة الثالثة- وتمتد الشهية للأكل حتى تشمل أنواعاً من الطعام كان يرفضها الطفل من قبل.

وعموماً فإن هناك اعتبارات سلوكية ينبغي الانتباه لها عند التعامل مع مشكلات الشهية والطعام هي: 1- تقديم الطعام بصورة جذابة. 2- تقديم الطعام بكميات قليلة. 3- تقديم الطعام ووضعته على المائدة دون تعليق أو إلحاح. 4- عدم التركيز على كمية الطعام التي ينبغي أكلها- فمثل هذا التركيز سيؤدي إلى عزوف الطفل ذي الشهية الضعيفة عن الاستمرار في الأكل. 5- العزوف عن بعض أنواع الطعام قد يكون نتيجة لأسباب صحية غير معروفة كالحساسية- وما تسببه من عدم راحة. ولهذا تأتي أهمية الفحص الطبي للطفل الذي لا يأكل كثيراً. 6- المحافظة على اتجاه ثابت- وعدم إبداء القلق أو المخاوف الشديدة تجاه سلوك الإقلال من الطعام. فلا شيء يثير عزوف الطفل وهروبه من الأكل أكثر من الجزع الذي تبديه الأم على طفلها وإلحاحها على إكمال كمية كبيرة من الأكل. 7- تذكر أن الطعام من مباح الحياة للطفل وللبالغين فلا تفسده عليهم بالإلحاح والضغط.

ب- مشكلات الإخراج والتخلص من الفضلات:

من الدروس الرئيسية في النمو أن تدريب الطفل مبكراً جداً على التبول الملائم لا ينجح- ليس لأن الطفل مضطرب- أو لا يمتلك إرادة وقوة كافيتين له على ذلك- إنما لسبب بسيط هو عدم النضج في الوصلات العصبية وأن هذه الوصلات تنضج عند بعض الأطفال أسرع من البعض الآخر. ولهذا فإن التدريب على التبول لا يحدث بنجاح عادة قبل سن 2 أو 2.5 سنة. وقد ينجح بعض الأطفال في ضبط المثانة في هذه الفترة دون محاولات تدريب سابقة من الأسرة- والفتيات عادة ينجحن أسرع من الذكور في التدريب على ذلك. ولكن يجب ألا نشعر بالجزع وخيبة الأمل إذا تأخر الطفل عن ذلك نظراً لأن هناك فروقاً فردية كثيرة بين الأطفال في ضبط المثانة. بل قد يتأخر بعضهم حتى سن 6 أو 7. وعموماً- فإنه لا يوجد بالضرورة لدى الأطفال الذين يتأخرون في ذلك ما يدل على اضطرابهم الاجتماعي أو الانفعالي- كما يخشى الآباء وكما تروج لذلك بعض النظريات التحليلية المبكرة في علم النفس.

ج - مخاوف لكل عمر

تمر في حياة كل طفل مواقف أو خبرات تثير مخاوفه وجزعاً. وقد تتحول هذه إلى مخاوف دائمة. ويجب علينا كأباء وأمّهات أن نساعد أطفالنا ونحميهم من الخبرات المفاجئة والمواقف المخيفة. ولكن هناك مخاوف لا نستطيع أن نحميهم منها دائماً- لأنها تأتي مصاحبة للنمو- ولكنها قد تختفي من تلقاء نفسها. صحيح أن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى استجابتهم لهذه المخاوف- لكن لكل مرحلة عمرية مخاوفها الخاصة. وتوضح الأبحاث أن مخاوف الطفل في سن الثانية تختلف عن

يمكن تعريفه التخلف العقلي على العموم على أنه الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط- وله درجات تبدأ من الدرجات التي تقل عن المتوسط حتى تصل إلى مستوى التخلف العقلي العميق وهو مستوى يصعب تحديده للطفل- ويقتضي بالتالي أن يظل الطفل الذي في هذا المستوى تحت إشراف مهني أو أسري كامل بسبب مجرته عن رعاية نفسه وحمايته من الأخطار

ينظر علماء النمو بحذر إلى التبكير الشديد في تدريب الطفل على القراءة والحساب في السنوات الأولى من العمر. لكن الطفل الذي يتأخر عن الأطفال في نفس عمره في مظاهر النضج العضوي لن يكون بالضرورة متخلفاً.

مخاوفه في سن الثانية والنصف أو الرابعة مثلا. كذلك فإن مخاوف الأطفال ليست جميعها شيئا سينا فهي تعلمهم الحذر وحساب المخاطر.. والإعداد للأزمات الطارئة- وتجنب الدخول في مواقف قد تكون خطرة على سلامة الواحد منهم أو منهم.

الفصل الثامن والعشرون: النضج العقلي والنمو ص 251- 255

مشكلة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم من المشكلات التي يجب معالجتها أساسا كمشكلة تتعلق بالنمو والتطور- وليس كاضطراب أو خلل في الشخصية أو السلوك. ويمكن تعريف التخلف العقلي على العموم على أنه الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط- وله درجات تبدأ من الدرجات التي تقل عن المتوسط حتى تصل إلى مستوى التخلف العقلي العميق وهو مستوى يصعب عنده تدريب الطفل- ويقتضي بالتالي أن يظل الطفل الذي في هذا المستوى تحت إشراف مهني أو أسري كامل بسبب عجزه عن رعاية نفسه وحمايتها من الأخطار. وعادة ما يكتشف التخلف العقلي من خلال استخدام مقاييس الذكاء- التي تحتوي في الغالب الأعم على مشكلات حسابية- وكلمات- ومهام تحتاج لبعض المهارة في حلها- فضلا عن أشياء وموضوعات تحتاج لإعمال التفكير والحل والتركيب وإدراك العلاقات المكانية- وما إلى ذلك وإذا كان علماء النمو يشجعون على تدريب إمكانات الطفل العقلية- فإنهم يدركون أن فاعلية هذا التدريب ترتبط بوجود الاستعداد العضوي (النضج) الملائم لذلك. ومن هنا ينظر علماء النمو بحذر إلى التذكير الشديد في تدريب الطفل على القراءة والحساب في السنوات الأولى من العمر. لكن الطفل الذي يتأخر عن الأطفال في نفس عمره في مظاهر النضج العضوي لن يكون بالضرورة متخلفا. فكثير من الأطفال الأذكاء قد يتأخر نموهم العضلي وقدرتهم على الكلام أو المشي. وبالرغم من أننا ننصح بالاسترشاد بالأخصائيين عندما يتأخر الطفل في الكلام عن سن 3 أو 4 سنوات- فإن التأخر عن الكلام أو استخدام اللغة يجب ألا يكون بالضرورة مصدرا للإزعاج أو القلق.

ويحسن على العموم أن ننظر إلى مسألة النمو العقلي على أنها مسألة متعددة الأوجه- ومن الأفضل النظر إليها من أربعة جوانب أو نشاطات هي: تطور حركي، سلوك تكيفي، سلوك لغوي، سلوك شخصي واجتماعي. ولأن النضج العقلي يتكون من أربعة جوانب سلوكية- فإن من المتوقع أن الطفل الواحد قد يتطور بإمكانياته في جانب منها أسرع من الأخرى- والعكس صحيح. فالبعض قد يتأخر في السلوك اللغوي- لكن سلوكه التكيفي عادي أو أكثر من العادي. وليس لأن أحد الأطفال متخلف مثلا في التطور الحركي نستنتج أنه طفل متخلف عقليا في كل الجوانب الأخرى من سلوكه. ومن ثم فإن الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها في الحكم على الطفل قد يكون مضللا ومعتلا لإمكانات تنميته في كل جانب من جوانب النضج والنشاط العقلي. فمن المهم أن ينتبه الآباء إلى جوانب القوة لتدعيمها وجوانب الضعف لتدريبها فهذا أفضل من الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها.

يجسن على العموم أن ننظر إلى
مسألة النمو العقلي على أنها
مسألة متعددة الأوجه- ومن
الأفضل النظر إليها من أربعة
جوانب أو نشاطات هي: تطور
حركي، سلوك تكيفي، سلوك
لغوي، سلوك شخصي واجتماعي

إن الاعتماد على نسبة الذكاء
وحدها في الحكم على الطفل
قد يكون مضلا ومعتلا
لإمكانات تنميته في كل جانب
من جوانب النضج والنشاط
العقلي.

ملحق رقم (1): تدريبان مفصلان للاسترخاء ص 261- 274

يشتمل هذا الملحق على تدريب للاسترخاء. الأول منهما ينصح المؤلفون باستخدامه في المراحل الأولى من التدريب على الاسترخاء. وهو يعتمد على القيام بإرخاء وشد أعضاء الجسم حتى يستطيع الطفل أن يطلع مباشرة على إمكان القيام بالتحكم في عضلات الجسم.. ومن ثم إرخائها في الوقت المناسب. أما التدريب الثاني فهو تدريب للاسترخاء العميق وينصح باستخدامه بعد اكتمال التدريب على الاسترخاء بالطريقة الأولى القائمة على الشد- الإرخاء. وينقل هذا التدريب الشخص مباشرة إلى الاسترخاء العميق لكل عضلات وأعضاء الجسم بشكل تصاعدي. ويركز بصورة أقوى من التمرين الأول على إثارة الإحياء بالاسترخاء وإثارة الصور الذهنية والتخيلات التي من شأنها أن تيسر للطفل الدخول في

ملحق رقم (2): برنامج لتدريب الطفل بطريقة ملطقة ص 275-278

الهدف من أي برنامج لهذا النوع من العلاج هو خلق بيئة اجتماعية متقبلة للطفل وذلك بالعمل على: 1- زيادة الرابطة الوجدانية وتوثيق علاقات الطفل الاجتماعية ببيئته الاجتماعية في داخل المنزل أو المدرسة أو المؤسسة. 2- التقليل من العوامل أو المثيرات المنفرة التي من شأنها أن تؤذن بظهور السلوك المضطرب أو تطوره. 3- تحسين التفاعلات الإيجابية والاتصال بالطفل مما يمنح الأبوين والقائمين على رعاية الطفل قدرة أكبر-فيما بعد- على معالجة اضطراباته والتنبؤ بها بما في ذلك ثوراته الانفعالية- والتعارك- وتحطيم الأثاث- والقصب والحنق.. إلخ. ومن المتوقع أنه كلما تحققت الأهداف السابقة بدأت الرابطة الوجدانية بالطفل تقوى- وكلما قويت هذه الرابطة تزايد فهم الطفل لبيئته- وبالتالي يبدأ سلوكه المضطرب في التناقص والتضاؤل التدريجي. عناصر الخطة العلاجية: أ- زيادة السلوك الإيجابي: 1- تدعيم أي سلوك آخر عدا السلوك المضطرب، 2- تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض، 3- جدولة النشاط الدراسي. ب- التحكم في السلوك اللاتوافقي: 4- التدخل والمقاطعة، 5- توجيهه لنشاط بديل، 6- التجاهل، 7- دعم وكافئ.

يعد هذا الكتاب، مرجعا مهما نافعا للمختصين والعاملين في مياديات الطب النفسي للأطفال، ففيه الكثير من الأساليب السلوكية العلاجية لمشكلات الأطفال المختلفة، وكذلك فيه حزم إرشادية مفيدة لأولياء الأمور وأرباب الأسر. أوصي باقتناء النسخة الأصلية والكاملة لما لها من دور بالغ في توجيه الأكلينيكي وتكتيكاته السلوكية المهنية المطلوبة.

رابط كامل النص:

<http://www.arabpsynet.com/Documents/BR218Maan-ChildBehavioralTherapy.pdf>

شبكة العلوم النفسية العربية

نحن تعاون عربي، رقيقا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

<http://www.arabpsynet.com/>

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوي 2024 1 " شبكة العلوم النفسية العربية " (الصدار السادس عشر)

الشبكة تدخل عامها 24 من التأسيس و 22 على الوجود

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf>

جائزة شبكة العلوم النفسية العربية

جائزة البحث العلمي عبد الفتاح دويدار لشبكة العلوم النفسية العربية 2024

منصة العام 2024 في علوم النفس

دعوة للتشريع للجائزة

<http://www.arabpsynet.com/Prizes/Prize2024/APNprize2024.pdf>

ترسل الأبحاث والدراسات التي يريد الشبكة

arabpsynet@gmail.com

آخر أجل للمشاركة وإرسال الأعمال 30 نوفمبر 2024

من المهم أن ينتبه الآباء إلى
جوانب القوة لتدعيمها
وجوانب الضعف لتدريبها
فهذا أفضل من الاعتماد على
نسبة الذكاء وحدها